

## DE TANDHEELKUNDIGE ANAMNESE BIJ PATIËNTEN MET SOMATISCHE FIXATIE

A. S. H. DUINKERKE  
B. REITSMA  
K. WIJMA

*Uit de vakgroep Parodontologie-Prothetodontie-Sosiodontie  
en de vakgroep Medische Psychologie  
van de rijksuniversiteit te Groningen.*

**Trefwoorden:** Psychologie – Anamnese – Diagnostiek – Somatische fixatie

### 1. Inleiding

Voor een adequate behandeling is het stellen van een juiste diagnose van groot belang. Daartoe moet de tandarts aandacht besteden aan zo veel mogelijk voor de klachten en symptomen relevante factoren. Psychische en sociale problemen zijn hiervan niet uitgesloten. Het is daarom van belang van meet af aan een klimaat te scheppen waarin ook deze aan bod kunnen komen. Veelal is hij hier huiverig voor, omdat daarmee een gebied wordt betreden dat traditioneel niet tot de tandheerkunde wordt gerekend. Bovendien kan hij gemakkelijk op weerstand bij de patiënt stuiten, wanneer de psychische en sociale component van de klachten wordt aangevoerd. Niettemin kan een uitvoerige anamnese van de klacht van de patiënt in al zijn facetten in het heden en verleden soms de sleutel tot een betere diagnose leveren. In dit artikel zal, aan de hand van een casuïstiek, worden beschreven op welke wijze in de anamnese aandacht wordt besteed aan de psychische en sociale factoren van een klacht. Daarnaast zal worden aangegeven wanneer deze werkwijze geïndiceerd is.

### 2. Casuïstiek

#### 2.1. Anamnese

Patiënte was op het moment van het onderzoek 18 jaar en sinds haar zevende jaar tandheerkundig behandeld. Tussen haar zevende en haar veertiende jaar was een aantal restauraties in 16, 36 en 46 opmerkelijk frequent overgemaakt. Met tussenpozen van ongeveer een half- tot anderhalf jaar was in 46 drie keer een occlusale amalgaamrestauratie aangebracht en daarna nog eens drie keer een MO-amalgaamrestauratie en één keer een buccale amalgaamrestauratie. In 16 was met soortgelijke tussenpozen vier keer een occlusale amalgaamrestauratie vervaardigd. Twee keer was 36 van een occlusale amalgaamrestauratie en één keer van een buccale amalgaamrestauratie voorzien. Het behandelpatroon van 26 (één keer een occlusale en één keer een MO-amalgaamrestauratie), 37 (één keer een occlusale amalgaamrestauratie) en 47 (eveneens één keer een occlusale amalgaamrestauratie) leek normaal.

Op 14-jarige leeftijd meldde patiënte zich met pijnklachten links in de bovenkaak in de regio 26-27. De oorzaak van de klachten

was onduidelijk. De tandarts maakte vervolgens occlusale amalgaamvullingen in 26 en 27. Anderhalf jaar later kwam patiënte met pijnklachten in de regio 36. Element 36 was af en toe pijnlijk bij warmte en koude. De tandarts besloot de occlusale amalgaamrestauratie in 36 te vervangen en te voorzien van een Dycal onderlaag. Zeven maanden later had patiënte een enigszins zeurende pijn rechts boven. De tandarts zag geen duidelijke oorzaak van de klachten en besloot af te wachten.

*Gezien het nu volgende moeten vragen worden geplaatst bij een aantal overgemaakte amalgaamrestauraties. Was daarbij werkelijk secundaire cariës aanwezig? Dit is achteraf niet meer na te gaan. Van het vervolg is meer bekend door briefwisselingen tussen de tandarts en de kaakchirurg.*

Drie maanden later kwam patiënte terug met uitstralende pijn rechts boven. De tandarts zag geen duidelijke oorzaak voor die pijn en vermoedde dat de nog niet doorgebroken elementen 18 of 48 de oorzaak waren. Ook de kaakchirurg vond geen duidelijke afwijkingen die de klachten zouden kunnen verklaren. Hij stelde expliciet vast, dat de pijn niet door kaakgewrichtsklachten werd veroorzaakt. Daarom besloot hij de niet-doorgebroken elementen 18 en 48 te verwijderen. Dit lukte inderdaad bij 48. Maar bij exploratie werd uiteindelijk besloten dat 18 nog te diep zat en werd de kaak weer gesloten. Hierna volgden een trismus en enig debris in de alveole van 48. De kaakchirurg behandelde dit als een alveolitis uitgaande van 48 door deze alveole met fysiologisch zout uit te spuiten. Daarna volgde een periode van bijna twee maanden met afwisselende zeurende pijn, een licht gezwollen rechterwang en trismus. Dit werd nog steeds behandeld als een alveolitis. De trismus werd tegengegaan met behulp van mondopeningsoefeningen.

