

bij het eerste onderzoek geen, bij één geringe tot matige dysplasie. Het ontbreken van dysplasie lijkt derhalve geen absolute graadmeter bij de voorspelling van een eventueel optreden van maligniteit. Bovendien dient men zich te realiseren, dat de beoordeling van het al of niet aanwezig zijn van dysplasie ten dele subjectief is, evenals een eventueel vermelde gradering. Het tijdsverloop waarin zich de kwaadaardige verandering bij onze patiënt heeft ontwikkeld, varieerde van ruim 2½ tot 7 jaren, hetgeen nog eens het belang onderstreept van langdurige controle van patiënten met een ogenschijnlijk onschuldige leukoplakie van het mondslijmvlies. Twee van de drie patiënten, bij wie kwaadaardige veranderingen zijn opgetreden, zijn nog in leven. De derde overleed ten slotte aan uitgebreide metastasering. Onze ervaringen met leukoplakieën komen in grote lijnen overeen met die uit de literatuur. Mede gelet op de kleine aantallen is echter uiterste voorzichtigheid gebo-

den met vergelijkingen met door anderen beschreven patiëntengroepen.

Summary:

Title: Oral leukoplakia; experience with 84 patients.

Keywords: Oral Surgery – Pathology – Oral leukoplakia

A review on oral leukoplakia, based on data from the literature and experience with 84 patients has been reported.

The leukoplakia lesions of 3 patients underwent malignant transformation within an average period of 5 years. All three patients were elderly women with idiopathic leukoplakia, in two cases of the homogeneous and in one case of the non-homogeneous type. In the former two patients the first biopsy showed only hyperorthokeratosis without epithelial dysplasia. In the other patient epithelial dysplasia was recorded

in the first biopsy. One of the patients finally died from widespread metastases. The other two have been treated surgically and are still alive.

In general it seems advisable to refer a patient with oral leukoplakia to a specialist who is knowledgeable in this field.

Literatuur:

1. International seminar on oral leukoplakia and associated lesions related to tobacco habits. Community Dent Oral Epidemiol 1984; 12: 146-54.
2. Pindborg J J. Oral cancer and precancer. Bristol: John Wright and Sons Ltd., 1980.
3. Bánóczy J. Oral leukoplakia. Den Haag: Martinus Nijhoff Publishers, 1982.
4. Axéll T. A prevalence study of oral mucosal lesions in an adult Swedish population. Odontol Revy, 1976; vol. 27 Suppl. 36.
5. WHO Collaborating centre for oral precancerous lesions. Definition of leukoplakia and related lesions: an aid to studies in oral precancer. Oral Surg 1978; 46: 518-39.

Maart 1985.

Postbus 7057,
1007 MB Amsterdam.

SOMATISERING EN SOMATISCHE FIXATIE BIJ PATIËNTEN IN DE TANDARTSPRAKTIJK

B. REITSMA, klinisch psycholoog
A. S. H. DUINKERKE
K. WIJMA, klinisch psycholoog

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

Trefwoorden: Psychologie – Somatisering – Somatische fixatie – Tandarts-patiëntrelatie

1. Inleiding

Tandartsen worden regelmatig geconfronteerd met klachten op tandheelkundig gebied, waarbij de gebruikelijke therapie niet tot een blijvende oplossing leidt. Voorbeelden zijn: sterk afgesleten gebitselementen, aanhoudende klachten over de volledige gebitsprothese, 'onverklaarbare kiespijn', herhaaldelijk losrakende kronen of een vage pijn in de wangmucosa. De oorzaken hiervan kunnen bepaalde mondgewoonten zijn, zoals knarsen en klemmen, lip- of wangbijten, met de tong en/of de wangmucosa tegen de gebitselementen persen. Hoewel deze klachten op tandheelkundig gebied liggen, tast de tandarts over de achtergrond ervan veelal in het duister. Zolang de tandarts het breder kader waarin de klachten thuis horen niet ziet, zal hij de klachten niet begrijpen, negeren of uitsluitend een somatische therapie uitvoeren. In het laatste geval verdwijnt het merendeel van de klachten slechts tijdelijk en komt de patiënt na verloop van tijd terug met dezelfde of soortgelijke klachten of gaat de patiënt naar een andere tandarts of arts.

Doel van dit artikel is een referentiekader te presenteren, van waaruit de hierboven genoemde klachten begrepen kunnen worden. In deze zin moet dit artikel worden

beschouwd als een meer theoretische omlijsting van het artikel 'De tandheelkundige anamnese bij patiënten met somatische fixatie'.¹ De theoretische beschouwingen zullen worden geïllustreerd aan de hand van een casus uit de tandheelkundige praktijk.

2. Somatisering

Psychische en omgevingsfactoren kunnen het ontstaan en beloop van lichamelijke klachten beïnvloeden. Anderzijds kunnen lichamelijke klachten ook invloed hebben op het psychisch en sociaal functioneren van een persoon. Bij de diagnostiek kan dit gemakkelijk leiden tot het zogenaamde probleem van de kip en het ei: waar is de klacht begonnen? Hoewel deze vraag theoretisch interessant kan zijn, is hij in geval van somatisering niet zo van belang voor de praktijk van diagnostiek en therapie, zoals zal worden uiteengezet.

