

# Oppassen voor valkuilen

## De problematiek van de somatiserende patiënt

**Samenvatting.** Somatisering is de aanduiding van een proces waarbij emotionele problemen en spanningen voornamelijk lichamelijk worden ervaren en worden gepresenteerd in de vorm van een lichamelijke klacht. Dit fenomeen is een potentiële valkuil voor de tandarts. Worden de klachten niet op tijd herkend dan kan dit leiden tot een groot aantal overbodige en onjuiste behandelingen. Dit artikel beoogt enkele handvatten aan te reiken bij het vroegtijdig herkennen, behandelen dan wel verwijzen van deze patiëntencategorie.

JONGH A DE. Oppassen voor valkuilen. De problematiek van de somatiserende patiënt. Ned Tijdschr Tandheelkd 1997; 104: 149-51.

Uit de vakgroep Sociale Tandheelkunde en Voorlichtingskunde van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA).

Trefwoorden: Psychologie – Somatisatie – Psychopathologie

Datum van acceptatie: 19 november 1996.

Adres: Dr. A. de Jongh, ACTA, Louwesweg 1, 1066 EA Amsterdam.

### 1 Casus

Mevrouw De Winter [om redenen van privacy is o.a. de naam van de patiënt gewijzigd] wordt verwezen naar een centrum voor bijzondere tandheelkunde vanwege onduidelijke, chronische pijnklachten op drie plaatsen in de mond. Ze heeft hiervoor reeds een groot aantal behandelingen ondergaan, zonder dat dit echter tot het gewenste resultaat heeft geleid. Telkens werden vullingen aangebracht die daarna weer werden vervangen, omdat de pijn bleef aanhouden. Uiteindelijk werden wortelkanaalbehandelingen uitgevoerd. Omdat ook die niet bleken te helpen, werd besloten tot apexresecties aan twee elementen. Ook hierna verdwenen de klachten niet. De eigen tandarts zou haar uiteindelijk de praktijk hebben uitgezet, nadat zij bleef klagen en aandringen op verdere behandeling. Volgens mevrouw De Winter deed hij dit met de mededeling dat er 'meer aan de hand was' en wilde voorkomen haar 'op den duur als zeur te gaan zien'.

Mevrouw De Winter heeft, ten einde raad, in relatief korte tijd vele hulpverleners bezocht: diverse tandartsen, twee kaakchirurgen, een endodontoloog, twee homeopaten, een maatschappelijk werkster en een psycholoog. Naarmate meer deskundigen werden geraadpleegd, nam niet alleen het aantal zienswijzen, diagnoses, therapieën en nieuwe verwijzingen toe, maar ook de wanhoop en de onzekerheid omtrent een adequate oplossing van het probleem. Volgens één van de tandartsen zouden onbewuste spierbewegingen de pijn verklaren, terwijl een kaakchirurg het op niet goed uitgevoerde endo's hield en apexresecties voorstelde. Een andere tandarts gaf aan een verwijzing naar een homeopaat of een psycholoog te prefereren, omdat de oorzaak van het probleem elders in het lichaam en waarschijnlijk 'tussen de oren' moest worden gezocht. Een maatschappelijk werkster daarentegen zou haar hulp (tijdelijk) hebben gestopt, omdat zij 'eerst maar eens het medische circuit moest doorlopen'.

Mevrouw De Winter is een alleenstaande werkeloze vrouw van 48 jaar. Ze heeft een aantal jaren vrijwilligerswerk verricht en een aantal studies opgepakt, die zij nooit heeft afgemaakt. Ze zegt van zichzelf dat zij een ongewenst kind is en dat het haar daardoor aan 'fundamentele gevoelens van zekerheid' ontbreekt. Zij heeft in het verleden langdurig psychotherapie gehad. Vanaf haar zestiende jaar werd ze behandeld, naar eigen zeggen wegens 'concentratieproblemen'. Daarna volgde nog eens vier jaar groepstherapie en één jaar individuele therapie. Ook is zij drie jaar opgenomen geweest in een psychiatrische instelling. Dit gebeurde kort na het overlijden van een vriend. Direct na afloop van de begrafenis kreeg ze last van kiespijn en heeft ze een kies laten trekken. Nu heeft ze er spijt

van dat zij dit ooit heeft laten gebeuren en vraagt ze zich af of er niet sprake geweest kan zijn van pijn als gevolg van psychische spanningen en onverwerkt verdriet.

