

Wanneer narcose niet de oplossing is

De behandeling van een patiënt met angst voor ondragelijke pijn en machteloosheid

Samenvatting

Sommige patiënten zijn zo angstig dat zij niet behandelbaar zijn in de reguliere tandartspraktijk. Zo ook de 52-jarige Jasmien die vanwege haar extreme angst werd verwezen naar het Centrum Bijzondere Tandheelkunde (CBT) in Den Haag. Omdat ze bang is dat tandheelkundige behandelingen ondragelijke pijn zullen veroorzaken wenst ze behandeling onder narcose. Toch biedt narcose geen oplossing voor de lange termijn. Doordat de angst in stand blijft zal de patiënt na behandeling onder narcose de tandarts blijven vermijden, waardoor op de lange duur opnieuw gebitsproblemen kunnen ontstaan. Het is daarom belangrijk om het vermijdingsgedrag te doorbreken en het onderliggende probleem, de angst, te behandelen. Een manier om dit te doen is het gebruik van cognitieve gedragstherapie (CGT). Het artikel illustreert deze toepassing aan de hand van een casusbeschrijving.



drs. A.E. (Anneriek) de Vries

tandarts-angstbegeleiding, afdeling angstbegeleiding en gehandicaptenzorg, CBT HagaZiekenhuis, Den Haag; e-mail: anneriekdevries@gmail.com

prof. dr. A. (Ad) de Jongh

tandarts, gz-psycholoog, bijzonder hoogleraar angst- en gedragsstoornissen, ACTA, Amsterdam en honorary professor, School of Health Sciences, Salford University, Manchester en Institute of Health and Society, University of Worcester, Worcester en lid van directieraad Psychotrauma Expertise Center (PSYTREC), Bilthoven; e-mail: a.de.jongh@acta.nl

Trefwoorden:

Angst, angstbegeleiding, sedatie, bijzondere tandheelkunde, cognitieve gedragstherapie, exposure *in vivo*, gedragsexperimenten, cognitieve *herstructurering*.

Leerdoelen:

Na het lezen van dit artikel weet u:

- hoe de tandheelkundige behandeling door angst belemmerd kan worden;
- hoe de angst voor de tandheelkundige behandeling behandeld kan worden;
- hoe de angstige patiënt in een negatieve spiraal terecht kan komen.

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

Extreme angst voor de tandheelkundige behandeling is een van de meest voorkomende redenen waarom patiënten niet behandelbaar zijn in de reguliere tandartspraktijk. Voor dit type patiënten bestaan de zogenoemde Centra voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT)s, waar zij (zo mogelijk) weer behandelbaar worden gemaakt. De aanpak, de technieken en het resultaat van de behandeling laten zich het best beschrijven aan de hand van een casus. Voor deze bijdrage is gekozen voor de casus van de 52-jarige Jasmien die door haar extreme angst al tien jaar geen tandarts meer heeft bezocht.

CASUS

De 52-jarige Jasmien meldt zich, na verwijzing door haar huisarts, op de afdeling angstbegeleiding van het CBT HagaZiekenhuis in Den Haag voor behandeling van haar extreme angst voor tandheelkundige behandelingen. Omdat Jasmien al tien jaar de tandarts heeft vermeden en er inmiddels verschillende kiezen zijn afgebroken heeft haar huisarts haar verzocht om de tandheelkundige behandeling te hervatten. Bij aanvang van de behandeling bij het CBT blijkt al gauw dat Jasmien alleen behandeld wenst te worden onder narcose.

MEDISCHE ANAMNESE

Medisch gezien heeft Jasmien een aantal bijzonderheden. Zo is er sprake van een ASA-score II in verband met hart- en longproblemen, waarvoor zij medicatie ontvangt, bestaande uit een maagbeschermer, een cholesterolsyntheseremmer, een antibioticum tegen luchtweginfecties en twee NSAID's.

