

O O R S P R O N K E L I J K E B I J D R A G E N

METHODOLOGISCHE EN PRAKTISCHE PROBLEMEN BIJ HET ONDERZOEK NAAR PSYCHISCHE FACTOREN BIJ TANDHEELKUNDIGE AFWIJKINGEN*)

Dr. P. E. BOEKE, lector in de klinische psychologie aan de Rijksuniversiteit te Groningen

Hoewel voor een buitenstaander de observatiemogelijkheden in tandheelkundige kring beperkt zijn, krijgt hij bij meer dan één gelegenheid de indruk, dat zich binnen deze kring een periodiek optreden voordoet, namelijk het verlangen naar psychiatrische en psychologische voorlichting.

De achtergronden daarvan zijn waarschijnlijk niet zo moeilijk te vinden. Wanneer men de tandheelkunde als wetenschap en toegepaste wetenschap beschouwt, dan blijkt dat deze zich bezighoudt met de studie van het kauwstelsel, en het voorkómen resp. genezen van afwijkingen daarvan. De tandartsen zouden zich waarschijnlijk nooit zulk een hoog niveau van kennis en techniek hebben verworven, wanneer zij niet als specialisten te werk waren gegaan en zich niet hadden gedistantieerd van allerlei bijkomstigheden.

De wetenschap is nu eenmaal in extreme mate bescheiden. Zij beziet de werkelijkheid onder een bepaald gezichtspunt en tracht dit aspect zo goed mogelijk te onderzoeken en uit te diepen. De enorme vlucht van de natuurwetenschappen heeft niet nagelaten haar stempel op de geneeskunde en de tandheelkunde te drukken. Het „machinemodel” (en hier is niets negatiefs mee bedoeld) met zijn koppeling van functie en structuur van het mechanisme, heeft rijkelijk vruchten afgeworpen.

Er zijn echter, naast de kennistheoretische bezwaren, die men in de loop van de laatste decennia tegen het bovengenoemde standpunt heeft aangedragen, twee belangrijke argumenten te noemen, die een andere beschouwingswijze noodzakelijk maken.

Het *eerste* argument betreft de verwaarlozing van het menselijke ge-

*) Voordracht gehouden op de 197e ledenvergadering van het Nederlandsch Tandheelkundig Genootschap, 6 april 1967.

drag, anders gezegd het psychische aspect van de mens in zijn aanpassing. Met een voorbeeld mag dit worden toegelicht.

Men kan in de tandheekunde nòg zoveel theorieën huldigen en nòg zo zeker zijn omtrent de ongunstige invloed van het nuttigen van kleverig snoepgoed op het gebit, wanneer men deze snoepgewoonten niet in zijn theorie opneemt, verwaarloost men een stuk van de werkelijkheid.

Het is interessant dat men blijkbaar wel wetenschappelijk kan en wil denken over het gedrag van bacteriën (die tenslotte ook snoepen), maar dat men lichtelijk in affect raakt en dus onwetenschappelijk wordt, wanneer het om het snoepgedrag van mensen gaat. Verwezen mag worden naar de discussie over dit onderwerp in het Ned. Tijdschrift v. Tandheekunde (Buisman, Kuipéri en Peters, 1965). Wibaut (1962) heeft het aldus gesteld: „Voor de mens is de geestelijke functie een van de belangrijkste middelen om zich biologisch te handhaven; men kan in de wilde die zijn wond verzorgt of in de patiënt die een dokter raadpleegt, de hogere trappen zien van het proces dat Cannon „homeostasis” heeft genoemd.”

Het *tweede* argument tegen het hanteren van een tē eenvoudig natuurwetenschappelijk model is ogenschijnlijk vrij triviaal. Het is het argument dat de tandarts, wanneer hij geconfronteerd wordt met de patiënt, voor problemen komt te staan waarvoor zijn algemene kennis hem geen oplossingen biedt. Men kan tegenwerpen dat dit een logisch gevolg is van het feit dat het bij de uitoefening van de praktijk niet om wetenschap gaat, maar om toepassing van wetenschap, en dat de tandheekunde zich niet met het exemplarische, maar met algemene wetmatigheden bezighoudt.

Welnu, deze tegenwerping is dan juist een steun voor dit argument: met het zoeken naar wetmatigheden distantieert men zich van het exemplarische, maar het exemplarische zit in uw stoel.

Het laat zich dus horen dat zowel de theoreticus als de practicus van tijd tot tijd de beperkingen ervaart, die de huidige wetenschappelijke modellen, waarmee de tandheekunde werkt, hem opleggen. Uit de aard der zaak hebben deze bewezen van grote waarde te zijn, maar het blijven modellen, d.w.z. het zijn abstracties van de werkelijkheid. In een model legt men formeel vast wat men nodig heeft aan objecten, relaties en toegestane operaties, teneinde deducties te kunnen maken (De Groot, 1961) en om algemene voorspellingen te kunnen doen.

