

Het is niet wenselijk om aan alle patiënten met bijvoorbeeld frequente hoofdpijn of frequente nek- en schouderpijn een aanvullend onderzoek van het kauwstelsel voor te stellen omdat dat tot een overmaat aan tandheelkundig onderzoek zou kunnen leiden. In plaats daarvan is het mogelijk met behulp van de palpatie-test in 1 tot 2 minuten in te schatten of er een grote kans bestaat dat de patiënt een duidelijke dysfunctie van het kauwstelsel heeft.

Dit artikel is een bewerking van een tweetal eerdere publikaties van dezelfde auteurs.<sup>1,2</sup>

- syndrome (PDS) and some psychologic and biographic variables. *Community Dent Oral Epidemiol* 1985; 13: 185-9.
- <sup>2</sup> DUINKERKE ASH, LUTEIJN F, BOUMAN TK, DE JONG HP. Reproducibility of a palpation test for the stomatognathic system. *Community Dent Oral Epidemiol* 1986; 14: 80-5.
- <sup>3</sup> FRIEDMAN MH, WEISBERG J, AGUS B. Diagnosis and treatment of inflammation of the temporomandibular joint. *Seminars in Arthritis and Rheumatism* 1982; 12: 44-51.
- <sup>4</sup> BELL WE. Orofacial pain differential diagnosis. Tweede druk. Chicago: Year Book Medical Publishers, 1979.
- <sup>5</sup> FERRAR WB. Diagnosis and treatment of painful temporomandibular joints. *J Prosthet Dent* 1968; 20: 345-50.
- <sup>6</sup> 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.
- <sup>7</sup> JOHNSTONE DR, TEMPLETON M. The feasibility of palpating the lateral pterygoid muscle. *J Prosthet Dent* 1980; 44: 318-23.
- <sup>8</sup> FRIEDMAN MH, WEISBERG J. Pitfalls of muscle palpation in TMJ diagnosis. *J Prosthet Dent* 1982; 48: 331.
- <sup>9</sup> HELKIMO M. Studies on function and dysfunction of the masticatory system. II. Index for anamnestic and clinical dysfunction and occlusal state. *Swed Dent J* 1974; 67: 101-9.
- <sup>10</sup> HIJZEN TH, SLANGEN JL. Myofascial pain-dysfunction: subjective signs and symptoms. *J Prosthet Dent* 1985; 54: 705-11.
- <sup>11</sup> SCHAUB RMH. Een beschouwing over het begrip gezondheid. I. Opmattingen over gezondheid. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1980; 87: 332-6.
- <sup>12</sup> SCHAUB RMH. Een beschouwing over het begrip gezondheid. II. De wijze van tandheelkundig handelen als uitvloeisel van de opvatting over gezondheid. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1982; 89: 5-12.

## BEHANDELING VAN PATIËNTEN MET SOMATISCHE FIXATIE IN DE TANDHEELKUNDIGE PRAKTIJK

### SAMENVATTING

Patiënten met somatisatie en somatische fixatie kunnen het beste worden behandeld vanuit een twee-sporen beleid, waarbij de tandarts tijdens de diagnostiek én de behandeling aandacht geeft aan zowel tandheelkundige als psychologische en sociale aspecten van de klachten en symptomen. In dit artikel wordt de toepassing van een twee-sporen beleid beschreven. De voorgestelde werkwijze is sterk gestructureerd. Daarbij wordt eerst nauwkeurig de hulpvraag van de patiënt in kaart gebracht, waarna de therapie wordt uitgevoerd binnen een kader van een gedefinieerde samenwerking tussen de tandarts en de patiënt.

Belangrijke elementen van de aanpak zijn 1. de hulpvraag van de patiënt als uitgangspunt voor diagnostiek en behandeling, 2. de aandacht voor de gedachten, ideeën, fantasieën en gevoelens van de patiënt met betrekking tot de klachten/symptomen, de diagnostiek en de behandeling, 3. de medeverantwoordelijkheid van de patiënt voor het welslagen van diagnostiek en behandeling en 4. een nauwgezette administratie en registratie van de handelingen van de tandarts en de activiteiten van de patiënt.