Uiteindelijk kwam patiënte weer bij haar tandarts, die er rekening mee bleef houden, dat 18 de oorzaak van de pijnklachten was. Een aantal keren werd een restauratie rechts onder of rechts boven vernieuwd, waarbij extra aandacht werd besteed aan de bescherming van de pulpa. Dit leek te helpen, want na zo'n behandeling had patiënte een maand lang of soms 6 tot 10 maanden geen pijn. Omstreeks het 18e jaar werd uiteindelijk in 16 een endodontische behandeling uitgevoerd. Met tussenpozen

### Samenvatting:

Wanneer psychische en sociale problemen worden geuit in de vorm van somatische klachten, leidt het geven van uitsluitend somatische aandacht gemakkelijk tot een proces van somatische fixatie. Het niet richten van de aandacht op de achterliggende spanningen en de wijze waarop deze worden gehanteerd maar uitsluitend op de klachten zelf, leidt tot een bepaalde kringloop van elkaar versterkende factoren waarbij de patiënt steeds sterker gericht (gefixeerd) wordt op een bepaalde lichamelijke klacht én steeds sterker in de patiëntenrol terechtkomt. Aan de hand van een casuïstiek wordt beschreven hoe de tandarts patiënten met een vermoedelijke somatische fixatie kan herkennen. Vervolgens wordt aangegeven welke werkwijze dan bij de anamnese kan worden gevolgd.

van enkele weken kwam patiënte daarna terug met pijnklachten. Eventueel te hoge vullingen werden ingeslepen, secundaire cariës werd behandeld. Maar vijf weken later was de pijn opnieuw terug. Het was een intermitterend stekende en zeurende pijn die twee tot drie uur aanhield en die kon worden opgewekt door zijdelings tegen 16 te drukken. Een periapicale röntgenfoto leverde geen oorzaak van de pijnklachten op. Het overdoen van de endodontische behandeling in 16 bleek niet mogelijk, omdat in het palatinale kanaal een stift met opbouw was aangebracht. De tandarts besloot nog af te wachten of de pijn spontaan zou afnemen. Zo niet, dan adviseerde hij 16 te laten extraheren. Drie dagen na het laatste advies meldde patiënte zich in de weekenddienst met een stekende pijn in de wang ter plaatse van 16. Zij verzocht de dienstdoende tandarts om 16 te extraheren, conform het advies van haar tandarts. Bij de vraag naar bijkomende klachten bleek dat zij het gevoel had dat de wang ter plaatse van de kaakhoek heel dik was. Dit was niet te zien. Bovendien had zij een gevoel alsof de kiezen rechts boven heel zwaar waren en alsof er spelden werden geprikt in het tandvlees rechts boven en onder. Bij slikken waren de halsklieren achter de kaakhoek pijnlijk. Ook had ze een vreemd gevoel in het rechteroor; bij het openen van de mond 'hoorde je het in het oor naar binnen zuigen'. Ook dacht zij dat er zandkorreltjes in het oor zaten. Voor de tandarts was zonder stethoscoop hoorbaar, dat er in het rechter kaakgewricht crepitatie optrad. Als de mond na ver openen weer werd gesloten, trad pijn in de wang op ter plaatse van 16. Deze pijn straalde uit naar het oor.

Bij verdere analyse van deze klachten bleken mondgewoonten een belangrijke rol te spelen. Zij waren reacties op bepaalde gevoelens:

a. Wanneer patiënte zenuwachtig was, beet zij vaak op haar nagels: hierbij werd de onderkaak in een geprotrudeerde stand dichtgebeten met de nagels ertussen. Ook beet ze haar onderlip soms kapot. Ze legde dan de tongpunt op de onderlip en trok daarna de onderlip naar achteren en beet vervolgens met de boventanden erover heen. Er ontstond dan pijn vlak onder en voor het oor (ter plaatse van de musculus pterygoideus lateralis en de insertie van de musculus temporalis!).

b. Patiënte wist zich geen houding te geven als ze alleen was in onbekend gezelschap. Ze 'stond dan doodsangsten uit'. Ze stak dan een sigaret op en rookte heftig. Ook ging zij dan met de punt van de tong tegen de achterkant van de boven-fronttanden wrijven en kreeg ze zweethanden. Ze had soms ten onrechte het idee dat iedereen naar haar keek. Tegenover mannen traden deze reacties sterker op dan tegenover vrouwen.

c. Patiënte vertelde dat langdurig met de tongpunt aan 16 voelen pijn opwekte in het rechteroor en achter de rechter kaakhoek (ter plaatse van de insertie van de musculus pterygoideus medialis!).

Op dit punt van de anamnese reageerde patiënte met: 'Waarom juist nu zoveel pijn?' Omdat ze al meerdere jaren 's nachts en vaak ook overdag knarste! Op een vraag naar spanningen vertelde ze dat deze er waren op het werk, dat bestond uit het invallen voor zieke cassières. Bovendien had ze drie tot vier weken geleden een aantal tentamens van de avond-m.a.v.o. gehad met onvoldoende resultaat. De heel sterke pijn had volgens patiënte te maken met persoonlijke problemen gedurende de laatste twee weken, maar die waren nu goeddeels voorbij: ze had besloten om minstens een jaar te stoppen met de avond-m.a.v.o. naast het werk als cassière. Een jaar tevoren had zij de dag-m.a.v.o. opgegeven.