Somatisering kan worden omschreven als het uiten van psychische spanningen en onlustgevoelens in lichamelijke verschijnselen. Uit deze definitie blijkt, dat psychische en sociale factoren (die spanningen en onlustgevoelens opwekken) een belangrijke rol spelen bij somatisering.

Samenvatting:

Door patronen van klachten met een gecombineerde psychologische, sociale en somatische achtergrond eerder te herkennen, kan de tandarts vergeefse behandelingen vermijden. Hiervoor is een psychosomatische benadering noodzakelijk.

In dit artikel wordt een referentiekader gepresenteerd van waaruit deze klachten kunnen worden begrepen. Daarbij wordt uitgegaan van de begrippen somatisering en somatische fixatie. Het proces van somatische fixatie kenmerkt zich door het voortdurend doorlopen van kringlopen van elkaar versterkende factoren, waardoor de patiënt steeds afhankelijker wordt van de medische hulpverlening. Deze kringlopen worden besproken vanuit cognitief-psychologische, leertheoretische en sociaal-leertheoretische verklaringmodellen. De theoretische beschouwingen worden geïllustreerd aan de hand van een casus uit de tandheelkundige praktijk.

In bredere zin kan somatisering gezien worden als een proces dat, grotendeels onbewust, wordt ingeschakeld bij het zich teweer stellen tegen of het in de weer zijn met 'levensproblematiek'. Onder levensproblematiek worden gebeurtenissen verstaan die een sterk beroep doen op iemands vermogen om met moeilijke situaties om te gaan, zoals bijvoorbeeld het overlijden van een naaste, ontslag of echtscheiding.

Somatisering is op zich zelf geen veront-rustend proces. Een ieder vertoont wel eens somatisatiereacties (bijvoorbeeld buikpijn vlak voor een spannende gebeurtenis). In het algemeen gaat het hier om een incidentie. Somatisering wordt pas een probleem als er sprake is van een habitueel somatisch reageren op spanningen, bijvoorbeeld als gevolg van levensproblematiek. Hierbij gaat het dus om een gewoonte. Niet alle lichamelijke verschijnselen hoeven tot klachten te leiden. Hoewel een persoon het als zeer hinderlijk kan ervaren dat hij vlak voor een spannende gebeurtenis, bijvoorbeeld tandartsbezoek, met buikpijn naar het toilet moet, hoeft hij dit niet noodzakelijkerwijs als een klacht te ervaren. Als het om een incidentie gaat leiden lichamelijke verschijnselen meestal niet direct tot een klacht. In gevallen van gewoontevorming ontstaan veelal wel klachten.

In het vervolg van dit artikel wordt somatisering opgevat als een habitueel proces. Een inadequaat reactie- of aanpassingsmechanisme is dan tot een manier van leven geworden. Er wordt gesproken van een inadequaat aanpassingsmechanisme omdat dit niet gekoppeld is aan de oorzaak van de emoties. Mensen die somatiseren richten zich alleen op de lichamelijke kant van de spanning of emotie. Hierbij wordt door hen geen verband gelegd met de spanning of emotie zelf. Bij somatisering is dan ook een somatische behandeling per definitie ineffectief, indien niet de achterliggende of feitelijke problematiek eveneens wordt behandeld.² Indien de achterliggende problemen aanwezig blijven is de kans zeer groot dat de klachten zullen persisteren dan wel verschuiven ('symptoomsubstitutie').

Bij somatisering kunnen volgens Ford³ onder andere de volgende onderliggende, grotendeels onbewuste, motieven een rol spelen:

- Het verlichten van schuldgevoelens door lichamenlijk lijden.
- Het gebruik van lichamelijke klachten als manipulatie-instrument in interpersoonlijke relaties.
- Het gebruik van lichamelijke klachten met als doel ontslagen te worden van plichten, verplichtingen en/of verantwoordelijkheden.
- Het gebruik van lichamelijke klachten als middel om aandacht en/of sympathie van anderen te krijgen, maar ook om controle op anderen uit te oefenen.
- Het (meestal bewust) gebruik maken van lichamelijke klachten om financieel voordeel te behalen (bijvoorbeeld uitkeringen).

Wanneer een of meer van deze onderliggende motieven bij een patiënt een rol spelen, kan dit verklaren waarom een lou-

ter medisch-biologische benadering niet tot een blijvende oplossing van het probleem leidt. Een blijvende oplossing kan bij somatisering slechts dan worden bereikt indien de klacht van de patiënt zowel vanuit medisch-biologische als vanuit psychologische en sociale invalshoeken wordt benaderd. Dit wordt ook wel omschreven als een psychosomatische benadering.⁴ Het is goed te bedenken dat somatisering ook kan optreden bij objectief diagnoseerbare ziekten. Het hebben van een ziekte kan sterke emoties oproepen, die op hun beurt weer leiden tot lichamelijke reacties en het vestigen van aandacht daarop. Hierbij leidt de ziekte dus tot somatisering. Anderzijds kunnen langdurige emoties leiden tot langdurige lichaamsreacties (bijvoorbeeld een verandering in de maagzuursecretie), die op hun beurt weer kunnen leiden tot een ziekte (bijvoorbeeld een maagzweer).