WIJMA K, DUINKERKE ASH, REITSMA B. Behandeling van patiënten met somatische fixatie in de tandheelkundige praktijk. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1987; 94: 101-4.

K. Wijma, klinisch psycholoog  
A. S. H. Duinkerke, tandarts  
B. Reitsma, klinisch psycholoog

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

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

Datum acceptatie: 2 februari 1987.

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

### 1. INLEIDING

Van tijd tot tijd wordt de tandarts in de algemene praktijk geconfronteerd met somatisch gefixeerde patiënten. Dit zijn patiënten die hun psychische spanningen en onlustgevoelens uiten via lichamelijke (hier: tandheelkundige) klachten.

Somatisch gefixeerde patiënten hebben daarbij veelal de idee dat hun klachten een louter somatische oorzaak hebben en niet samenhangen met psychische en sociale problemen of verschijnselen. Daarbij komt dat ze sterk met hun klachten gepreoccupeerd zijn.

De 'traditionele' tandarts-patiëntrelatie wakkert somatisatie en somatische fixatie eerder aan dan dat ze deze doet verminderen.<sup>1</sup> In dit artikel wordt een methode beschreven die de mogelijkheden in zich

draagt tot een adequate aanpak van somatisch gefixeerde patiënten.

### 2. NAAR EEN TWEE-SPOREN BELEID BIJ DE BEHANDELING VAN PATIËNTEN MET SOMATISCHE FIXATIE

Het probleem is dat je niet aan iemands 'neus' kunt zien of hij een somatische fixatie heeft of zal ontwikkelen. Daarom kan het beste bij iedere patiënt worden uitgegaan van een twee-sporen benadering. Deze benadering heeft de volgende algemene kenmerken:

- de tandarts houdt zowel alle belangrijke somatische als psychologische en sociale aspecten in het oog.
- De patiënt wordt subjectieverend benaderd, dat wil zeggen: behandeling van de zieke persoon in plaats van de ziekte van

een persoon.

c. Er is voldoende ruimte voor verbale communicatie tussen tandarts en patiënt in een explorerende, niet direct en alleen op behandelen gerichte sfeer.

d. Zowel in de diagnostische als in de therapeutische fase zijn tandarts en patiënt interactief.

e. Tandarts en patiënt hebben beiden aandeel in diagnostiek en behandeling en dragen beiden verantwoordelijkheid voor het welslagen daarvan.

Een dergelijke benadering vraagt van de tandarts een wellicht wat 'nieuwe' attitude. Hij dient zich in de benadering van de problemen van de patiënt te realiseren dat de patiënt vanuit zijn eigen specifieke beleveniswereld zijn klachten en symptomen percipieert. Bovendien dient hij voor zichzelf en de patiënt de mogelijkheid te schep-

pen ook psychologische en sociale aspecten in de diagnostiek en de therapie te betrekken.

### 3. GESTRUCTUREERDE AANPAK VAN PATIËNTEN MET SOMATISCHE FIXATIE

Het klachtenpatroon met zijn psychosociale context van een patiënt met somatische fixatie is alleen in kaart te brengen én te beïnvloeden vanuit een sterk gestructureerde aanpak. Een dergelijke aanpak omvat de volgende stappen (zie ook Grol e.a.<sup>2</sup>):

#### Deel 1: inventarisatie van de hulpvraag

- 1.1. Een globale oriëntatie rond de klachten (of problemen).
- 1.2. Vraagverheldering en vraagformulering.
- 1.3. Formulieren van hulpaanbod.
- 1.4. Gerichte probleemverheldering.
- 1.5. Gericht tandheelkundig onderzoek.
- 1.6. Probleemdefiniëring.

#### Deel 2: hulpaanbod

- 2.1. Overleg over en het opstellen van een plan.
- 2.2. Uitvoeren van een behandelingsplan.
- 2.3. Consultevaluatie.

In Deel 1 richten tandarts en patiënt zich op de 'hulpvraag' van de patiënt:<sup>3</sup>

- Wat houdt deze patiënt, gezien zijn klachten en/of symptomen bezig?
- Waarover is hij bezorgd en wat zijn zijn ideeën, fantasieën, verwachtingen en de daarbij behorende gevoelens met betrekking tot die klachten en/of symptomen?
- Wat is zijn motief om juist nu mij te consulteren?

