

16 Overgeven aan misselijkheid

De behandeling van gegeneraliseerde caries profunda bij een patiënt met emetofobie

SAMENVATTING

Een patiënt met een relatief goede gebitsgezondheid wordt door zijn huistandarts verwezen naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT), omdat het voor hem niet mogelijk is bij een controle of behandeling de mond te openen vanwege een extreem gevoel van misselijkheid en een extreme angst om over te geven. Bij deze patiënt wordt emetofobie (braakfobie) gediagnosticeerd. De patiënt wordt voor behandeling hiervan verwezen naar een psycholoog. Deze stap zet hij echter niet. Zestien maanden na de eerste intake komt hij terug naar het CBT. Er is nu sprake caries profunda in zijn gehele dentitie. Door zijn sterk verslechterde gebitstoestand is hij nu wel gemotiveerd om aan zijn emetofobie te werken. Hier wordt een beschrijving gegeven van de behandelaanpak, waarin de psychologische begeleiding een zeer grote rol speelt, en het tandheelkundig behandelplan.

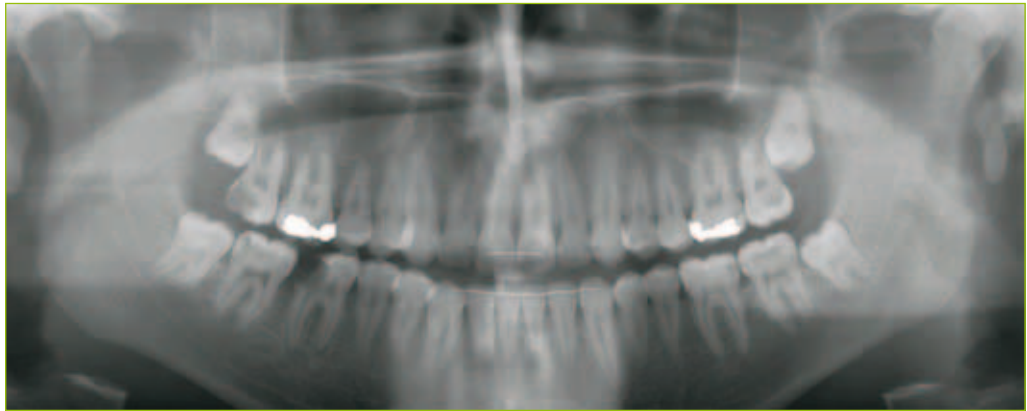
D. Been en C.M.H.H. van Houtem

CASUS

Een 23-jarige man wordt in 2008 door zijn huistandarts naar de afdeling Angstbegeleiding van een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT) verwezen, omdat het bij hem niet mogelijk is een tandheelkundige behandeling uit te voeren. Zelfs een gebitscontrole is niet mogelijk. De patiënt heeft last van aanhoudende misselijkheid. Zelf heeft hij het idee dat zijn gebitstoestand achteruitgaat, daarom heeft hij de stap gezet om weer een afspraak bij de tandarts te maken. Zijn hulpvraag is: 'een manier vinden om niet misselijk te zijn bij de tandarts om vervolgens mijn gebit goed te kunnen maken'. De patiënt ervaart zijn eigen gedrag als afwijkend en wil niets liever dan ervan afkomen, zodat hij zijn gebit kan laten controleren en saneren.

■ **Achtergrond**

De patiënt geeft aan dat het recentelijk voor de tandarts niet mogelijk was een controle bij hem uit te voeren. Voor het laatst is hij zeven jaar geleden bij de tandarts geweest. Tijdens dit bezoek is gepoogd bitewingfoto's te maken. Nadat hij erg misselijk werd bij het plaatsen van een bitewingfoto in zijn mond heeft hij tandartsbezoek vermeden – niet omdat hij bang is voor tandheelkundige behandelingen zoals verdoven of boren, maar omdat hij misselijk werd. Alles wat in zijn leven tot misselijkheid kan leiden vermijdt hij, omdat hij extreem bang



Figuur 1 Orthopantomogram 2008.

is om hierdoor te gaan overgeven. In de praktijk heeft hij echter de laatste 3 à 4 jaar niet overgegeven. In de jaren ervoor heeft hij enkele keren overgegeven, steeds ten gevolge van griep. Met veel moeite is een OPT vervaardigd (figuur 1).

■ Medische anamnese

Geen medische bijzonderheden, geen gebruik van medicatie.

■ Angstanamnese

De scores van de k-ATB (26) en DPFPR (3) geven aan dat de patiënt niet extreem angstig is voor de tandheelkundige behandeling. Zie voor toelichting van de diverse vragenlijsten hoofdstuk 8.

Uit de DCQ blijkt dat de patiënt de volgende cognities heeft die bij hem tijdens een behandeling bij de tandarts opkomen:

mijn gebit is iets waar ik mij voor moet schamen	100% waar
ik word misselijk	100% waar
ik ben een lastige patiënt	80% waar
deze behandeling gaat vast pijn doen	70% waar

Uit de BSI (Brief Symptom Inventory), een vragenlijst die de meest voorkomende psychologische stoornissen meet,¹ blijkt dat er geen sprake is van comorbide problematiek of stoornissen.

■ Psychosociale anamnese

De patiënt woont samen met zijn vriendin en werkt als procescontroller in een fabriek.