Om de factoren in kaart te brengen die het ontstaan en beloop van lichamelijke klachten bij somatisering beïnvloeden, biedt het circulaire denkmodel 'somatische fixatie' een goed uitgangspunt.

3. Somatische fixatie

3.1. Begripsomschrijving

Zoals al is aangegeven is somatisering een proces dat tot gevolg heeft dat emotionele problemen en spanningen voornamelijk lichamenlijk worden ervaren en als zodanig bij de tandarts worden gepresenteerd in de vorm van een lichamenlijke klacht. Indien bij deze klachten door de betrokkene, diens omgeving of de tandartsen (respectievelijk medici) uitsluitend aandacht wordt gegeven aan het somatische aspect van de klachten, dan maakt iemand een grote kans om in een proces van somatische fixatie terecht te komen. De aandacht wordt dan niet gericht op de achterliggende spanningen en de wijze waarop hiermee door de patiënt wordt omgegaan, maar uitsluitend op de klacht zelf. Iemand wordt daardoor steeds afhankelijker van de medische hulpverlening en wordt als het ware steeds meer in een ziekenrol gedrukt: enerzijds wordt het uiten van lichamenlijke klachten beloond met aandacht, wat op zich de kans verhoogt dat de patiënt nog meer klachten krijgt; anderzijds kan de ziekenrol aanleiding geven tot nieuwe spanningen of versterking van reeds aanwezige spanningen. Dit kan zich weer uiten in een toename van de klachten.⁵ Net als bij somatiseren, kan het proces van somatische fixatie ook bij duidelijk objectieerbare ziekten voorkomen. De patiënt zal dan lichamenlijke sensaties steeds interpreteren als het ontstaan van bijvoorbeeld een volgende ziekte.

Het proces van somatische fixatie ken-

merkt zich door het voortdurend doorlopen van een kringloop van elkaar versterkende factoren. In vele gevallen is het niet of nauwelijks mogelijk om bij een proces van somatische fixatie aan te geven met welke factoren het proces is begonnen. Dit komt mede, doordat het hier om een circulair model gaat waarin een duidelijk begin- en eindpunt ontbreken. Bovendien zijn er grote individuele verschillen in het gewicht dat kan worden toegekend aan de afzonderlijke factoren in dit proces. Daarom kan men zich ook beter afvragen: hoe komt iemand er toe zijn relatie met zijn omgeving op zo'n lichamenlijke manier gestalte te geven?⁶ Dit betekent dat men een analyse maakt van de huidige klachten en de factoren die deze klachten in stand houden. Om dit in kaart te brengen wordt een drietal kringlopen met een sterke onderlinge wisselwerking, onderscheiden:⁵

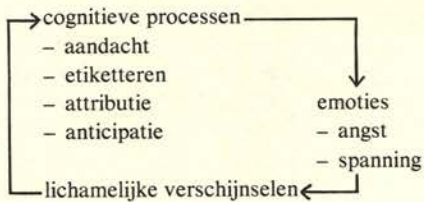
- a. De kringloop die binnen het individu is gelegen. Binnen deze kringloop gaat het om individuele reacties en gedragingen die de kringloop initiëren, in stand houden en/of versterken.
- b. De kringloop die betrekking heeft op de interactie van het individu met personen uit zijn omgeving. Individueel gedrag en ook een lichamenlijke aandoening kan niet los gezien worden van de rol die ze voor de persoon spelen in zijn relatie met zijn omgeving. Klachten kunnen een zodanige rol in de relatie met anderen gaan spelen dat een eventueel proces van somatische fixatie er door wordt versterkt. Het gaat in deze kringloop dus om de individuele manier van reageren op klachten en de reactie hierop van anderen uit de naaste omgeving.
- c. De kringloop in de relatie tussen patiënt en (tand)arts. Hierbij gaat het om de individuele manier van reageren op klachten en de reactie hierop van de (tand)arts. De aandacht van de hulpverlener, het terug laten komen voor controle, het voorschrijven van medicijnen, het verwijzen naar specialisten kunnen een proces van somatische fixatie versterken en/of in stand houden.

Om de processen binnen deze kringlopen beter te begrijpen en te verklaren, wordt gebruik gemaakt van cognitief-psychologische, leertheoretische en sociaal-leertheoretische verklaringsmodellen. Dit zijn modellen die elkaar niet uitsluiten, doch elkaar aanvullen en zelfs voor een deel overlappen. Een mogelijke samenhang is in afbeelding 1 schematisch weergegeven.