PSYCHOSOCIALE ANAMNESE

De angst voor de tandheelkundige behandeling belemmert Jasmien in haar dagelijks leven. Ze werkt als ZZP'er, maar schaamt zich enorm voor haar gebit omdat ze niet meer durft te lachen naar haar klanten. Daarnaast kan ze niet meer alles eten en drinken, omdat verscheidene kiezen zijn afgebroken en die nu extreem gevoelig zijn.

Angst

Voordat Jasmien haar eerste (intake)gesprek bij het CBT heeft, is de ernst van haar angst gemeten door middel van angstvragenlijsten. Omdat Jasmien bij verschillende vragenlijsten boven de *cut-off scores* scoort, is de patiënt te categoriseren als extreem angstig. Opmerkelijk is de specifieke angst voor pijn. In het intakegesprek werd ook naar het ontstaan van de angst gevraagd. Jasmien vertelt dat haar angst voor de tandheelkundige behandeling 15 jaar geleden is begonnen na een uitgebreide parodontale behandeling, waardoor haar gebit zeer gevoelig werd. Zelfs zo gevoelig dat reguliere controles volgens Jasmien zonder lokale verdoving niet meer mogelijk waren. Een bijkomend probleem was dat van de vele tandartsen die Jasmien ooit had bezocht, nagenoeg niemand Jasmien serieus had genomen.

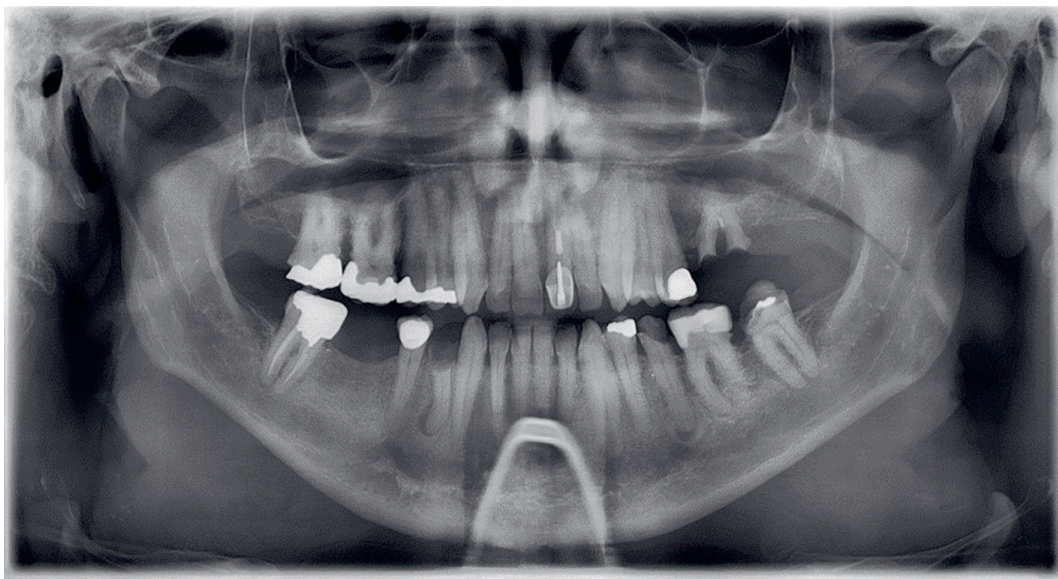
Ook de verdoving zelf blijkt een bron van angst te zijn. Jasmien vertelt dat zij tijdens een wortelkanaalbehandeling ooit zo veel lokale anesthesie kreeg dat zij één oog niet meer kon sluiten, maar ondanks dit toch pijn bleef ervaren. Haar huisarts heeft haar recent uitgelegd dat haar angst wel eens de oorzaak kan zijn dat verdovingen minder goed bij haar werken. Vanwege haar angst zouden hoge adrenalineniveaus ontstaan, waardoor een verdoving soms niet goed werkt. Jasmien is hierdoor ervan overtuigd geraakt dat verdovingen bij haar in zijn geheel niet werken. De wens van Jasmien is om weer een gezond gebit te hebben en weer normaal te kunnen eten, drinken en leven. Omdat Jasmien ervan overtuigd is dat ze niet te verdoven is en zij extreem angstig is voor de behandeling zelf, wenst ze alleen behandeld te worden onder narcose.

