

Angst en depressie bij craniomandibulaire dysfunctie

Het gebruik van de Symptom Checklist 90

Samenvatting. Binnen een kliniek voor Bijzondere Tandheelkunde werden angst- en depressieklachten van CMD-patiënten gemeten met behulp van de Symptom Checklist 90 (SCL-90). De testresultaten van vrouwen weken niet af van het landelijke gemiddelde, mannen scoorden gemiddeld hoger. Ongeveer een derde van de patiënten scoorde 'hoog' tot 'zeer hoog' op angst of depressie en heeft mogelijk speciale aandacht nodig voor psychologische problemen. De SCL-90 kan een nuttig instrument zijn om de aanwezigheid van klinisch significante angst en depressie vast te stellen. De psychologische gegevens moeten voorzichtig worden geïnterpreteerd en altijd in combinatie met de gegevens uit het tandheelkundige onderzoek.

BROERSMA-VAN DER MEULEN MJ, SPRANGERS MAG, NAEIJE M. Angst en depressie bij craniomandibulaire dysfunctie. Het gebruik van de Symptom Checklist 90. Ned Tijdschr Tandheelkd 1994; 101: 16-9

M.J. Broersma-van der Meulen,
psycholoog¹
M.A.G. Sprangers,
psycholoog²
M. Naeije, biofysicus¹

Uit de vakgroep Craniomandibulaire
Dysfunctie van het Academisch Centrum
Tandheelkunde Amsterdam (ACTA)
en de sectie Psychosociaal Onderzoek
en Epidemiologie
van het Nederlands Kanker Instituut
te Amsterdam.

Trefwoorden: Craniomandibulaire
dysfunctie - Psychologie

Adres: Mevr. M.J. Broersma-van der Meulen,
Louwesweg 1, 1066 EA Amsterdam.

1 Inleiding

Psychologische factoren worden in toenemende mate belangrijk geacht bij het ontstaan en in stand houden van craniomandibulaire dysfunctie (CMD).¹⁻² Het is daarom noodzakelijk deze factoren doeltreffend en op het juiste moment op te sporen om patiënten, bij wie dat nodig is, naar een psycholoog te kunnen verwijzen.

In 1990 werden de richtlijnen voor evaluatie, diagnose en behandeling van craniomandibulaire dysfunctie door de American Academy of Craniomandibular Disorders (AACD) vastgelegd.² Daarin worden aanbevelingen gedaan voor het opsporen van de psychologische factoren zoals angst en depressie: naast het stellen van een differentiële diagnose volgens dit classificatiesysteem dient de behandelend tandarts aandacht te schenken aan psychologische factoren. Psychologische factoren bij CMD kunnen op drie manieren een rol spelen: 1. psychologische kenmerken van de persoon kunnen iemand 'kwetsbaarder' maken voor de ontwikkeling van CMD-klachten; 2. stress kan bruxisme activeren en daardoor klachten veroorzaken, en 3. de wijze waarop iemand op eenmaal ontstane klachten reageert, kan zodanig zijn dat deze langer dan noodzakelijk in stand worden gehouden.

In een latere publikatie worden voornoemde richtlijnen verder geconcretiseerd:³ de behandelaar moet bij de anamnese, naast de tandheelkundige bevindingen, aandacht schenken aan de onderstaande factoren:²

1. Klinisch significante angst of depressie
2. Tekenen van medicijnverslaving
3. Herhaald falen van conventionele behandelingen
4. Tekenen van ziekte winst
5. Ingrijpende gebeurtenissen zoals bijvoorbeeld een nieuwe baan, huwelijk, echtscheiding, sterfgeval
6. Duur van de pijn langer dan zes maanden
7. Geschiedenis van mogelijk aan stress gerelateerde stoornissen
8. Inconsistente reacties op medicijnen
9. Inconsistente, niet bij de situatie passende of vage klachten over pijn
10. Overdreven dramatiseren van symptomen
11. Symptomen die variëren als reactie op ingrijpende gebeurtenissen