3.2. Verklaringsmodellen

3.2.1. Cognitieve modellen

Lichamenlijke prikkels die tot ons bewustzijn doordringen trachten we te interprete-



Afb. 1. Schematische weergave van een mogelijke samenhang tussen de processen die een rol spelen bij de kringloop die binnen het individu is gelegen.

ren als een voor ons betekenisvolle samenhang om zodoende een opkomende onzekerheid of spanning te reduceren. Nu gaat het hier in eerste instantie om een waarneming en niet zozeer om een objectieve toestand van het lichaam. De betekenis die wij aan deze waarneming toekennen (we spreken dan van een attributie) wordt geplaatst in een oorzaak-gevolg context.⁷ Want als we weten waardoor de prikkel wordt veroorzaakt kan dit de onzekerheid en de spanning doen afnemen. De wijze waarop een dergelijke waarneming wordt benoemd (etiketteren) en wordt ervaren (attributie) is moeilijk aan die van andere mensen te valideren, mede omdat er sprake is van een gevoel en derhalve is er sprake van individuele verschillen. We kunnen bij andere mensen informeren wat de door ons waargenomen lichamelijke prikkel zou kunnen betekenen. In het geval van kiespijn is de kans groot dat anderen ons bevestigen in het vermoeden dat er wel eens sprake zou kunnen zijn van kiespijn. Als het om vagere klachten gaat die niet zo duidelijk zijn te lokaliseren, is de informatie van anderen veelal inadequaat, onder andere door gebrek aan kennis. Bovendien is de mate waarin iemand hinder ondervindt van een bepaalde klacht van persoon tot persoon verschillend. Het is dan ook niet verwonderlijk dat het subjectieve element dat in dit etiketterings- en attributie-proces een rol speelt, de kans verhoogt op een onjuiste benoeming van het oorzakelijke verband.

Evenzeer kunnen veranderingen in het lichamelijke functioneren bij emotionele opwinding gemakkelijk worden ervaren als een gevolg van een lichamelijke dysfunctioneren en bijvoorbeeld niet als een aspect van een reactie op de omgeving.⁶ De kans op een foutieve attributie wordt nog verder verhoogd, indien de persoon denkt en waarneemt in voornamelijk concrete en fysiologische termen in plaats van in subjectieve en emotionele termen, dat wil zeggen: de neiging heeft om emotionele reacties primair somatisch te ervaren.³ Vanuit de cognitieve visie kan een klacht, bijvoorbeeld hoofdpijn, het gevolg zijn van een onjuiste etikettering en attributie. Pijn in het gebied van de slapen wordt bijvoor-

beeld geëtiketteerd als (intracranieële) 'hoofdpijn' in plaats van 'spierpijn' (in de voorste vezels van de origo van de m. temporalis). Dit kan tot gevolg hebben dat de aandacht sterk selectief wordt gericht op de klacht en op andere lichamelijke sensaties alsmede op de veronderstelde oorzaken. Dit kan leiden tot een algehele drempelverlaging voor lichamelijke ge- waarwordingen, waardoor deze versterkt worden ervaren en waardoor de kans op foutieve attributie toeneemt.

Een belangrijk element in het zojuist beschreven proces is de mate waarin attributie als bedreigend wordt ervaren, bijvoorbeeld de attributie bij pijn in de hartstreek: 'Als er maar niet sprake is van een naderend hartinfarct'. Deze attributie kan door de patiënt als erg bedreigend worden ervaren. Deze bedreiging wordt mede bepaald door de taxatie die de patiënt van zijn eigen mogelijkheden maakt om de klacht het hoofd te bieden (probleemoplossend vermogen) of de mate waarin de persoon denkt controle te hebben over zijn klacht(en).

Als het probleemoplossend vermogen tekort schiet, worden angst en spanningen nog meer versterkt. De patiënt is hiermee als het ware in een vicieuze cirkel terechtgekomen omdat spanningen en angsten de patiënt nog meer op zijn lichamelijke functioneren doen letten, waardoor het patroon van somatische fixatie steeds meer wordt versterkt.

Een ander aspect is dat iemand de door hem ervaren dreiging onbewust gaat afweeren door deze bijvoorbeeld te verdringen, te ontkennen of te rationaliseren. We spreken dan van afweermechanismen. Afweermechanismen leiden op den duur, zeker als ze tekort schieten, dat wil zeggen als de angsten niet voldoende onder controle worden gehouden, tot een toename van spanning en angsten, die op hun beurt weer lichamelijke worden ervaren. In deze zin verwijst somatisering naar lichamelijke symptomen van afweer.