## 2.2. Onderzoek

Bij het klinisch onderzoek bleek er rechts pijn op te treden bij palpatie ter plaatse van de insertie van de musculus temporalis, in de voorste vezels van de musculus masseter, in de musculus pterygoideus lateralis en in de venter posterior van de musculus digastricus. Links was er alleen palpatiepijn in de musculus pterygoideus lateralis. Bij de provocatietest volgens Krogh-Poulsen<sup>1</sup> bleek, dat de pijn kon worden opgewekt door de kiezen in centrale relatie  $\pm$  40 seconden lang op elkaar te klemmen. De resultaten van deze test en de voorafgaande gegevens leidden tot de diagnose: pijn-dysfunctiesyndroom met als belang-

rijke etiologische factor: parafuncties.

Door de inhoud van de anamnese en het daarop volgende klinisch onderzoek waren patiënte en de tandarts zich bewust van de relatie tussen gebeurtenissen in haar leven en de pijn-dysfunctieklachten. Na uitleg door de tandarts stemde patiënte in met een onderzoek door een klinisch psycholoog, alvorens een behandeling van de klachten te kiezen. Dit onderzoek leidde tot de volgende conclusies:

1. Patiënte werd grootgebracht in een gezin waar veel onenigheid heerste tussen de vader en de moeder. De vader was meestal afwezig en patiënte had eigenlijk nooit een goed contact met hem gehad. Het ontbrak haar aan een duidelijke vader-figuur. Dit zou mogelijkwijze mede haar angst voor vooral vreemde mannen kunnen verklaren, waardoor zich in sociale situaties vaak pijnklachten ontwikkelden. Patiënte was voornamelijk opgevoed door haar (sterk somatiserende) moeder en haar oudere zusters. Ze had geen broers.

2. Het is aannemelijk, dat de omstandigheden thuis bij haar allerlei spanningen en onlustgevoelens teweegbrachten. Zij reageerde hierop door veel te gaan eten, waardoor patiënte al op 7-jarige leeftijd problemen met haar uiterlijk kreeg ('te dik'). Dit gaf aanleiding tot nieuwe spanningen. Opvallend is dat zij op deze leeftijd voor het eerst tandheelkundig werd behandeld. Ze kreeg daarbij veel aandacht voor haar somatische klachten.

3. Patiënte ging zich in haar ontwikkeling sterk op haar oudere zusters richten. Mogelijkerwijs speelde hierbij ook het competitie-element een rol. Deze eenzijdig gerichte ontwikkeling had tot gevolg, dat zij al zeer vroeg geforceerd werd in de richting van (oudere) jongens. Deze geforceerde sprong naar de volwassenheid gaf echter nieuwe spanningen en onzekerheden. De bezorgdheid van patiënte om haar uiterlijk nam nu in alle hevigheid toe, waardoor zij het gevoel kreeg door iedereen en vooral door mannen bekeken, beoordeeld en afgewezen te worden.

4. Haar al eerder genoemde gerichtheid op jongens en de betrokkenheid op haar uiterlijk gaven aanleiding tot allerlei spanningen (o.a. minderwaardigheidsgevoelens). Ze ging op deze spanningen ook reageren met tandenknarsen. De daardoor veroorzaakte klachten werden door de hulpverleners somatisch geïnterpreteerd. De somatische aandacht die zij kreeg versterkte haar in het idee dat er somatisch iets aan de hand was. Er was sprake van een leerproces dat tot gevolg had dat ze op het tandenknarsen gefixeerd raakte.

5. Patiënte bleek intellectueel op een begaafd niveau te functioneren. Door haar ontwikkelingsproblemen had zij deze begaafdheid niet in goede schoolprestaties weten om te zetten. Het werk dat ze verrichtte lag duidelijk onder het niveau van

haar mogelijkheden. Het was begrijpelijk dat zij dit als een onbevredigende situatie ervoer.

6. Samenvattend: Patiënte was een gespannen, rusteloze en verlegen jonge vrouw met een zeer ontevreden instelling ten opzichte van zichzelf en anderen. In het contact met anderen voelde zij zich erg incompetent. Ze had bij anderen het gevoel, dat deze haar vanwege haar uiterlijk beoordeelden en afwezen. Kritiek kon ze moeilijk verdragen. Ze had echter een grote behoefte aan meer begrip, genegenheid en erkenning van anderen. Haar bezoeken aan de tandarts bevatten een aspect van het aandacht en erkenning krijgen.

## 2.3. Therapie

De resultaten van het psychologisch onderzoek bevestigden onze indruk van de invloed van psychische en sociale factoren op het verloop van de pijn-dysfunctieklachten. Er werd gedragstherapie overwogen. Om praktische redenen werd er echter voor gekozen patiënte eerst te behandelen met een zachte Drumplaat en de resultaten daarvan af te wachten. Als verklaring voor de werkzaamheid hiervan en ook van andere therapieën, worden in de literatuur twee hypothesen genoemd: 1. Het zou de patiënt meer bewust maken van wat er in de mond gebeurt en 2. Het zou de aandacht van de patiënt afleiden van de stress in diens normale levensstijl en daardoor angst en angstverminderende mondgewoonten doen afnemen.<sup>2</sup> Na plaatsing van de Drumplaat verdween de kiespijn. De palpatiepijn van de kauwspieren nam af.