■ Vervolg

Vanwege zijn extreme misselijkheid en het onvermogen om in de behandelstoel te zitten en zijn mond open te houden wordt in overleg met de patiënt besloten om hem hiervoor in eerste instantie naar een psycholoog te verwijzen. Daarna kan dan een mondinspectie worden uitgevoerd en een definitief tandheelkundig behandelplan worden opgesteld. Nadat de patiënt naar de psycholoog is verwezen, neemt de tandarts nog driemaal contact met hem op. Steeds zegt de patiënt dat hij binnenkort echt naar de psycholoog gaat, maar dat hij het nu nog niet kan opbrengen.

Zestien maanden na de eerste intake komt de patiënt op initiatief van zijn moeder opnieuw naar het CBT voor een gesprek. Het blijkt dat hij de stap om naar de psycholoog te gaan nog

steeds niet heeft gezet. Ook heeft hij zoveel last van zijn misselijkheid gekregen dat hij sinds tien maanden niet of nauwelijks meer poetst en voortdurend pepermunt eet om zijn misselijkheid te onderdrukken. De misselijkheid heeft zo de overhand gekregen dat zijn moeder met hem in het alternatieve circuit is beland om een oplossing voor zijn probleem te zoeken. Hij heeft ook een manueel therapeut bezocht om te laten controleren of hij geen rugafwijking heeft die zijn misselijkheid kan veroorzaken. Volgens de patiënt is de misselijkheid ontstaan na een val in het zwembad waarbij een zenuw bekneld zou zijn geraakt, met misselijkheid als gevolg. Deze alternatieve behandelingen hebben geen effect op zijn misselijkheid gehad. Hij ziet de toekomst van zijn gebit niet meer zitten, nu hij merkt dat er steeds stukken van zijn tanden en kiezen afbrokkelen.

De OPT laat een dramatisch beeld zien (figuur 2); in de afgelopen zestien maanden heeft het cariesproces desastreuze vormen aangenomen. Besloten wordt samen met de psycholoog van de afdeling Angstbegeleiding een uitgebreidere intake te plannen. Tijdens deze intake vallen de volgende zaken aan deze patiënt op: hij steekt telkens een nieuw pepermuntje in zijn mond, zit op het puntje van zijn stoel en strekt vaak zijn nek. Het is niet mogelijk een mondinspectie uit te voeren. Als hij zijn mond opent of met zijn rug tegen de behandelstoel gaat zitten of liggen, wordt hij door een extreme misselijkheid overvallen. Hij geeft aan nergens met zijn rug tegen een leuning te zitten en alleen te gaan liggen zonder T-shirt aan.

In het gesprek wordt zijn misselijkheid verder uitgevraagd. De patiënt blijkt extreem bang te zijn om over te geven. De diagnose emetofobie wordt gesteld en de patiënt krijgt uitleg. Het behandeldoel en de behandelaanpak worden besproken. Tijdens de intake is tevens navraag gedaan naar de etiologie van de emetofobie, om te kijken of er een nare, onverwerkte ervaring aan de problematiek ten grondslag ligt of een gebeurtenis die het verloop heeft beïnvloed. Wat hij er zelf mee in verband brengt is dat zijn ouders tien jaar geleden zijn gescheiden. Ten gevolge van de scheiding is hij verhuisd en is hij al zijn oude vrienden kwijtgeraakt. De scheiding heeft psychisch een grote impact op hem gehad. In dezelfde periode is hij in het zwembad gevallen en heeft hij een zware hersenschudding opgelopen. Hij heeft erna lange tijd last gehad van hoofdpijn en duizeligheid. In de periode daarna is hij misselijk geworden en dat eigenlijk altijd gebleven.

Op 16-jarige leeftijd was hij voor het eerst bang dat hij zou overgeven. Hij werkte toen als vakkenvuller en moest een schort aan dat hoog om zijn nek was dichtgeknoopt. Hij at toen altijd pepermunt om dit te kunnen verdragen. In deze periode heeft hij ook de nare ervaring bij de tandarts (enorme misselijkheid na het plaatsen van een bitewingfoto) gehad, waarna hij tandartsbezoek is gaan vermijden. De patiënt is daarna in steeds meer situaties pepermunt gaan eten om het gevoel van misselijkheid te verdrijven.

■ Tandheelkundige probleemstelling

Röntgenologisch gezien een zeer carieuze dentitie met diverse periapicale ontstekingen bij een patiënt met emetofobie. Een intraoraal onderzoek heeft nog niet plaats kunnen vinden door de emetofobie. Totaalextractie en het plaatsen van twee immediaatprothesen lijkt tandheelkundig gezien de enige oplossing. Het is echter op dit moment niet mogelijk om af te drukken voor een immediaatprothese; ook lijkt het accepteren van een prothese voor deze patiënt op dit moment geen haalbare zaak. Tevens wenst de patiënt gezien zijn jonge leeftijd zoveel mogelijk elementen te behouden.

ACHTERGROND

■ Emetofobie

Emetofobie (braakfobie) is een vorm van angst die volgens de diagnostische criteria onder de specifieke fobieën valt.² Om te mogen spreken van een specifieke fobie moet volgens de DSM-IV-TR² sprake zijn van de kenmerken die in tabel 1 zijn samengevat.