KLINISCH EN RÖNTGENOLOGISCH ONDERZOEK

Naar aanleiding van klinisch- en röntgenologisch onderzoek is geconstateerd dat er sprake is van een gemutileerde dentitie met missende en afgebroken elementen, verschillende wortelpuntontstekingen en caviteiten (Figuur 1). Het laatste bezoek aan de tandarts was ongeveer tien jaar geleden.

DIAGNOSE, PROBLEEMSTELLING EN VOORGESTELDE BEHANDELAANPAK

Op basis van het intakegesprek is de diagnose gesteld dat er sprake is van een zogenoemde ‘specifieke fobie voor de tandheelkundige behandeling’, waarbij met name angst voor pijn, maar ook schaamte en machteloosheid centraal staan. Het probleem is dat Jasmien haar gebit graag wil



Figuur 1. Orthopantomogram van de patiënte uit de casus

laten behandelen, maar dit niet durft omdat ze bang is dat verdovingen niet zullen werken. De behandelaanpak richt zich daarom op het verminderen van de angst door middel van cognitieve gedragstherapie (CGT) in de vorm van cognitieve herstructurering en gedragsexperimenten. Het uiteindelijke doel van de behandeling bij het CBT is dat Jasmien weer behandelbaar wordt en de reguliere tandarts kan bezoeken. Behandeling onder narcose behoort niet tot de behandelopties. Het aanbieden van narcose pakt immers niet de oorzaak van het probleem aan dat Jasmien ervaart, te weten haar angst, noch verbetert narcose de behandelbaarheid. Bij het CBT wordt Jasmien dan ook geen behandeling onder narcose aangeboden. Hoe de angst wel behandeld is, wordt hierna beschreven.

BEHANDELAANPAK BIJ ANGSTPATIËNTEN

Bij Jasmien is ervoor gekozen om de angst te behandelen middels cognitieve gedragstherapie (CGT). CGT voor angststoornissen is een behandelaanpak die gericht is op het onderzoeken en toetsen van de angstige verwachtingen ('rampgedachten') die ten grondslag liggen aan de angst van de patiënt. Zo wordt eerst, samen met de patiënt, onderzocht in hoeverre zo'n rampgedachte berust op de waarheid. Dit kan op verschillende manieren. Enerzijds kan de rampgedachte van de patiënt verbaal uitgedaagd worden, zoals bij cognitieve herstructurering. Anderzijds kan de behandelaar de patiënt ('aan den lijve') laten ervaren dat de werkelijkheid minder rampzalig is, dan de patiënt vreest. Dit laatste heet een gedragsexperiment. De toepassing van deze twee technieken wordt hieronder verder toegelicht.

Cognitieve herstructurering

Uit het intakegesprek blijkt dat Jasmien ervan overtuigd is dat een verdoving bij haar niet werkt. Met behulp van cognitieve herstructurering, ook wel 'herkaderen' genoemd, kunnen dit soort angstwekkende opvattingen ondermijnd worden door deze verbaal 'uit te dagen' en de geloofwaardigheid van meer realistische alternatieven worden versterkt¹. Voor het herkaderen is het allereerst van belang om te weten waarom Jasmien deze overtuiging heeft. Met andere woorden: hoe weet Jasmien zo zeker dat bij haar een verdoving niet werkt? Op welke ervaring is dit gebaseerd? Jasmien denkt dat verdovingen niet werken, omdat ze tijdens een wortelkanaalbehandeling – ondanks vele verdovingen – toch nog pijn voelde. Nu het duidelijk is op welke ervaring de overtuiging is gebaseerd, is het zaak om deze ervaring van Jasmien zo klein en incidenteel mogelijk te maken. Dit kan de behandelaar doen door bijvoorbeeld te vragen: 'Hoe vaak is het voorgekomen dat de verdoving niet werkte? En heeft Jasmien ook wel eens gehad dat de verdoving *wel* werkte? En hoe vaak was dat dan?' De bedoeling van deze vragen is om Jasmien er zelf achter te laten komen dat de verdoving slechts incidenteel (slechts één keer) niet, maar in alle andere gevallen wél goed heeft gewerkt. Hierdoor begint – als het goed is – de angstopwekkende overtuiging 'verdovingen werken niet' al wat te wankelen. De tweede stap is om te achterhalen wat de oorzaak is van die éne negatieve ervaring. Hoe kan het dat die éne keer de verdoving niet werkte, terwijl al die de andere keren de verdoving wel werkte? Jasmien denkt dat dit komt doordat haar angst zorgt voor hoge adrenalineniveaus, waardoor de verdoving slechter zou werken. De behandelaar kan op dat moment Jasmien's opvatting betwisten door haar uit te leggen dat er juist

