

## TANDHEELKUNDE EN KLINISCHE PSYCHIATRIE\*)

J. A. F. M. LUIJTEN, zenuwarts

### *Inleiding*

De tandheelkunde kent, evenals ieder ander medisch specialisme, een aantal slechts ten dele opgehelderde ziektebeelden. Verdieping van het inzicht in de structuur en de genese van deze ziektebeelden kan, behalve door toepassing van specifiek tandheelkundige denkwijzen, soms worden bevorderd door tevens denkmethoden en zienswijzen van een ander specialisme in de beschouwing te betrekken. Zo kan de toepassing van de klinisch-psychiatrische denkwijze bij het onderzoek van een beperkt aantal tandheelkundige ziektebeelden bijdragen tot het vinden van een oplossing.

Met nadruk zij hier gewezen op het beperkte aantal tandheelkundige ziektebeelden, waar de klinisch-psychiatrische denkwijze een bijdrage kan leveren. Vaak waren te dienaangaande de verwachtingen te hoog gespannen. De wijze waarop de klinische psychiatrie bij het onderzoek van bepaalde afwijkingen van het tand- en kauwstelsel een rol kan spelen, wordt in onderstaande verhandeling uiteengezet.

Tot slot van deze inleiding dient te worden vermeld dat het onderwerp van dit artikel zich beperkt tot de bespreking van de relatie van de tandheelkunde met de klinische psychiatrie: met name is afgezien van een bespreking van de psychoanalytische vondsten betreffende de samenhang tussen psyche en tandstelsel.

### *Bespreking van de stoornissen met een psychiatrisch en een tandheelkundig aspect*

Overzien wij de verschillende ziektebeelden, bij welke psychiatrische stoornissen vergezeld kunnen gaan van somatische stoornissen in het algemeen, dan kunnen deze „psychosomatosen in ruimere zin” schematisch worden ingedeeld in twee hoofdgroepen:

a. ziekten, waarbij de psychische afwijking primair is en tot somatische stoornissen, c.q. stoornissen in de somatische belevingsfeer leidt;

---

\*) Voordracht, gehouden op de Voorjaarsvergadering van het Nederlandsch Tandheelkundig Genootschap, 6 april 1967.

b. ziekten, waarbij de somatische afwijking primair is en tot psychische stoornissen leidt.

In de praktijk blijkt er dikwijls sprake te zijn van een wisselwerking tussen beide aspecten. Achtereenvolgens worden, aan de hand van klinische voorbeelden, de voor de tandheelkunde belangrijke syndromen besproken. Hierbij kan dan tevens de eventuele samenhang van de psychische en somatische aspecten worden belicht.

*A. Primair psychiatrische ziektebeelden, leidende tot afwijkingen van het tand- en kauwstelsel, c.q. stoornissen in de beleving van het tand- en kauwstelsel.*

Deze ziektebeelden kunnen worden onderverdeeld in de volgende reeks, waarbij de orgaankeuze (in dit geval de keuze van het tand- en kauwstelsel) in de aan te geven volgorde op een steeds hoger bewustheidsniveau plaatsvindt.

*Waanziekten*, zoals schizofrenie en parafrenie.

Bij de hier optredende primaire waanideeën is er voor de patiënt nauwelijks sprake van een keuze van het waantheme. Slechts zelden betreffen dergelijke primaire waanideeën het tandstelsel. Een in de Utrechtse kliniek geobserveerde patiënt, lijdende aan parafrenie, had de waan dat zijn gebit in omvang toenam en de farynx dreigde binnen te groeien. Het aantonen van een voor de onderzoeker begrijpelijke relatie tussen een dergelijk waantheme en de psychopathologische structuur van de patiënt is vaak moeilijk.

Begrijpelijker – en voor de patiënt bewuster – wordt de orgaankeuze bij de *depressie*. Psychoanalytische onderzoekers hebben op de dikwijls voorkomende oraal-agressieve trekken in de persoonlijkheidsstructuur van depressieve patiënten gewezen. Zij zijn nogal eens „bijterig” in hun optreden. Dit maakt begrijpelijk dat vooral klachten over het tand- en kauwstelsel ontstaan. De tandarts kan deze patiënten herkennen aan de omstandigheid dat zij menigmaal niet in staat blijken te zijn een prothese dan wel een geringe oclusiewijziging van het natuurlijke gebit te accepteren. De psychisch gezonde aanvaardt ze, omdat hij in staat is geringe anatomische wijzigingen in zijn lichaamsschema in te passen; een depressieve patiënt is hiertoe echter vaak niet in staat. Dit zou, samen met de door de orale agressiviteit opgeroepen spierspanningen in de kauwspiermusculatuur, mede een achtergrond kunnen vormen voor het ontstaan van een pijn-dysfunctiesyndroom.