Breidt men het aantal gegevens waarmee men zich wil bezighouden uit, dan dient men een nieuw model te construeren. Toen men meer aandacht ging krijgen voor de invloed van de stofwisseling op het gebit, moest men zich realiseren dat de voeding een rol speelt. De eetgewoonten dienen derhalve te worden onderzocht en daarmee dienen in het theoretische model sociale variabelen te worden opgenomen.

Men dient niet te vergeten dat men in de geneeskunde, zoals Buytendijk (1961) schrijft, „hardnekkig een „beeld” van de samenhang tussen lichamelijke en psychische processen heeft bewaard, waarbij de begrippen: „het lichaam”, „het psychische” en „de wederkerige inwerking” de substantiële denkwijze verraden, die aan de klassieke natuurkunde en de cartesische ontologie verwant is.” Dat wil zeggen: het lichamelijke en het psychische zijn twee werelden die men voor zijn gevoel niet in één theorie kan opnemen.

Hoezeer het menselijke gedrag en het somatische functioneren als twee gescheiden werelden worden gezien moge blijken uit wat Mandema (1965) schrijft in een klinische les over logische diagnostiek:

„De symptomen die men vindt zullen tenslotte zoveel mogelijk geobjectiveerd moeten zijn. Zegt de patiënt pijn te hebben, dan moet men trachten deze pijn zoveel mogelijk objectief te waarderen; daarbij moet men zich rekenschap geven van allerlei invloeden zoals angst, sociale omstandigheden etc. die deze pijn kunnen kleuren; immers het zal voorshands niet mogelijk zijn „logische diagnostiek” te bedrijven, waarbij ook de psychosociale status van de patiënt is verwerkt. Deze laatste moet men dus grondig trachten te peilen, om de daarvan uitgaande invloeden zo goed mogelijk te elimineren bij het proces van de uiteindelijke logische somatische diagnostiek.”

Het is duidelijk dat Mandema het belang van de psychische factoren erkent, hij neemt ze echter niet op in zijn denksysteem; maar hij wil deze psychische factoren evalueren om zich er daarmee van te ontdoen en aldus zijn somatisch model zuiver te kunnen houden.

Nu zou men kunnen veronderstellen dat het nog niet mogelijk is het psychische op een zodanig exacte wijze te meten, dat opnemings van psychische factoren in het „model” gerechtvaardigd is. Men vergeet dan echter – zoals Mandema het noemt – dat deze factoren toch zo objectief mogelijk moeten worden gewaardeerd om de invloeden te kunnen evalueren, waarmee hij eigenlijk te kennen geeft dat zij wèl

zo wetenschappelijk mogelijk dienen te worden onderzocht en geëvalueerd.

Enerzijds ziet men hier dus duidelijk een erkenning van het belang van psychologische factoren, anderzijds een tendens deze buiten het model te houden.

Voor deze houding ten aanzien van dit probleem werd als oorzaak reeds genoemd de nog steeds bestaande overheersing van de materialistische en cartesiaanse denkwijze in de geneeskunde.

Als tweede oorzaak mag de aard van de psychologie zelve worden aangewezen. Doordat zij het menselijke gedrag en het menselijke leven als object van onderzoek heeft – van wetenschappelijk onderzoek wel te verstaan – is de psychologie op haar beurt genooddaakt abstracties in te voeren en met gereduceerde mensmodellen te werken. Daarmee nu wekt de psychologie – in tegenstelling tot de somatische disciplines – weerstanden op. Niemand heeft er bezwaar tegen wanneer zijn somatische toestand in graden temperatuur, in procenten bloedsuikergehalte of in aantallen erythrocyten en dergelijke waarden wordt uiteengelegd en niemand zegt dan: „ja maar ik ben toch meer dan alleen deze getalletjes en daarom doe je me onrecht”.

Geheel anders wordt het wanneer de psychische functies op dezelfde wijze worden gekwantificeerd in een I.Q., in een maat voor rigiditeit of extraversie. Men kan het aldus stellen: tracht de psycholoog het menselijke gedrag in maat en getal uit te drukken, opdat ook de psychologische gegevens voor wetenschappelijke verwerking in aanmerking komen, dan verwijt men hem een afschuwelijk reductionisme, dan zou hij onrecht doen aan de mens, voorbijgaan aan het meest essentiële in het menselijke gedrag. Wanneer hij zich echter van beschouwingen bedient „die wellicht recht doen aan het unieke, het onvoorspelbare en ongrijpbare van die ene onderzochte mens”, dan zijn zijn uitspraken niet verifieerbaar en zijn gegevens niet verwerkbaar, zoals de variabelen van het somatische onderzoek.