De eerste twee punten worden het belangrijkste geacht en wijzen elk op de noodzaak de patiënt te verwijzen naar psycholoog of psychiater. Dit geldt ook voor de punten 3 t/m 6, mits ten minste aan

twee van de vier wordt voldaan. Bij de punten 7 t/m 11 moeten ten minste drie punten een rol spelen voor verwijzing naar een psycholoog. Bij de criteria voor het vaststellen van 'klinisch significante' angst en depressie wordt in het consensusverslag van de AACD verwezen naar gestandaardiseerde vragenlijsten.⁴⁻⁵ Deze lijsten zijn echter nog niet vertaald en gevalideerd voor gebruik in Nederland.

Het doel van het huidige onderzoek is na te gaan in welke mate CMD-patiënten binnen een specialistische kliniek angst of depressie ervaren. Op deze wijze kan een indruk worden verkregen van het aantal patiënten dat op grond van angst- en depressiescores op een psychologische test voor verwijzing naar de psycholoog in aanmerking komt. Voorts wordt onderzocht in welke mate CMD-patiënten andere psychische en stressgevoelige lichamelijke klachten ervaren.

2 Materialenmethode

2.1 De Symptom Checklist 90 (SCL-90)

De Symptom Checklist 90 (SCL-90) is een vragenlijst die de mogelijkheid geeft angst en depressie te meten en tevens een indruk geeft van de lichamelijke gesteldheid zoals de betrokkene die ervaart.⁶ Het is een test die veel bij somatische en chronische-pijnpatiënten wordt gebruikt. Er zijn voor deze test Nederlandse normscores beschikbaar zodat de testscore van een individu kan worden vergeleken met een landelijk gemiddelde. De psychometrische eigenschappen van de test, de betrouwbaarheid en de validiteit zijn goed.⁷⁻⁸ De SCL-90 heeft het voordeel dat de benodigde tijd voor het invullen slechts circa twintig minuten bedraagt, waarbij de respondent geheel zelfstandig te werk kan gaan. De in dit onderzoek gebruikte SCL-90 is een voor Nederland bewerkte versie van de Amerikaanse SCL-90.⁹ De test bestaat uit een multidimensionele klachtenlijst en geeft een indicatie van psychisch en lichamelijk slecht functioneren. Dit is gebaseerd op het subjectieve oordeel van de persoon over de afgelopen week, inclusief het moment van het afnemen van de test. De test bestaat uit acht subschalen: Angst (ANG), Depressie (DEP) en Somatische klachten (SOM), Agorafobie (AGO), Insufficiëntie van denken en handelen (IN), Wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit (SEN), Hostiliteit (HOS) en Slaapproblemen (SLA). De schaal Psychoneuroticisme (PSNEUR) geeft de totaalscore van de SCL-90 weer, dat wil zeggen

de bovengenoemde acht dimensies en negen niet-geschaalde items. Per subschaal leidt de som van de betreffende antwoorden tot een 'ruwe' score. Deze wordt aan de hand van een normtabel omgezet in een standaardscore met de volgende categorieën: zeer laag, laag, beneden gemiddeld, gemiddeld, boven gemiddeld, hoog en zeer hoog.

De normgroep wordt gevormd door een steekproef van de Nederlandse bevolking. Er zijn aparte normgroepen voor mannen en vrouwen. De totaalscore kan worden opgevat als een aanduiding van het algehele niveau van psychisch dan wel (verondersteld daarmee samenhangend) lichamenlijk disfunctioneren over de recente tijdsperiode.