Af en toe worden bij een depressie klachten geuit over de gingiva, zoals overgevoeligheid en pijn, zonder dat pathologisch-anatomische afwijkingen zijn aan te tonen. Ook kan een depressie zich slechts monosymptomatisch in dergelijke klachten uiten; men spreekt dan van een gelarveerde depressie.

Daarnaast komen, soms in het kader van een depressie, soms geïsoleerd, hypochondrische wanen betreffende het tandstelsel voor. Dergelijke hypochondrische wanen vloeien deels voort uit de gestoorde grondstemming, deels uit een paranoïde vertrouwensbreuk met het eigen lichaam. Een in de Utrechtse kliniek geobserveerde patiënt had het idee dat enkele gebitselementen van consistentie waren veranderd en bovendien om hun as waren gedraaid.

Met het opklaren van de depressie, spontaan dan wel ten gevolge van de toegepaste therapie (anti-depressieve medicamenten of elektroshock) verdwijnen ook de klachten over het tandstelsel.

Naast deze, in het psychiatrische beeld passende klachten over het tandstelsel, ontstaat, c.q. verergert tijdens een depressie vaak cariës. Dit heeft wel aanleiding gegeven tot de veronderstelling dat psychische stoornissen een rechtstreekse oorzakelijke factor zouden zijn voor het ontstaan van cariës. Dit verband dient echter indirect te worden gezien in die zin dat een depressieve patiënt tengevolge van zijn initiatiefverlies en gebrek aan interesse de normale gebitshygiëne verwaarloost, waardoor de niet verwijderde, zuur producerende plaque zijn destructieve werking kan ontvouwen.

Bij de derde groep ziekten in deze reeks, de *psychosomatosen* in engere zin, ontstaan anatomische afwijkingen ten gevolge van psychische dysregulaties, die hun ontstaan vinden in de persoonlijkheidsstructuur en situatieve moeilijkheden. Voorbeelden uit de geneeskunde zijn het ulcus duodeni en bepaalde vormen van asthma bronchiale. Sommige onderzoekers zijn van oordeel dat een specifieke persoonlijkheidsstructuur met een daarmee samenhangende specifieke conflictsituatie voor iedere psychosomatose zou zijn aan te wijzen.

Of een dergelijk mechanisme als bij de hierboven genoemde psychosomatosen ook werkzaam is bij een tandheelkundig syndroom is voortsnog de vraag. Ryan heeft er in dit verband op gewezen dat er een samenhang zou bestaan tussen psychische afwijkingen en het ontstaan van parodontose. Het intermediaire werkingsmechanisme zou in dit geval bestaan uit door psychische invloeden veroorzaakte vaatveranderingen in de parodontale weefsels en wijzigingen in de speekselsamenstelling. Hoe echter de voor parodontose typische verticale botresorptie ver-

oorzaakt zou moeten worden door deze vaatveranderingen is niet goed voor te stellen. Wel zal de secundaire parodontitis met haar horizontale botresorptie kunnen worden bevorderd door tandsteen als gevolg van verandering in de speekselsamenstelling en door de slechte gebitshygiëne, welke zo vaak bij psychische stoornissen wordt waargenomen.

Bij de vierde groep in deze reeks, de *orgaanneurosen* en de hiermee verwante *conversiehysterie*, leiden psychische spanningen tot functionele somatische stoornissen zonder anatomische afwijkingen.

Gnathologische syndromen, zoals bruxisme en het pijn-dysfunctiesyndroom, kunnen in deze groep worden gerangschikt. Aan het optreden van een pijn-dysfunctiesyndroom gaat vaak een tandheelkundige ingreep (totale extractie, oclusiewijziging) of een psychotrauma vooraf; soms wordt slechts een bepaalde gewoonte (zoals roken of continu sabbelen op een lip) opgegeven. Door dit alles kan een spanningsaccumulatie ontstaan, die, vaak na een symptoomloos interval van enige weken, leidt tot het uitbreken van het pijn-dysfunctiesyndroom. Een analoog mechanisme ziet men ook wanneer het pijn-dysfunctiesyndroom optreedt in het kader van een depressie.

Bij de *automutilatie* tenslotte grijpt de patiënt, alhoewel hij dit doorgaans zeer beslist ontkent, bewust handelend in op een orgaan. G. L. Ross e.a. hebben hiervan een geval beschreven, waarbij de patiënt zich bij herhaling de mandibula fractureerde en luxeerde.

Enigszins naast deze reeks stoornissen, bepaald door de verschillende graden van bewustheid van de orgaankeuze, staan de orthodontische afwijkingen ten gevolge van geprotraheerd duimzuigen, een afwijking welke echter meer ligt op het werkkterrein van de kinderpsychiater.