Mevrouw De Winter heeft het idee dat haar huidige pijnklachten ('mijn zwakke plekken') zich vooral openbaren in perioden dat ze 'op zichzelf is teruggeworpen'. Haar problemen bespreekt ze alleen met haar broer, die ze daarvoor regelmatig 's nachts uit bed belt. Eigenlijk zou ze graag eens op vakantie willen, maar durft er – uit angst zich alleen te zullen voelen – niet aan toe te geven. Ze voelt zich vaak bedroefd als gevolg van de hopeloze en eenzame situatie waarin ze verkeert en heeft de neiging zichzelf steeds verder terug te trekken. Mevrouw De Winter gebruikt per dag 2 à 3 maal 500 mg naproxen (analgeticum) en 2 maal 10 mg oxazepam (anxiolyticum).

Bovenstaande casus is een voorbeeld van een geïsoleerd leven, depressieve patiënt met een problematiek die het resultaat is van een samenspel van emotionele spanningen en lichamelijke klachten. Opvallend is het relatief grote aantal chronische pijnklachten zonder duidelijke oorzaak, die ook na behandelingen persisteerden. Het feit dat behandelingen bij voortdurende niet het gewenste effect hebben, maakt dat de patiënt steeds wanhopiger wordt. De druk die behandelaars als gevolg hiervan ervaren, kan gemakkelijk leiden tot een neiging wisselende diagnoses te stellen, dan wel (alternatieve) aanpakken voor te stellen.

### 2 De relatie tussen emotionele problemen en ziekte

Het idee dat psychische spanningen lichamelijke schade kunnen veroorzaken heeft een lange historie. Stemmingen en emoties zoals liefdesverdriet en heimwee werden door de eeuwen heen verantwoordelijk geacht voor een groot aantal ziektebeelden. In de jaren dertig van deze eeuw werd de term 'psychosomatisch' populair, een aanduiding die verwijst naar de notie dat voor sommige lichamelijke ziekten een belangrijke rol aan psychische factoren ('onopgeloste neurotische conflicten') moet worden toegekend. Men spreekt in dit verband wel van 'psychosomatosen'. Er is inderdaad enige empirische steun voor de zienswijze dat psychische factoren een rol kunnen spelen bij het ontstaan of beloop van lichamelijke ziekten (bijv. astma bronchiale en coronair lijden), maar de betekenis ervan lijkt veel minder dan aanvankelijk werd gedacht.<sup>1</sup>

Als we het hebben over lichamelijke ziekten met een veronderstelde psychische component in de etiologie dan hebben we het dus over aantoonbare afwijkingen. Het omgekeerde is ook mogelijk: men heeft lichamelijke klachten zonder dat er

van een lichamelijke ziekte sprake is. Dit is het geval in bovenbeschreven casus. We spreken dan over *somatisatie* of *somatisering*.<sup>1,2</sup> Somatiseren wordt gedefinieerd als de neiging om somatische symptomen te ervaren die niet medisch kunnen worden verklaard.<sup>3,4</sup> Letterlijk betekent het: 'het toeschrijven aan het lichaam'. Aangenomen wordt dat psychische spanningen op deze wijze worden 'vertaald' in lichamelijke klachten. Somatiserende patiënten hebben daarentegen zelf de overtuiging dat er sprake is van een lichamelijke of tandheelkundige aandoening, waar (als het kan snel) iets aan moet worden gedaan.

### 3 Psychiatrische stoornissen

Schattingen over het aantal klachten zonder duidelijk lichamelijk substraat in de huisartspraktijk variëren van 5 tot 65%.<sup>5</sup> Cijfers over somatisatie in de tandheelkundige praktijk ontbreken geheel. Wel zijn er gegevens van patiënten met chronische pijn. Hieruit komt naar voren dat chronische pijn op tandheelkundig gebied en psychische problemen vaak samen voorkomen. Zo kon bij 9 van de 10 patiënten met onverklaarde chronische pijn op tandheelkundig gebied (met een gemiddelde duur van meer dan 4 jaar) een psychiatrische stoornis worden vastgesteld.<sup>6</sup> Hierbij ging het voornamelijk om stemmingsstoornissen (depressie) en somatoformestoornissen.<sup>7</sup> Wat deze laatste categorie betreft zijn voor de tandheelkundige praktijk vooral hypochondrie en de somatisatiestoornis van belang.