adrenaline aan verdovingsvloeistof wordt toegevoegd om de werkzaamheid van de verdoving te bevorderen. Vervolgens vertelt de behandelaar dat verdovingen in principe altijd werken, behalve in het uitzonderlijke geval van een zeer vurige ontsteking. ‘Zou het dus kunnen zijn dat die éne keer de verdoving niet werkte vanwege het feit dat de kies zo ontstoken was?’, wordt er aan Jasmien gevraagd. Jasmien denkt even na. ‘Het zou kunnen’, zegt ze, want ze had toen inderdaad een dikke wang. Kortom, door de negatieve ervaring klein en incidenteel te maken en informatie te verstrekken is de angstwekkende overtuiging ‘verdovingen werken nooit’ omgebogen tot de meer realistische opvatting ‘verdovingen werken in principe altijd, *tenzij* er sprake is van een hele heftige ontsteking’. Dit zogenoemde herkaderen van rampgedachten wordt met de term cognitieve herstructurering aangeduid.

Gedragsexperiment

Een andere behandeltechniek om angstwekkende overtuigingen te ondermijnen en minder geloofwaardig te maken is het uitvoeren van een gedragsexperiment¹. Tijdens een gedragsexperiment laat je de patiënt inschatten in hoeverre het als waar aanvoelt dat datgene waar ze bang voor is zich ook daadwerkelijk zal voordoen. In de vorm van een wetenschappelijk experiment wordt deze verwachting vervolgens getoetst en daarmee aangetoond dat deze angst ongegrond is. Door het ‘experiment’ enige malen te herhalen en de constatering dat het doemscenario, ondragelijke pijn, herhaaldelijk niet optreedt, wordt de geloofwaardigheid van de rampgedachte steeds verder ondermijnd. In het geval van Jasmien is de rampgedachte dat zij, ondanks de verdoving, toch nog ondragelijke pijn zal ervaren. Om het gedragsexperiment te starten wordt Jasmien eerst goed verdoofd. De werking van de verdoving wordt gecontroleerd met een koude-test zodat, indien nodig, extra verdoving gegeven kan worden. Vervolgens wordt aan Jasmien gevraagd in welke mate ze gelooft, gemeten op een schaal van 0% tot 100% dat als er straks één tel wordt gereinigd de pijn ondragelijk zal zijn. De kans op ondragelijke pijn schat Jasmien in op 25%. Na één tel reinigen wordt aan Jasmien gevraagd of ze ook daadwerkelijk de ondragelijke pijn heeft ervaren. Uiteraard blijkt dat Jasmien geen ondragelijke pijn heeft gevoeld. Opnieuw wordt aan haar gevraagd: ‘Als we nog een keer precies hetzelfde doen, wat is dan de kans op die ondragelijke pijn?’ Jasmien denkt dat de kans op ondragelijke pijn kleiner is geworden, omdat ze zojuist ook geen pijn heeft ervaren. Ze schat daarom de kans op ondragelijke pijn nu in op 20%. Door het experiment te blijven herhalen zakt het percentage steeds verder. Na zes positieve ervaringen zonder pijn is Jasmien ervan overtuigd dat de gebitsreiniging geen ondragelijke pijn meer zal opleveren. Het idee achter deze behandeling is dat angstige mensen vaak de kans overschatten dat datgene waar ze bang voor zijn

ook daadwerkelijk gebeurt¹. Door het experiment te blijven herhalen daalt de vooraf ingeschatte kans op de rampzalige uitkomst steeds verder. Logischerwijs daalt daarmee ook de angst. Immers, nu Jasmien weet dat er geen pijn aankomt, hoeft ze ook niet meer zo bang te zijn.

