

DE PSYCHOLOGISCHE ZIJDE VAN DE TANDVERVANGING (slot)

P. H. BUISMAN

Uit hetgeen in het voorgaande met betrekking tot de grondelementen van de menselijke reacties werd geschreven, kan duidelijk zijn dat emotionaliteit als hoofdkenmerk geen gunstige voedingsbodem vormt voor de adaptatie. De aldus zich openbarende persoonlijkheid zal de alarmreactie sterk ondergaan, het corpus alienum zal door zijn vorm en belemmeringen zich ongeremd aan het bewustzijn opdringen. De eerste pogingen tot gebruik voor het fysiologische doel, het kauwen, zal niets dan negatieve gewaarwordingen opleveren, die de alarmreactie versterken. Vooral ijdelheids-overwegingen in verband met het gelaatsherstel zullen het tegenwicht kunnen vormen om niet in de alarmfase te blijven steken en de adaptatie een kans te geven via de gewenning. Daaronder te verstaan het geleidelijk gewoon raken aan de situatieverandering in de mond, het in intensiteit afnemen van de gewaarwordingen, opgewekt door het vreemde lichaam en een zwakker worden van de onlustgevoelens waarin die gewaarwordingen worden omgezet bij het moeizame selecteren van bij de prothese aangepaste spierbewegingen.

De primair functioneel ingestelde tandeloze zal door zijn „ontmoeting” met de prothese, vooral wanneer de eerste kauwexercities geen merkbaar effect opleveren, worden ontmoedigd en in een overeenkomstig humeur daaraan uiting geven. Dit herinnert mij aan een geval na het plaatsen van de vervanging, toen de patiënt bij zijn eerste terugkeer op mijn vraag naar zijn ervaringen grimmig opmerkte dat hij er een belangrijk stuk levensvreugde bij had ingeboet.

De secundair functionerende nieuwbakken prothesedragers daarentegen zal bij de verwarrende eerste gewaarwordingen slechts weinig gealarmeerd zijn en bedenken dat alle begin moeilijk is, dat zovelen voor hem in gelijke omstandigheden hebben verkeerd en deze kennelijk te boven zijn gekomen en dat zulks ook wel met hem het geval zal zijn. Hij zal dus niet meteen geïrriteerd worden bij de eerste stappen op het moeizame pad der aanpassing.

Dit is doorgaans ook het geval bij de flegmatische patiënt bij wie door zijn evenwichtige psychische structuur de alarmreactie zonder enig accent

wordt verwerkt, die bij de eerste pogingen tot adaptatie nimmer in opwinding zal geraken en zijn grondstemming er niet door zal laten beïnvloeden. Zulks in tegenstelling tot het z.g. nerveuze type dat, overdreven in zijn reacties, het alarm in volle omvang ondergaat en wanneer de aanpassing meer psychische kracht en inspanning vereist dan hij had verwacht, snel bereid is dit aan de constructie van de prothese toe te schrijven.

Deze aanduiding van eigenschappen, die ook terug te vinden zijn bij de karaktertypen volgens andere indelingen is slechts bedoeld om te doen uitkomen dat de plaatsing van een (volledige) prothese de inleiding kan vormen tot diverse onzekerheden, n.l. of en in hoever het aan elke prothese inherente beroep op de aanpassing van de tandeloze, positief zal worden beantwoord, dan wel dat de patiënt vóór het herstel van de homoeostase zich aan het „conflict” met het corpus alienum onttrekt en het uit de mond legt. Bij een dusdanige patiënt, niet zelden gefrustreerd in zijn verwachtingen vanwege het onderschatten van de realiteit, moet in feite de prothetische behandeling als mislukt worden aangemerkt; de homoeostase is niet hersteld.

Een afzonderlijke plaats in dit verband moet worden toegekend aan de „nieuwe” prothese, waarbij onder nieuw moet worden verstaan de constructie, bestemd als de opvolgster van een vervanging die, na veeljarig gebruik, niet meer voldoet aan te stellen eisen vanwege verloren gegane pasvorm, verticaal dimensieverlies en verdere fysionomische tekortkoming.