3.2.2. Leertheoretische benaderingen

In tegenstelling tot de cognitieve invalshoek, waarbij voornamelijk de focus wordt gericht op waarnemings-, aandachts-, denk- en attributieprocessen, zijn de leertheoretische benaderingen primair gericht op het uiterlijk waarneembaar gedrag. In principe geldt, dat niet alleen gedrag maar ook cognities en emoties zijn aangeleerd. Een leertheoretische stelling is, dat gedrag dat systematisch wordt beloond (bekrachtiging) in frequentie en intensiteit zal toenemen. Het gedrag is dan onder controle gekomen van een aantal bekrachtigers. Zolang deze condities blijven bestaan, is de kans groot dat dit gedrag aanwezig blijft. Als iemand zijn lichamelijke sensaties attributeert als bijvoorbeeld 'tanden knarsen

en hoofdpijn ten gevolge van spanningen', zal hij zich vanaf dat moment anders gaan gedragen. Hij zal bijvoorbeeld inspansende activiteiten achterwege laten, het rustig aandoen, zich eventueel ziek melden, pijnstillers nemen, klagen en aandacht vragen van familie en kennissen, met andere woorden: ziektegedrag gaan vertonen. Sommige van deze gedragingen zullen bekrachtigende aspecten hebben, bijvoorbeeld aandacht van anderen thuis en op het werk, aandacht van artsen, ontheffing van een aantal verplichtingen of het vermijden van onprettige situaties. Een mogelijk gevolg is dat het ziektegedrag wordt bekrachtigd, met de kans dat dit gedrag gehandhaafd blijft zolang er sprake is van bekrachtiging en indien 'gezond gedrag' in onvoldoende mate wordt bekrachtigd.

Een ander aspect is vermijdingsgedrag: iemand heeft bijvoorbeeld hoofdpijn en gaat nu zoveel mogelijk door rust te nemen proberen de hoofdpijn te vermijden. Succesvol vermijdingsgedrag heeft een sterke neiging om te blijven bestaan door het bekrachtigende aspect van deze gedragingen (bijvoorbeeld vermijden van pijn).⁸ Vermijdingsgedrag kan blijven bestaan als de oorspronkelijke motieven (bijvoorbeeld de hoofdpijn) niet meer aanwezig zijn. Nog gecompliceerder wordt het als sprake is van een veralgemenisering van het vermijdingsgedrag, met andere woorden: als het vermijdingsgedrag naderhand eveneens door andere prikkels of situaties wordt uitgelokt en bekrachtigd.

Tenslotte een ander aspect: overaccentuering van lichamelijke processen kan worden veroorzaakt door selectieve bekrachtiging. Voorbeelden zijn: ouders die een kind alleen zorg en aandacht geven wanneer het lichamelijke iets mankeert maar niet als het gevoelens uit; of: het vermijden van onaangename situaties door het hebben van lichamelijke klachten.

3.2.3. Sociaal-leertheoretische benaderingen

Sociaal-leertheoretische benaderingen zijn verwant aan de zo juist beschreven leertheoretische modellen. Een belangrijk verschil is, dat sociaal-leertheoretische modellen het zogenaamde imitatie-leren een plaats geven, hetgeen onder andere inhoudt dat menselijk gedrag mede ontstaat op basis van observatie en imitatie van het gedrag van anderen. Over het algemeen is dit een proces dat grotendeels onbewust verloopt. Somatisering is vanuit deze optiek een geïmiteerd verwerkingsmechanisme van levensproblematiek. Het verwerken van levensproblematiek leren we via anderen uit onze omgeving, vooral van belangrijke anderen zoals vader, moeder, broers of zusters. Zowel mensen die we als sympathiek als mensen die we als onsympathiek ervaren, kunnen als 'model'

functioneren. We kijken als het ware het gedrag in moeilijke situaties af (observatie) en komen in soortgelijke situaties tot dezelfde oplossing (imitatie). Van belang is echter, of het gedrag ook wordt bekrachtigd. Indien dit niet het geval is, dan zal op den duur het gedrag achterwege worden gelaten. Indien somatisering familiair voorkomt, mag worden verondersteld dat de ouders hun kinderen hebben voorgeleefd hoe door somatisering op levensproblematiek kan worden gereageerd.

De bij 3.2.1., 3.2.2. en 3.2.3. besproken zienswijzen kunnen in de praktijk feitelijk niet van elkaar worden losgekoppeld. Zij beschrijven de onderlinge wisselwerking van de componenten van iemands wijze van reageren, van diens probleemoplossend gedrag en de interactie met diens omgeving. Zij bepalen grotendeels hoe iemand met een aandoening, klacht of probleem omgaat en of er sprake zal zijn van een proces van somatische fixatie.

3.3. Een casus

Een 48-jarige man met een volledige gebitsprothese meldt zich op verwijzing van zijn tandarts op het prothese-spreekuur van de vakgroep P.P.S. met klachten over pijnlijkheid van het hele prothesedragende oppervlak van de onderkaak. Het betreft de derde prothese van patiënt, waarvan de laatste twee binnen vier jaar. De eerste prothese droeg hij 15 jaar lang zonder klachten. De tweede prothese werd, na een aantal keren bijlijpen wegens klachten over pijnlijke drukplekken, twee keer van een nieuwe voering voorzien. Dit deed de klachten slechts tijdelijk verminderen en was aanleiding tot het vervaardigen van de derde prothese. Ook hierna kwam patiënt meerdere keren met klachten over drukplekken bij zijn tandarts. Dit was aanleiding voor de tandarts om ons advies te vragen.