Naast de hulpvraag wordt geïnventariseerd wat de voornaamste klacht van de patiënt is en wordt aan het einde van Deel 1 de hulpvraag tandheelkundig geoperationaliseerd. In fase 1.1. staat het referentiekader van de patiënt centraal: hij is deskundig over zijn klachten en wordt gestimuleerd om zijn kennis en zijn gevoel hierover te ventileren. In fase 1.2. tot en met 1.4. wordt meer gewerkt vanuit het referentiekader van de tandarts, die hier zijn hypothesen over klachtenpatroon en therapie ontwikkelt.

In Deel 2 werken tandarts en patiënt samen aan een oplossing (fase 2.1. en 2.2.), terwijl zij de hele cyclus afsluiten met een evaluatie van de gevolgde werkwijze (fase 2.3.). In Deel 2 kan de tandarts zijn aan het einde van Deel 1 ontwikkelde hypothese toetsen, met andere woorden: nagaan of hij met zijn idee over diagnose en therapie al of niet op het goede spoor zat.

Aan de hand van de bovengenoemde stappen zal nu de hulpverlening aan de patiënt met somatische fixatie in de tandheelkundige praktijk worden beschreven.

#### Fase 1.1. Globale oriëntatie rond de klachten

De fase van 'globale oriëntatie rond de klachten' heeft de volgende doelen:

- a. de patiënt wordt de gelegenheid gegeven om uitdrukking te geven aan zijn opvattingen, belevingen en verwachtingen betreffende zijn klachten en zijn bezoek aan de tandarts. In de fase van de globale oriëntatie staat de hulpvraag van de patiënt voorop: 'Wat beweegt deze patiënt?' Patiënten met klachten en symptomen komen niet alleen naar de tandarts vanwege hun fysieke verschijnselen, maar meestal ook vanwege de betekenis die de klachten en verschijnselen voor hen hebben. Al deze aspecten worden hier geëxploreerd.
- b. De patiënt wordt geholpen om structuur in zijn klachten en symptomen aan te brengen. Voor patiënten is het veelal moeilijk hoofdklacht en nevenklachten/verschijnselen te onderscheiden. Vaak ontbreekt hen het overzicht over en inzicht in het beloop van de klachten en symptomen, omdat zij meestal sterk in beslag genomen zijn door hun gevoelens die met de klachten en symptomen gepaard gaan.
- c. De tandarts kan hier, in dit stadium van het contact, voor zichzelf een globaal idee vormen van de klachten van de patiënt.

In deze fase staat de patiënt centraal. De tandarts staat daarbij een aantal gespreksvaardigheden ten dienste waarmee hij in deze zogenaamde probleemverkennde fase de patiënt kan stimuleren om zijn klachten en/of problemen te beschrijven. Deze vaardigheden worden hier beknopt weergegeven:<sup>4 5</sup>

1. *Aandachtgedrag* - Laat de patiënt merken dat u hem respecteert als persoon en dat u belang stelt in wat hij zegt. Schep een veilige sfeer en bevorder dat de patiënt laat merken wat er in hem omgaat door uw
  - lichamelijke houding: wees lichamenlijk ontspannen en ga op een natuurlijke manier zitten;
  - oogcontact: kijk naar de persoon naar wie u luistert zonder hem te fixeren;
  - verbaal volgen: maak opmerkingen waaruit blijkt dat u probeert te volgen wat de patiënt zegt.

Dit zijn vaardigheden waarmee vele tandartsen al vertrouwd zijn vanuit de gesprekspractica tijdens hun opleiding.

2. *Minimale aanmoedigingen om te praten* - Help de patiënt om verder te vertellen door één of twee woorden die hij gebruikte te herhalen of door een eenvoudige vraag te stellen of een opmerking te maken over datgene waarover hij spreekt, bijvoorbeeld: 'En toen?', 'En', 'Ga door'.

3. *Open vragen stellen* - Probeer de patiënt aan te moedigen om te vertellen en help hem zijn gedachten en gevoelens te exploreren met behulp van open vragen. Richt u met uw vragen op datgene wat de

patiënt bezighoudt in plaats van op datgene wat u van de patiënt denkt.