Wordt nu een kunstgebit vervaardigd waarbij met alle bezwaren tegen de desondanks geïncorporeerde oude vervanging is rekening gehouden, dan wordt door de plaatsing de sinds lang overwonnen gewaande alarmreactie opnieuw gewekt. Zulks blijkt niet zelden bij het eerste controlebezoek dat de patiënt aangrijpt om zijn teleurstelling duidelijk te doen blijken. Wat toch is het geval?

De op fysionomisch herstel gerichte constructie heeft inzake het occlusie- en articulatievlak doorgaans niets meer gemeen met dat van de oude (en vertrouwde) prothese. De beethoogte is vaak belangrijk opgevoerd, kortom, de onder invloed van de daarmee aangeleerde kauwbewegingen, ingeslepen associatiebanen blijken onbruikbaar en bij de onwennige oefeningen openbaren zich (vooral bij de patiënt op leeftijd) vaak pijnlijke gewaarwordingen.

Wat is nu voor de tandarts als de verantwoordelijke persoon voor deze geenszins verwachte ontgoocheling, het netelige en vooral onzekere element? Dat de prothesedragers die met zijn nieuwe tandvervanging, waarvan hij alleen verbetering had verondersteld, plotseling allerlei negatieve

ervaringen opdoet, welke aan de oude vreemd zijn. Het gevolg is dat hij deze thans veel gunstiger gaat beoordelen; het kauwen ermee verloopt – in tegenstelling met de nieuwe – vlot en tenminste of liever: vooral zonder pijn. De fysionomische verbetering legt niet veel tegenwicht in de schaal, daar was het immers om begonnen en is dus vanzelfsprekend. Het gaat niet om wat beter is maar om datgene waarop niet gerekend was: stress in de vorm van ongemak, pijnlijkheid, humeurbederf en daardoor teleurstelling. De oude prothese wordt in een ander, ineens gunstiger licht beoordeeld dan voorheen en, althans bij de maaltijd, in ere hersteld ten detrimente van de onvermijdelijke adaptatiepogingen en -periode met de nieuwe. Door de herhaalde terugkeer tot de oude prothese wordt de adaptatiefase voor de nieuwe sterk verlengd, vaak niet serieus doorgemaakt en halverwege beëindigd. In zo'n geval kan het dan gebeuren dat de patiënt eenvoudig de tandarts het product van zijn goed bedoelde prothetische rehabilitatie als onbruikbaar terug geeft, niet zelden (stilzwijgend) op basis van LLOYDS' formule: no cure no pay.

In dit verband moet in het bijzonder worden gewezen op het aandeel van de stress dat betrekking heeft op het doorgaans geheel andere en anders gelegen vlak van occlusie en articulatie van de nieuwe ten opzichte van dat van de oude prothese. Men bedenke dat het kaakgewricht zich daaraan in de loop van de tijd geheel heeft aangepast. Het kan op die grond aanbeveling verdienen het vlak in de nieuwe prothese te handhaven door bij het bestaande boven- of onderdeel eerst een nieuwe antagonist te vervaardigen en aan de hand daarvan het geheel te voltooien. Op die wijze kan zowel biomechanisch als psychologisch de overgang van de oude naar de nieuwe vervanging belangrijk worden veilig gesteld.

Een materiële oorzaak van moeilijkheden bij de adaptatie kan gelegen zijn in een occlusiehoogte die door de patiënt niet als „comfortable” wordt ondervonden. Het behoeft geen betoog dat vooral hierin de bron verborgen kan zijn waardoor de prothese zich onverminderd als corpus alienum aan het bewustzijn opdringt. Wanneer men meent dat de klachten in die richting wijzen dan is er alle aanleiding de verticale dimensie tot een gunstiger verhouding terug te brengen. Daarbij is het – ook psychologisch – geïndiceerd dit niet na te streven door correcties aan de bestaande onderprothese maar eenvoudig een tweede te vervaardigen. Dit heeft het voordeel dat de adaptatieperiode niet wordt onderbroken maar nog veel meer dat het de patiënt gelegenheid biedt tot een vergelijkenderwijze beoordeling van het resultaat. Dit komt zijn instelling zowel ten gunste van de vervanging als van de practicus alleen maar ten goede. (De meerdere kos-

ten? Het slagen van de behandeling en de reputatie, daar gaat het in de eerste plaats om).