2.2 Steekproefen procedure

Het onderzoek werd uitgevoerd bij patiënten van de Stichting voor Bijzondere Tandheelkunde, die na het eerste klinische onderzoek als CMD-patiënten waren gekwalificeerd. Gedurende een periode van enkele maanden werd aan honderd patiënten een vragenlijst gestuurd, begeleid met een brief waarin gesteld werd dat de test zou worden getoetst op zijn bruikbaarheid. In totaal reageerden 71 patiënten (elf mannen en zestig vrouwen). De sekseverdeling van de respondenten en van de non-respondenten kwam met die van de steekproef (N = 100) overeen. Drie van de 29 weigeraars motiveerden hun besluit om niet deel te nemen: zij meenden dat de inhoud van de test irrelevant was voor hun probleem.

De leeftijd van de respondenten varieerde van 16 tot 62 jaar. De gemiddelde leeftijd van de vrouwen was 31 jaar, die van de mannen 30 jaar.

3 Resultaten

3.1 Vergelijking steekproef met de normgroep

In tabel I wordt een overzicht gegeven van de gemiddelde somscores van de mannen en vrouwen en die van de respectievelijke normgroepen. Omdat de varianties van de scores van de subgroepen uiteenliepen, werd bij de t-toets, waarmee de gemiddelde somscores van de steekproef en de normgroep werden vergeleken, een 'separate variance estimate' gehanteerd. Gecon-

cludeerd kan worden dat wat angst en depressie betreft de vrouwelijke patiënten vergelijkbare scores hebben met die van de vrouwelijke normgroep. Dit geldt overigens ook voor de andere subschalen met uitzondering van Insufficiëntie van denken en handelen waarbij de vrouwen significant lager scoorden ($p < 0,05$). Dit betekent dat de vrouwelijke patiënten in deze steekproef wat klachten betreft grotendeels overeenkwamen met de landelijke populatie. De mannen daarentegen scoorden op alle subschalen gemiddeld hoger dan de normgroep voor mannen. Bij de volgende schalen was dat significant ($p < 0,05$): Angst, Depressie, Hostiliteit, Slaapproblemen en Psychoneuroticisme. Het aantal mannen (elf) in de steekproef is erg klein om versprekende conclusies op te baseren.

3.2 Frequenties van angst en depressie

Volgens de richtlijnen moeten patiënten met klinisch significante angst of depressie doorverwezen worden naar een psycholoog.²⁻³ Om een schatting te maken van het aantal patiënten dat voor verwijzing naar een psycholoog in aanmerking zou komen, kan men bijvoorbeeld uitgaan van 'hoog' en 'zeer hoog' scorende patiënten; hun score valt respectievelijk tussen het 80e en 95e, en boven het 95e percentiel van de normgroepscores. Van de 71 respondenten bleken er zeventien hoog of zeer hoog op angst te scoren en zeventien hoog of zeer hoog op depressie. Van deze respondenten waren er elf met zowel een hoge angst- als depressiescore. Bij het hanteren van deze – overigens vrij arbitraire – grenswaarde zouden volgens de criteria van McNeill in totaal 23 patiënten (33%) voor verwijzing naar de psycholoog in aanmerking komen.

3.3 Relatie leeftijd en de SCL-90 scores

Om de relatie tussen leeftijd en klachten na te gaan, werden de rangcorrelaties tussen leeftijd en de scores op de SCL-90 bepaald. Deze varieerden van 0,09 tot 0,26, aangevend dat naarmate de leeftijd van de respondenten hoger was, meer of ernstiger klachten werden gerapporteerd. De rangcorrelaties in de volgende schalen waren significant ($p < 0,05$): Depressie ($r = 0,20$), Somatische klachten ($r = 0,26$) en Insufficiëntie van den-

Tabel I. Gemiddelden en standaardafwijkingen van de ruwe scores op de SCL-90 bij de mannen en vrouwen uit de CMD-patiëntengroep en die van de landelijke normgroep.