BEHANDELING

Tijdens de intake is gebleken dat Jasmien bang is dat de verdoving niet werkt en daardoor ondragelijke pijn zal ervaren. Door cognitieve herstructurering is duidelijk geworden dat deze angst van Jasmien niet reëel is. Hoewel Jasmien zich hiervan bewust is, blijft ze toch bang voor ondragelijke pijn en dan met name tijdens gebitsreinigingen, bij het boren, bij het verwijderen van tanden/kiezen en tijdens wortelkanaalbehandelingen. De angst voor pijn in deze afzonderlijke situaties wordt bij Jasmien behandeld in zes zittingen middels gedragsexperimenten. Hieronder volgt een beschrijving van de behandeling per zitting.

1^e zitting – Gedragsexperiment: als er wordt gereinigd, dan volgt ondragelijke pijn.

Tijdens de eerste behandeling wordt een gedragsexperiment uitgevoerd om Jasmien haar angstopwekkende opvatting ‘als er wordt gereinigd, dan volgt ondragelijke pijn’ aan te pakken. Bij het experiment doen we een klein stukje gebitsreiniging met een EMS in een verdoofd gebied. Vooraf schat Jasmien de kans op het krijgen van ondragelijke pijn in op een geloofwaardigheid van 25%, maar door telkens weer te merken dat de ondragelijke pijn niet optreedt, zakt de geloofwaardigheid na zes keer reinigen naar 0%. Op dezelfde manier herhaalt de behandelaar het experiment met een ander reinigingsinstrument, de scaler. Tijdens dit experiment blijkt dat Jasmien nog een andere rampgedachte heeft, namelijk dat als er wordt gereinigd, haar tand of kies eruit getrokken zal worden. De behandelaar vraagt daarom aan Jasmien hoe ze dit zo zeker weet, om op deze manier de irrationele gedachte te herstructureren. Jasmien legt uit dat ze dat niet zeker weet, maar dat het haakje een trekkend gevoel geeft en de tand of kies in de trekbeweging los zou kunnen komen. Dan vraagt de behandelaar of ze wel eens een tand of kies op die manier heeft verloren. ‘Ken je iemand die iets dergelijks heeft meegemaakt?’ Of ‘Heb je wel eens zoiets op internet of in de krant gelezen?’ Al deze vragen beantwoordt Jasmien ontkennend, waardoor duidelijk wordt dat de bewijskracht voor haar rampgedachte te wensen overlaat, of zelfs geheel ontbreekt. Vervolgens vraagt de behandelaar Jasmien hoe groot ze de kans acht dat zoiets gebeurt. Jasmien schat de kans inmiddels in op 50%. Ter geruststelling deelt de behandelaar haar eigen mening, namelijk dat zij de kans zelf inschat op 0%, aangezien Jasmien’s tanden en kiezen stevig vastzitten in de kaak. Jasmien moet lachen en we spreken af om de volgende keer deze overtuiging te testen in de vorm van een derde gedragsexperiment.



2^e zitting – Gedragsexperiment: als er wordt gereinigd, dan wordt de kies uit de kaak getrokken.