Maar zes weken na het begin van de behandeling kwam patiënte plotseling met hevige pijn in de nekspieren. De musculus sternocleidomastoideus bleek bijzonder pijnlijk bij palpatie. Patiënte was 's morgens opgestaan met een beetje stijve nek en een bij aanraking extreem gevoelige adamsappel (alsof deze blauw was), hoewel daar bij inspectie voor de spiegel niets van te zien was. De nekspieren waren in de loop van de dag stijver geworden. De overige kauwspieren waren nauwelijks pijnlijk bij palpatie. Er was alleen wat pijn in de rechter musculus masseter. De tandarts adviseerde haar af te wachten en de zachte Drumplaat dag en nacht te blijven dragen. Twee dagen later waren de pijn en stijfheid weer over. Patiënte vertelde dat er de avond voor het verdwijnen van de klachten thuis moeilijkheden waren, maar zij had toen gezegd: 'Bekijk het maar allemaal, ik trek me er niets meer van aan.' Ze vertelde nu ook sinds enkele dagen 'in de ziektewet te lopen' wegens buikpijn linksonder. De daaropvolgende week begon zij weer te werken. Twee weken later meldde zij dat de pijn nu vrijwel weg was. De pijn in de rechterwang trad eigenlijk alleen nog maar

op tijdens haar werk, wanneer er een grote rij klanten voor haar kassa stond te wachten en haar baas daarop aanmerkingen maakte. Zij vertelde dat zij dan met de tong hard tegen het verhemelte drukte zonder dat de onderkiezen daarbij de Drumplaat in de bovenkaak raakten, waarna de pijn weer kwam opzetten. Als de drukte voorbij was verdween de pijn ook weer snel. Er kan worden geconstateerd, dat de somatische (tandheelkundige) behandeling van patiënte slechts tot een tijdelijk verdwijnen van de klachten leidde. Zelfs trad een tijdelijke symptoomverschuiving op (buikpijn). Het bij de patiënt gegroeide inzicht in de achterliggende oorzaak van haar klachten leidde tot een verandering in haar werksituatie. Een half jaar na het actieve deel van de behandeling bleek patiënte op een afdeling van een andere supermarkt te werken, waar ze niet in direct contact met de klanten kwam en dus ook veel minder kans op kritiek had. Ze droeg de Drumplaat alleen 's nachts en als zij dacht dat het nodig was ook overdag. De pijnklachten waren volledig verdwenen. Ze bleek op dat moment niet gemotiveerd om een psychologische therapie te ondergaan.

### 3. Discussie

De casuïstiek is een voorbeeld van samenhang tussen emotionele spanningen en lichamelijke onlustgevoelens. Deze kunnen onder andere ontstaan doordat het psychisch dysfunctioneren het lichamelijke functioneren negatief beïnvloedt. De oorzaak kan ook extern van aard zijn. Door psychisch belastende omstandigheden kan iemand ziek worden. Psychische en sociale problemen kunnen zo worden geuit in somatische klachten. Voorbeelden van deze reacties worden gezien bij patiënten met pijnklachten op tandheelkundig gebied. Als door de betrokkene, diens omgeving of door hulpverleners uitsluitend aandacht wordt gegeven aan de somatische aspecten van de klacht, loopt betrokkene een grote kans om in een proces van somatische fixatie terecht te komen.<sup>3</sup> De aandacht wordt dan niet gericht op de achterliggende spanningen en de wijze waarop deze worden gehanteerd maar uitsluitend op de klachten zelf. Iemand wordt daardoor als het ware in een patiëntenrol gedrukt, wat aanleiding kan zijn tot nieuwe of versterking van reeds bestaande spanningen en klachten. Deze kunnen zich op hun beurt weer uiten in een toename van de klachten. Het proces van somatische fixatie kenmerkt zich door het voortdurend doorlopen van een bepaalde kringloop van elkaar versterkende factoren, waarbij de patiënt steeds sterker gefixeerd wordt op een bepaalde lichamelijke klacht én steeds sterker in de patiëntenrol terecht komt.<sup>3</sup> Bij de in dit artikel beschreven patiënt is de

somatische fixatie ontstaan doordat van jongs af aan de klachten van kiespijn en andere pijn uitsluitend somatisch werden verklaard. Pijnklachten ter plaatse van een gebitselement met een grote restauratie werden beschouwd als pulpitis. De aanwezigheid van nog niet volledig doorgebroken derde molaren leidde tot de diagnose pericoronitis. Pijn na een extractie werd ook na bijna twee maanden nog beschouwd als een alveolitis en pijn na een endodontische behandeling werd geïnterpreteerd als een acute exacerbatie van een periapicale ontsteking. De somatisch verklaarde pijn werd steeds bestreden met de erbij behorende gebruikelijke standaardoplossingen: restauraties, endodontische behandeling, extracties, uitspuiten van de alveole, etc. Op zichzelf kan dit terecht zijn, maar niet bij een patiënt met zo frequent terugkerende klachten. Daarom is het van belang om op de patiëntenkaart niet alleen de uitgevoerde behandeling te noteren maar ook de anamnestiche of klinische gegevens die tot die behandeling hebben geleid. De tandarts wordt dan eerder op het frequent optreden van pijnklachten opmerkzaam gemaakt. Bij de hier beschreven patiënt duurde het vanaf het 14e tot het 18e jaar totdat de patiënt (toevallig) bij een andere tandarts geconfronteerd werd met vragen naar bijkomende klachten en de achtergronden daarvan.