Aantal items	Mannen patiënten (N = 11)		Mannen norm (N = 432)		Vrouwen patiënten (N = 60)		Vrouwen norm (N = 577)	
	gem.	s.d.	gem.	s.d.	gem.	s.d.	gem.	s.d.
ANG* (10)	18,1	11,3	13,0	4,3	14,2	5,7	14,6	8,7
AGO (7)	9,3	5,5	7,9	2,1	8,3	2,3	8,7	3,4
DEP (16)	28,5	13,5	20,7	6,3	23,0	8,6	23,8	8,6
SOM (12)	21,5	10,4	16,6	5,7	18,7	5,5	18,7	7,1
IN (9)	17,5	9,9	13,2	4,6	12,9	4,3	14,1	5,1
SEN (18)	31,4	14,8	24,6	6,8	25,5	8,9	26,3	8,8
HOS (6)	10,0	3,4	7,5	2,5	7,5	2,0	7,6	2,4
SLA (3)	7,8	4,0	4,6	2,6	5,0	2,5	5,2	2,8
PsNr (90)	160,2	75,5	117,2	27,3	127,1	35,9	128,9	36,4

* Voor een verklaring van de afkortingen zie paragraaf 3.1.

ken en handelen ($r = 0,20$). Vervolgens werden de patiënten in drie leeftijdscategorieën ingedeeld: 1. jonger dan 25 jaar, 2. van 25 tot en met 40 jaar, en 3. ouder dan 40 jaar (zie tab. II). De verschillen tussen de somscores van de groepen werden non-parametrisch getoetst met de Kruskal-Wallis toets. Op twee schalen werden significante verschillen gevonden ($p < 0,05$), namelijk bij Somatische klachten en Overige klachten. Voor alle schalen gold dat hoe hoger de leeftijd was, hoe hoger de gemiddelde scores waren. Omdat de gemiddelde leeftijd van de mannen lager was dan die van de vrouwen, kon dit leeftijdseffect niet toegeschreven worden aan een sekse-effect.

4 Discussie

Op grond van de gegevens uit de steekproef kan gesteld worden dat de vrouwelijke patiënten onder behandeling bij de Stichting voor Bijzondere Tandheelkunde, zich wat de angst- en depressiescores op de SCL-90 betreft, niet onderscheiden van de 'gemiddelde Nederlandse vrouw'. De mannen in het onderzoek scoren wel hoger dan de 'gemiddelde Nederlandse man'. Zou men deze conclusie generaliseren dan betekent het dat er zich weliswaar meer vrouwen bij de kliniek aanmelden, maar dat de mannen er psychisch slechter aan toe zijn.

In een recent Amerikaans onderzoek waarin met behulp van de SCL-90 CMD-patiënten met een normgroep werden vergeleken, werd eveneens gevonden dat CMD-patiënten even hoog op angst en depressie scoren als de gemiddelde Amerikaan.¹⁰ Het feit dat angst- en depressieklachten binnen de CMD-groep overeenkomen met die binnen de algehele bevolking, houdt in dat angst en depressie blijkbaar niet kenmerkend voor CMD-patiënten zijn. Dit gegeven heeft in het verleden geleid tot een pleidooi om af te zien van het routinematig psychologisch testen van deze patiëntengroep.¹¹ Omdat er bij de individuele patiënt van angst en depressie wel een belemmerend effect kan uitgaan bij de behandeling, is het niet alleen nodig om tijds vast te stellen dat er van angst en depressie sprake is, maar moet bovendien bepaald worden bij welke patiënt dit van invloed is op de behandeling en bij welke niet. McNeill adviseert om het oordeel over het psychisch functioneren van de patiënt voorlopig aan de tandarts over te laten.³ Wanneer deze echter geen duidelijke richtlijnen ontvangt over aandachtspunten en criteria om te beoordelen of angst en depressie 'klinisch significant' zijn en bij onbekendheid met de benodigde gespreksvaardigheden, kleven aan deze werkwijze bezwaren. Beter zou zijn het voorbeeld van de nieuwe, speciaal voor CMD-patiënten vervaardigde, vragenlijsten te volgen en tandheelkundige en psychologische factoren in samenhang met elkaar te taxeren.⁴⁻⁵ Omdat in Nederland dergelijke vragenlijsten nog niet beschikbaar zijn zou de SCL-90 voorlopig een redelijk alternatief zijn. De test zou geïntroduceerd kunnen worden bij alle patiënten binnen de specialistische CMD-kliniek bij wie in het klachtenpatroon en/of in het ziekteverloop onduidelijke of complicerende factoren aanwezig zijn. In recent Nederlands onderzoek bij patiënten met buik- en lage rugklachten werd de bruikbaarheid van de SCL-90 bevestigd.⁸ In dit onderzoek werd een positief verband gevonden tussen de hoogte van de SCL-90 scores en de mate waarin de klachten door de artsen als minder biologisch verklaarbaar werden beoordeeld. Aan het gebruik van de SCL-90 zijn enkele praktische voordelen verbonden: De test informeert naar de toestand over een betrekkelijk korte periode en niet naar relatief constante kenmerken van de persoon. Hiermee wordt voorkomen dat patiënten met de veel gehoorde vraag komen of de test ingevuld moet worden zoals men zich nu voelt, dat wil zeggen met pijn, of zoals men zich gewoonlijk voelt, dat wil zeggen voor de pijn begon. Hiermee wordt ook voor de patiënt de relatie van oorzaak en gevolg tussen pijn en angst of depressie in het mid-