Het is een merkwaardig probleem waarmee wij hier worden geconfronteerd, deze ambivalentie tegenover het onderzoek van de psycholoog: de wetenschappelijke analyse van onszelf, van onze motieven en gedragingen. Maar deze ambivalentie is niet zo onbegrijpelijk. Immers, hoezeer wij ook wetenschappelijk zijn ingesteld, het zoeken naar wetmatigheid in ons gedrag en onze motieven, het doen van voorspellingen omtrent het menselijke gedrag, knaagt ergens aan ons gevoel van eigenwaarde, aan onze vrijheid, aan het gevoel dat wij als

mens zelf ons leven in handen hebben.

Voor ons gevoel, in ons beleven, is ons psychische bestaan niet door wetmatigheden bepaald, het is geheel „van onszelf” en iedereen is er voor ons gevóél dan ook zelf verantwoordelijk voor. Hierin is vermoedelijk ook de oorzaak gelegen van het feit dat men in het algemeen veel gemakkelijker hulp inroept voor somatische klachten dan voor psychische.

Hoewel de psychologie zich, wat de methodiek betreft, niet onderscheidt van de andere wetenschappen – ook al wordt dat soms wel eens verondersteld – bevindt zij zich, zoals hierboven werd uiteengezet, in een eigenaardige positie ten opzichte van wat zij bestudeert. Het is namelijk zo – en hier moge Linschoten (1964) worden aangehaald – dat in elke wetenschap de instrumenten waarmee men onderzoekt kritisch worden beschouwd. Welnu, in de psychologie zijn instrument en object hetzelfde: de onderzoeker onderzoekt zichzelf, of zoals Linschoten het uitdrukt: „Psychologie als wetenschap vergt van haar beoefenaren inzicht in hun dubbele rol van gewoon mens (van onderzochte) en onderzoeker, en een methodische bezinning op de twee rollen”.

Wij zouden nog een derde oorzaak kunnen aanwijzen voor de verwaarlozing van het gedragsaspect in onze theorieën en dat is de omstandigheid dat het menselijke gedrag – het psychische – bijzonder complex en heel moeilijk te onderzoeken is. En voorts dat er eigenlijk nog nauwelijks een traditie bestaat om de psychische factoren in allerlei onderzoekingen te betrekken. Waarschijnlijk is het ontbreken van de psychologie als vak in de medische kandidaatsstudie hieraan mede debet. Enige introductie in de theorie, de methodiek en techniek van het onderzoek van psychische factoren zou stellig waardevol kunnen zijn.

Toch – en het lijkt van belang hierop te wijzen – is het meten van psychische verschijnselen een heel gewone zaak. Wonderlijk genoeg maakt de tandarts er de gehele dag gebruik van, zonder zich te realiseren dat hij een gedragsmeting verricht, zij het in de ogen van de psycholoog een zeer onbetrouwbare, namelijk pijn. Pijn is het enige psychische verschijnsel dat reeds eeuwen het voorrecht geniet als bewijsmateriaal te worden toegelaten. Welnu, waarom dan niet ook andere verschijnselen die men veel beter en exacter kan meten? De reden daarvan is gelegen in het feit dat de relatie tussen pijn en soma-

tische afwijkingen wèl bekend is, terwijl de kennis ten aanzien van relaties tussen andere psychische en somatische verschijnselen onvoldoende is of geheel ontbreekt. De verklaring daarvoor werd reeds gegeven.

Samenvattend kan worden geconstateerd dat er een steeds terugkerende behoefte bestaat aan het belichten van psychische factoren in de tandheelkunde. Daartoe werden twee argumenten aangewezen:

1. De verwaarlozing van het gedragsaspect in het algemene theoretische model van het menselijk functioneren en de menselijke aanpassing
2. De confrontatie van de tandarts met de patiënt die een zich individueel gedragend mens blijkt en niet een slechts door kennis van anatomie en fysiologie te begrijpen organisme.

Voor de verwaarlozing van het gedragsaspect in de algemene theorie werden drie oorzaken genoemd:

1. het nog steeds overheersende materialistische cartesische denken in de geneeskunde;
2. de weerstand van de mens om datgene wat hij als zijn vrijheid, zijn persoonlijke, niet aan natuurwetten ondergeschikte eigenheid beleeft, tot algemene wetmatige functies te laten reduceren;
3. de methodische en technische moeilijkheid van het onderzoek en de onbekendheid ermee.

