

# Het gebruik van een vragenlijst bij TMD

M.J. van der Meulen, psycholoog<sup>1</sup>  
J.R.J. de Leeuw, psycholoog<sup>2</sup>

Uit <sup>1</sup>de vakgroep Orale Functieleer en de Stichting voor Bijzondere Tandheelkunde van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA) en <sup>2</sup>de vakgroep Mondziekten, Kaakchirurgie en Bijzondere Tandheelkunde van de Universiteit Utrecht.

Trefwoorden: Temporomandibulaire dysfunctie – Psychosociale factoren

Datum van acceptatie: 7 april 1996.

Adres: Drs. M.J. van der Meulen,  
ACTA, Louwesweg 1,  
1066 EA Amsterdam.

**Samenvatting.** Het werken met een vragenlijst binnen een TMD-kliniek blijkt een goed hulpmiddel bij de diagnostiek en de behandeling van patiënten met TMD. Niet alleen wordt steeds duidelijker welke patiënten moet worden geadviseerd aandacht te besteden aan psychosociale factoren, ook kan het invullen van de vragenlijst worden gezien als een onderdeel van de behandeling. Op grond van deze ervaringen lijkt het nuttig om het gebruik van een vragenlijst bij CMD-patiënten ook te introduceren en te toetsen bij de tandarts algemeen-practicus.

MEULEN MJ VAN DER, LEEUW JRJ DE. Het gebruik van een vragenlijst bij TMD. Ned Tijdschr Tandheelkd 1996; 103: 271-272.

## 1 Inleiding

Sinds enkele jaren wordt bij de behandeling van patiënten met temporomandibulaire dysfunctie (TMD) van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA) en de Stichting voor Bijzondere Tandheelkunde (SBT) gebruik gemaakt van een vragenlijst. Het is een vertaling van een vragenlijst die ontwikkeld is door Dworkin.<sup>1</sup> De lijst werd door hem primair gebruikt voor onderzoeksdoeleinden en heeft niet de status van een screeningsinstrument. De reden om de lijst in de praktijk te gebruiken was om meer systematiek te brengen in het verzamelen van gegevens betreffende psychosociale variabelen die relevant worden geacht bij het ontstaan en in stand houden van TMD.

Dworkin gebruikte bij het samenstellen van de vragen een pijnmodel waarin de ervaring van pijn wordt gesplitst in verschillende, maar vaak samenhangende onderdelen, n.l. nociceptie, pijn, lijden en pijngedrag.<sup>2</sup> Het wetenschappelijke onderzoek naar specifieke persoonskenmerken van TMD-patiënten had tot dan toe weinig concreets opgeleverd. Bij het onderzoek naar psychosociale factoren werd daarom de aandacht gericht op de wijze waarop iemand klachten hanteert. De vraag of de reactie van de patiënt in verhouding staat tot de gevonden aandoening staat centraal. Het oordeel hierover hangt af van de tandheelkundige bevindingen. Hierbij moet worden opgemerkt dat het oordeel hierover sterk cultureel is bepaald. Omdat pijn de meest voorkomende klacht bij TMD is, gaan de vragen in de lijst vooral over pijn en in mindere mate over andere TMD-klachten.

## 2 Inhoud van de vragenlijst

In de vragenlijst kan de patiënt op een schaal van 0 tot 10 aangeven hoe intens de pijn is, waarbij 10 'de ergst voorstelbare pijn' betekent. De mate waarin hij/zij gehinderd wordt door de pijn bij het dagelijkse functioneren wordt eveneens aangegeven op een schaal van 0 tot 10 waarbij 10 betekent 'niet in staat tot welke activiteit dan ook'. De antwoorden op deze vragen geven een indruk van de subjectieve beleving van de pijn. Voorts wordt gevraagd naar de duur van de pijn en naar voorafgaande behandelingen en hoe effectief die waren. In de lijst zijn ook vragen opgenomen over andere pijn- en lichamelijke klachten. Als er sprake is van een opvallende reactie op pijn kan na verder onderzoek eventueel de diagnose 'pijnstoornis' worden gesteld volgens de criteria van het Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV).<sup>3</sup> Soms is de pijn slechts een van vele lichamelijke klachten en is er sprake van een van de andere somatoforme stoornissen.