Bij *hypochondrie* gaat het om mensen met de angstige overtuiging aan een ernstige ziekte te lijden.<sup>7</sup> Deze angst wordt in stand gehouden door een voortdurende neiging om lichamelijke verschijnselen te (mis)interpreteren in termen van een ernstige, levensbedreigende ziekte.<sup>8,9</sup> Dit betekent overigens niet dat de mensen die aan deze aandoening leiden ook altijd lichamelijke klachten hebben. Dit in tegenstelling tot de *somatisatiestoornis*,<sup>7</sup> waarbij het gaat om een grote variëteit van klachten (ten minste 8 klachten uit verschillende orgaansystemen), met een lange geschiedenis (begonnen voor het 30e jaar), die niet kunnen worden toegeschreven aan een lichamelijke ziekte. Veel voorkomende klachten zijn slikproblemen, kortademigheid, pijnlijke menstruaties, branderige gevoelens in de geslachtsorganen, amnesie, braken, en pijn in de ledematen. Somatisatiestoornis komt vooral bij vrouwen voor. Kenmerkend is een lange lijst van somatische diagnoses en ingrepen. Veelal ontvangen mensen met deze aandoening zorg van een aantal (tand)artsen tegelijkertijd. Er bestaan grote verschillen in de mate waarin mensen somatiseren. Variërend van mensen met een extreme vorm op wie een psychiatrische diagnose past (somatisatiestoornis, hypochondrie) tot mensen op wie dit niet van toepassing is.

### 4 Hoe wordt somatisering in stand gehouden?

Aangenomen wordt dat bij somatisering onderliggende, grotendeels onbewuste motieven en rol spelen.<sup>10</sup> Men spreekt in dit verband wel van *ziektewinst*, een situatie waarin de symptomen in stand worden gehouden doordat de patiënt 'er iets voor terugkrijgt'. Bijvoorbeeld in de vorm van aandacht of sympathie van anderen, doordat men door het genereren van klachten ontslagen wordt van verplichtingen of verantwoordelijkheden, of doordat er financieel voordeel door wordt behaald (bijv. uitkeringen). Omdat de patiënt voortdurend een beroep op hulpverleners en behandelaars blijft doen, wordt de uitzichtloze situatie voortgezet zonder dat de patiënt zichzelf gelegenheid gunt om ideeën op te doen over hoe de moeilijkheden bewust aan te pakken. Daarnaast bezitten

Tabel I. Hoe herkent men de somatiserende patiënt

- Allerlei behandelingen zijn tevergeefs: de klachten komen steeds terug.
- De patiënt is sterk gepreoccupeerd met zijn klachten.
- De (presentatie van de) ernst van van de klachten komt niet overeen met hetgeen men op grond van kennis, ervaring of röntgendiagnostiek zou verwachten.
- Samenhang tussen klachten en spanningen in het leven (thuis, werk) van patiënt, die door de patiënt niet worden (h)erkend. Oorzaak en oplossing liggen volgens de patiënt op het somatisch terrein.
- De patiënt is voor allerlei klachten in behandeling (geweest) bij meerdere (tand)artsen, meestal zonder blijvend succesvol resultaat.
- Aanwezigheid van depressieve symptomen.
- De klachten leveren 'ziektewinst' op (de patiënt krijgt er iets positiefs voor terug).

zowel somatiserende als hypochondrische patiënten een opmerkelijk selectieve aandacht voor informatie die tot bevestiging van hun al bestaande overtuigingen leidt ('confirmatory bias'). Dit fenomeen heeft tot gevolg dat lichamelijke verschijnselen verkeerd worden waargenomen en geïnterpreteerd als bewijs voor afwijkend lichamelijk functioneren.

Ook de rol die de behandelaar kan spelen bij het versterken van het somatiseringsproces moet niet worden onderschat. Naarmate meer behandelaars bezocht worden, neemt de kans toe dat normale variaties in lichamelijk functioneren, die tot dan toe onopgemerkt waren gebleven, nu onder de aandacht van vakspecialisten komen en worden gezien als nieuw of afwijkend van de norm. Het komt nogal eens voor dat allerlei behandelingen worden uitprobeerd zonder dat men zich realiseert dat ze de patiënt bevestigen in zijn of haar klachten. Het gevolg is dat het somatisatiegedrag wordt versterkt en dat de medische consumptie verder toeneemt. Men spreekt in dit geval over *iatrogene somatische fixatie*.