Bij het intra-orale onderzoek zijn geen drukplaatsen te zien. Wel is de mucosa wat roder dan normaal en maakt een enigszins geïrriteerde indruk. De patiënt blijkt ook regelmatig de huisarts te bezoeken met klachten over hoofdpijn, buikpijn en nekpijn. Allerlei medicijnen hiertegen blijken niet of nauwelijks te helpen. Ook door specialistisch onderzoek konden de klachten niet worden geobjectiveerd. De huidige klachten zijn ontstaan nadat problemen in zijn huwelijk hebben geleid tot het besluit om te scheiden. Hij leeft nu sinds drie maanden gescheiden van zijn gezin, hetgeen hem zwaar valt. Hij geeft aan met verwerkingsproblemen te zitten. Het voor zich zelf moeten zorgen en alleen wonen valt hem zwaar. Hij heeft de laatste tijd het gevoel, dat hij extra zijn best moet doen om zijn werk voldoende accuraat te kunnen verrichten. Hij is werkzaam bij een

uitgever van een dagblad, waar hij verantwoordelijk is voor het monteren van foto's in de teksten van het dagblad. Dit werk moet heel nauwkeurig gebeuren. Als hij daarmee bezig is, klemt hij de kiezen op elkaar om de aandacht bij zijn werk te houden, want het werk moet op tijd klaar zijn. Evenwel leidt de scheidingsproblematiek hem af. Na een aantal uren te hebben gewerkt, heeft hij vaak last van hoofdpijn. Soms moet hij zijn werk daardoor afbreken. In veel gevallen gaat hij vervolgens ziek naar huis. Meestal verdwijnen de hoofdpijnklachten dan vrij spoedig. Er zijn ook dagen dat de patiënt geen hoofdpijn heeft, maar het is net alsof andere klachten dan in intensiteit toenemen. De patiënt heeft het idee de laatste tijd extra snel vermoeid te zijn. Zijn chef heeft hem reeds enige malen geadviseerd met vakantie te gaan.

Patiënt beschrijft zich zelf als een 'niet-klager' en laat anderen liever niets van zijn klachten merken. In het algemeen zou hij iemand zijn die moeilijk aan anderen laat zien wat er in hem omgaat. Op het werk is zijn baas de enige die weet van zijn scheidingsproces en van zijn klachten.

De beschreven kringlopen zouden er bij deze patiënt als volgt uit kunnen zien: Een in de persoon gelegen kringloop start bijvoorbeeld door het op elkaar klemmen van de kiezen om de aandacht bij het werk te houden (gedrag). Er is in dit geval een duidelijke psychische factor aanwezig die dit gedrag beïnvloedt, namelijk spanningen ten gevolge van de scheidingsproblematiek. Indien dit gedrag blijft plaatsvinden, kan een drukulcus onder de prothese ontstaan, hetgeen pijnlijk is en tot aandacht leidt. De patiënt benoemt of etiketteert deze pijn prikkel, correct, als een blaartje en gaat naar de tandarts (gedrag) om de prothese te laten bijlijpen. Dit kan een effectieve therapie zijn die tot genezing leidt. De achterliggende spanningen ten gevolge van de echtscheiding zijn echter niet verdwenen, waardoor ook het tijdens het werk op elkaar klemmen van de kiezen blijft voortgaan. Dit kan na een aantal keren ontlasten van drukulcera leiden tot een rode, geïrriteerde uitzijnde mucosa onder de prothese.^{9 10} Verder aan de prothesebasis slijpen en een rebasing hebben het beeld van de mucosa bij deze patiënt niet doen veranderen. Ook een geheel nieuwe gebitsprothese blijkt uiteindelijk onvoldoende succes op te leveren. Een onderzoek naar een mogelijke allergie voor bestanddelen van de prothesekunsthars heeft niet de gewenste verklaring opgeleverd.

De pijnlijkheid van het prothesedragend oppervlak (klacht) kan leiden tot onder andere aandacht, etikettering ('dat rotgebit') en attributie: 'Het gebit past niet en

daarom heb ik pijn. Bij alles wat ik heb, ook dat nog! De tandarts moet maar een nieuw gebit maken.' De patiënt kan hier in de tussentijd op reageren door bijvoorbeeld de onderprothese, indien deze volgens hem de klachten veroorzaakt, met de tong omhoog te duwen om zo de mucosa van de onderkaak te ontlasten (gedrag). Daarbij kunnen de kauwspieren en de spieren in de tong zo langdurig in een onnatuurlijke stand isometrisch worden gespannen, dat een hypertonie van deze spieren ontstaat. Daardoor kunnen pijnklachten ontstaan.^{11 12} Tot de mogelijke pijnklachten als gevolg van dit gedrag behoort ook pijn in de regio van de slapen, die door de patiënt (onjuist) wordt geëtiketteerd als hoofdpijn (in plaats van hypertonie van de m. temporalis) en kan leiden tot de attributie 'het zou wel eens iets gevaarlijks in het hoofd kunnen zijn'. Hierdoor ontstaat angst en een toename van de reeds aanwezige spanningen, waardoor bijvoorbeeld het op elkaar klemmen van de kiezen toeneemt.