Met betrekking tot het tweede argument voor het invoegen van psychische factoren in de tandheelkunde valt te constateren dat het hier niet anders ligt dan in de algemene geneeskunde. Wat is namelijk het geval? De theorie waarvan men zich bedient ter verklaring van de processen en de afwijkingen en waarop ook de causale therapieën berusten, is een theorie betreffende algemene wetmatigheden. Het model dat men hierbij hanteert is een somatische abstractie van de werkelijkheid. Zo heeft men daarbij geabstraheerd van de psychische aspecten. Men stelt b.v. dat therapie y bij afwijking x effect heeft. Men abstrahert daarbij van de reële mogelijkheid dat de motivatie van de patiënt van dien aard is dat hij zich niet aan de behandeling onderwerpt.

Het is – gelijk gezegd – een buitengewoon triviaal argument, maar het is er niet minder hard om. Gesteld kan worden dat men bij het opstellen van de theorie allerlei irrelevante factoren buiten beschouwing laat. Maar wat voor de theorie irrelevant is, zou wel eens in de

praktijk, in het bezig zijn met de individuele patiënt, zeer relevant kunnen zijn. Dit geldt ook in het bezig zijn met verschillende groepen patiënten, wier levensgedragingen zich onderscheiden van die van andere groepen, wier eet- en voedingsgewoonten bijvoorbeeld anders zijn en voor wie de betekenis van mond en gebit kan verschillen.

Bij het onderzoek en de behandeling van het individuele geval kan men zich dus slechts ten dele op zijn somatische theorie beroepen. Immers bij het *individuele* geval gaat het vooral om de samenhang tussen de verschillende processen die in de *algemene* theorie juist afzonderlijk worden bestudeerd. Kortom de individuele patiënt vereist het opstellen van een theorie over één persoon, waarin men zich niet meer kan distantiëren van de in de algemene theorie als irrelevant beschouwde factoren.

Een ietwat geconstrueerd voorbeeld: de algemene theorie heeft bijvoorbeeld aangetoond dat voor het voorkómen van bepaalde afwijkingen het gebruik van een tandenstoker heilzaam is. Maar bij een bijzonder onhandige of atactische patiënt zal men dit advies niet kunnen geven omdat de kans groot is dat hij zijn tandvlees beschadigt. Geen nood, men verzoekt hem dit een van zijn huisgenoten te laten doen, maar dan moet bekend zijn of hij die heeft.

Hiermee wil gezegd zijn dat bij de individuele patiënt van de tandarts het opstellen van een theorie over de samenhangen in één persoon wordt vereist. Het wordt ook wel een „working-model” genoemd, waarin noodzakelijkerwijze andere dan tandheelkundige variabelen zijn opgenomen.

Helaas beschikken wij nauwelijks of nog slechts zeer ten dele over theorieën, die ons enig houvast bieden voor het opstellen van dergelijke modellen. Het is dan ook niet verwonderlijk dat men in dit opzicht over het algemeen van geneeskunst in plaats van geneeskunde spreekt. Immers, het wordt grotendeels aan de medicus practicus overgelaten hoe hij zulk een working-model opstelt. Het mag geen verwondering wekken dat het juist vanuit deze sector van het werk is – waar men dus noodgedwongen ook onder meer met psychische factoren rekening moet houden – dat voorlichting over die factoren als wenselijk wordt beleefd.

Niettemin is het zaak met nadruk te stellen dat het niet slechts *déze* factoren zijn die bij het opstellen van een persoonlijk model problemen opleveren, doch evenzeer die uit andere meer somatische, disciplines.

Waar het in feite allemaal om gaat is of wij met de bestaande theorie en techniek uitkomen, zowel ten aanzien van algemene verschijnselen als ten aanzien van het individuele geval. Wanneer nu blijkt dat dat niet zo is, dan zal men de theorie moeten herzien en uitbreiden en wel op een dusdanige wijze dat de verschijnselen, die wij nu nog als vervelende bijkomstigheden beschouwen, kunnen worden geïntegreerd, verklaard en eventueel zelfs behandeld. Er is een tendens hierbij gebruik te gaan maken van de informatie- en beslissingstheorie, maar de ontwikkeling daarvan in de geneeskunde staat nog pas in de kinderschoenen.

In het vorenstaande is de vraag onder ogen gezien waarom er behoefte zou bestaan aan de kennis van psychische factoren bij tandheelkundige afwijkingen en waarom zij buiten beschouwing zijn gebleven.

Wanneer de psycholoog echter nader wil ingaan op de methodologische en praktische aspecten van het onderzoek naar deze psychische factoren, dan komt hij voor grote moeilijkheden te staan. Immers, hoe zou hij als niet-tandarts nu moeten weten om welke factoren het hier eigenlijk gaat?