### 4. Slotbeschouwing

#### 4.1. Symptomen van somatische fixatie

De tandarts dient bij elke anamnese alert te zijn op symptomen van somatische fixatie. In de casuïstiek komen een aantal verschijnselen voor die de tandarts op het spoor van somatische fixatie kunnen zetten:<sup>4,5</sup>

1. De ernst van de klachten is niet in overeenstemming met de symptomen die de tandarts op een röntgenfoto of in de mond ziet. Dit kan leiden tot het steeds overmaken van op zichzelf goede amalgaamvullingen.
2. Allerlei behandelingen zijn tevergeefs. De klachten komen steeds terug. In de casuïstiek had de patiënt ruim vier jaar op dezelfde plaats pijnklachten.
3. De ernst van de symptomen fluctueert. Er zijn perioden van weken tot maanden waarin de pijn ontbreekt of goed wordt verdragen, maar na korte of lange tijd komt de patiënt weer met klachten.
4. Er bestaat vaak een opmerkelijke parallel tussen het begin en het verloop van de klachten en de levensloop van de patiënt. Patiënte had op 7-jarige leeftijd problemen met haar uiterlijk en juist op die leeftijd werden opmerkelijk frequent amalgaamrestauraties overgemaakt in 16, 36 en 46. Op 14-jarige leeftijd experimenteerde patiënte met seksuele contacten en begonnen

de pijnklachten. Op 18-jarige leeftijd werd de schoolopleiding zonder diploma afgebroken, gevolgd door een zeer onzekere, stressvolle werksituatie en een hevig recidief van de pijnklachten.

5. De patiënt is voor allerlei klachten in behandeling of in behandeling geweest bij meerdere medici en soms ook om allerlei redenen geopereerd zonder blijvend, goed resultaat.

#### 4.2. Vragen voor analyse van een dergelijk klachtenpatroon

Indien de tandarts één of meerdere van de hierboven genoemde verschijnselen in de anamnese signaleert en dan vraagt of er wellicht spanningen zijn in het leven van de patiënt, ontkent deze dat vaak. De patiënt reageert veelal met: 'Ik ben niet gek, ik voel de pijn toch heel duidelijk?' Deze reactie is niet alleen begrijpelijk maar ook juist. Bij somatische fixatie is, zoals reeds besproken, altijd sprake van een combinatie van somatische, psychische en sociale factoren. Daarom kan voor een onderzoek van de psychische en sociale achtergrond van een klacht beter worden uitgegaan van die klacht zelf. Deze was immers de reden om hulp te vragen en is dus belangrijk voor de patiënt. Er zijn veelal geen weerstanden om hierop nader in te gaan door het vragen van verduidelijking en van aanvullende informatie. Daarbij kan bijvoorbeeld gebruik worden gemaakt van een serie vragen die bekend is uit de gedragstherapie en gesteld wordt bij een gedragsanalyse.<sup>6</sup> Deze begint met een inventarisatie met behulp van de volgende twee vragen:

- a. Wat is naar de mening van de patiënt de belangrijkste klacht?
- b. Wat zijn de (of alle) bijkomende klachten? Hierbij moet onder andere worden gedacht aan klachten waarvoor de patiënt al behandeling aan andere artsen en specialisten heeft gevraagd of waarvoor behandeling in een ziekenhuis heeft plaatsgevonden.

Vervolgens wordt voor iedere klacht afzonderlijk de volgende informatie verzameld:

1. In welke situatie komt de klacht voor?
2. Welke reacties heeft de patiënt dan (zolangs gedachten, handelingen en emoties en de ermee gepaard gaande lichamelijke verschijnselen)?
3. Wat is de frequentie van de klachten en de bijbehorende reacties?
4. Wat is de intensiteit van de klachten en de bijbehorende reacties?
5. Wanneer zijn er géén klachten en/of bijkomende reacties?
6. Hoe reageert de patiënt zelf op de klachten en de bijbehorende reacties (denk aan gedrag om de klachten en/of reacties te vermijden)?
7. Hoe reageert de omgeving van de pa-

tiënt op de klachten en bijbehorende reacties?

8. Sinds wanneer bestaat de klacht en hoe is het verloop in de tijd geweest?

9. Wat zijn de gevolgen ervan voor het dagelijks leven van de patiënt (zoals gezin, werk, vrije tijd)?

10. Hoe zou het leven eruit zien zonder de klacht (in verband met eventuele ziekte-winst)?

11. Was er reeds eerder behandeling: zo ja, welke, wanneer, door wie, met welk resultaat en wat is het oordeel van de patiënt over die behandeling?