Hebben wij ons tot nu toe bezig gehouden met de vormen van het normale psychologische risico, dan is er nog de groep van prothesedragers (vooral draagsters) met neurotische verwickelingen. In de psychiatrische casuïstiek, op de tandvervangning betrekking hebbend, mogen dan al het verband en de reacties zonneklaar uit de doeken worden gedaan, voor de psychologisch ongeschoolde tandarts-practicus is het buitengesloten anders dan achteraf tot de conclusie te komen dat de complicaties buiten zijn bemoeiingen gezocht moeten worden. Hierbij dient in de voornaamste plaats te worden gedacht aan hysterische reacties, met name in de vorm van wat in de psychiatrie onder conversieverschijnselen wordt verstaan: in ons geval (eindeloze) klachten over een prothese als uiting en uitdrukking voor (onbewuste) innerlijke conflicten in voor de patiënt naar buiten hanteerbare vorm. Die klachten zijn veelal niet terug te voeren op voor correctie vatbare onvolkomenheden omdat zij voortkomen uit de psychische afwijking waarvan de tandarts onkundig is. De naaste omgeving, blij met een tastbare oorzaak voor de moeilijkheden die zij met de patiënte ondervinden, moedigt het bezoek aan de tandarts sterk aan. Het ongeluk wil daarbij dat, ook door personen die uit hoofde van hun werkzaamheid beter konden weten, de prothese onder alle omstandigheden wordt beschouwd als een corpus alienum en als zodanig de aprioristische oorzaak van elk ongemak dat eraan wordt toegeschreven.*)

Wanneer in gevallen als de onderhavige de tandarts na veel geduld en tijdverlies tot de eerlijke overtuiging is gekomen dat het niet gaat om een prothetische impasse maar om een geval voor de psychiater, dan wordt zelfs de meest verhullende inkleding van een daarop gericht advies, opgevat als een persoonlijk affront. De relatie tandarts-patiënt gedooft nu eenmaal niet een op een dusdanige intimiteit van de persoonlijkheid gerichte raadgeving. Wij kennen onze „patiënten” slechts zeer oppervlakkig en weten waar het nieuwe betreft, helemaal niets omtrent hun karakter en voorgeschiedenis, voor zover van belang voor een prothetische prognose vanuit psychologisch standpunt. Patiënten met een hysterisch karakter kenmerken zich door leugenachtigheid en overdreven voorstellingen. Klachten over een prothese, waardoor volgens de verklaring zo nu en dan

*) Een patiënt, die – naar veel later pas bleek – aan keelkanker leed, schreef zijn gewaarwordingen toe aan de prothese, die door de tandarts herhaaldelijk werd gewijzigd, uiteraard zonder succes. De huisarts keurde op grond van de blijvende klachten, de prothese af en ried de patiënt zijn eigen tandarts, zijnde een goede, aan voor het vervaardigen van een andere.

de keel wordt dichtgesnoerd doet men beter op te vatten als een contra-indicatie inzake vernieuwing, zulks te meer omdat volgens MOULTON dit soort gewaarwordingen een typisch hysterisch verschijnsel zijn. Laat voorts nogmaals erop worden gewezen dat het bezit van drie z.g. onbruikbare protheses voldoende waarschuwing moge inhouden om zich van het avontuur met een vierde verre te houden; de psychische weerstand tegen het corpus alienum, ook al zou het voor een betere uitvoering vatbaar schijnen, kan gevoeglijk als onoverkoombaar worden gediagnostiseerd. Maar daarvan is de onfortuinlijke patiënt zich noch bewust noch te overtuigen.