4. *Reflectie van gevoel* - Help de patiënt om zich meer van zichzelf bewust te worden en te begrijpen, door u selectief te richten op zijn gevoelens of het affectieve aspect van wat hij zegt, door de gevoelens die u waarneemt te reflecteren, vooral de momentane gevoelens.

5. *Parafraseren, reflecteren van inhoud* - Laat de patiënt merken dat u tracht te begrijpen wat hij zegt, verhelder datgene waarover hij spreekt en controleer uw interpretaties met betrekking tot hetgeen hij communiceert, door de essentie van wat hij zegt te reflecteren.

#### Fase 1.2. Vraag verhelderen en vraag formuleren

In deze fase formuleert de tandarts helder en kort wat hij meent dat de patiënt in verband met de klachten en symptomen bezighoudt en van de tandarts aan hulp verwacht. Door deze formulering expliciet aan de patiënt voor te leggen kan de tandarts nagaan of hij de patiënt begrepen heeft en of de patiënt volledig heeft uitgedrukt wat hem bezighoudt en wat hij aan hulp verwacht. De tandarts kan nu, op grond van zijn voorlopige ideeën, een beslissing nemen over het probleemveld waarop hij zich klinisch verder wil oriënteren: 1. orthodontie, 2. functionele, 3. cariologie, 4. parodontologie, 5. psychologische/psychiatrische factoren en 6. mondheilkunde.

#### Fase 1.3. Formulieren van hulpaanbod

Hier formuleert de tandarts hoe hij op de klachten, symptomen en hulpvraag van de patiënt wil reageren. Hij kan hier aangeven over welke aspecten hij meer informatie wil hebben en aankondigen welk tandheelkundig-klinisch onderzoek hij zou willen verrichten.

#### Fase 1.4. Gerichte probleemverheldering

In deze fase oriënteert de tandarts zich op de tandheelkundige, psychologische en sociale aspecten van de klachten/symptomen op geleide van zijn eigen referentiekader. Hij exploreert de beleving van de onlustgevoelens die met de klachten of symptomen gepaard gaan, de wijze waarop de patiënt met de klachten omgaat, de afbakening van de situaties en momenten/perioden waarin de klachten ontstaan en de gevolgen en de betekenis van de klachten/symptomen voor de patiënt en zijn sociale omgeving. In de oriënterende fase ('globale oriëntatie' en 'vraagverhelderen en -formuleren') gaat het vooral om het stimuleren van de patiënt om uitdrukking te geven aan zijn gedachten, gevoelens en wensen met betrekking tot zijn klachten. De onderhavige fase is erop gericht dat de tandarts

meer informatie verzamelt om zijn verschillende hypothesen meer specifiek te toetsen en om tenslotte tot een diagnose te komen. Deze fase is er dus op gericht om te achterhalen hoe de klachten ontstaan en de factoren op te sporen die de klachten in stand houden. Ook hier, evenals in de volgende fasen, is het van belang oog te houden voor gedachten, ideeën, fantasieën en de daarbij behorende gevoelens van de patiënt.

Het spoedig ontstaan van een enkelvormige hypothese over diagnose en behandeling is zeer hinderlijk voor de oriëntatie en exploratie die hier dient plaats te vinden. Het gevolg is namelijk dat men tijdens de anamnestiche procedure een bewijs tracht te vinden voor zijn eigen idee en daardoor het gesprek in die richting stuurt (= toepassen van een 'vindstrategie') in plaats van te zoeken naar het spoor dat tot de diagnose kan leiden (= toepassen van een 'zoekstrategie'). Beter is het om, als een idee over de diagnose ontstaat, tenminste met twee of drie redelijke hypothesen te werken en dus meerdere hypothesen een kans voor bevestiging te geven.

Met de multihypothese-oriëntatie verschilt men in de regel met de ideeën van de somatisch gefixeerde patiënt, die meestal zelf een enkelvormige, somatisch georiënteerde hypothese heeft ontwikkeld en met een duidelijk idee over somatische therapie naar de tandarts komt. Vooral als tandarts en patiënt direct al in het begin van idee verschillen over de diagnose en de hulpverlening, kan men gemakkelijk met de patiënt in conflict raken. Deze situatie kan na verloop van tijd escaleren tot een strijdtooneel, waar beide deelnemers direct of indirect proberen het gelijk aan hun kant te krijgen. Mocht de patiënt zelf met een heel duidelijk, strikt en onwrikbaar lijkend standpunt komen, dan kan men daarop reageren door te laten weten dat dat idee serieus genomen wordt en een onderdeel vormt in de exploratie, maar dat men niet direct andere hypothesen uitsluit en dus ook wil exploreren.