Tabel II. Gemiddelden en standaardafwijkingen van de scores op de SCL-90 per leeftijdsgroep.

	< 25 jr (N=21)		25-40jr (N=34)		>40 jr (N=16)	
	gem	s.d.	gem	s.d.	gem	s.d.
ANG*	12,8	3,0	14,6	5,2	17,7	11,6
AGO	7,8	1,4	8,3	2,5	9,8	4,7
DEP	20,3	4,5	24,0	8,5	28,3	14,4
SOM	17,6	6,2	18,5	4,7	22,6	9,0
IN	11,9	3,5	13,8	6,4	15,5	6,2
SEN	23,1	5,9	27,3	10,9	28,8	12,1
HOS	7,1	1,3	8,1	2,6	8,5	3,0
SLA	5,0	2,4	5,3	2,8	6,3	3,7
PSNR	116,6	24,5	132,6	40,9	152,0	65,6

*Voor een verklaring van de afkortingen, zie paragraaf 3.1.

den gelaten, waardoor de test minder bedreigend wordt om in te vullen. Het feit dat de SCL-90 eerder een toestand ('state') dan een dispositie ('trait') meet, heeft tevens als voordeel dat hij gebruikt kan worden als evaluatie-instrument, omdat de antwoorden op de test merkbaar kunnen veranderen onder invloed van de behandeling.

De vragenlijst signaleert over een breed spectrum van klachten. Verschillende van deze klachten zijn stressgevoelige klachten, zodat de uitslag ook een indicatie kan zijn van de gevolgen van stress. De relevantie van de vragenlijst is daarom hoog.

Literatuur

- BROERSMA MJ. Craniomandibulaire dysfunctie. Psychische aspecten. Ned Tijdschr Tandheelkd 1989; 96: 1: 10-4.
- McNEILL C, ed. Craniomandibular disorders. Guidelines for evaluation, diagnosis, and management. The Academy of Craniomandibular Disorders. Chicago: Quintessence Publ. Co. Inc., 1990.
- McNEILL C, ed. Temporomandibular disorders: diagnosis, management, education and research. J Am Dent Assoc 1990; 120: 253-62.
- LUNDEEN ThF, LEVITT SR, MCKINNEY MW. Clinical applications of the TMJ Scale. J Craniomandib Pract 1988; 6; 4: 339-46.
- FRICITION JR, NELSON A, MONSEIN M. IMPATH: Microcomputer assessment of behavioral and psychosocial factors in craniomandibular disorders. J Craniomandib Pract 1987; 5: 372-82.
- ARRINDEL WA, ETTEMA JHM. SCL-90 Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator. Lisse: Swets en Zeitlinger, 1975.
- VISSER RSH, VAN VLIET-MULDER JC, TER LAAK J. Documentatie van tests en testresearch in Nederland. Nederlands Instituut voor Psychologen, Amsterdam 1982.
- MEEUWESSEN L, ARRINDELL WA, HUYSE FJ. Psychometrische kwaliteiten van de Symptom Checklist (SCL-90) bij poliklinische patiënten met buikpijn of lage rugklachten. Tijdschr Soc Gezondheidsz 1992; 70: 123-31.
- DEROGATIS LR. SCL-90: Administration, scoring and procedure manual-I for the r(evised) version. Baltimore: John