In alle andere gevallen is het niet zo gemakkelijk om de (toekomstige) prothesedragers op zijn psychische incasseringsvermogen ten deze te taxeren vanwege de uiteenlopende factoren die daarbij een (nog) onbekende rol kunnen spelen. Gelijk gezegd, daarvoor kent de tandarts de prothesebegerige te weinig. Maar, zo zal men geneigd zijn te vragen, is er dan in het geheel niets dat de practicus te zijner informatie en zekerheidstelling in het veld kan brengen alvorens een tandvervanging ter hand te nemen?

Inderdaad biedt de buitenlandse literatuur wel het een en ander dat in het algemeen aanknopingspunten bevat. Alleen bij onze oosterburen moet men in dat opzicht niet zijn. Zo worden (bij wijze van voorbeeld) in het handboek met betrekking tot de mond-, tand-, en kaakheelkunde (4 delen, uitgave 1959) de 150 bladzijden, gewijd aan de volledige prothese, besloten met een compres gedrukte literatuurlijst van 5½ pagina's waaronder echter geen enkele titel die met het onderhavige thema verband houdt.

De Amerikanen daarentegen onderkennen het bestaan van een psychologische problematiek terdege en in de bekende studieboeken wordt daaraan een speciaal hoofdstuk besteed. Er zijn er echter ook die dit aspect vrijwel verwaarlozen.

Veel mislukkingen zijn het gevolg van een uitsluitend zakelijke benadering van de patiënt en zijn geval. SWENSON geeft hiervan een rake typing: „The patient meets the dentist in the office and starts the interview with inquiry about the cost of a „set of teeth”. The dentist quotes a figure. The patient agrees, and the dentist begins heating compound”. Wie zal ontkennen dat het ook hier niet zelden aldus in zijn werk gaat? De tandarts in deze voorstelling is in het geheel niet geïnteresseerd in de psychische structuur van zijn patiënt en deze van zijn kant blijft geheel onkundig omtrent hetgeen hem te wachten staat en wat van hem wordt en mag worden verlangd als zijn onmisbare bijdrage tot een geslaagde tandvervanging.

Ook wanneer men van het tegenovergestelde overtuigd is blijkt het geen eenvoudige zaak om de patiënt op zijn prothetische incasseringsvermogen

te schatten vanwege de veelal onverwachte soms subtiele factoren die een rol kunnen spelen en pas na de behandeling in het beeld te voorschijn komen. Tot die onberekenbare elementen behoort n.l. het psychologische verschijnsel van de vatbaarheid van de prothesedragers, vooral draagster voor suggestie waar het haar uiterlijk betreft. Een tactloze, wellicht niet eens boosaardig bedoelde opmerking, het gebit zijdelings betreffende, is voldoende om de voorheen tevreden patiënte ineens kritisch gestemd naar haar tandarts te drijven. Dit wil niet zeggen dat de gemaakte opmerking bij voorbaat prothetisch onjuist is, maar zij kan ook op niets berusten en desondanks de suggestieve uitwerking niet missen. Dit soort verrassingen hebben doorgaans betrekking op de reeds geadapteerde prothese, een etappe verder dan het thema dat ons hier bezig houdt.

Keren wij terug naar de Amerikaanse auteurs, dan valt het op dat zij een voor ons gevoel overdreven verband leggen tussen de volledige tandvervanging als therapeuticum en een chronisch ziek-zijn. Dit laatste kan op vele en velerlei oorzaken berusten die niet tot het terrein van de tandarts behoren maar ook de focale infectie wordt daarbij een belangrijke rol toebedeeld. Uiteraard is de algemene lichamelijke toestand een belangrijk element in de psychische gesteldheid, zulks met het oog op het appèl dat daaraan wordt gedaan voor de noodzakelijke „co-operation”, anders gezegd: het overwinnen van de stress en het herstel van de homeostase.

Maar het gaat naar onze begrippen te ver om het zo voor te stellen alsof een algehele gebitsvervanging een soortement panacee zou zijn voor de fysieke bedreigingen die van het gebit heten uit te gaan.