Het is uiterst belangrijk om kennis te nemen van de ideeën van de patiënt. Mocht de tandarts een andere weg inslaan dan de patiënt had verwacht of gewenst, zonder dat de verschillen in opvatting worden besproken, dan is het maar de vraag in hoeverre een dergelijke patiënt zelf actief zal deelnemen aan de exploratie en de eventueel daarop volgende therapie. Het is zelfs zeer goed mogelijk dat een dergelijke patiënt, bewust of onbewust, de exploratie zal tegenwerken of zo weinig zal meewerken dat succes uitblijft.

#### Fase 1.5. Gericht tandheelkundig onderzoek

In deze fase gaat de tandarts in op de somatisch-tandheelkundige aspecten van

de klacht. Hij vult de verkregen informatie aan met een gerichte anamnese en voert een klinisch onderzoek uit door middel van inspectie, palpatie en eventueel röntgenfoto's. Hij is hier bezig om zijn eerste hypothesen te toetsen en tracht tenslotte te komen tot de meest waarschijnlijke verklaring van de klachten en eventueel tot enkele alternatieve verklaringen.

#### Fase 1.6. Probleemdefinitie

Op grond van de verzamelde informatie komt de tandarts tot een voorlopige diagnose, een werkhypothese, die de basis vormt voor verder beleid. Het is zaak deze diagnose duidelijk aan de patiënt voor te leggen en de patiënt naar zijn mening daarover te vragen. De diagnose is een voorlopige. Daardoor vermijdt men een definitieve stellingname en men houdt de mogelijkheid open om de diagnose bij te stellen of van diagnose te veranderen.

#### Fase 2.1. Overleg over en het opstellen van een plan

Een behandelingsplan draagt de volgende kenmerken:<sup>2</sup>

- a. Het is concreet ten aanzien van activiteiten.
- b. Het geeft duidelijk aan wat er van de patiënt wordt verwacht aan activiteiten tot het volgende consult.
- c. Het geeft structuur aan het handelen, zodat nauwkeurig kan worden gevolgd op welke punten wel en geen veranderingen optreden.
- d. Het leidt tot een nauwgezette administratie en registratie op grond waarvan veranderingsresultaten kunnen worden gecontroleerd.

Ook bij het uitstippelen van het behandelingsplan is het belangrijk de patiënt in de activiteiten te betrekken.<sup>6</sup> Men voorkomt ermee dat er een beleid wordt voorgesteld waar de patiënt het niet mee eens is, of een behandeling in te zetten waar de patiënt (nog) niet aan wil meewerken.

Stemmen tandarts en patiënt overeen over het te voeren beleid dan is het belangrijk om duidelijk aan te geven wat ieders taak is in de uit te voeren therapie. Daarom formuleert de tandarts duidelijk voor de patiënt en zichzelf:

1. De activiteiten van de tandarts en de patiënt.
2. Het doel van de activiteiten.

3. De redenen van de activiteiten.
4. De verwachtingen omtrent het resultaat van de activiteiten.
5. Wat te doen als de gewenste veranderingen uitblijven.

De tandarts controleert daarna of de patiënt alles heeft begrepen en weet wat er van hem wordt verwacht.

#### Fase 2.2. Uitvoeren van een therapieplan

Bij het uitvoeren van een therapieplan volgen tandarts en patiënt de met elkaar overeengekomen stappen. De overeenkomst heeft een contractueel karakter: tandarts en patiënt binden zich om de afspraken na te komen. Het is daarbij niet een kwestie van proberen maar van uitvoeren wat was afgesproken, bijvoorbeeld dat de patiënt tot het volgende consult een Drumplaat draagt, een lijst met subjectieve dysfunctiescores bijhoudt of een pijndagboek invult. Dergelijk 'huiswerk' is het eerste onderwerp van gesprek bij het volgende consult. De opdracht wordt geëvalueerd en voor het vervolg gecontinueerd, gewijzigd of afgesloten.