Figuur 2 Orthopantomogram 2009.

De prevalentie van emetofobie in de algemene bevolking is bijna 9%.^{3,4} De discrepantie met een eerdere schatting van ongeveer 115.000 mensen in Nederland en België (prevalentie 0,4%), lijkt verklaard te kunnen worden uit het feit dat relatief veel mensen geen hulp zoeken voor hun emetofobische klachten.⁵ Meerdere auteurs^{3,4,6} stelden vast dat de stoornis vaker bij vrouwen voorkomt dan bij mannen. De gemiddelde aanvangsleeftijd van de klachten ligt in de puberteit^{3,6} of zelfs nog jonger.⁴ Tevens hebben mensen met emetofobie een hoger algemeen angstniveau en meer comorbide angststoornissen.^{3,7}

Hoewel emetofobie dus een veel voorkomende fobie is, wordt deze maar zelden als zodanig herkend.³ Dit heeft meerdere oorzaken. Allereerst is de fobie relatief onbekend bij huisartsen en psychologen. Vanwege de onbekendheid en de veelheid aan klachten waarmee cliënten zich bij huisarts of psycholoog melden wordt vaak een andere diagnose gesteld, zoals agorafobie (straatvrees), obsessief compulsieve stoornis (vanwege de dwanghandelingen), hypochondrie of anorexia nervosa (als er niet wordt gegeten om misselijkheid te voorkomen). De behandeling richt zich dan op de gevolgen van de fobie of op slechts een gedeelte van de problematiek. Mensen die lijden aan emetofobie hebben een aanhoudende, overdreven angst om over te geven of anderen te zien overgeven. Vaak zijn ze ook bang in aanwezigheid van anderen te moeten overgeven.³ Naast lichamelijke symptomen zoals misselijkheid en maag- en/of darmklachten is er sprake van een gedragspatroon dat erop is gericht de kans op overgeven of anderen te zien overgeven zo klein mogelijk te maken. Dit leidt tot het vermijden van situaties die angst oproepen.

Er is bij mensen met emetofobie sprake van twee soorten vermijding. Ten eerste is er passieve vermijding. Dat betekent dat situaties die tot overgeven zouden kunnen leiden uit de weg worden gegaan. Kortom, om te voorkomen dat angst om over te geven ontstaat doet men bepaalde dingen niet. Voorbeelden van passieve vermijding zijn het uit de weg gaan van zieke mensen, feestjes, nare luchtjes, tandartsbezoek, pretparken, verre reizen, alcohol en medicatie die misselijkheid als bijwerking heeft.

Ten tweede is sprake van actieve vermijding, ook wel veiligheidsgedrag genoemd. Dat betekent dat iemand gedragingen toevoegt om te voorkomen dat de gevreesde situatie ontstaat. Voorbeelden van actieve vermijding bij emetofobie zijn het controleren van de houdbaarheidsdatum van voedingsmiddelen, het uitstellen van een zwangerschap, alleen licht verteerbaar voedsel eten, altijd maagtabletten tegen misselijkheid bij zich dragen en pepermunt of kauwgom eten om misselijkheid te voorkomen.

Beide vormen van vermijding houden de fobie in stand. Emetofobie heeft hierdoor over het algemeen een grote impact op het dagelijks functioneren.⁴

Tabel 1 Kenmerken van een specifieke fobie (DSM-IV-TR)

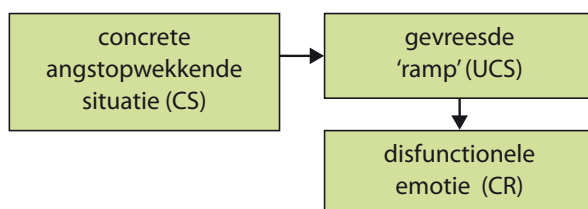
- een irrationele en aanhoudende angst voor een welomschreven object of situatie
- een extreme angstreactie wanneer de persoon met een of meer specifieke objecten wordt geconfronteerd
- een gedragspatroon dat is gebaseerd op de neiging confrontaties met het object of de situatie zoveel mogelijk te vermijden
- de persoon zelf beseft dat de angst onredelijk of overdreven is
- een duidelijk lijden of een beperkende, dan wel ontwrichtende invloed op het dagelijks leven

BEHANDELMOGELIJKHEDEN

Volgens de GGZ-richtlijnen is exposure de eerstekeusbehandeling van een specifieke fobie, waartoe ook de emetofobie behoort.⁸ Ook wordt exposure als effectieve methode in de literatuur teruggevonden.^{9,10} In de literatuur over emetofobie wordt verder melding gemaakt van een behandeling met hypnose in combinatie met flooding.¹¹ Boschen¹² heeft een model voor cognitieve gedragstherapie bij emetofobie ontwikkeld. In de daarin voorgestelde behandelplanpak ligt de focus op een combinatie van ontspannings- en afleidingstechnieken, cognitieve herstructurering en exposure. Hunter en Antony¹³ benadrukken de rol van interoceptieve exposure als onderdeel van een behandeling met cognitieve gedragstherapie bij emetofobie. Tot slot wordt EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) als behandelbaarheid genoemd.^{14,15} De behandelde literatuur over emetofobie bestaat vooral uit casestudies en is vaak niet theoretisch onderbouwd.⁷

