

Een patiënt met een borderline persoonlijkheidsstoornis

Samenvatting

Een 43-jarige vrouw met angst voor de tandheelkundige behandeling meldt zich bij een afdeling angstbegeleiding van een centrum voor bijzondere tandheelkunde. Er blijkt sprake te zijn van angst voor de tandheelkundige behandeling en comorbide psychopathologie, waaronder een zogenoemde 'borderline persoonlijkheidsstoornis', waardoor er soms sprake is van agressie naar hulpverleners. Behandeling in de reguliere praktijk is hierdoor niet meer haalbaar. Gedurende het angstbegeleidingstraject blijkt dat ze ook dissocieert ('wegraakt') tijdens de behandeling, hetgeen de behandeling verder compliceert. In deze bijdrage wordt beschreven hoe het lukte om de angst te reduceren en hoe een reguliere tandheelkundige behandeling weer mogelijk werd.



E. (Evelien) Hoedemaker

tandarts-angstbegeleiding, Stichting Bijzondere Tandheelkunde (SBT), Amsterdam, Centrum Bijzondere Tandheelkunde (CBT) Jellinek, email: evelien.hoedemaker@jellinek.nl

Prof. dr. A. (Ad) de Jongh

tandarts-angstbegeleiding, gz-psycholoog, hoogleraar angst- en gedragsstoornissen in de tandartspraktijk, sectie Maatschappij en Mondgezondheid, Academisch Centrum Amsterdam (ACTA), email: a.de.jongh@acta.nl

Trefwoorden:

angstbegeleiding, coping, psychopathologie, dissociëren, agressie

Leerdoelen:

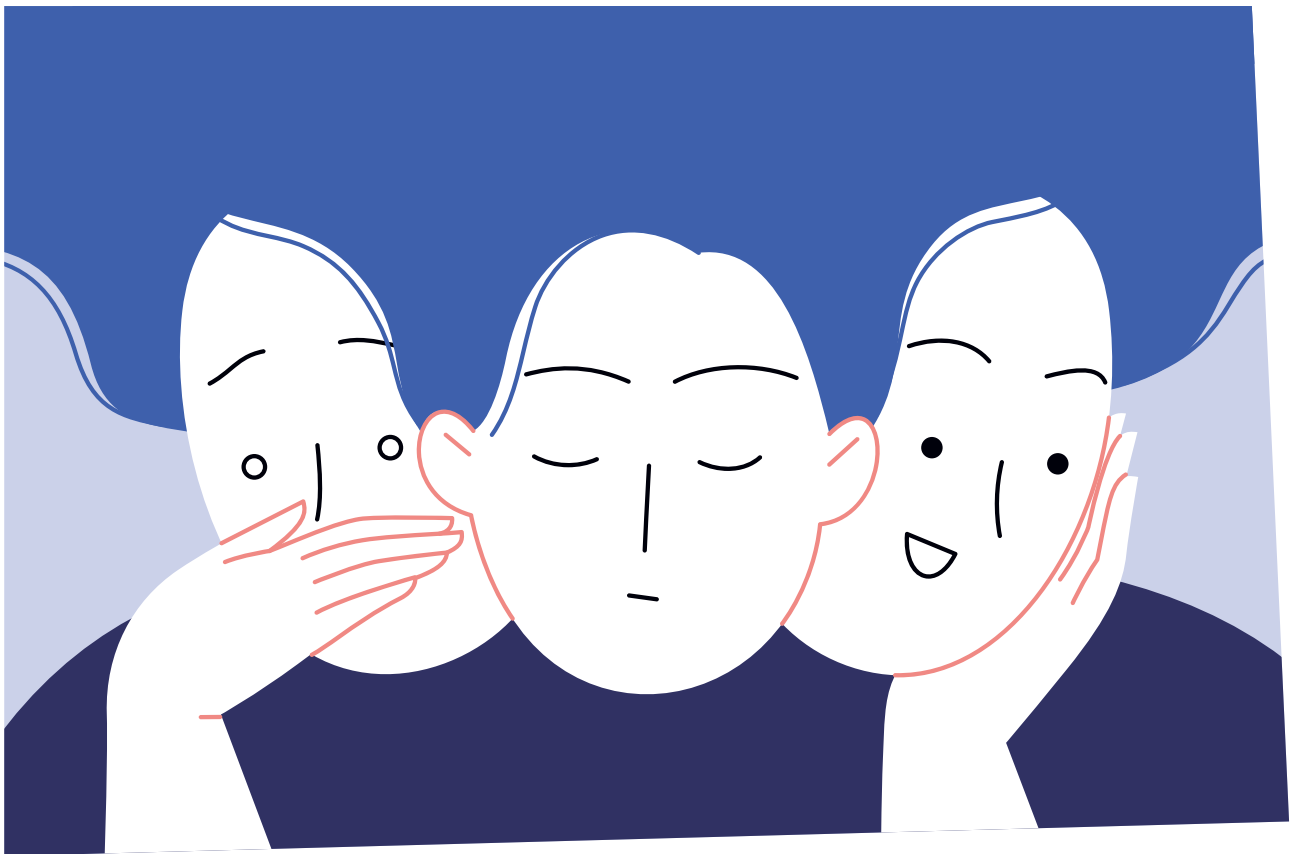
Na het bestuderen van dit artikel:

- heeft u meer inzicht in hoe angstreductie kan worden bereikt bij extreem angstige patiënten;
- weet u meer over hoe u agressie van patiënten kunt voorkomen;
- weet u hoe u kunt omgaan met een dissociërende patiënt.

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?

INLEIDING

Een vrouw van 43 jaar werd door haar huistandarts verwezen naar een afdeling angstbegeleiding van een centrum voor bijzondere tandheelkunde vanwege angst voor tandheelkundige behandelingen. Deze tandarts heeft in het verleden verschillende behandelingen bij haar



uitgevoerd, maar momenteel is de angst – en de daarmee samenhangende agressieproblematiek – zo groot dat tandheelkundige behandelingen in de reguliere praktijk niet meer haalbaar zijn. De verwijzer schrijft dat er sprake is van depressiviteit en angst en dat de patiënte in het verleden een psycholoog heeft bezocht. Tijdens de intake maakt de vrouw een onrustige indruk. Ze is heel beweeglijk, friemelt veel met haar handen en het is moeilijk om contact te krijgen.

ANAMNESE

Tandheelkundige anamnese

Er is sprake van een aantal afgebroken kiezen waar de patiënt regelmatig pijn aan heeft. Ze wil hier zo snel mogelijk aan geholpen worden. Behandelingen waren in het verleden mogelijk, maar verliepen doorgaans erg moeizaam. Ze maakt zich veel zorgen om haar tanden en ze wil ze het liefst haar gebit behouden.

Medische anamnese

De patiënt heeft een traag werkende schildklier en coeliakie. Aan medicatie gebruikt zij omeprazol (20 mg per dag) als maagbeschermer, thyroxal (100 µg per dag) voor haar schildklier en valium (20 mg per dag) in verband met slapeloosheid. Indien nodig gebruikt ze voor pijnklachten aan haar gebit tramadol (driemaal daags 50 mg), paracetamol of naproxen (tweemaal daags 250 mg). Verder gebruikt zij

oxazepam (indien nodig 10 mg), waar ze naar eigen zeggen inmiddels verslaafd aan is. Ze zou honderd tabletten per week slikken. De medicatie wordt voorgeschreven door de huisarts, maar hoe het kan dat dit in dergelijke grote hoeveelheden gebeurt blijft onduidelijk. Ook is er sprake van een alcohol- en cannabisverslaving.

Psychosociale anamnese

Aan het begin van het gesprek meldt de patiënt dat zij, ondanks de sederende middelen, momenteel erg veel onrust en problemen heeft. Ze heeft een verleden met seksueel misbruik en er zou sprake zijn van een posttraumatische stressstoornis (PTSS), een borderline persoonlijkheidsstoornis, regelmatig optredende dissociaties, een depressie en een verslaving aan middelen. Ze was tot voor kort onder behandeling bij een GGZ-instelling. Onlangs heeft zij echter een brief ontvangen dat zij daar niet meer welkom is vanwege een incident met een hulpverlener die iets had gezegd over een verkrachting in haar verleden. In een reactie daarop wilde ze hem slaan, maar liep het uit de hand omdat ze daarbij per ongeluk een andere hulpverlener raakte. Ze is de laatste jaren bij verschillende GGZ-instellingen in behandeling geweest, maar volgens de patiënt zou ze momenteel nergens meer terecht kunnen en zegt ze 'uitbehandeld' te zijn. Vijf dagen voor de intake heeft zij een suïcidepoging gedaan. Er is veel wantrouwen in hulpverleners en ze zegt makkelijk boos te worden. Zeker als er in haar ogen

Kenmerken van een posttraumatische stressstoornis (PTSS)

Als er sprake is van PTSS dan heeft iemand één of meer traumatische gebeurtenissen (confrontaties met de dood, fysiek geweld of seksueel geweld) meegemaakt. Die gebeurtenis(sen) wordt/worden telkens herbeleefd en de persoon vermijdt prikkels die aan de gebeurtenis(sen) doen denken. Daarbij is er vaak sprake van een negatief zelfbeeld en is de patiënt hyperalert en prikkelbaar (1).