Deze, niet retorisch bedoelde vraag, raakt de kern van het onderwerp van deze beschouwing. De enige die kan weten welke factoren of welke verschijnselen hier aan de orde zijn – anders gezegd: met welke gedragsvariabelen het tandheelkundige „model” of de theorie moet worden uitgebreid – lijkt namelijk de tandarts zelf te zijn, die op zekere momenten niet uitkomt met zijn theorie, bepaalde verschijnselen niet meer kan verklaren of bepaalde afwijkingen niet meer kan behandelen. Het is aan hem, of aan zijn discipline om zich de vraag voor te leggen op welke wijze hij zijn theorie moet herzien of zijn techniek moet veranderen.

Vooraf echter enkele opmerkingen. Wat de theorie betreft: in het begin van dit betoog werd Wibaut aangehaald, die de zijn dokter raadplegende patiënt vergeleek met de hond die zijn wond likt, of de wilde die er boombladeren op legt. Dit zijn inderdaad illustratieve beelden, waarin tot uiting komt hoe in de moderne inzichten omtrent de homeostasis, het menselijk organisme en zijn gedragingen in en jegens zijn buitenwereld, de scheiding tussen somatische en psychische factoren wordt opgeheven. Waarschijnlijk is in de tandheelkunde deze stap ook reeds vele malen gedaan, en wel wanneer men constateert dat

de tegenwoordige voedingsgewoonten mede verantwoordelijk zijn voor de ontwikkeling en de toestand van het gebit, of wanneer men bij de behandeling, bijvoorbeeld de orthodontische, niet slechts op een functioneel goede stand van de elementen, maar ook op het esthetisch aspect let.

Een ander aspect waarvan men zich wellicht nog meer bewust zou kunnen worden, is de overweging dat met de ontwikkeling van de tandheelkunde ook de menselijke samenleving en haar gewoonten veranderen. Kortom de overweging dat de buitenwereld niet een constante is in onze theorievorming, maar een factor die zich, mede onder invloed van de inzichten en technieken van de wetenschap (en dus ook de tandheelkunde), allengs wijzigt.

Een voorbeeld? De tandheelkunde ontdekt de betekenis van fluoridering van het drinkwater. Op grond van dit inzicht drinkt men thans zulk water. Hoe verandert nu de houding ten aanzien van de zorg voor het gebit als men aanneemt dat van die fluoridering reeds een beschermende of „genezende” werking uitgaat? Eén van de problemen waarmee de medische wetenschap rekening moet houden, is dat zij de natuur niet slechts bestudeert, maar deze in zekere mate door haar kennis en bezigheden beïnvloedt.

Eigenlijk is deze maatregel van de fluoridering van het drinkwater een heel mooi voorbeeld, aan de hand waarvan enkele aspecten van het thema zijn te behandelen.

In de eerste plaats werd geconstateerd, dat de kennis die hiertoe leidde – en waarbij gebruik werd gemaakt van een toch wel voornamelijk somatisch model – het noodzakelijk maakte, het model waar wij thans mee moeten werken, uit te breiden met sociaal-psychologische variabelen, met gedragsvariabelen. Immers de psychische instelling ten opzichte van ons gebit kan ten gevolge van een maatregel als fluoridering veranderen.

Nu zal men zich dit nog wel hebben gerealiseerd, maar het kan tot vreemde individuele consequenties leiden, zoals het geval leert van een jongetje, dat weigerde, op grond van een fobie, (gefluorideerd) water te drinken en wiens vochtbehoefte op peil moest worden gehouden door middel van coca-cola en soortgelijke dranken.

Misschien is de hoeveelheid fluoride die hij op andere wijze, b.v. met aardappelen en groente, binnenkrijgt al voldoende. Maar in prin-

cipe valt te overwegen dat men straks een waterfobie moet genezen om een gezond gebit te garanderen.

Ook hier dus een voorbeeld van consequenties van psychische aard, die voortvloeien uit een schijnbaar puur somatisch denkmodel.

Terug echter naar het algemene. Het somatische model waaruit de fluoridering is voortgekomen, vraagt naar verruiming tot een model waarin ook sociaal-psychologische variabelen een plaats vinden.

Hoe zit het nu met het sociaal-psychologisch onderzoek; kan men de betekenis van fluoridering op het menselijke gedrag, b.v. op de motivatie om tandheelkundige hulp te zoeken, nagaan? In principe zeker. Het is echter de vraag of wij een scheiding tussen verschillende psychologische onderzoeksgebieden moeten vooropstellen, ook al onderscheiden wij sociaal-psychologisch, functie-psychologisch, ontwikkelingspsychologisch onderzoek, etc.