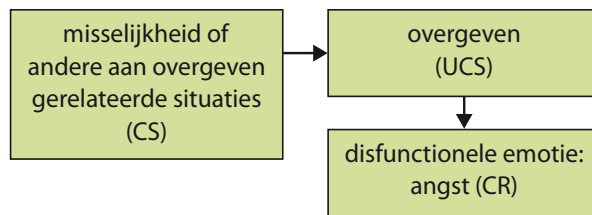
■ Exposure bij emetofobie

Binnen de cognitieve gedragstherapie (waaronder ook exposure valt) wordt gebruikt gemaakt van hypothesen om te verklaren hoe het komt dat klachten in stand worden gehouden. Dit gebeurt door middel van betekenisanalyses en functieanalyses. In betekenisanalyses (BA's) wordt beschreven hoe een specifieke situatie disfunctionele emoties oproept door een onterechte associatie met andere (negatieve) gebeurtenissen.¹⁶ Dit is schematisch weergegeven in figuur 3. De confrontatie met een angstopwekkende stimulus (cs) leidt tot de verwachting dat er een 'ramp' (usc) volgt, hetgeen leidt tot een negatief gevoel. In dat geval is er tussen de cs en de UCS een sequentiële relatie. Het een volgt dus op het ander. In dat geval is exposure een geschikte behandelmethod.¹⁷



Figuur 3 Betekenisanalyse (vrij naar Korrelboom en ten Broeke, 2004).¹⁷

Vertaald naar emetofobie ziet een betekenisanalyse met een sequentiële relatie tussen CS en UCS er uit als in figuur 4. Bestaat er tussen de cs en de UCS een referentiële relatie, dan betekent dit dat de cs een herinnering aan iets in het verleden oproept. De cs doet denken aan de UCS. In dat geval is een behandeling gericht op het herevalueren van deze herinnering het meest geschikt. EMDR is een voorbeeld van een dergelijke behandeling.^{17,18}



Figuur 4 Betekenisanalyse (vrij naar Bouman en Van Hout, 2006).⁶

Exposure in vivo – meestal gradueel (dat wil zeggen: in kleine stapjes) uitgevoerd – is het blootstellen van de patiënt aan de concrete angstopwekkende situatie (CS). Hierdoor ontdekt hij dat de verwachte ramp (UCS) niet uitkomt.¹⁷ De verwachting is dan dat het opdoen van positieve ervaringen leidt tot een toename van durf, waardoor een volgende stap gezet kan worden.¹⁹ Door te doen waar de patiënt bang voor is verbreekt hij in wezen dus de passieve vermijding. In de praktijk vindt exposure bij een patiënt met emetofobie meestal plaats door hem bloot te stellen aan braken of braaksel, door hem filmpjes van brakende mensen te laten zien, door het laten zien, ruiken of voelen van braaksel of het zelf opwekken van braken.^{9,10} De vraag is echter of dit een voor zowel de patiënt⁵ als de behandelaar⁷ wenselijke benadering is. Bouman en Van Hout⁷ beschrijven emetofobie vanuit het perspectief van de leertheorie. Hieruit wordt duidelijk dat je bij exposure aan braken mensen in wezen blootstelt aan de ramp die men vreest (UCS). Zij vergelijken dit met het blootstellen aan de pijn van een tandheelkundige behandeling in plaats van datgene waarbij iemand pijn verwacht (bijvoorbeeld boren). Op grond daarvan trekken zij de conclusie dat exposure aan braken onzinnig is. Ze zijn van mening dat patiënten met emetofobie blootgesteld moeten worden aan de voorspellers van braken (CS) en niet aan het braken of het braaksel zelf (UCS). Voorspellers van braken zijn bijvoorbeeld misselijkheid of aan overgeven gerelateerde situaties zoals het eten van specifiek voedsel, de confrontatie met zieke mensen, reizen en tandartsbezoek. De functieanalyse (FA) veronderstelt een verband tussen disfunctioneel gedrag (R) en de positieve consequenties (Sr) van dat gedrag, met andere woorden: welke gevolgen van het probleemgedrag zorgen ervoor dat dit gedrag in stand wordt gehouden?¹⁷ Een algemene functieanalyse bij emetofobie ziet er schematisch uit als in figuur 5.

Sd: situaties gerelateerd aan overgeven
 R: actieve en passieve vermijdingsstrategieën
 Sr: afname angst op korte termijn
 illusie van controle over het braken

Figuur 5 Functieanalyse (vrij naar Bouman en van Hout, 2006).⁷

Uiteraard zijn er ook negatieve gevolgen van de vermijding, zoals de inperking van het sociale leven en afname van bewegingsvrijheid. Dit zijn vooral nadelen op de lange termijn. De positieve gevolgen zijn echter op de korte termijn zichtbaar.⁷ De angst en het idee van controleverlies zijn op lange termijn door het vermijdingsgedrag natuurlijk niet verdwenen en zorgen dan voor meer vermijding en meer nadelen. Het probleem wordt op die manier dus in stand gehouden.