Kenmerken van een borderline persoonlijkheidsstoornis

Een borderline persoonlijkheidsstoornis wordt gekenmerkt door een patroon van instabiliteit van het zelfbeeld, relaties met anderen en problemen met de regulatie van emoties (1). Er moet volgens het psychiatrisch classificatiesysteem DSM-5 sprake zijn van ten minste vijf van de volgende kenmerken (2):

- verwoede pogingen om feitelijke of vermeende verlating te voorkomen;
- een patroon van instabiele en intense interpersoonlijke relaties gekenmerkt door afwisselingen tussen extreem idealiseren en devalueren;
- een identiteitsstoornis (een duidelijk persisterend instabiel zelfbeeld of zelfgevoel);
- impulsiviteit op ten minste twee gebieden die de betrokkene zelf kunnen schaden (geld, seks, middelengebruik, roekeloos rijgedrag of eetbuien);
- recidiverende suïcidale gedragingen, dreiging met suïcide of automutilatie;
- affectlabiliteit als gevolg van een duidelijke reactiviteit van de stemming;
- chronisch gevoel van leegte;
- inadequate intense woede of moeite kwaadheid te beheersen;
- voorbijgaande, aan stress gerelateerde paranoïde ideeën of ernstige dissociatieve symptomen.

haar onrecht wordt aangedaan. Er is met toestemming van de patiënt contact geweest met de huisarts. Die beschrijft ernstige psychopathologie met veel agressie in stressvolle situaties.

Angstanamnese

De patiënt vertelt sinds tien jaar écht bang te zijn voor de tandheelkundige behandeling, maar ook dat ze daarvoor al een angstig persoon was. Ooit had zij een tandarts die achteraf helemaal geen tandarts bleek te zijn en de boel had

opgelicht. Daarnaast heeft ze verschillende herinneringen aan tandheelkundige behandelingen, waarbij de verdoving onvoldoende bleek te werken. Ook is er een ervaring van een tandheelkundige behandeling waarbij zij zo in paniek raakte dat zij de boor uit de handen van de tandarts zou hebben geslagen. Ze zegt dat agressie bij de tandarts alleen voorkomt als de tandarts zich niet aan de gemaakte behandelafspraken houdt. Opvallend is dat er wel erg veel wisselingen van tandartsen zijn geweest.

Uit de intake blijkt dat ze nu het meest opziet tegen een verdovingsinjectie en dan met name de ondraaglijke pijn die ze daarbij verwacht te zullen ervaren. Dit is de reden dat ze ook bang is voor tandsteen verwijderen, boren en trekken.

INTRA-ORAAL ONDERZOEK

Bij het intra-oraal onderzoek blijkt er sprake van een uitgebreid behandelde dentitie. Er zijn daarnaast verschillende afgebroken en carieuze elementen. De mondhygiëne is slecht. Ze vertelt dat ze door de depressie slechter voor zichzelf, en dus ook voor haar gebit, zorgt.

DIAGNOSE EN PROBLEEMSTELLING

Er blijkt sprake te zijn van een specifieke fobie voor de tandheelkundige behandeling, waarbij angst voor pijn bij verdoven, boren en extracties centraal staat (2). Daarnaast is er sprake van comorbide psychopathologie in de vorm van een borderline persoonlijkheidsstoornis, die de tandheelkundige behandeling negatief beïnvloedt.

BEHANDELAANPAK EN BEHANDELRESULTAAT

Er wordt in eerste instantie overwogen om EMDR therapie, een *evidence based* behandeling voor de gevolgen van psychotrauma, toe te passen. In dit geval zal deze zijn gericht op de herinneringen aan enkele aversieve ervaringen bij de tandarts (3). De psycholoog besluit dit uiteindelijk niet te doen in verband met de huidige instabiele psychische situatie van de patiënt en het gebrek aan adequate opvang. Er wordt voorgesteld te starten met een regulier angstbehandelingstraject en de patiënt gaat daarmee akkoord.