Belangrijk in de therapie is een nauwkeurige administratie door de tandarts en een betrouwbare registratie door de patiënt. Een registratie van intensiteit, kwaliteit en frequentie van symptomen kan op zich reeds een therapeutisch effect hebben. De patiënt krijgt daardoor namelijk een beeld van het vóórkomen van de klachten en ontdekt dat deze bijvoorbeeld niet altijd zo intens aanwezig zijn als hij voor de aanvang van de therapie dacht. De klacht wordt bovendien, door er een maat aan te verbinden, concreet en benoembaar. Door de concretisering van de klachten en het inzicht in hun beloop is het mogelijk om de klachten te gaan herbenoemen, bijvoorbeeld van vage, op zichzelf staande, onverklaarbare en niet te veranderen klachten tot concrete, met bepaalde gedragingen gepaard gaande en te beïnvloeden symptomen.

#### Fase 2.3. Consultevaluatie

Aan het eind van een behandelingscyclus maakt men de balans op van de therapie. Daarbij kan men nagaan in welke mate met het uitgevoerde beleid het gestelde doel is bereikt. Bij uitblijven van resultaat kan men de cyclus van oriëntatie etc. weer opnieuw inzetten, de behandeling wijzigen

#### SUMMARY

#### TREATMENT OF PATIENTS WITH SOMATIC FIXATION IN DENTAL PRACTICE.

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

Patients who show symptoms of somatization and somatic fixation may best be helped by a so-called

of eventueel met behandeling stoppen en de patiënt bijvoorbeeld eerst voor specialistisch onderzoek doorverwijzen.

#### 4. SLOTBESCHOUWING

Patiënten met somatische fixatie zijn niet gemakkelijk te herkennen. De in dit artikel beschreven werkwijze is daarom in feite bij iedere patiënt geïndiceerd en zou de grondhouding van iedere tandarts/student dienen te zijn. De behandeling van patiënten met somatische fixatie is niet 'slechts' een kwestie van gesprekstechniek en empathie van de kant van de tandarts. Naast een goede attitude is ook psychologische kennis en communicatieve vaardigheid nodig om met psychosociale factoren als (mede-)oorzakelijke factor bij het ontstaan van lichamelijke klachten diagnostisch en therapeutisch adequaat om te gaan. De noodzaak om tandartsen mede in deze richting op te leiden is in het onderwijs onderkend. In de huidige curricula wordt hieraan thans meer dan voorheen aandacht besteed. Ook in nascholingscursussen en vakliteratuur krijgt het onderwerp toenemende aandacht,<sup>6-12</sup> opdat de tandarts goed voorbereid ook deze groep patiënten tegemoet kan treden.

double-track approach. Using this approach somatic and psychological aspects of complaints or symptoms are integrated during both diagnosis and therapy. The article presents a method to applying this double-track approach. The method is clearly structured, and has the following central elements: 1. the patient's request for help is the starting point for the dentist's assistance; 2. constant attention is given to the patient's thoughts, ideas, fantasies, expectations and feelings; 3. responsibility is shared by the dentist and patient during the phases of diagnosis and therapy; 4. the patient's and dentist's activities are carefully noted in the administrative documentation.