Bij de beantwoording van deze vragen dient de tandarts geen genoegen te nemen met vage antwoorden. Hij dient net zo lang verduidelijking te vragen totdat iedere mededeling van de patiënt voor hem concreet en begrijpelijk is geworden. Een voorbeeld van een vaag antwoord is: 'Als ik er werkelijk geen zin in heb *gaat het mis!*' Voorbeelden van reacties van de tandarts hierop zijn: 'Waar hebt u dan geen zin in? Wat gaat er dan (heel precies!) mis?'

Het is verstandig om advies en therapie uit te stellen totdat alle aspecten van de klacht bekend zijn. Bij anamnese en onderzoek kunnen gemakkelijk bepaalde gegevens onopgemerkt blijven. Een mogelijke oplossing hiervoor is het slechts zo veel mogelijk verzamelen van gegevens gedurende het eerste consult. Na afloop hiervan kan de tandarts deze nog eens rustig bestuderen en zich afvragen welke gegevens nog ontbreken. Eventueel kan hij zich daarbij laten adviseren door een collega of bijvoorbeeld een klinisch psycholoog. De tandarts dient zich gedurende het eerste consult niet te laten verleiden tot toezeggingen over een doeltreffende therapie, omdat een dergelijke toezegging nogal eens de basis vormt voor een latere teleurstelling.

#### 4.3. Uitleg aan de patiënt

Alvorens een voorstel te doen voor therapie dient de tandarts zijn bevindingen uit te leggen aan de patiënt. Daarbij worden zowel de somatische, psychische als de sociale factoren betrokken. De gevoelens van de patiënt en de daarbij behorende reacties in de vorm van gedragingen worden met elkaar in verband gebracht en ook gerelateerd aan de geconstateerde klinische symptomen.

De uitleg kan *beginnen* met een aantal algemene voorbeelden: 'Het verband tussen spannende of indrukwekkende gebeurtenissen in iemands leven en allerlei lichamelijke klachten kan ik u het best uitleggen aan de hand van een tweetal voorbeelden: a. Patiënten die in de wachtkamer bij de tandarts zitten, moeten vaak plotseling naar de wc ('ze doen het bijna in de broek van angst').

b. Door sterk op de pijn te letten lijkt het

soms op deze heviger wordt en bij afleiding lijkt de pijn soms te verminderen.

In ieders leven komen perioden van grote spanningen voor en bij de één uit zich dat in buikpijn, een ander voelt 'een brok in de keel' en weer een ander heeft bijvoorbeeld gespannen kauwspieren.'

Dan volgt een duidelijke uitleg hoe de gegevens uit de anamnese met elkaar en met de gegevens uit het klinisch onderzoek in verband kunnen worden gebracht.

Indien de patiënt het idee van een invloed van psychische en/of sociale factoren op zijn klachten verwerpt, is het heel natuurlijk dat er bij de tandarts een gevoel van teleurstelling of wrevel ontstaat. Hij heeft immers moeite gedaan voor een goede anamnese en uitleg aan de patiënt. Op zo'n moment is het van groot belang om een aantal veel gemaakte fouten te vermijden: 1. Probeer niet de patiënt te overtuigen en vermijd een wedstrijd met de patiënt zoals: 'Gaat u maar, u komt vast nog wel bij mij terug en dan zien we wel wie er gelijk heeft gehad.'

2. Belof geen genezing.<sup>7 8</sup> Vooral patiënten aan wie door meerdere artsen en/of tandartsen reeds allerlei diagnoses zijn uitgelegd en die verschillende soorten behandelingen hebben ondergaan, reageren heel sceptisch. Óf ze hebben veel te hoge verwachtingen en zijn dan erg teleurgesteld wanneer de resultaten minder zijn dan verwacht of beloofd werd. Een voorbeeld van een realistisch antwoord is: 'In principe zijn er meer vormen van therapie mogelijk, maar het lijkt mij het meest logisch om gezien uw klachten de volgende therapie toe te passen . . .'

3. Beslis niets voor de patiënt en 'druk' vooral geen behandeling door! Het als het ware opdringen van wat de tandarts als de juiste therapie ziet kan zelfs de klachten aanzienlijk verergeren. Dit geldt in het bijzonder bij mensen met pijn in combinatie met klachten van depressieve aard.<sup>9 10</sup> Zij kunnen het optreden van nieuwe symptomen gaan wijten aan de tegen hun zin uitgevoerde behandeling, daardoor als het ware gepreoccupeerd raken met hun pijn en de tandarts beschuldigen. Een wat minder ernstig gevolg van het opdringen van een therapie is de reactie: 'Laat me maar eens zien dat je me kunt genezen.' Hierin schuilt het gevaar van een soort competitie tussen tandarts en patiënt en deze moet, zoals reeds is aangegeven, worden vermeden.<sup>11</sup>

4. Ga niet op alle wensen van de patiënt tot behandeling in, zoals bijvoorbeeld extracties om van de 'onbehandelbaar gebleken' en daardoor ondraaglijk geworden kiespijn verlost te worden. Een behandeling heeft slechts zin indien de soort en de ernst van de klachten van de patiënt in overeenstemming zijn met de symptomen die de tandarts ziet en de door hem vermoede oorzaak van die symptomen. Denk

bijvoorbeeld aan het vergeefs steeds maar weer uitspuiten van de alveole en het vele malen overmaken van vullingen op basis van vage pijnklachten van de patiënt uit de casuïstiek.