Dit, omdat niet bekend is welke richting wij op willen met ons onderzoek. Wij hebben nu wel gesteld dat ons allereerst interesseert of de fluoridering invloed heeft op de algemene motivatie tot tandartsbezoek. Maar het zou wel eens veel relevanter kunnen zijn na te gaan, of het feit dat fluoridering wordt toegepast, wel in even sterke mate bekend is bij ouderen als bij jongeren, bij dommen of bij slimmen. Misschien resulteert hieruit een waarnemingsexperiment, een ontwikkelingspsychologische vraag.

Kortom, het zal vooral de tandheelkunde moeten zijn die de eerste vragen formuleert en het zal een bestudering van deze vragen zijn en een overwegen van de onderzoekbaarheid en de relevantie van de mogelijke uitkomsten, welke de richting en de wijze van onderzoek zullen bepalen.

Men dient daarbij in het oog te houden dat het onderzoek naar gedragsvariabelen in principe even exact kan geschieden als dat naar somatische, in sommige gevallen zelfs exacter. Dit lijkt ongeloofwaardig. Toch is de bepaling van bijvoorbeeld de intelligentie of de rigiditeit minstens even betrouwbaar als die van de beethoogte of de centrale relatie.

Wanneer men het erover eens is dat het menselijke organisme en zijn wijze van functioneren niet los zijn te zien van de relatie van de mens tot zijn omgeving, wanneer men het homeostase model accepteert, dan is daarmee het menselijke gedrag als een noodzakelijk aspect in het

theoretisch tandheelkundig denken erkend. Het is, mede op grond van de gegeven voorbeelden, ook duidelijk dat het noodzakelijk is, niet à te scherpe scheidingen te maken tussen de verschillende disciplines die het menselijk functioneren bestuderen, ook al zijn deze scheidingen door de traditie sterk geaccentueerd.

Wanneer men wetenschappelijk te werk gaat en geïnteresseerd is in de achtergronden van wat men waarneemt, dan zal men bestaande scheidingen gemakkelijk overbruggen en gezamenlijk trachten theorieën te ontwikkelen. Linschoten (1964) heeft het in zijn „Idolen van de psycholoog” aldus gesteld:

„Het onderscheid tussen de problemen van de psycholoog en de fysioloog is zelfs met behulp van organisatieniveaus niet nauwkeurig vast te leggen. Fysiologie van de zintuigen impliceert evenzeer een stuk psychologische problematiek, als omgekeerd waarnemingspsychologie zintuigfysiologische problemen noodzakelijk impliceert. Wanneer deze wetenschappen aanengrenzende gebieden in de éne „wetenschappelijke ruimte” zijn is ook niet anders te verwachten. De eis dat de psychologie (of enige andere wetenschap) haar gebied precies en limiterend definieert, is onrechtmatig en onzinnig. Geen enkele wetenschap is van de aangrenzende wetenschappen nauwkeurig af te bakenen. Wetenschappen zijn gebieden van (soms zeer praktisch bepaalde) verschillende interesse, meer of minder willekeurig afgegrensd met behulp van organisatieniveaus en orden van tijd en grootte; primair met behulp van objectdefinitie die op de *sensus communis* teruggaat...”

Het motief om op dit probleem vrij uitvoerig in te gaan is de overtuiging dat het een heilloos misverstand lijkt, wanneer de zogenaamde somaticus, zodra hij met psychische factoren geconfronteerd meent te worden, zichzelf een halt toeroept, zegt er verder geen verstand van te hebben en het onderzoek aan de psychiater of psycholoog overdraagt. Immers nauwkeurige analyse van deze eigen vermoedens, daarna het formuleren van hypothesen en dan pas het intensieve gezamenlijke onderzoek met diegene die met gedragsvariabelen wat meer wetenschappelijke ervaring heeft, kan slechts tot resultaten leiden. In verband hiermee zij gewezen op de m.i. zeer juiste werkwijze van Boering (1966), die – hoewel hij wist dat er over hetzelfde syndroom als dat wat hij in zijn proefschrift beschreef, een psychiatrisch onderzoek werd verricht – toch zelf een analyse gaf en hypothesen opstelde over de psychische factoren die hij bij zijn patiënten waarnam. Wellicht – en dit is in genen dele als kritiek op Schuler (1966) bedoeld, want deze was met zijn eigen onderzoek toen al praktisch klaar – zouden de hypothesen van Boering wel het meest geëigende uitgangspunt zijn ge-

weest voor nader psychiatrisch onderzoek naar het syndroom van Costen.

Het ligt dus het meest voor de hand dat bij het onderzoek naar de achtergronden van bepaalde verschijnselen en bij het opstellen van hypothesen daaromtrent, ook wanneer het gaat om samenhangen met gedragsvariabelen, de vraagstelling in eerste instantie wordt geformuleerd door diegene die op het onderhavige gebied het meest thuis is. De tandarts dus. Maar – zo zal men vragen – is deze dan voldoende bevoegd? Stellig, althans wanneer hij bereid is ten aanzien van psychische factoren dezelfde wetenschappelijke normen in acht te nemen die hij bij het onderzoek van fysiologische of anatomische factoren aanlegt.