### 5 Het herkennen van somatisatie in de tandartspraktijk

Om ongewenste verrassingen te voorkomen is het van belang somatiserende patiënten vroegtijdig te herkennen (tab. I).<sup>11</sup> Zo moet u op uw hoede zijn als een patiënt, zoals in de gepresenteerde casus, een groot aantal (pijn)klachten rapporteert, waarvan u zich langzamerhand begint af te vragen hoe het komt dat deze patiënt zo anders reageert dan het merendeel van uw patiënten. Dit is bijvoorbeeld het geval indien restauraties opmerkelijk vaak moeten worden overgemaakt en adequaat uitgevoerde behandelingen telkens niet het gewenste effect blijken te sorteren. Hierbij gaat het in de meeste gevallen om klachten, waarvan de oorzaak niet meteen duidelijk is en die weinig samenhang vertonen met hetgeen men op grond van tandheelkundige kennis, ervaring en/of röntgenbeelden zou verwachten. Als dit het geval is doet u er goed aan de diagnose 'somatisering' serieus in overweging te nemen.

Een ander kenmerk van somatiserende patiënten is dat zij hun problematiek trachten te negeren, of het idee hebben dat er voor hun problemen ('nu eenmaal') geen oplossing te vinden is. Daar tegenover staat een, in veel gevallen, opvallende preoccupatie met (pijn)klachten en een overdreven manier van presentatie ervan. Hierdoor ziet de tandarts zich niet zelden gedwongen tot behandelingen in te zetten die hij 'normaal' niet zondermeer zou overwegen en die elke rationele basis missen.

Voor de tandarts is het in de eerste plaats belangrijk om zich een beeld te vormen van de betekenis en functie die de klachten hebben in het dagelijks leven van de patiënt. Vanuit diagnostisch oogpunt is het bovendien van belang onderscheid te maken tussen hypochonders en ernstig somatiserende patiënten, die wel lichamelijke klachten hebben en die niet bang zijn iets ernstig te mankeren. Ofschoon beide categorieën voortdurend moeite zullen doen om de tandarts te raadplegen, heeft de hypochonder vooral de *geruststelling* nodig dat de verschijnselen die hij in zijn lichaam voelt niet op een ernstige aandoening wijzen. De sterk somatiserende patiënt daarentegen heeft vooral behoefte aan *erkenning*, omdat hij veel klachten heeft en wil weten wat er aan de hand is, dan wel wat de oorzaak daarvan is.<sup>9,12</sup>

## 6 Behandeling

De behandeling van de somatiserende patiënt leidt niet zelden tot wederzijdse irritaties. Bijvoorbeeld het ongenoegen van de patiënt over het feit dat de behandelingen niet tot een gunstig effect leiden en toch de rekening moet worden betaald. Maar ook de tandarts kan zich vreselijk ergeren aan het hardnekkig klagende en claimende gedrag van de patiënt, die de deur blijft platlopen over een probleem en een behandeling waar al zoveel in is geïnvesteerd. Men spreekt in dit verband dan vaak over 'hypochonders', 'zeurende' of 'zuigende' patiënten. Soms wordt de patiënt afgewimpeld door te stellen dat het 'tussen de oren zit' of wordt hij op de valreep nog geconfronteerd met een nieuwe diagnose (bijv. 'CMD'), gecombineerd met een verwijzing. In andere gevallen leidt het somatisatiegedrag tot een directe confrontatie en een definitieve breuk in de tandarts-patiëntrelatie. Een andere mogelijkheid is dat de patiënt verdwijnt in het circuit van de alternatieve gezondheidszorg, om zich na verloop van tijd bij een andere tandarts aan te dienen, bijvoorbeeld met het verzoek alle aanwezige amalgaamvullingen over te maken.<sup>13</sup>

Als patiënt en de hulpverleners niet erkennen dat het somatisatiegedrag samenhangt met onderliggende, psychische of sociale problemen en de hulpverleners alleen aandacht schenken aan de somatische kanten van de klacht, is de kans groot dat een serie van nutteloze en overbodige behandelingen het gevolg is. Daarom wordt aangeraden van meet af aan in de relatie met patiënten een klimaat te scheppen waarin relevante psychische en sociale factoren aan bod kunnen komen.<sup>11</sup>

De behandeling dient zich in de eerste plaats te richten op beteugeling van het ziektegedrag door, waar mogelijk, de cirkel van emotionele problemen, somatisering, diagnostiek, behandeling, resterende klachten, gevoelens van wanhoop, enzovoorts te doorbreken. Concreet betekent dit in de meeste gevallen een niet verder meegaan met de (somatische) wensen en de oplossingen van de patiënt en derhalve een grote terughoudendheid ten aanzien van de tandheelkundige aanpak. Dit

dient dan wel te worden gecombineerd met een stijl van voortdurend erkenning en uitleg geven.