#### 5. Conclusies

In de casuïstiek is, als voorbeeld van somatische fixatie, een patiënt beschreven met het (Myofasciale) Pijn Dysfunctie Syndroom. Hiertoe behoort een grote groep symptomen die in wisselende combinaties kunnen voorkomen:<sup>2 7 12</sup> knappen, kraken of pijn in het kaakgewricht, pijn in de kauwspieren, vanuit de kauwspieren naar andere delen van het kauwstelsel uitstralende pijn, een beperkte mondopening, habituele luxaties, hoofdpijn, nek- en schouderpijn. Tot de oorzaken hiervan kunnen stoornissen behoren in de occlusie en articulatie of in de manier waarop prikkels vanuit het kauwstelsel in het centrale zenuwstelsel worden verwerkt of ook factoren in het gevoelsleven van betrokkene: psychische spanningen (stress) die tot uitdrukking komen in een verhoogde spierspanning van onder andere de kauwspieren.

Wat in eerste instantie kiespijn leek te zijn bleek in werkelijkheid pijn in de musculus masseter. Door het verloop van deze spier moet hieraan vooral worden gedacht bij kiespijn in de molaarstreek. Bij patiënten die over kiespijn in de premolaar- en molaarstreek klagen zonder dat daarvoor een duidelijke oorzaak is aan te wijzen, dient altijd de musculus masseter te worden gepalpeerd. Daarbij moet vooral worden gedacht aan de voorrand van de origo ter plaatse van de eerste bovenmolaar en aan de insertie ter hoogte van de angulus mandibulae (en de derde ondermolaar). Ook moet rekening worden gehouden met de mogelijkheid van geprojecteerde pijn vanuit andere kauwspieren.<sup>13 14</sup>

De diagnose pijn-dysfunctiesyndroom en het instellen van een somatische (tandheelkundige) behandeling (de Drumplaat) bleek slechts tot een tijdelijk verdwijnen van de klachten te leiden en later zelfs tot symptoomverschuiving. Het bij de patiënt gegroeide inzicht in de achterliggende oorzaak van haar klachten, de verandering van werkzaamheden en het dragen van een Drumplaat, leidden uiteindelijk tot een verlichting van de klachten die als voldoende werd ervaren. Het steeds terugkeren van klachten geeft aan dat het somatisch fixeren niet is verdwenen. Patiënte was echter niet meer gemotiveerd voor een psychologische therapie die het somatisch fixeren verder zou kunnen doen afnemen. Dit wordt in de medisch-psychologische praktijk vaker gezien. In gunstige omstandigheden kunnen patiënten hun klachten hanteren, mede door het verkregen inzicht. Wanneer de psychische druk echter

weer toeneemt vallen zij vaak terug op hun vroegere, habituele reacties.

Voor de werkwijze die in dit artikel is beschreven, is een opleiding tot klinisch psycholoog niet nodig. Een brede belangstelling voor de patiënt en de bereidheid en durf om achter de klachten te kijken kunnen de tandarts op het goede spoor zetten. Daarnaast is ook anamnestiche vaardigheid nodig. De hier beschreven werkwijze kan daarbij behulpzaam zijn. In sommige gevallen is een verwijzing naar een klinisch psycholoog gewenst.

De auteurs zijn dank verschuldigd aan: Prof. Dr. P. E. Boeke, Dr. F. Luteijn en Dr. C. N. Tromp, klinisch psychologen en aan Prof. Dr. A. C. M. van de Poel, voor het kritisch doornemen van dit artikel.

#### Summary:

Title: The anamnesis of dental patients with somatic fixation.

Keywords: Psychology – Anamnesis – Diagnosis – Somatic fixation

Expression of psychic and social problems by means of somatic complaints (of which pain is

an example) may easily lead to a process of somatic fixation if the patient only receives attention for somatic functioning.

It is shown how the dentist may recognize somatic fixation and which procedure is recommended in such cases. This procedure is based on 1) analysis of complaints in relation to situations in which they increase and decrease, 2) reactions of the patient at those moments, 3) frequency and intensity of the complaints, 4) avoidance behaviour of the patient to escape from the complaints, 5) reactions of the patient's environment, 6) the course of the complaints in a certain period, 7) consequences of the complaints for the patient's daily life (marriage, work, leisure time), 8) patient's opinion about a possible life without the particular complaints, 9) results of previous treatments and the patient's opinion about these treatments and results.

#### Literatuur:

1. Krogh-Poulsen WG, Olsson A. Management of the occlusion of the teeth. In: Schwartz L, Chayes CM, eds. Facial pain and mandibular dysfunction. Philadelphia, London, Toronto: Saunders, 1968: 236-80.
2. Zarb A, Carlsson GE. Temporomandibular joint function and dysfunction. St. Louis (Missouri): The C.V. Mosby Company, 1979: 193-214; 261.
3. Grol RPTM (red.). Huisarts en somatische fixatie. Utrecht, Antwerpen: Bohn, Scheltema en Holkema, 1983.