Tijdens deze tweede zitting test de behandelaar, zoals afgesproken, met een derde gedragsexperiment Jasmien's andere angstopwekkende overtuiging, namelijk dat als er wordt gereinigd, de kies uit de kaak wordt getrokken. Na op verschillende plekken in de mond herhaaldelijk met een scaler te hebben gereinigd, blijkt dat ook deze angstopwekkende gedachte van Jasmien van tafel geveegd kan worden. Inmiddels heeft Jasmien er vertrouwen in dat één haaltje met een scaler of EMS niet leidt tot ondragelijke pijn of het loskomen van een kies. Tijdens de beschreven gedragsexperimenten is de behandelduur kort. Het reinigen duurt steeds maar één tel en daarna wordt onderzocht of de ramp inderdaad al is opgetreden. Om uiteindelijk een behandeling bij de mondhygiëniste aan te kunnen, is het voor Jasmien belangrijk dat de duur van de gebitsreiniging wordt verlengd. In de volgende zitting wordt hier aandacht aan besteed.

3^e zitting – Opbouwen van de behandelduur

In de derde zitting wordt de duur van de gebitsreiniging opgebouwd. De behandelaar geeft mandibulaire anesthesie, controleert met een koude-test of het blok goed zit, en voert een gebitsreiniging uit zowel in verdoofd als in niet-verdoofd gebied. Ook nu ervaart Jasmien dat de reiniging geen vreselijke pijn veroorzaakt. Door dit telkens weer te ervaren,

daalt de spanning van Jasmien en kan de behandelaar steeds langer achter elkaar reinigen, totdat zij uiteindelijk aan één stuk door mag gaan. Afgesproken wordt dat Jasmien haar hand opsteekt als ze even pauze wil. Na deze behandeling heeft ze vertrouwen in zichzelf en de behandeling gekregen en is ze er klaar voor om door de mondhygiëniste behandeld te worden. Hiervoor plant ze twee afspraken in. We spreken af dat we ondertussen in het CBT samen verder werken aan de angst voor het boren en dit net als bij de angst voor de gebitsreiniging in kleine stapjes zullen opbouwen.

4^e zitting – Behandeling van de angst voor het boren

Tijdens de vierde behandeling geeft de behandelaar opnieuw mandibulaire anesthesie en stelt zij Jasmien gedurende één tel bloot aan het geluid van de boor en de afzuiger in de mond. In stapjes wordt de duur van het boren opgebouwd en uiteindelijk kan de behandelaar 25 tellen achter elkaar boren. In overleg met de patiënt wordt ingeschat dat dit voldoende is om in een volgende behandeling een vulling te kunnen maken.

5^e zitting – Een kleine vulling

Tijdens de vijfde behandeling restaureert de behandelaar de 24D. De behandeling verloopt prima. De 'trilboor' vindt Jasmien het ergste, maar de behandeling gaat desondanks goed. Jasmien spreekt met de behandelaar af om de volgende keer een grotere vulling met dus een langere behandelduur te maken.

6^e zitting – Een grote vulling

Bij de zesde behandeling maakt de tandarts een forse vulling in de 37. Ook dit gaat goed en daarom stellen de tandarts van het CBT en Jasmien samen een brief op voor de huistandarts met het verzoek om de resterende restauraties uit te voeren, zodat een ‘generalisatie’ van de behandelresultaten kan plaatsvinden. Om de behandelingen bij de huistandarts zo goed mogelijk te laten verlopen stellen de tandarts en Jasmien samen ‘een gebruiksaanwijzing’ op. Zo dicteert Jasmien bijvoorbeeld dat ze het belangrijk vindt dat de behandeling direct wordt gepauzeerd zodra ze haar hand opsteekt. Dit geeft haar een gevoel van controle. Daarnaast wil ze graag serieus genomen worden, zodat ze zich minder machteloos voelt. Ook vindt ze het essentieel dat er de tijd wordt genomen voor de behandeling en niet gehaast wordt gewerkt. Tenslotte wil ze graag dat na het verdoven met een koude-test wordt gecontroleerd of de verdoving voldoende werkt, om zo ondragelijke pijn te voorkomen.