Bouman en Van Hout⁷ pleiten ervoor dat in de behandeling van emetofobie niet alleen aandacht wordt besteed aan exposure, maar ook aan responspreventie. Responspreventie is een methode om actieve vermijdingsstrategieën te doorbreken.¹⁷ De veiligheidsgedragingen die worden gebruikt om te voorkomen dat misselijkheid (of de kans op overgeven) ontstaat, moe-

ten worden gestopt. Exposure aan de angstopwekkende situatie kan alleen succesvol zijn als het gebeurt zonder het gebruik van veiligheidsgedragingen.¹⁷

METHODE

■ Behandeldoel

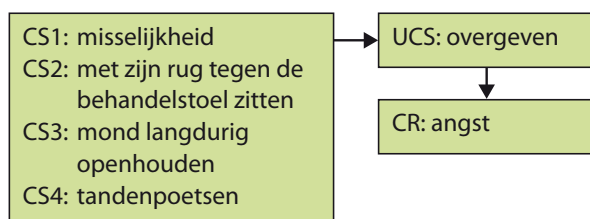
Tandheelkundig gezien is het behandeldoel ‘het saneren van de dentitie en ontstekings- en pijnvrij zijn van de mond’. Het psychologisch behandeldoel is: niet overgeven tijdens de tandheelkundige behandeling en omgaan met de misselijkheid. Het behandeldoel is dus niet ‘niet meer misselijk zijn’, omdat dit geen realistisch doel is.

■ Behandelaanpak

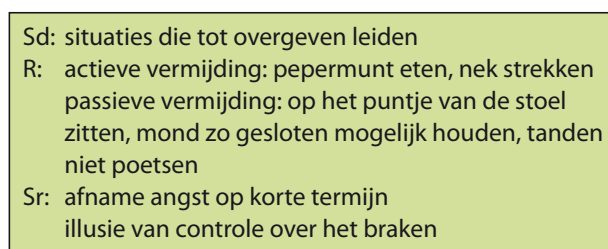
Behandeling zal conform de ggz-richtlijnen Angststoornissen plaatsvinden door middel van exposure,⁸ aangevuld met responspreventie. De patiënt zal worden blootgesteld aan zijn voorspellers van het braken, misselijkheid en situaties die volgens hem daartoe leiden. Blootstelling aan braken wordt niet gebruikt vanwege redenen die reeds zijn beschreven. Vanwege het feit dat bij de ontwikkeling en het verloop van de emetofobie nare ervaringen een rol spelen, wordt patiënt ook gewezen op de mogelijkheid om te worden doorverwezen voor een EMDR-behandeling. Hier staat de patiënt echter niet voor open.

Tijdens de gecombineerde intake met de psycholoog is aan de patiënt uitgelegd wat emetofobie is. Er is hem verteld dat hij met zijn vermijding niet voorkomt dat hij gaat overgeven, maar dat hij zowel met zijn actieve als passieve vermijding zijn angst en het idee dat hij niet hoeft te braken juist in stand houdt. Bij de patiënt is sprake van passieve vermijding van tandenpoetsen, met zijn rug tegen een stoelleuning zitten, het wijd openen van zijn mond, zitten/liggen op de tandartsstoel, het dragen van hooggesloten truien, (strop)dassen en veiligheidshesjes en zwemmen. Daarnaast is er sprake van actieve vermijding (veiligheidsgedrag). Om te voorkomen dat hij misselijk wordt eet hij de hele dag pepermint en strekt hij vaak zijn nek.

De problematiek van de patiënt in de tandheelkundige setting is weergegeven in de betekenisanalyse van figuur 6. De tandheelkundige functieanalyse van patiënt is weergegeven in figuur 7. De negatieve gevolgen voor hem zijn met name achteruitgang van zijn gebit. Hij is erg gemotiveerd om zijn gebit er weer goed uit te laten zien.



Figuur 6 Tandheelkundige setting.



Figuur 7 Tandheelkundige functieanalyse.



Figuur 8 Zijdelingse delen.



Figuur 9 Front.

Met de patiënt is afgesproken dat hij in ieder geval zijn actieve vermijding (veiligheidsgedrag) stopt, aangezien dit – in combinatie met het niet meer tandenpoetsen – aanzienlijke schade aan zijn dentitie heeft opgeleverd. Vanwege de schadelijke effecten op zijn gebit spreken we af dat de patiënt per direct overstapt op suikervrije kauwgom, maar we noemen dit een tussenoplossing. Uiteindelijk is het de bedoeling dat hij volledig stopt met dit veiligheidsgedrag. Dit geldt zowel voor de tandheekkundige setting als voor zijn dagelijks leven. Zolang hij pepermunt of kauwgom eet om zijn misselijkheid te beteugelen, houdt hij daarmee zijn angst in stand. Door patiënt wordt dit ook letterlijk benoemd: 'Ik heb een manier gevonden om mijn misselijkheid tegen te gaan en daarmee overgeven te voorkomen.' Met andere woorden: als ik stop met pepermunt/kauwgom eten gebeurt dit wel. Ook al gaat het tandartsbezoek voor hem met veel spanning gepaard, hij houdt zich aan de gemaakte afspraken. Hij stapt per direct over naar suikervrije kauwgom. Zodra hij de behandelkamer binnenkomt, gooit hij zijn kauwgom in de prullenbak en hij doet zijn huiswerkopdrachten trouw.