Nu doet zich echter – en dit betreft speciaal de praktijk – het ongelukkige verschijnsel voor dat psychische factoren in de tandheelkunde – en dit om niet helemaal onbegrijpelijke redenen – worden beschouwd als een soort hinderlijke vliegen, of – misschien is dit een betere vergelijking – als een gevaarlijk soort bacteriën. Soms krijgt men het gevoel dat men het liefst een psychische cofferdam behandeling zou willen creëren, die ieder ongewenst gedrag, initiatief of gemoedsuiting van de patiënt buiten zou kunnen sluiten. Wanneer men genoodzaakt is een groot aantal patiënten per dag te behandelen en er prijs op stelt de behandelingen naar de eis uit te voeren, dan is dit een alleszins begrijpelijk verlangen. Een dergelijke attitude staat echter een wetenschappelijke benadering en een neutrale observatie van de gedragsfactoren wel in de weg.

We krijgen hier echter te maken met twee in de tandarts concurrerende rollen: namelijk die van wetenschappelijk onderzoeker en die van handelend tandarts.

Er is reden te vermoeden dat deze innerlijke competitie niet slechts ongunstig werkt waar het de observatie van gedragsfactoren betreft. Aan te nemen is dat ook de druk van het technische meesterschap op één aspect veronachtzaming van een ander aspect van de tandheelkunde zèlf in de hand zou kunnen werken. Het gevaar lijkt bij de psychische factoren groter vanwege de redenen die in het begin van mijn betoog zijn vermeld.

Tòch is dit een belangrijk en aandachtvragend probleem. Men zou geneigd zijn hiervoor de volgende eenvoudige oplossing te bedenken:

voor wetenschappelijk onderzoek creëre men aparte klinieken, desnoods met speciaal getrainde tandartsen, die alle tijd hebben, die speciaal zijn opgeleid in allerlei observatietechnieken en aan wie allerhande consultants ter beschikking staan. Deze oplossing zou ongetwijfeld toe te juichen zijn (zo eenvoudig is ze overigens niet eens).

Ten aanzien van het speurwerk op grond van klinische ervaring en observatie moge nog een enkel woord worden gewijd aan de methodologische moeilijkheden die hier kunnen rijzen.

Of men nu als uitgangspunt de gewone praktijk, dan wel een klinische research-praktijk kiest, in beide situaties wordt de patiënt geobserveerd in een behandelingskader. Men worstelt in de gehele geneeskunde met het probleem dat het zuiver wetenschappelijk onderzoek eigenlijk nauwelijks mogelijk is wanneer het om stoornissen gaat. Immers zodra wij als onderzoeker in de kwaliteit van geneesheer – van welke soort ook – optreden, beïnvloeden wij de patiënt, ook al behandelen wij deze naar ons gevoel niet. Scheff (1963) heeft beschreven hoe bij controle-onderzoek naar cardiologische afwijkingen veranderingen in de symptomatologie kunnen optreden. Ook de attitude van de patiënten ten opzichte van eventuele stoornissen en hun levensgewoonten kunnen door het onderzoek worden beïnvloed.

Dit alles impliceert dat wij bij het opstellen van onze hypotheses niet slechts rekening hebben te houden met de bestaande situationele factoren, maar ook de invloed van onderzoek en behandeling moeten bestuderen.

Klinische research is niet een vrijblijvende observatie van wat zich bij de patiënt afspeelt en voordoet. Het is op zichzelf reeds een ingrijpen, een beïnvloeden van de patiënt. Het zou echter te ver voeren verder op dit probleem in te gaan.

Hoe dit alles ook zij, vooralsnog bestaat in eerste instantie behoefte aan vraagstellingen, aan hypotheses over samenhangen tussen tandheelkundige en psychische factoren, aan klinische ervaringen en hints, die richting geven aan de aard van de observatie en het onderzoek dat in zulke speciale klinieken zou kunnen plaatsvinden. Deze hypotheses, deze ervaringen moet men niet van de psycholoog, noch van de psychiater verwachten, want zij zien niet of nauwelijks – en dan nog zonder kennis van zaken – patiënten met tandheelkundige afwijkingen.

In een vorige publikatie (Ned. Tijdschr. v. Tandheelk. 71: 401, 1964) werd een overzicht gegeven van de oogst van tien jaar betreffende

Nederlandse publikaties over psychische factoren in de tandheelkunde. Bij nadere studie blijkt dat in de sindsdien verlopen 4 jaren geen enkel empirisch onderzoek is gepubliceerd: er zijn slechts enkele heel korte beschouwingen te vinden. Kortom, ook op dit gebied is er een recessie waar te nemen.