Niemand minder dan SEARS ziet er niet tegen op om in een boekje, ter populaire voorlichting bestemd, inzake de zwaar geaccentueerde focale infectie de lezer bij wijze van spreken de stuipen op het lijf te jagen en met zijn onverholven propaganda in de stijl van „eet meer fruit, goed voor U”, nieuwe tanden voor „oude” en „gevaarlijke” aan te bevelen. De ethiek, waarnaar men geneigd is een dusdanige voorlichting te beoordelen, is echter hier niet aan de orde.

Deze onwaardige bangmakerij op gesimplificeerd-wetenschappelijke basis, kan niet de start zijn voor een reële psychologische inventarisatie. Het gaat er in wezen om, uit de veelheid van psychische factoren te trachten voor ons doel naar voren te brengen welke essentieel zijn en voor hantering vatbaar. Ze kunnen worden onderscheiden in negatieve en gunstige. Ongunstig zijn: de neiging spoedig gefrustreerd te worden, zich moeilijk te kunnen aanpassen aan de wisselvalligheden van het leven, zomede een afkeer van „valse” tanden. Daarbij ongeïnteresseerdheid, apathie, depressie en een doorschemerend tekort aan levenswil. Patiënten, als zodanig te on-

derkennen, vormen bij voorbaat een slecht risico voor een te slagen prothetische behandeling. Men hoede zich ervoor hen desondanks daartoe aan te moedigen; de verantwoordelijkheid voor een (gerede) mislukking komt dan achteraf geheel voor rekening van de betreffende practicus.

Men kan dit nog uitbreiden. Als blijkt dat een patiënt niet uit eigen aandrang, doch daartoe overreed door anderen zou besluiten tot het laten vervangen van het weinig fraaie restgebit door een totale prothese, dan is ook in zo'n geval de passiviteit een niet te verwaarlozen risico. Gereserveerdheid, die men goed zal doen te laten blijken, kan de enig juiste houding zijn.

Een gunstiger uitzicht biedend zijn positieve beweegredenen zoals de wens tot verbetering van het gebitsaspect, tot een meer hygiënische toestand van de mond. Voorts een prothese-minded milieu. Van groot belang is daarbij de motiefkracht die er achter schuilt, d.w.z. of deze voldoende tegenwicht vormt voor de stress, waarmee de inschakeling van de prothese als lichaamsvreemd kauwapparaat in het mondcomplex gepaard gaat.

Vertoont een patiënt een gunstige instelling tegenover de prothetische voorziening, dan is het zaak deze tijdens de behandeling in stand te houden door suggestieve uiteenzettingen; verschillende manipulaties gaan als regel vergezeld van gewaarwordingen, die op zichzelf gemakkelijk een domper kunnen zetten op het aanvankelijk enthousiasme. Men hoede zich daarbij principieel voor het wekken van verwachtingen, die wel eens niet door de patiënt gehonoreerd zouden kunnen worden. Het is een gevaarlijke methode om op zuiver prothetische gronden gouden bergen in uitzicht te stellen omdat het nooit uitgesloten is dat in plaats daarvan het dunne laagje verguldsel wel eens snel doorgesleten zou kunnen blijken.

Het zijn deze praktische facetten waarop de psychologische beschouwing van het probleem door de Amerikaanse auteurs (SWENSON, NAGLE) in wezen is gericht. In tegenstelling met de practicus die de vervaardiging van een prothese als een zakelijke opdracht te lijf gaat, stellen deze schrijvers, in een of een herhaald gesprek, een onderzoek in naar de psychische gesteldheid van de patiënt, zijn beweegredenen en de deugdelijkheid van de prothetische verlangens. Zij zetten daarbij ook uiteen wat er alzo aan het dragen van een prothese verbonden is en wat daarbij van de patiënt wordt en kan worden verlangd en tevens waarop hij wel en niet kan rekenen, zodat de toekomstige prothesedragers niet onkundig wordt gelaten omtrent hetgeen hem te wachten staat. Opening van zaken dus.