#### LITERATUUR

- <sup>1</sup> WIJMA K, DUINKERKE ASH, REITSMA B. Psychosomatiek in de tandheelkunde – het belang van de tandarts-patiënt relatie. *Ned Tandartsenbl* 1987; 42: 102-7.
- <sup>2</sup> GROL RPTM (RED.) Huisarts en somatische fixatie. Theorie en praktijk van de preventie van somatische fixatie. Utrecht: Bohn, Scheltema, Holkema, 1983.
- <sup>3</sup> SCHOUTEN JAM. Anamnese en advies – Nieuwe richtlijnen voor de informatie-uitwisseling tussen arts en patiënt. Alphen aan den Rijn: Stafleu, 1982.
- <sup>4</sup> WIJMA K. Onderwijs in gespreksvoering aan medische studenten. In: Pierloot RA, red. Arts-patiënt relaties. Medisch Psychologische Reeks. Alphen aan den Rijn: Stafleu, 1981.
- <sup>5</sup> IVEY AE. Helpen en vormen door microcounseling. Hulpverlenings- en vormingsmodellen voor individu en groep. Bloemendaal: Nelissen, 1976.
- <sup>6</sup> DUINKERKE ASH, REITSMA B, WIJMA K. Aandacht voor psychosociale factoren bij de behandeling van pijn en dysfunctie van het kauwstelsel. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1986; 93: 127-32.
- <sup>7</sup> REITSMA B, DUINKERKE ASH, WIJMA K. Somatisering en somatische fixatie bij patiënten in de tandartspraktijk. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1985; 92: 269-73.
- <sup>8</sup> FEARON CG, SERWATKA WJ. Stress: a common denominator for non-organic TMJ pain-dysfunction. *J Prosthet Dent* 1983; 49: 805-8.
- <sup>9</sup> GREENE CS, OLSON RE, LASKIN DM. Psychosocial factors in the etiology, progression and treatment of MPD syndrome. *J Am Dent Assoc* 1982; 105: 443-8.
- <sup>10</sup> MÜLLER-FAHLBUSCH H, MARXKORS R. Zahnärztliche Psychagogik: vom Umgang mit dem Patienten. München, Wien: Carl Hanser Verlag, 1981.
- <sup>11</sup> NEUHAUSER W. Funktionstherapie und psychosomatische Schmerzfixierung. *Zahnärztl Mitt* 1982; 72: 1257-60.
- <sup>12</sup> RICHTER H. Funktionstherapie und psychosomatische Schmerzfixierung. *Zahnärztl Mitt* 1982; 72: 1973-4.

## METHODEN EN MATERIALEN VOOR AFDRUKKEN TEN BEHOEVE VAN GEGOTEN RESTAURATIES\*)

### SAMENVATTING

In deze bijdrage wordt de zogenaamde één-fase-afdruktechniek besproken. Een zestal soorten massa's wordt kort beschreven en een representant van elke soort wordt in de test betrokken. Daarnaast krijgen hulpmiddelen als mengblok en spuit de aandacht. De meng-, verwerkings- en verhardingstijd komen vrij uitvoerig aan bod. Het begrip 'thixotroop' wordt toegelicht en de eisen daarvoor te stellen aan de afdrukpepels. Speciale aandacht krijgt de nieuwe set volgens Schreinemakers. Er wordt gewezen op het belang van geduld bij het kennismaken met een nieuw materiaal, alsook bij het aanbrengen en verharden. Tenslotte wordt kort op de modelvervaardiging ingegaan.

PLUIM LJ. Methoden en materialen voor afdrukken ten behoeve van gegoten restauraties. *Ned tijdschr. Tandheelkd* 1987; 94: 104-7.

L. J. Pluim, tandarts

Uit de vakgroep Parodontologie-Prothodontie-Sosiodontie van de rijksuniversiteit te Groningen.

Trefwoorden: Restauratieve tandheelkunde – Afdrukmaterialen – Gegoten restauraties

Datum acceptatie: 3 december 1986.

Adres: Dr. L. J. Pluim, Ant. Deusinglaan 1, 9713 AV Groningen.

### 1. INLEIDING

Op het gebied van methoden en materialen voor afdrukken ten behoeve van gegoten

restauraties is er een ruime keuze. Tot de methoden behoren de correctie- of dubbele afdruk, de twee-fasen-techniek, de zogenaamde wash-techniek, de zogenaamde sandwich-techniek, de koperband-afdruk met thermoplastisch of elastisch materiaal en tenslotte de één-fase-afdruk. Als materialen kunnen daarbij worden gebruikt: condensatiesiliconen, additiesiliconen,

hydrocolloïden, polysulfiden, polyether-rubber en – in afnemende mate – de thermoplastische materialen. Deze bijdrage beperkt zich tot afdrukmethoden die in één fase verlopen. Al vooraf kan worden gesteld dat met alle huidige één-fase-methoden en -materialen zeer nauwkeurige en goed verwerkbaar afdrukken kunnen worden verkregen. Alleen de koperband/stent-

\*) Verkorte weergave en bewerking van BELZ D. Präzision aus der Tube: Erfolgsichere Abformtechnik. *Dental Magazin* 1986; 3: 23-34.