Hopkins Univ School of Medicine, Clinical Psychometrics Research 1977.

¹⁰ McKINNEY MW. Chronic TM Disorder and Non-TM Disorder pain: A comparison of behavioral and psychological characteristics. *J Craniomandib Pract* 1990; 8; 1: 40-6.

¹¹ OLSSON RE. Behavioral examinations in MPD. In: Laskin DM, ed. *The president's conference on the examination, diagnosis, and management of temporomandibular disorders*. Chicago: American Dental Association 1982: 104-5.

Summary

ANXIETY AND DEPRESSION ASSESSMENT IN CRANIOMANDIBULAR DISORDERS; THE USE OF THE SYMPTOM CHECKLIST-90 IN THE NETHERLANDS

Key words: Craniomandibular disorders – Psychology

Anxiety and depression of CMD-patients in a Clinic for Special Dental Care were assessed with the Symptom Checklist-90. The results of the female patients did not differ from the general population; the men showed significantly higher scores. Approximately one third of the patients scored 'high' or 'very high' on anxiety or depression and may need special attention for psychological problems. The SCL-90 may be a useful instrument to assess the presence of clinically significant anxiety or depression. Psychological data should be interpreted with great care and always in combination with data from the dental examination.

Redactioneel

Mevrouw A.M. Kuijpers-Jagtman benoemd tot redacteur

Tijdens de vergadering van het Algemeen Bestuur van de Stichting Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde op 2 november 1993 jl. is mevrouw Prof. Dr. A.M. Kuijpers-Jagtman met ingang van 1 januari 1994 benoemd tot redacteur.

De redactie verheugt zich dat collega Kuijpers-Jagtman de vacature, ontstaan door het vertrek van Prof. Dr. M.A.J. Eijkman, wil vervullen. Introductie is nauwelijks nodig: al sinds juli 1989 is Kuijpers-Jagtman als redactiemedewerker verbonden aan de Redactie. Was zij toen nog universitair hoofddocent bij de vakgroep Orthodontie van de Katholieke Universiteit te Nijmegen, met ingang van 1 maart 1992 werd zij benoemd tot bijzonder hoogleraar in de Orthodontie aan dezelfde universiteit. Zij werd aangesteld vanwege de Nederlandse Vereniging van Specialisten in de Dento-Maxillaire Orthopaedie om onderwijs te geven aan studenten en aan specialisten-in-opleiding en voor onderzoek met betrekking tot de problematiek van patiënten met schisis.

In de afgelopen periode zijn met regelmaat publikaties van collega Kuijpers-Jagtman en/of haar medewerkers in het Tijdschrift verschenen. In november 1992 verscheen onder gemeen-

schappelijke redactie van Kuijpers-Jagtman en collega Voorsmit een voortreffelijk themanummer 'Kaakchirurgie en orthodontie: raakvlakken'. In de inleiding van die aflevering werd duidelijk gesteld dat heden ten dage de samenwerking tussen orthodontist, kaakchirurg en algemeen-practicus een vanzelfsprekendheid en noodzaak is. De redactie vormt daarom met Kuijpers-Jagtman nu in haar gelederen een goede afspiegeling van de interdisciplinaire samenwerking binnen de tandheelkundige professie. Dit alles biedt alle waarborgen voor een continuering van een vruchtbare samenwerking.