Het gesproken woord is echter vluchtig en het geheugen geen feilloos medium. Vandaar dat de patiënt na afloop van de inleidende bespreking een schriftelijke (gedrukte) weergave ter hand wordt gesteld, die alles inhoudt waarover het gesprek is gevoerd.

Het grote voordeel hiervan is dat er naderhand geen misverstanden of controversen kunnen opkomen als gevolg van mogelijke reacties en frustratie van de patiënt, door de tandvervangning na de plaatsing opgewekt. SWENSON (†) heeft in zijn boek de tekst opgenomen van het vouwblad met inlichtingen dat in zijn praktijk aan de patiënt werd uitgereikt. Er schijnen trouwens in de V.S. tal van brochures voor dat doel verkrijgbaar te zijn, ook de American Dental Association stelt afdrucken van een door haar opgesteld vouwblad ter beschikking van de leden. Waarmee gezegd wil zijn dat hiermee de verantwoordelijkheden in beide richtingen worden vastgesteld en zondig met een verwijzing naar of beroep op de schriftelijke uiteenzetting divergenties te dien aanzien kunnen worden afgeweerd, voor zover niet afgewend.

Dit ontslaat de practicus niet van de plicht om de motiefkracht van de toekomstige prothesedragers door een suggestieve omgang met de patiënt in stand te houden en diens medewerking niet te laten verzwakken wanneer hij aan de stress van de prothese wordt onderworpen.

Hoe het zij, de genoemde procedure schijnt ginds een min of meer gevestigde praktijk te zijn en ongetwijfeld ook buiten de V.S. navolgenswaard. Zij schept de mogelijkheid om het risico van een mislukte adaptatie tot aanvaardbare proporties terug te brengen, voor zover klachten niet berusten op een onjuiste constructie van de vervanging en daarop bij een objectieve beoordeling kunnen worden teruggevoerd.

Evenals de A.D.A. zou ook hier de beroepsorganisatie aan een schriftelijke voorlichting een algemene erkenning kunnen verlenen door er haar naam en gezag aan te verbinden.

Een element dat bij de tandvervangning psychologisch zwaar zou moeten wegen is de opoffering van het eigen gebit. Het mag verwonderlijk heten, maar in de praktijk is het in veel gevallen zó, dat niet op tandheelkundige gronden deze indicatie gesteld wordt en een prothese – zo goed mogelijk – de oplossing voor de daardoor ontstane verminking van de aangezichtsschedel, maar eerder de extracties geschieden om het aanbrengen van een prothese mogelijk te maken. Zie SEARS. Een dusdanige gang van zaken is slechts mogelijk vanwege de onkunde van het publiek aangaande de biologische gevolgen, althans op langere termijn, van de tandeloosheid voor kaken en gelaat en die niet met een prothese aan het oog kunnen worden onttrokken. Die onkunde wordt in stand gehouden door de tendentieuze voorstelling, zelfs in de vakliteratuur, alsof de verschrompeling een op zichzelf staand verschijnsel is, in verwijderd, niet oorzakelijk verband met de tandeloosheid. En voor het oog nog te camoufleren bovendien.

Het wordt in publicaties op prothetisch gebied ook wel voorgesteld als-

of, vooral bij vrouwen op middelbare leeftijd, wanneer de levenscurve geacht wordt een knik te gaan vertonen, de involutie, verbonden aan de overgang, tevens tot een gebitsverval zou voeren hetwelk niet zelden een algehele vervanging onvermijdelijk zou maken. In zijn algemeenheid mag men het gerust een sprookje noemen, zeker in de ogen van wie behoud van het natuurlijke kauworgaan de essentie der tandheelkunst vertegenwoordigt. Een dusdanige voorstelling alsof met periodiek onderhoud het gebitsverval niet te stuiten zou zijn, is in strijd met de conserverende werkelijkheid. Amerikaanse auteurs laten het voorkomen als of een deel van de gegadigden voor een volledige prothese „chronic ill” zou zijn, waarbij het wordt gesuggereerd dat voor menig geval in algehele tandeloosmaking (plus prothese) het aangewezen therapeuticum zou zijn gelegen.