Een niet onbelangrijke complicerende factor in de aanpak van de somatiserende patiënt is het feit dat indien deze wordt geconfronteerd met de mogelijkheid dat emotionele problemen en spanningen in zijn leven een rol zouden kunnen spelen, dit in de meeste gevallen niet wordt erkend. Soms heeft dit een averechts effect. De patiënt voelt zich niet serieus genomen ("Ik voel de pijn toch zeker zelf, ik ben niet gek"). Toch zal het, zeker in gecompliceerde gevallen, noodzakelijk zijn de patiënt te motiveren deskundige (psychologische) hulp te zoeken of te verwijzen naar een centrum voor bijzondere tandheelkunde. Ook in dat geval zal er naar moeten worden gestreefd de diagnostiek en behandelingen te beperken tot één behandelaar. Er zijn aanwijzingen vanuit de huisartspraktijk dat, door een vorm van management met deze patiënten af te spreken, nodeloos rondlopen in het medisch-somatische circuit grotendeels kan worden voorkomen.<sup>14</sup>

## Literatuur

- 1 Rooijmans HGM. Stoornissen met bijzondere somatische klachten en verschijnselen. In: Vandereycken W, Hoogduin CAL, Emmelkamp PMG, red. Handboek Psychopathologie deel I. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1990.
- 2 Everaerd WTAM, Kolk AM. Somatisatie. In: Handboek Klinische Psychologie. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1993.
- 3 Reitsma B, Duinkerke ASH, Wijma K. Somatisering en somatische fixatie bij patiënten in de tandartspraktijk. Ned Tijdschr Tandheelkd 1985; 92: 269-73.
- 4 Lipowski ZJ. Somatization: The concept and its clinical application. Am J Psychiatry 1988; 145: 1358-68.
- 5 Cox MF. De vroegtijdige herkenning van somatisatie in de huisartspraktijk. Den Haag: Pasmans B.V., 1992.
- 6 Huges AM, Hunter S, Still D, Lamey PJ. Psychiatric disorders in a dental clinic. Br Dent J 1989; 166: 16-9.
- 7 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (vierde editie). Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
- 8 Warwick HMC. Assessment of Hypochondriasis. Behav Res Ther 1995; 33, 845-53.
- 9 Visser S, Bouman TK. Tobben met hypochondere en somatiserende patiënten. Directieve Therapie 1994; 14: 347-65.
- 10 Ford CV. The somatization disorders. Illness as a way of life. New York: Elsevier Biomedical, 1983.
- 11 Duinkerke ASH, Reitsma B, Wijma K. De tandheelkundige anamnese bij patiënten met somatische fixatie. Ned Tijdschr Tandheelkd 1984; 91: 511-5.
- 12 Visser S, Bouman TK. Cognitieve therapie bij hypochondrie: Een n = 2-studie. Gedragstherapie 1994; 27: 345-68.
- 13 Eijkman MAJ, Jongh A de. Amalgaam: Amalgaam verwijderd en patiënt genezen? Ned Tijdschr Tandheelkd 1994; 101: 50-3.
- 14 Bass CM. Assessment and management of patients with functional somatic symptoms. In: Bass CM, red. Somatization, physical symptoms and psychological illness. Oxford: Blackwell, 1990.

## Summary

### BEWARE OF PITFALLS: SOMATIZATION IN DENTAL PRACTICE

Key words: Psychology – Somatization – Psychopathology

Somatization is a process that makes that psychological and social problems are experienced physically and presented as a physical complaint. This phenomenon should be considered as a potentially dangerous pitfall for the dentist. Not recognizing the underlying problems may lead of unnecessary and inadequate treatments. The purpose of this article is to provide the dentist with practical guidelines for proper assessment, treatment and referral of this patient category.