BEHANDELRESULTAAT

Nadat Jasmien bij haar huistandarts is geweest vindt er een evaluatiegesprek plaats. Jasmien vertelt dat er bij de huistandarts al verschillende vullingen zijn gemaakt. De behandelingen gaan zo goed, dat ze vindt dat ze geen behandelingen meer nodig heeft in het CBT. Enigszins verbaasd vraagt de behandelaar hoe ze denkt over de wortelkanaalbehandeling (35). Dan blijkt dat Jasmien zich nog wel zorgen maakt dat de wortelkanaalbehandeling toch pijn gaat doen. De behandelaar legt haar daarom uit dat de zenuw van de kies (35) al is afgestorven en er geen gevoel meer in de kies zit. Ook stelt de behandelaar voor om dit nog even te testen met de koude-test. Dat gebeurt en Jasmien zegt gerustgesteld te zijn. Verder legt de behandelaar uit hoe de wortelkanaalbehandeling in zijn werk gaat, zodat Jasmien niet voor verrassingen komt te staan. Ten slotte wenst de behandelaar Jasmien veel succes bij de huistandarts en geeft aan het leuk te vinden om nog een mailtje te krijgen als de wortelkanaalbehandeling (35) en extracties (van de 26 en 44) achter de rug zijn. Na een paar maanden stuurt Jasmien een mail. *‘Over mijn huidige tandarts ben ik erg tevreden. Ze neemt de tijd en het verdoven gaat ook goed. Het belangrijkste is dat ze naar mij luistert en echt de tijd neemt voor me. Ik denk nu zelfs wel eens: schiet eens even op!’*

BESCHOUWING

In het geval van patiënten met extreme angst voor de tandheelkundige behandeling, zoals Jasmien, is veelal een negatieve spiraal waar te nemen. Waar men aanvankelijk er nog wel mee weg komt om niet naar de tandarts te gaan, gaat door vermijding van tandartsbezoek het gebit achteruit en nemen de problemen in de mond steeds verder toe. Tegelijkertijd wordt de drempel om weer naar de tandarts te gaan ook hoger, omdat de behandelingen die noodzakelijk zijn voor het herstel van het gebit steeds ingrijpender en dus beangstigender worden. Zo wordt het voor de angstige patiënt steeds lastiger om weer naar de tandarts te gaan als eenmaal een periode van vermijding is ingezet. De achteruitgang van het gebit heeft op zijn beurt een enorme impact op het dagelijks leven van de patiënt. Naast leven met pijn en niet meer goed kunnen eten en drinken, is vooral ook de sociale impact zeer invaliderend. Angstige patiënten schamen zich vaak zo dat ze sociaal contact uit de weg gaan uit angst dat mensen zullen zien hoe slecht hun gebit eraan toe is of uit angst om een slechte adem te hebben. Het aangaan van relaties zowel privé als op het werk wordt hierdoor belemmerd, waardoor het risico op isolement en depressie op de loer ligt. Als de situatie zo benard is geworden dat tandheelkundige behandeling niet langer uitgesteld kan worden, zal de patiënt toch gedwongen worden om actie te ondernemen. Angstige patiënten hebben vaak een voorkeur voor behandeling onder narcose om op die manier zo weinig mogelijk van de behandeling te hoeven meemaken. Echter, uitgebreide sanering onder narcose verbetert de situatie als het gaat om angst niet, maar houdt deze juist in stand. De kans is dus groot dat oude patronen in stand blijven zoals dat het tandartsbezoek weer wordt uitgesteld en het gebit opnieuw achteruit zal gaan.

Het is daarom belangrijk om het patroon van vermijding te doorbreken. Binnen de bijzondere tandheelkunde zijn er speciaal opgeleide tandartsen die de onderliggende oorzaak oftewel de angst van patiënten kunnen behandelen, indien nodig in samenwerking met een psycholoog. Hierdoor zal het voor de patiënt makkelijker worden om weer het tandartsbezoek bij de huistandarts op te pakken. Dit voorkomt niet alleen dat patiënten eens in de zoveel tijd met zeer ernstige problemen onder narcose behandeld moeten worden, maar zorgt vaak ook voor een positieve draai aan het leven van de patiënt wat de behandeling extra waardevol maakt. ■

Referenties

1. Jongh A de. Angst voor de tandarts. Assen: Van Gorcum; 2012. p. 276. ISBN 978 90 232 4785 2.