LANDA komt de grote verdienste toe als tandarts de patiënt vanuit de psychologische sfeer te hebben benaderd. Hij geeft dan ook nadrukkelijk de raad psychologisch en psychosomatisch ervoor te waken als tandarts geen onherstelbare schade aan te richten. Bij sommige patiënten, mannen zowel als vrouwen, zo schrijft hij, is de overgang van het eigen gebit naar een prothese met zoveel angst en vrees verbonden dat zij er emotioneel onder ineensorten. Er zijn er die zich wel uit zaken terugtrekken door verlies aan zelfvertrouwen en zelfbewustheid in verband met hun uiterlijk. Ook t.v.-sterren, sprekers in het openbaar, advocaten, artiesten, die van het toneel verdwijnen na verlies van hun gebit. Dit mogen uitzonderingen zijn maar, zo zegt RÜMKE, het verlies van de tanden wordt dikwijls veel smartelijker ervaren dan de lachende manier, waarop het wordt aanvaard, zou kunnen doen vermoeden. Verlies van alle tanden komt voor het gevoel van menige vrouw neer op verlies van fysieke aantrekkelijkheid en jeugdige schoonheid en staat voor haar gelijk met een oude vrouw te zijn geworden.

Hier zijn psychologen aan het woord, wier uitspraken de tandarts niet kan veronachtzamen wanneer hij meent geconfronteerd te worden met een geval dat voor totale extractie in aanmerking komt. Reeds werd bij meerdere gelegenheden gewezen op de wenselijkheid, ja vaak noodzakelijkheid een restgebit in stand te houden. Het is het middel bij uitstek om de kaken voor ongelimiteerde resorptie te behoeden en de gelaatsproportie, voor wat het onderste derde deel van het gelaat betreft, niet te verstoren. Niets maakt het menselijk gelaat voortijdig ouder dan een „verzakte beet” als gevolg van (de niet te beheersen) resorptie van de tandeloze onderkaak. Volgens LANDA dient nimmer een volledige prothese te worden overwogen wanneer er een kans is een patiënt op redelijke wijze met een partiële vervanging te helpen.

Nòg zijn de prothesedragers te onwetend en fysionomisch te slechte waarnemers om hun „prothesegezicht” te zien als het geleidelijke en tries-te resultaat van de tandeloosheid. Maar de tijd zal onweerstaanbaar komen dat bij het grote publiek meer inzicht gaat doorbreken. De tandheel-kunst zal dan openlijk het verwijt treffen wanbegrip te hebben laten voort-bestaan lang nadat wetenschappelijk de verklaring van het continue ver-schrompelingsproces der tandeloze kaken reeds algemeen bekend veron-dersteld mocht worden.

Men kan zich afvragen of de tandvervangkunst het risico van een dus-danig gezichtsverlies kan dragen, temeer omdat de betreffende literatuur erin volhardt om van de prestaties en mogelijkheden nogal hoog op te geven zonder de werkelijkheid onomwonden recht te laten wedervaren.

Geraadpleegde literatuur:

H. J. F. W. BRUGMANS: Psychologische methoden en begrippen. 1948.

S. CLARK: Psychiatry To-day. 1963.

B. J. KOUWER en J. LINSCHOTEN: Inleiding tot de psychologie. 1951.

J. S. LANDA: The dynamics of psychosomatic dentistry. 1953.

C. A. MENNICKE: Moderne psychologie. 1953.

NAGLE and SEARS: Dental prosthetics. 1962.

D. G. RUARIUS en C. R. v. RAAL: Psychologie voor de praktijk. 1958.

H. C. RÜMKE: Psychiatrie. 1957.

V. H. SEARS: New Teeth for Old. 1959.

M. G. SWENSON: Complete dentures. 1959.

Handbuch der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. 1962.

Rembrandtkade 55^{II}, Utrecht