Etikettering en attributie kunnen door anderen worden beïnvloed en gecorrigeerd. De vader van patiënt bleek op spanningen te reageren met hoofdpijn en zou dus als 'model' gediend kunnen hebben. Patiënt blijkt weinig vrienden en kennissen te hebben en heeft weinig contact met familieleden en collega's. Hij heeft weinig steun van anderen en de mogelijkheden om zijn spanningen te verminderen door 'zijn hart eens te luchten' zijn dus gering.

De uitkomst van de therapie biedt steun aan deze verklaring van de klachten. De kauwspieren (vooral de mondsluitspieren en de mondbodemspieren) bleken aanvankelijk zeer pijnlijk bij palpatie.¹³ De provocatie-test volgens Krogh-Poulsen¹⁴ was positief: 60 seconden de kiezen op elkaar klemmen deed de pijn van de prothese en de 'hoofdpijn' ontstaan. Een consult op de afdeling Medische Psychologie leidde tot bevestiging van de invloed van achterliggende problematiek op het gedrag van de patiënt. De diagnose luidde daarom: Pijndysfunctiesyndroom met als vermoedelijke etiologische factor het op elkaar klemmen van de kiezen onder invloed van levensproblematiek. Als therapie werd met de patiënt afgesproken, dat hij er bewust voor zou zorgen dat de gebitselementen van boven- en onderprothese elkaar niet zouden raken buiten het eten en slikken om. Met name moest hij hierop letten tijdens het monteren van foto's. Indien hij zou merken dat boven- en onderprothese elkaar toch raakten buiten het eten of slikken om, moest hij gewoonte-omdraaiings-oefeningen*) doen.^{15 16} Na een week ble-

*) Dit zijn oefeningen waarbij het omgekeerde van de af te leren gewoonte wordt getraind.

ken alle klachten verdwenen. Het aantal kauwspieren dat pijnlijk was bij palpatie, was sterk afgenomen. Dit bleek ook een halfjaar en een jaar later het geval te zijn.

De aandacht van de hulpverlener, het terug laten komen voor controle, het voorschrijven van medicijnen, het verwijzen naar specialisten en de etikettering en attributie van de aandoening als (vermoede) somatische afwijking kunnen als belangrijke bekrachtigers dienen in een proces van somatische fixatie. Het gedrag van de tandarts uit ons voorbeeld, die zich alleen beperkte tot het bijslippen van de onderprothese op plaatsen waar een drukulus was ontstaan, kan door deze benadering een proces van somatische fixatie versterken omdat, bijvoorbeeld, de patiënt hierdoor wordt versterkt in zijn idee dat zijn klachten van somatische oorsprong zijn. De kauwspieren werden niet gepalpeerd, zodat niet werd ontdekt dat deze pijnlijk bij palpatie waren. De tandarts kon dus ook niet vragen door welke mogelijke spanningen de patiënt de kiezen zo op elkaar klemde of andere mondgewoonten had: denk in dit verband aan de genoemde gewoonte om voortdurend de onderprothese met de tong omhoog te duwen en daarmee de pijnlijke prothesebasis te ontlasten.

De huisarts benaderde de klachten van de patiënt op dezelfde manier als de tandarts door de hoofdpijn, oorpijn, nekpijn en duizelingen alleen somatisch te laten onderzoeken. De KNO-arts en de neuroloog vonden op hun terrein geen afwijkingen. De fysiotherapeut behandelde de pijnlijke nekspieren, maar dit hielp slechts tijdelijk; de klachten kwamen spoedig na de behandeling terug.

Het is belangrijk te constateren, dat de huisarts evenals de tandarts niet met de patiënt praatte over de invloed van de echtscheiding en de spanningen in de werksituatie, op de klachten.

Uiteraard heeft onze benadering de achterliggende problematiek van de patiënt niet weggenomen. De aandacht voor die problematiek heeft echter wel geleid tot inzicht van de patiënt in de relatie tussen spanningen en de reacties daarop enerzijds en de tandheelkundige klachten anderzijds. Dit maakt een adequate behandeling van de klachten mogelijk. De mogelijkheid van de in paragraaf 2 besproken symptoomsubstitutie is hierdoor niet uitgesloten. Verwacht mag echter worden dat de patiënt in de toekomst gemakkelijker open zal staan voor psychologische factoren als

(mede-)oorzakelijke factor bij het ontstaan van lichamelijke klachten.