Tijdens de behandelsessies wordt de patiënt blootgesteld aan situaties die hij eerder uit de weg ging. Er wordt onder meer geoefend met het liggen in de tandartsstoel en zijn mond openhouden. De tijdsduur hiervan wordt in stapjes opgebouwd. Als hij misselijkheid voelt opkomen, moet hij blijven liggen en niet omhoog komen. Daarmee ontdekt hij dat zijn misselijkheid weer wegebt en dat zijn angst om over te geven niet uitkomt. Daarnaast is er tijdens de behandeling aandacht voor afleiding in de vorm van het concentreren op een lage buikademhaling en progressieve ontspanning.²⁰ Op deze manier wordt hij geattendeerd op toenemende spanning in zijn lichaam en kan hij deze ook weer laten wegvloeien. Verder wordt tijdens en aan het eind van iedere behandeling gesproken over zijn irrealistische gedachtegang en de geloofwaardigheid ervan (zie ook hoofdstuk 6). Hij wordt eveneens gestimuleerd om zijn vermijdingsgedrag (zowel passief als actief) in het dagelijks leven te doorbreken.

Aan het einde van de eerste behandelzitting kan een kortdurende intraorale inspectie plaatsvinden. Klinisch onderzoek laat het volgende zien: gegeneraliseerde gingivitis en gegeneraliseerde actieve caries profunda (zie figuur 8 en 9) bij een patiënt met emetofobie.

■ Tandheekkundig behandelplan

Na de intraorale inspectie kan een tandheekkundig behandelplan worden gemaakt. Dit plan bestaat uit de volgende stappen: allereerst zal de mondhygiëne van de patiënt op peil worden gebracht. Dit gebeurt enerzijds door gebitsreiniging in de stoel uit te voeren en poets- en mondhygiëne-instructie te geven. Anderzijds oefent de patiënt thuis met het mondspoelen en tandenpoetsen. Vervolgens zal het boven- en onderfront in de stoel met composiet worden gerestaureerd en zal het grootste deel van de zijdelingse delen onder algehele anesthesie worden geëxtraheerd. Tevens zullen in de boven- en onderkaak partiële plaatprothesen worden vervaardigd die in de toekomst eventueel uitgebreid kunnen worden, mocht er een element verloren gaan.



Figuur 10 en **11** Gedeeltelijk gerestaureerd boven- en onderfront.

■ Resultaat

De frontrestauraties worden in volgorde van toenemende moeilijkheid in de stoel vervaardigd. Eerst worden de kleine frontrestauraties in het onderfront vervaardigd en daarna de restauraties in het bovenfront, waarbij de patiënt verder naar achter moet liggen en waar hij om die reden heel erg tegenop ziet (zie figuur 10, 11 en 12). Uiteindelijk is in de stoel het hele boven- en onderfront gerestaureerd (zie figuur 13 en 14). In de ene zitting is hij beter in staat om te gaan met de misselijkheid dan de andere keer. Maar met behulp van de aanwijzingen betreffende ontspanning, buikademhaling en afleiding lukt het om de zittingen te voltooien. Tussen de behandelzittingen door doet de patiënt steeds moeilijker wordende huiswerk oefeningen om zijn behandelbaarheid te vergroten: steeds langer de mond wijd open houden, spoelen met mondspoelmiddel, tandenpoetsen, het plaatsen van een bitewingfoto, het plaatsen van afdruklepels superior en inferior, eerst zonder inhoud en later met aardappelpuree. De oefeningen hebben, ondanks de zeer grote inzet van de patiënt, een wisselend resultaat. De ene week is hij perfect in staat zijn dentitie schoon te houden. De andere week gaat hij, als hij in zijn dagelijks leven veel last heeft van misselijkheid, tandenpoetsen uit de weg. Onder algehele anesthesie worden de benodigde extracties uitgevoerd. Helaas was de conditie van zijn dentitie zo slecht dat geen enkele occlusale eenheid behouden kon worden. Uiteindelijk zijn alleen het boven- en onderfront, de 25, 26, 44 en 45 behouden gebleven. Tevens worden er afdrukken voor partiële plaatprothesen superior en inferior gemaakt. De partiële prothesen worden immmediaat gemaakt ter vervanging van de geëxtraheerde elementen en worden opgesteld tot de 6-en, waarbij het palatum in de partiële prothese superior zover mogelijk vrij wordt gelaten.



Figuur 12 en **13** Volledig gerestaureerd boven- en onderfront.

Twee weken na de behandeling onder algehele anesthesie geeft de patiënt aan geen last van napijn meer te hebben en alles te kunnen eten wat hij wil. Hij is ontzettend blij dat hij geen last meer heeft van de pijnklachten die hij voor de behandeling had. In deze zitting zijn de partiële protheses aan hem overhandigd. Als huiswerkopdracht zal hij het inzetten, inhouden en uitnemen ervan moeten oefenen.

Met de bovenstaande resultaten is het doel van de behandeling bereikt, namelijk: niet overgeven tijdens de tandheelkundige behandeling, leren omgaan met de misselijkheid, het saneren van het boven- en onderfront en het ontstekings- en pijnvrij zijn.

De score op de k-ATB is iets gedaald en de score van de DPFR is ongewijzigd.