Niettemin blijkt steeds weer dat er behoefte aan een dergelijk onderzoek bestaat. Zou de oorzaak van deze tegenstrijdigheid niet gelegen kunnen zijn in de schijnbaar onoverbrugbare kloof tussen het denken van de zg. „somaticus” en de zg. „psychicus”? Maar zou anderzijds de kloof niet zijn te overbruggen doordat vanuit tandheelkundige kring vragen en hypothesen naar voren komen? Het lijkt in verband hiermee gewenst dat in de discussies over de problematiek niet alleen psychiaters en psychologen, maar ook tandartsen worden betrokken.

Tot nu toe is het heel moeilijk gebleken een inzicht te krijgen in wat er gaande is op het grensgebied tussen tandheelkunde, psychiatrie en psychologie. Men moet zijn eigen weg zoeken; publikaties zijn relatief schaars en nergens systematisch geordend of samengevat. Maar wat bovenal treft is het uiterst geringe aantal publikaties van onderzoekingen van empirische aard. Dit maakt dat er een zekere weerstand tegen bestaat er aan te beginnen. Het heeft weinig zin het bij wat vage beschouwingen te laten, want in de wetenschap gaat het niet om beschouwingen, maar om feiten, de samenhang tussen feiten en de op feiten berustende theorieën. Het is daarom te hopen dat de hier gegeven uiteenzetting er mede toe zal bijdragen dat uit tandheelkundige kring materiaal zal worden aangedragen voor onderzoek op dit gebied.

Samenvatting:

In dit artikel wordt nagegaan welke oorzaken ertoe hebben geleid dat de psychologische factoren, die bij tandheelkundige afwijkingen en in de behandeling daarvan een rol spelen, tot nu toe zo weinig wetenschappelijke aandacht hebben gekregen en nauwelijks zijn onderzocht. Gepleit wordt voor het hanteren van een homeostatisch denkmodel waarin psychische en somatische factoren kunnen worden opgenomen.

Er worden enkele suggesties gedaan voor de wijze waarop een dergelijk onderzoek zou kunnen worden geïnitieerd en uitgevoerd. Er wordt op gewezen dat het vooral de tandarts is die in eerste instantie de observaties moet verrichten en de vraagstellingen moet leveren op grond waarvan nader onderzoek kan worden gebaseerd.

Summary:

This paper studies the reasons why psychological factors in dental abnormalities and their treatment have so far received little scientific attention. Arguments are presented in favour of acceptance of a homeostatic thought model in which mental and physical factors can be incorporated.

Some suggestions are made concerning the possible institution and procedure of such investigations. It is pointed out that it is chiefly the dentist who must make the primary observations and supply the problem definitions for further investigation.

Literatuur:

1. *Boeke, P. E.* (1964): Over empirisch onderzoek naar gedragsvariabelen bij tandheelkundige afwijkingen. *Ned. Tijdschr. v. Tandheelk.* 71: 401-416.
2. *Boeke, P. E.* (1961): Psychologische factoren in de tandheelkunde. De behandeling van het kauwstelsel. Amsterdam.
3. *Boeke, P. E.* (1965): Psychologie in de medische situatie. Openbare les. Groningen.
4. *Boering, G.* (1966): Arthrosis deformans van het kaakgewricht. Proefschrift. Groningen.
5. *Buisman, P. H., Kuiperi, N. A., Peters, J. W.* (1965): Voorlichting over snoepen. *Ned. Tijdschr. v. Tandheelk.* 72: 614, 918.
6. *Buytendijk, F. J. G.* (1961): Academische redevoeringen. Utrecht-Nijmegen.
7. *Groot, A. D. de* (1961): Methodologie. Den Haag.
8. *Linschoten, J.* (1964): Idolen van de psycholoog. Utrecht.
9. *Mandema, E.* (1965): Het aardige van de geneeskunde. *Ned. Tijdschr. v. Geneesk.* 109: 357.
10. *Scheff, Th. L.* (1963): Decision rules, types of error and their consequences in medical diagnosis. *Behavioral Science.* 97, vol. 8.
11. *Schuler, J.* (1966): Krakende kaken. Proefschrift. Groningen.
12. *Wibaut, F.* (1962): De methode der geneeskunde. Haarlem.

Dilgtweg 28,
Haren (Gr.).

Noot van de Redactie:

Zoals in de vorige aflevering (*N.T.v.T.* 75: 10, 736, 1968) onder de rubriek „Binnenland” werd vermeld, is de auteur van bovenstaand artikel onlangs tot hoogleraar in de klinische psychologie aan de Rijksuniversiteit te Groningen benoemd.