4. Slotbeschouwing

Door patronen van klachten met een gecombineerde psychologische, sociale en somatische achtergrond eerder te herkennen, kan de tandarts een aantal vergeefse behandelingen vermijden. Hiervoor is een psychosomatische benadering noodzakelijk. Deze benadering houdt in dit geval in, dat de tandarts een brede belangstelling voor de patiënt heeft en de bereidheid en durf heeft om een uitgebreidere anamnese af te nemen,¹ waarin ook met psychische en sociale factoren rekening wordt gehouden. Indien de tandarts vermoedt dat de klachten worden veroorzaakt of in stand worden gehouden door psychische en sociale factoren, naast eventuele somatische factoren, kan hij een effectiever behandlingsprogramma opstellen. Een probleem is echter dat patiënten die somatiseren meestal niet geneigd zijn hun problemen als psychisch te etiketteren. Men zou kunnen stellen dat dit nu juist de reden is waarom ze somatiseren. Derhalve zullen hiertoe niet opgeleide hulpverleners, zoals tandartsen, op problemen stuiten als zij patiënten trachten te overtuigen dat de klachten psychisch van oorsprong zijn en dat een verdere tandheelkundige behandeling weinig effect zal sorteren. In een eerder artikel werd hier expliciet op ingegaan.¹ Bij twijfelgevallen is het verstandig een op dit gebied ervaren collega of een klinisch psycholoog te consulteren. In sommige gevallen is een verwijzing, eventueel via of in overleg met de huisarts, naar een klinisch psycholoog gewenst.

De auteurs zijn dank verschuldigd aan: Prof. Dr. P. E. Boeke, Drs. T. K. Bouman, Dr. C. N. Tromp, Drs. F. H. Verhey, klinisch psycholoog, Drs. H. P. den Daas, psychiater en aan Drs. A. Olthof en Prof. Dr. A. C. M. van de Poel, tandartsen, voor het kritisch doornemen van dit artikel.

Summary:

Title: Somatizing disorders and somatic fixation in dental patients.

Keywords: Psychology – Somatizing disorders – Somatic fixation – Patient-dentist relation

The dentist can prevent unnecessary treatment by recognising, at an early stage, types of com-

plaints which have a multifactorial, psychological, social and somatic background. A psychosomatic approach is necessary to attain this.

A frame of reference is presented in this article which will help in the understanding of the problem. The concepts of somatizing disorders and somatic fixation are used as the starting point. The process of somatic fixation is recognisable as an upward spiral of factors which amplify and enlarge problem behavior. The patient then becomes more dependent on the medical health care system. The process of somatic fixation is discussed using cognitive and behavioral models. The theoretical approach is illustrated with an example from the clinic.

Literatuur:

1. Duinkerke ASH, Reitsma B, Wijma K. De tandheelkundige anamnese bij patiënten met somatische fixatie. Ned Tijdschr Tandheelkd 1984; 91: 511-4.
2. Vroon PA. Psychosomatiek en cognitieve processen. Tijdschr Psychother 1975; 1: 195-210.
3. Ford CV. The somatizing disorders, illness as a way of life. New York, Amsterdam, Oxford: Elsevier Biomedical, 1983.
4. Lipowsky Z. Psychosomatic medicine in the seventies: an overview. Am J Psychiatry 1977; 134: 233-44.
5. Groll RTPM (red). Huisarts en somatische fixatie. Utrecht, Antwerpen: Bohn, Scheltema, Holkema, 1983.
6. Kruithof W. Psychosomatiek: visies, modellen, theorieën. Metamedica 1978; 57: 237-53.
7. Janis IL, Rodin J. Attribution, control and decision making. In: Stone GC, Cohen F, Adler NE, and Associates, eds. Health psychology – A handbook. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1982: 487-521.
8. Schmidt AJM. Het ontstaan van chronische pijnklachten: een leertheoretische uitwerking. De Psycholoog 1979; 14: 164-73.
9. Timmer LH, Wakkers-Garritsen BG, Nater JP. Het denture sore mouth probleem. Een onderzoek van 24 gevallen. Ned Tijdschr Tandheelkd 1975; 82: 382-7.
10. Groenman NH, Wakkers-Garritsen BG, Timmer LH, Nater JP. Denture sore mouth en neurosomatische labiliteit. Ned Tijdschr Tandheelkd 1976; 83: 233-7.
11. Christensen LV. Facial pain and internal pressure of masseter muscle in experimental bruxism in man. Arch Oral Biol 1971; 16: 1021-31.
12. Scott DS, Lundeen TF. Myofascial pain involving the masticatory muscles: an experimental model. Pain 1980; 8: 207-15.
13. Duinkerke ASH, Luteijn F, Bouman TK, De Jong HP. Relations between TMJ pain and dysfunction syndrome (PDS) and some psychological and biographical variables. Community Dent Oral Epidemiol 1985; 13: 185-9.
14. Krogh-Poulsen WE. Management of the occlusion of the teeth. part 2: Examination, diagnosis, treatment. In: Schwartz L, Chayes CM, eds. Facial pain and mandibular dysfunction. Philadelphia; W. B. Saunders, 1968: 249-80.
15. Azrinn NH, Nunn RG. Habit reversal, a method of eliminating nervous habits and tics. Behav Res and Ther 1973; 11: 619-28.
16. Rosenbaum MS, Ayllon T. Treating bruxism with the habit-reversal technique. Behav Res and Ther 1981; 19: 87-96.

Mei 1985. Adres: Dr. A. S. H. Duinkerke, Ant. Deusinglaan 1, 9713 AV Groningen.