### *B. Primair tandheelkundige ziektebeelden, leidende tot psychische stoornissen.*

Bij deze ziektebeelden spelen de *waarde* en de *symboolwaarde*, die aan het gebit worden toegekend, een beslissende rol. Bij de bepaling van de *waarde*, die een mens aan zijn gebit hecht, staan overwegingen van esthetische, fonetische en masticatorische aard centraal. Deze overwegingen zijn duidelijk cultureel bepaald en worden bovendien in de onderscheiden sociale groepen binnen een cultuurkring verschillend gewaardeerd. Deze waardering van het gebit hangt dan ook duidelijk samen met het opvoedingspatroon en kan bij wijziging van de opvoedings-situatie veranderingen ondergaan. De werkzaamheden van de schooltandarts spelen hierbij een grote rol.

Vaak meer onbewust en meer fundamenteel beïnvloed door het op-

voedings- en cultuurpatroon, komt de *symboolwaarde* van het gebit tot stand als teken van kracht en vitaliteit, in dezelfde zin als waarin ook het mannelijk genitaalapparaat hiervan een symbool kan zijn.

Tegen deze achtergrond bezien wordt het duidelijk dat het dreigende verlies van een of meer elementen, en zeker een volledige gebitsextractie en de gedachte een prothese te moeten dragen, bij sommige mensen tot psychische stoornissen kan leiden. Vooral een volledige gebitsextractie wordt door velen beleefd als de definitieve bevestiging van het ouder worden, en wel enerzijds door het verlies aan esthetische waarde van het gelaat, door de opgetreden spraakklankverandering en door de verminderde kauwfunctie, anderzijds door het verlies van gesymboliseerde vitaliteit.

De door dit alles acuut geworden levensfase-problematiek resulteert in bepaalde gevallen in het ontstaan van een depressie, die, zoals reeds werd opgemerkt, in tweede instantie moeilijkheden kan opleveren bij de adaptatie van een prothese.

Een analoog probleem, waarbij vooral de esthetische waarde van het gebit een belangrijke rol speelt, treft men aan bij het traumatisch verloren gaan van gebitselementen en bij orthodontische afwijkingen, die o.a. hun oorsprong kunnen vinden in geprotraheerd duimzuigen.

Tegen de achtergrond van deze waardesystemen blijkt het werk van de tandarts van duidelijke betekenis te zijn voor de preventie van bepaalde psychiatrische stoornissen.

#### *Samenvatting:*

In dit artikel werd een terreinverkenning verricht van het grensgebied tussen tandheelkunde en klinische psychiatrie. Slechts een deel van de hiermee samenhangende problematiek kwam ter sprake. Afgezien werd van een bespreking van onderwerpen als de relatie van de tandarts tot zijn patiënt en de benadering van de psychisch gestoorde patiënt in de tandheelkundige praktijk. Ook werd niet ingegaan op het probleem van de pijnbeleving door de patiënt, aangezien dit buiten het kader viel van de opzet van dit artikel.

#### *Summary:*

This paper tentatively explores the borderland between dentistry and clinical psychiatry, but confines itself to only a proportion of the relevant problems. It refrains from discussing subjects such as the dentist-patient relationship and the approach to the mental patient in dental practice. Nor does it discuss the problem of the patient's mode of experiencing pain, because this is considered to be outside the scope of this study.

Literatuur:

1. *Groen, J., van der Horst, L., Bastiaans, J.* (1951): Grondslagen der klinische psychosomatiek. De Erven Bohn N.V., Haarlem.
2. *Jones, D., Hall, S. B.* (1962): Treatment of facial and head pain associated with depression. *Lancet* I, 541.
3. *Landa, J. S.* (1953): The dynamics of psychosomatic dentistry. Dent. It. of Interest Comp., New York.
4. *Meng, H.* (1952): Psychologie in der zahnärztlichen Praxis. Hans Huber Verlag, Bern.
5. *Ross, G. L., Bentley, H. J., Greene, G. W.* (1953): The psychosomatic concept in dentistry. *Psychosom. Med.* 15: 168-173.
6. *Rümke, H. C.* (1953): Tandheelkunde en psychiatrie, in: Nieuwe studies en voordrachten over psychiatrie: 233-244. Scheltema en Holkema, Amsterdam.
7. *Ryan, E. J.* (1946): Psychobiologic foundations in dentistry. Thomas, Springfield.
8. *Schaar, P. J. van der* (1965): Diagnostische moeilijkheden, voortspuitende uit niet-onderkende gearverde vitale depressie, *Ned. T. Geneesk.* 109: 1233-1237.
9. *Schwartz, L.* (1960): Disorders of the temporomandibular joint. W. B. Saunders Comp., Philadelphia/London.

Psychiatrische Universiteitskliniek,  
Utrecht.