4. Ueda N. Ueber die atypischen Gesichtsschmerzen in der larvierten Depression. ZWR 1982; 91, 12: 54-60.
5. Marxkors R, Müller-Fahlbusch H. Zur Diagnose psychosomatischer Störungen in der zahnärztlich-prothetischen Praxis. Dtsch Zahnärztl Z 1981; 36: 787-90.
6. Van der Ploeg HM. Gedragstherapie. In: Van der Ploeg HM, ed. Psychotherapie. Alphen aan den Rijn, Brussel: Samsom Stafleu, 1982: 145-6.
7. Greene CS, Olson RE, Laskin DM. Psychological factors in the etiology, progression and treatment of MPD syndrome. J Am Dent Assoc 1982; 105: 443-8.
8. Moulton RE. Emotional factors in non-organic temporomandibular joint pain. Dent Clin North Am 1966; 609-20.
9. Neuhauser W. Funktionstherapie und psychosomatische Schmerzfixierung. Zahnärztl Mitt 1982; 72: 1257-60.
10. Richter H. Funktionstherapie und psychosomatische Schmerzfixierung. Zahnärztl Mitt 1982; 72: 1973-4.
11. Sternbach RA. Pain patients. New York: Academic Press, 1974.
12. Zander A, Buddeberg C, Frei R. Befunderhebung und Therapieplanung bei Patienten mit mandibulärer Dysfunktion. Schweiz Mschr Zahnheilkd 1982; 92: 497-514.
13. Travell J. Temporomandibular joint pain referred from muscles of the head and neck. J Prosthet Dent 1960; 10: 745-63.
14. Travell JG, Simons DG. Myofascial pain and dysfunction: The trigger point manual. Baltimore, London: Williams and Wilkins, 1983.

Mei 1984.

Adres: Dr. A. S. H. Duinkerke,  
Ant. Deusinglaan 1,  
9713 AV Groningen.

## GEBITSONTWIKKELING BIJ AGENESIEËN

B. PRAHL-ANDERSEN

Uit de afdeling Orthodontie  
van de Vrije Universiteit te Amsterdam.

Trefwoorden: Anatomie/Embryologie – Agenesie – Gebitsontwikkeling

### Inleiding

Agenesie van een of meer blijvende gebits-elementen gaat gepaard met reductie in grootte en vertraagde ontwikkeling van de aanwezige gebitselementen. Deze stelling is uitgebreid belicht en aannemelijk gemaakt in de tandheelkundige literatuur van de jaren 60 en 70. Vooral Garn et al., Baum en Cohen en Rune en Sarnäs hebben over deze problemen gepubliceerd.<sup>1-6</sup>

Garn en Lewis vonden dat agenesie van derde molaren in de onderkaak – en zeker meer uitgebreide hypodontie – geassocieerd zijn met een reductie in grootte en een verandering in vorm van de wel aanwezige gebitselementen, vooral van de incisieven en in mindere mate van de molaren.<sup>4</sup> Het omgekeerde zou het geval zijn met de vertraging in de tandontwikkeling, die aange-toond werd bij de rest van het gebit. Vooral de tweede molaren en premolaren lieten

een vertraagde ontwikkeling zien, in tegenstelling tot de incisieven.

Dit heeft tot de volgende uitspraak van Garn geleid:

'Tooth number reduction proves to be no single isolated anomaly, but rather the key to altered patterned relationship within the dentition.'

Baum en Cohen onderzochten personen met verschillende vormen van agenesie en vonden een duidelijke relatie met reductie van de mesio-distale afmeting van de aanwezige gebitselementen.<sup>5</sup> Rune en Sarnäs onderzochten kinderen met uitgebreide agenesieën of hypodontieën en vonden hetzelfde als voornoemde auteurs.<sup>6</sup>

Deze onderzoeken hebben betrekking op normale kinderen, maar ook kinderen met zeer verschillende aangeboren afwijkingen, zoals ectodermale dysplasie, hazelip en/of verhemeltespleet en kinderen met chromosomale afwijkingen zoals trisomie

### Samenvatting:

Het voorkomen van agenesie van permanente gebitselementen in relatie tot verschillende stadia van de gebitsontwikkeling en vorm en grootte van gebitselementen wordt belicht aan de hand van literatuurgegevens en eigen onderzoek.

21 (mongolen), laten deze samenhang tussen agenesie en verminderde kroonafmetingen en vertraagde gebitsontwikkeling zien.

Ter illustratie mogen twee onderzoeken dienen bij Nederlandse kinderen met hazelip en/of verhemeltespleet en met trisomie 21.<sup>7,8</sup>

Afbeelding 1 laat de tandontwikkeling-scores zien van 91 kinderen met hazelip en/of verhemeltespleet. De scores zijn uitgezet tegen de normale waarden, geconstrueerd door middel van gegevens uit het Nijmeegs Groeionderzoek.<sup>9</sup> In het leeftijdsinterval 5 tot 9 jaar is een significante vertraging van de tandontwikkeling te zien; na 9 jaar was dit – in dit onderzoek – niet aan te tonen,