Bij TMD kan psychische belasting leiden tot chronische spierspanning of parafuncties die klachten kunnen veroorzaken of verergeren. In de vragenlijst wordt gevraagd naar de aanwezigheid van stress en/of parafuncties; de patiënt kan ook aangeven of hij of zij meent dat dit een factor van betekenis is bij het ontstaan en/of in stand houden van de klachten. Het is bij de behandeling belangrijk om aan te sluiten bij de opvattingen die de patiënt zelf heeft over de klachten, zeker waar het psychosociale factoren betreft. De constatering dat psychosociale factoren een rol spelen is van weinig nut in de praktijk als de patiënt niet gemotiveerd kan worden om die mening te delen.

Er is ook een vraag opgenomen of naar de mening van de patiënt angst en/of depressie een rol van betekenis spelen. Uit onderzoek is gebleken dat dit relevante factoren kunnen zijn, maar dat angst en depressie niet specifiek zijn voor TMD-patiënten.<sup>4</sup> De constatering dat iemand depressief is, leidt pas tot de conclusie dat in het kader van de TMD-behandeling ook de depressie moet worden behandeld, als er een verband lijkt te bestaan tussen de depressie en de TMD-klachten.

## 3 Procedure

De vragenlijst wordt door de patiënten ingevuld na het eerste screeningsgesprek en voorafgaand aan een uitgebreid tandheelkundig functieonderzoek. In de specialistische praktijk is er voor gekozen om door de psycholoog een korte schriftelijke samenvatting van de meest opvallende antwoorden te laten formuleren. Tandarts en psycholoog bespreken hierna de tandheelkundige bevindingen en het verslag van de vragenlijst en taxeren of bij de behandeling van deze patiënt speciale aandacht moet worden besteed aan psychosociale factoren en of een verwijzing naar de psycholoog wenselijk is. Vaak is een informatief gesprek met de tandarts over de relatie stress en TMD voldoende. Andere behandelingsmogelijkheden zijn onder meer ontspanningsoefeningen en instructies van de fysiotherapeut, een directe verwijzing naar het Riagg of terugverwijzing naar een lopende psychotherapie. Met de patiënt wordt vervolgens het advies besproken.

## 4 Opinie van de TMD-patiënten

Bij een groep patiënten (n=96) werd geïnventariseerd wat hun mening was over de rol van psychosociale factoren. Zij waren door de tandarts gediagnosticeerd als TMD-patiënten maar waren niet onderverdeeld in aparte diagnostische categorieën.

### Algemene gegevens

De groep bestond voor 25% uit mannen en 75% uit vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 35 jaar. De duur van de klachten varieerde van een paar maanden tot 22 jaar. De meest voorkomende klachtenduur bij aanmelding was 1 à 2 jaar. Bijna de helft van de patiënten gaf een gemiddelde pijnintensiteit aan van 5, 6 of 7. Eén derde van hen gaf aan bij dagelijkse activiteiten niet te worden gehinderd door de klachten; ongeveer 10% scoorde op deze schaal 7 of hoger. Ongeveer één vijfde van de patiënten gaf aan weinig of geen controle over de klachten te hebben; 15% had eerder één of meer behandelingen bij een psycholoog ondergaan. Eén kwart van deze patiënten slikte medicijnen tegen de pijn. Vrouwen hadden een hogere gemiddelde pijnscore dan mannen: respectievelijk 4,9 en 3,5 ( $P < 0,05$ ). Er was geen verschil in hinder bij activiteiten tussen mannen en vrouwen. (resp. 1,8 en 2,2 gemiddeld op de schaal van 1-10). De aangegeven TMD-pijnintensiteit was significant gecorreleerd met andere vormen van pijn in het hoofd-halsgebied ( $r=0,43$ ,  $P < 0,001$ ). Op vragen over duur, intensiteit en hinder van de pijn werd door ongeveer 5%-15% van de patiënten extreem hoog gescoord.

De antwoorden op de vraag welke van de vermelde factoren volgens de patiënt de klachten veroorzaakten of verergerden, staan vermeld in tabel I. Meer dan de helft vond dat nachtelijk bruxisme bijdroeg en respectievelijk 45% en 41% stress en angst of depressie. Ter vergelijking wordt naast de psychosociale factoren ook een zuiver tandheelkundige oorzakelijke factor genoemd. Hoewel deze als het meest relevant wordt beoordeeld door de patiënten, is het verschil met de psychosociale factoren relatief gering. Hoe meer patiënten van mening zijn dat klemmen overdag, stress en angst of depressie oorzakelijke factoren zijn voor de gepresenteerde klachten, hoe vaker zij aangeven bij dagelijkse activiteiten gehinderd te worden door deze klachten (respectievelijk:  $r=0,22$ ,  $p < 0,05$ ,  $r=0,33$ ,  $p < 0,005$  en  $r=0,45$ ,  $p < 0,001$ ). Er is geen verband gevonden tussen klemmen, stress, angst/depressie en de gemiddelde pijnintensiteit. Samenvattend kan geconcludeerd worden dat een combinatie van psychische belasting, angst, depressie en het gevoel niet goed te kunnen functioneren als gevolg van de klachten, zoals aangegeven in deze lijst, aanwijzingen zijn om bij de behandeling speciale aandacht te besteden aan psychosociale factoren. De pijnintensiteit op zich lijkt daarbij minder relevant te zijn.