Bij de intake kwam naar voren dat er sprake kan zijn van agressie in stressvolle situaties. Tijdens de eerste afspraak na de intake wordt daarom eerst het mogelijk optreden van agressie tijdens de tandheelkundige behandeling besproken. In overleg worden hiervoor de volgende afspraken gemaakt:

- Alle behandelingen worden van tevoren doorgenomen en tijdens de behandelingen krijgt zij *ongoing* informatie;
- Er wordt gebruik gemaakt van een stopteken (waarbij 'stop' echt 'stop' is);
- Tussendoor zal regelmatig worden gecheckt hoe het gaat;
- Wanneer zij merkt dat de spanning maar enigszins stijgt zal zij het stopteken gebruiken.

De patiënt is erg beweeglijk in de stoel en heel alert op wat er om haar heen gebeurt. Na afloop laat ze weten dat het te doen was op deze manier en dat vooral de *ongoing* informatie haar helpt. De keer erna wordt er begonnen met het verwijderen van tandsteen middels een combinatie van exposure en een gedragsexperiment (4). Dit betekent dat de patiënt stapsgewijs wordt geconfronteerd met waar ze tegenop ziet (bijvoorbeeld het verwijderen van tandsteen) waarbij zij leert dat de ramp (in dit geval ondraaglijke pijn) zich niet voordoet. Dit moet ertoe leiden dat de patiënt meer vertrouwen krijgt in de tandarts en de behandeling en als gevolg daarvan de angst daalt.

De patiënt maakt een erg gespannen indruk, ze friemelt veel met haar handen, reageert vaak ontwijkend op vragen en ze is snel afgeleid. In kleine stapjes wordt het tandsteen verwijderd met een *scaler* en EMS. Na ieder stapje wordt gevraagd of het daadwerkelijk ondragelijke pijn heeft gedaan, en hoe groot zij de kans acht dat de volgende paar tellen tandsteen verwijderen tot ondraaglijke pijn zal leiden. Ze geeft aan dat de verwachting dat het ondragelijke pijn zal doen langzamerhand kleiner wordt. Uiteindelijk is haar conclusie dat tandsteen verwijderen geen ondraaglijke pijn doet. Voor haar is het bovendien prettig te ervaren dat er geluisterd wordt en er rekening wordt gehouden met haar. Er wordt afgesproken om de keer erna te beginnen met het vullen van een klein gaatje waarvoor eerst een verdoving zal worden gegeven.

De volgende afspraak komt ze voor het restaureren van een kleine caviteit. Opvallend is dat ze vele malen rustiger overkomt dan de keer ervoor. Ze friemelt minder met haar handen en reageert ook adequater op vragen. Ze zegt ook meer vertrouwen te hebben omdat er de vorige keren goed naar haar geluisterd is waardoor zij zich ook rustiger voelt. Ze is nu nog erg bang dat het verdoven ondraaglijk pijnlijk zal zijn, en dat als het eenmaal verdoofd is de verdoving niet voldoende werkt en het boren daarna ook ondragelijke pijn zal doen. Er wordt opnieuw een gedragsexperiment uitgevoerd door haar eerst een voorverdoving te geven. De volgende stap is in kleine stappen haar een verdovingsinjectie te geven waarbij steeds de geloofwaardigheid wordt gecheckt of verdoven inderdaad ondragelijke pijn zal doen, of niet. Dit blijkt niet het geval te zijn. Daarna wordt er verder gegaan met het boren en schoonmaken van een caviteit. Het boren is op zich niet pijnlijk, maar tijdens het boren wordt ze erg onrustig en lukt het haar niet om tussendoor antwoord te geven op de vraag hoe geloofwaardig het is dat boren ondragelijke pijn doet als daarna opnieuw een aantal tellen wordt geboord. In overleg met haar wordt de behandeling wel voortgezet, maar tijdens het vullen krijgt ze plots een starende blik in haar ogen en is zij niet meer aanspreekbaar, passend bij een zogenoemde dissociatie (5). Dissociatie is een geestestoestand waarin bepaalde emoties, waarnemingen of herinneringen buiten het bewustzijn worden geplaatst. De behandeling wordt tijdelijk stopgezet en de patiënt



komt weer uit de dissociatie. Ze vertelt hier vaker last van te hebben en geeft aan dat het haar helpt als zij regelmatig aangesproken wordt, en dat haar vragen gesteld worden, zodat zij makkelijker in het hier-en-nu kan blijven. De behandeling is succesvol afgerond, ook al had zij moeite erbij te blijven. Na afloop vertelt ze dat dit ook vaker gebeurde bij haar huistandarts, maar dat zij haar dan niet aansprak en gewoon doorgingen waardoor haar angst voor de tandarts groter werd. Op de manier zoals dat nu gegaan is, is het voor haar beter te doen.