Het angstniveau van patiënt blijkt iets te zijn gedaald. Tevens heeft hij enkele cognities over de behandeling bijgesteld. De cognitie 'Ik word misselijk' is echter onveranderd. Hij heeft binnen de tandheelkundige setting zowel zijn actieve als passieve vermijdingsgedrag verbroken. Hoewel hij zich nog steeds misselijk voelt, kan hij nu binnen de tandheelkundige setting met zijn misselijkheid omgaan.

mijn gebit is iets waar ik mij voor moet schamen	25% waar
ik word misselijk	100% waar
ik ben een lastige patiënt	50% waar
deze behandeling gaat vast pijn doen	10% waar

BESCHOUWING

Met een prevalentie van 9% in de algemene bevolking^{3,4} is emetofobie een veel voorkomende fobie die de tandarts-algemeen practicus dus ook in de huispraktijk tegen kan komen. Bij verdenking op emetofobie kan de diagnosekaart Emetofobie (zie bijlage 1) als diagnostisch hulpmiddel dienen.

Tandheelkundig gezien is er bij deze patiënt sprake van een geslaagde behandeling. Het boven- en onderfront is in de stoel gesaneerd en de patiënt is ontstekings- en pijnvrij. Tevens is het hem gelukt zonder vermijdingsgedragingen de tandheelkundige behandeling te ondergaan. Gezien zijn enorme motivatie zijn gebit op te knappen, gecombineerd met het opgebouwde vertrouwen tussen patiënt en tandarts, is de tandheelkundige behandeling succesvol gebleken. Daarmee is in wezen het beoogde doel van de tandarts en van de patiënt zelf bereikt.

Wat echter zijn behandeling voor de toekomst in de weg staat is dat hij zijn vermijdings- en veiligheidsgedragingen buiten de tandheelkundige setting nog niet heeft opgegeven. De patiënt heeft zijn pepermuntgebruik vervangen door suikervrije kauwgom, wat uiteindelijk beter is voor het behoud van zijn gebit. In zijn dagelijks leven eet hij wel minder kauwgom dan eerst, maar hij heeft het altijd voor de zekerheid bij zich en gebruikt het als hij misselijk is of dreigt te worden. Ook heeft hij in periodes van misselijkheid nog steeds moeite met tandenpoetsen. Het feit dat patiënt in zijn dagelijks leven nog steeds veiligheidsgedragingen vertoont, betekent dat hij zijn fobie buiten de tandheelkundige setting in stand houdt. Om zijn emetofobie het hoofd te bieden, zal dus ook in zijn dagelijks leven zijn actieve en passieve vermijdingsgedragingen moeten opgeven. Hiervoor lijkt hij echter niet gemotiveerd genoeg. De kans op terugval in zijn klachten is groot. Het ligt dus voor de hand dat zijn mond- en gebitstoestand op den duur weer achteruit zal gaan.

Waarschijnlijk zullen de partiële boven- en onderprothese op termijn worden uitgebreid tot een volledige prothese. De bovenprothese kan hij enige tijd inhouden, maar de onderprothese wordt nog niet geaccepteerd, omdat deze een te groot gevoel van misselijkheid oproept.

Met patiënt is meerdere keren besproken dat EMDR of cognitieve gedragstherapie gericht op emetofobie een zinvolle bijdrage zou kunnen leveren aan de tandheelkundige behandeling. De verwachting is dat hij door het verwerken van een aantal gebeurtenissen en het doorbreken van de vermijding in zijn dagelijks leven de tandheelkundige behandeling gemakkelijker zal kunnen ondergaan. Helaas heeft patiënt aan deze behandelopties geen gevolg gegeven. Hopelijk zal hij op een later tijdstip wel gebruik maken van deze mogelijkheid.

De focus van de psychologische behandeling lag op het kunnen uitvoeren van de tandheelkundige behandeling en niet op het behandelen van de emetofobie. Hierdoor is bij het navragen van actieve en passieve vermijdingsstrategieën vooral de aandacht gericht op tandartsgerelateerde zaken. De betekenis- en functieanalyses zijn hierdoor niet volledig.

Er is in deze casusbeschrijving voor gekozen de uitleg over cognitieve gedragstherapeutische technieken, analyses en de leertheorie beknopt te houden en bepaalde delen achterwege te laten als die tijdens de tandheelkundige behandeling niet aan de orde kwamen. Hetzelfde geldt voor het beschrijven van EMDR als behandeloptie. Voor meer informatie over deze behandeltechnieken verwijzen we graag naar Korrelboom en Ten Broeke¹⁷ en De Jongh.¹⁸

Ten slotte moet worden benadrukt dat binnen de angstbegeleiding behandeling onder algehele anesthesie geen eerste keus behandeling is, aangezien dit een minder angstreducerend effect heeft dan een gedragsmatige behandelaanpak.²¹ In dit geval echter was aanvullend op het angstbegeleidingstraject algehele anesthesie geïndiceerd, aangezien de patiënt op deze manier in een korte tijdspanne ontstekings- en pijnvrij gemaakt kon worden.

Emetofobie

- Een aanhoudende angst voor overgeven en/of anderen te zien overgeven, die overdreven of onredelijk is.