## 5 Ervaringen met de lijst

Het bleek dat het werken met de beschreven vragenlijst niet alleen de systematiek in de aanpak verbeterde, maar ook leidde tot een betere motivatie van de patiënt om aandacht aan psychosociale factoren te besteden en zich te laten verwijzen naar een psycholoog. In de eerste plaats werd dit bewerkstelligd doordat de patiënt zich soms bij het invullen ging realiseren dat niet alleen tandheelkundige factoren betrokken waren bij het probleem. Ook het contact tussen tandarts en patiënt verbeterde

## Summary

### THE USE OF A QUESTIONNAIRE IN PATIENTS WITH TEMPOROMANDIBULAR DYSFUNCTION

Key words: Temporomandibular dysfunction – Psychology in dentistry

The use of a questionnaire in a TMD-clinic seems to be a useful aid in diagnosis and treatment of patients with TMD. By using such a questionnaire, it becomes clear which patients have to be advised to attend to psychosocial factors. Besides, the completion of the questionnaire before the first clinical examination often changes the opinion of patients about their complaints. The possible role of psychosocial factors is introduced gradually, and thereby, patients are more receptive to learn adaptive, coping strategies.

Tabel I. Aan de klacht bijdragende factoren volgens de patiënten (%).

	Bruxisme 's nachts	Bruxisme overdag	Stress	Angst/Depressie	Occlusie
Geen	45,7	52,0	55,2	59,3	38,5
Een beetje	14,6	25,0	20,8	20,8	17,7
Nogal	11,5	9,4	14,6	7,3	8,3
Veel	11,5	7,3	5,2	6,3	16,7
Erg veel	16,7	6,3	4,2	6,3	18,8

omdat de tandarts beter was voorbereid op het gesprek over de achtergrond van de klachten. Er werden wat stappen op de plaats gemaakt alvorens tot behandelen over te gaan en dit was vooral nuttig bij patiënten die veel niet-effectieve behandelingen achter de rug hadden maar desondanks veel haast hadden met het starten van een nieuwe behandeling. Ook het gesprek met de psycholoog verliep beter omdat deze kon aansluiten bij de gegevens die de patiënt in de lijst al naar voren had gebracht. De rol die de psycholoog in het TMD-team kon spelen, werd door het werken met de lijst duidelijker en efficiënter.

## 6 Conclusies

Het werken met een vragenlijst binnen een TMD-kliniek blijkt een goed hulpmiddel bij de diagnostiek en de behandeling van patiënten met TMD. Niet alleen wordt steeds duidelijker welke patiënten moet worden geadviseerd aandacht te besteden aan psychosociale factoren, ook kan het invullen van de vragenlijst worden gezien als een onderdeel van de behandeling. Bij het invullen van de lijst vóór het eerste onderzoek en de behandeling verandert vaak al de opvatting die de patiënten hebben over de klachten. Het mogelijke belang van psychosociale factoren in verband met de gepresenteerde klachten wordt geleidelijk geïntroduceerd en patiënten staan daardoor meer open voor het aanleren van copingvaardigheden. Op grond van deze ervaringen lijkt het nuttig om het gebruik van een vragenlijst bij CMD-patiënten ook te introduceren en te toetsen bij de algemeen practicus.

## Literatuur

- 1 Dworkin SF, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders. Review, criteria, examinations and specifications, critique. *J Craniomand Dis Facial Oral Pain* 1992; 6: 301-58.
- 2 Loeser JD, Fordyce WE. Chronic Pain. In: Carr JE, Dengerink HA, red. Behavioral science in the practice of medicine. New York: Elsevier Biomedical, 1983: 331-47.
- 3 Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
- 4 Broersma-Meulen MJ van der. Angst en depressie bij craniomandibulaire dysfunctie: Het gebruik van de Symptom Checklist 90. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1994; 101: 16-20.