De daaropvolgende afspraken worden verschillende caviteiten gevuld. De angstige verwachting dat behandelingen ondragelijke pijn veroorzaken is aanzienlijk gezakt. Soms dissocieert ze toch. Dit lijkt vooral samen te hangen met haar algehele gemoedstoestand.

BEHANDELRESULTAAT

Tandheelkundige behandelingen zoals vullen en gebitsreiniging zijn inmiddels te doen nu er vertrouwen is in de behandelaar en zij weet wat zij kan verwachten. Van agressie is geen sprake geweest. De dissociaties spelen haar ook steeds minder parten.

DISCUSSIE

In deze casus is er sprake van een patiënt met uitgebreide psychopathologie waarbij, op basis van het intakegesprek en de terugkoppeling van andere hulpverleners, agressie aanvankelijk een complicerende factor lijkt te zijn. In dit geval lijkt het gevolg van onverwerkte traumatische gebeurtenissen zowel in de tandartspraktijk als daarbuiten, een toestandbeeld (borderline persoonlijkheidsstoornis) dat nog verder kan worden gecompliceerd door gebruik van alcohol of drugs (6,7). In het begin van de handelrelatie is duidelijk besproken welke triggers bij haar agressie opwekken. Dit heeft ervoor gezorgd dat helder is wat ieder van elkaar kan verwachten, als een soort (ongeschreven) contract voor de verdere behandeling. Agressie blijkt dan ook geen thema meer te zijn in de rest van de behandeling.

Een fenomeen dat de tandheelkundige behandeling kan compliceren is het optreden van dissociatie. Bij psychiatrische patiënten is dissociatie een veelvoorkomende reactie op dreigend gevaar en grote stress (1,8). Bij 'wegraking' richt de patiënt de aandacht naar binnen en daardoor wordt het contact met de omgeving verbroken. In dit geval was mogelijk overleg met een vorige behandelaar binnen de GGZ nuttig geweest. Helaas was die niet in beeld en is voortzetting van de behandeling in overleg met de patiënt zelf gegaan. Zij gaf aan dat behandeling voor haar op deze manier te doen is, en daar is gehoor aan gegeven.

Door het maken van behandelafspraken en het doorlopen van het angstreductietraject heeft de patiënt haar negatieve gedachten over de tandheelkundige behandelingen bij kunnen stellen waardoor haar angst voor toekomstige tandheelkundige behandelingen sterk is afgenomen. ■

Referenties

1. Molen HT van der, (ed.), Simon W, (ed.), Lankveld JJDM van (ed.). *Klinische Psychologie: Theorieën en Psychopathologie*. 3 ed. Groningen: Noordhoff Uitgevers, 2015. 600 p.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. American Psychiatric Association. DSM. 2013.
3. Jongh A de, Amann BL, Hofmann A, Farrell D, Lee CW. The Status of EMDR Therapy in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder 30 Years After Its Introduction. *J EMDR Pr Res* [Internet]. (4):261–2019. Available from: <https://connect.springerpub.com/content/sgremdr/13/4/261>
4. Jongh A de. *Angst voor de tandarts*. Uitgeverij Van Gorcum; 2012.
5. Simon W, (ed.), Hullu E de, (ed.), Smeets G, (ed.), Molen HT van der, (ed.). *Klinische Psychologie: Theorieën en Psychopathologie*. 3 ed. Groningen: Noordhoff Uitgevers, 2018. 471 p.
6. Smith AJE. Serie: Communicatie in de tandarts praktijk. Omgaan met conflicten en intimidatie in de tandartspraktijk. *Ned Tijdschr Tandheelkd*. 2019;(126):73–8.
7. Jongh A de. "Lastige" patiënten in de tandartspraktijk. 2004.
8. Jongh A de, Abkhezr S, Broers DLM. Een dissociërende patiënt. *Ned Tijdschr Tandheelk*. 2009;116:427–31.