Symptomen

Mogelijke lichamelijke symptomen:

- misselijkheid
- maag- en/of darmklachten
- gewichtsverlies en/of ondergewicht

Mogelijke psychische en gedragssymptomen:

- angst voor en/of vermijden van bepaalde situaties en/of locaties (ziekenhuizen, huisarts, restaurants, openbaar vervoer, vliegtuigen)
- angst voor en/of vermijden van voedsel, drank en/of medicijnen, met als gevolg bijvoorbeeld het overmatig controleren van houdbaarheidsdata
- angst voor en/of vermijden van virussen en bacteriën, met als gevolg dwanghandelingen op het gebied van hygiëne (overmatig handen wassen, overmatig wc's schoonhouden)
- angst voor en/of vermijden van zwangerschap en/of het zorgen voor zieke kinderen
- angst voor en/of vermijden van plaatsen waar men niet weg kan, mocht men ziek worden
- veelvuldig en onnodig gebruik van anti-emetica

Differentiële diagnostiek

- Anorexia nervosa: bij emetofobie kan eten worden vermeden uit angst voor misselijkheid en overgeven, terwijl bij anorexia nervosa de angst om dik te worden en de wens om af te vallen voorop staat.
- Smetvrees (dwang): bij emetofobie zijn dwangmatige handelingen bedoeld om het risico op overgeven te verkleinen, terwijl bij smetvrees/dwangmatig schoonmaken het rituelengedrag breder is.

Behandeling

- Het is aan te raden iemand met emetofobie door te verwijzen voor psychologische hulp, waarbij eerste keus cognitieve gedragstherapie en/of emdr is. Exposure met braken is niet voor alle mensen met emetofobie geschikt.
- Medicamenteuze behandeling met antidepressiva en/of anxiolytica is mogelijk, maar niet aan te raden zonder dat psychologische behandeling plaatsvindt of heeft plaatsgevonden. Meer informatie: www.stichtingemetofobie.nl

Figuur 14 Diagnosekaart Emetofobie.

Literatuur

- 1 Derogatis LR, Melisaratos N. The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychol Med* 1983; 13: 595-605.
- 2 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*; 4th ed. (DSM-IV-TR). Washington DC, 2000.
- 3 Hout WJPJ van, Oude Lansink P, Bouman TK. De fenomenologie en comorbiditeit van emetofobie (angst voor overgeven). *Gedragstherapie* 2005; 38: 49-64.
- 4 Lipsitz JD, Fyer AJ, Paterniti A, Klein DF. Emetophobia: preliminary results of an internet survey. *Depression and Anxiety* 2001; 14: 149-52.
- 5 Massop M. *Misselijk van angst. Leven met een overgeeffobie*. Antwerpen: Houtekiet, 2005.
- 6 Lelliot P, McNamee G, Marks I. Features of agora-, social and related phobias and validation of the diagnosis. *Journal of Anxiety Disorders* 1991; 5: 313-22 (text revision).
- 7 Bouman TK, Hout WJPJ van. cs-exposure werkt bij emetofobie. *Gedragstherapie* 2006; 39: 127-38.
- 8 Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de ggz (LSMR). *Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een angststoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003.
- 9 McFadyen M, Wyness J. You don't have to be sick to be a behaviour therapist but it can help! Treatment of a 'vomit' phobia. *Behav Psychother* 1983; 11: 173-76.
- 10 Philips HC. Return of fear in the treatment of a fear of vomiting. *Behav Res Ther* 1985; 23: 45-52.
- 11 Wijesinghe B. A vomiting phobia overcome by one session of flooding with hypnosis. *J Behav Ther Exp Psychiatr* 1974; 5: 169-70.
- 12 Boschen M J. Reconceptualizing emetophobia: a cognitivebehavioral formulation and research agenda. *J Anx Dis* 2007; 21: 407-19.
- 13 Hunter PV, Antony MM. Cognitive-behavioral treatment of emetophobia: the role of interoceptive exposure. *Cogn Behav Pract* 2009; 16: 84-91.
- 14 Jongh A de, Broeke E ten. Opmerkelijke verandering na één zitting met Eye Movement Desensitization and Reprocessing: een geval van angst voor misselijkheid en braken. *Directieve Ther* 1994; 14: 90-102.
- 15 Jongh A de. Casus 9 Angst voor misselijkheid en braken. In: Hornsveld H, Berendsen S, red. *Casusboek EMDR, 25 voorbeelden uit de praktijk*. Houten; Bohn Stafleu van Loghum, 2009.
- 16 Korrelboom CW, Kernkamp JHB. *Gedragstherapie. Basiskennis voor de praktijk van de psychotherapie*. Muiderberg: Coutinho, 1993.
- 17 Korrelboom K, Broeke E ten. *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie. Handboek voor theorie en praktijk*. Bussum: Coutinho, 2004.
- 18 Jongh A de, Broeke E ten. *Handboek EMDR: een geprotocolleerde behandelingsmethode voor de gevolgen van psychotrauma*. Lisse: Swets & Zeitlinger, 2003.
- 19 Jongh A de, Korrelboom K, Broeke E ten. Specifieke fobieën. In: Broeke E ten, Korrelboom K, Verbraak M, red. *Praktijkboek Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie. Protocollaire behandelingen op maat*. Bussum: Coutinho, 2009.
- 20 Jacobson E. Progressive relaxation. *Am J Psychol* 1987; 100: 522-537.
- 21 Berggren U, Linde A. Dental fear and avoidance: a comparison of two modes of treatment. *J Dent Res* 1984; 63(10): 1223-27.