

Psychische problemen in de tandartspraktijk: een dwangstoornis

Samenvatting. Iedere tandarts kan te maken krijgen met patiënten die ernstige psychische problemen hebben. Doel van dit artikel is de lezer informatie te verschaffen over de obsessieve-compulsieve stoornis, ofwel dwangstoornis. Een casusbeschrijving maakt duidelijk dat complexe vormen van psychopathologie, zoals dwangstoornis, het tandheelkundig behandelplan in sterke mate kunnen beïnvloeden.

JONGH A DE. Psychische problemen in de tandartspraktijk: een dwangstoornis. Ned Tijdschr Tandheelkd 1997; 104: 385-7.

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

Trefwoorden: Tandheelkundige behandeling - Psychopathologie - Dwangstoornis

Datum van acceptatie: 27 mei 1997.

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

1 Inleiding

De heer Wanders [om herkenning te voorkomen, zijn enkele gegevens waaronder de naam van de patiënt gewijzigd] wordt verwezen naar een centrum voor bijzondere tandheelkunde omdat in totaal vier (in een periode van twee jaar vervaardigde) bovenprothesen niet tot een bevredigend resultaat hebben geleid. Na het plaatsen van de laatste prothese blijft de patiënt klagen dat hij er niet aan kan wennen; vooral de stand van één van de voortanden vindt hij onbevredigend. De verwijzend tandarts is van mening dat hij zijn uiterste best heeft gedaan en heeft het gevoel dat er iets anders aan de hand is. "Is het wellicht 'iets psychisch'?", zo vraagt hij zich in zijn verwijsbrief af. Uit de gesprekken die de psycholoog van het centrum met de heer Wanders voert blijkt dat het om een ernstig depressieve man gaat en dat zijn protheseklacht niet op zichzelf staat. Uit zijn levensverhaal komt naar voren dat hij een moeilijke en ongelukkige pubertijd heeft doorgemaakt. Met vriendinnen wilde het niet lukken, waardoor hij zich steeds onzekerder over zijn uiterlijk is gaan voelen.

Het is in deze periode dat hij, tijdens een ontmoeting met een vriend, plotseling bemerkt dat er speekseldruppeltjes op het gelaat van zijn gesprekspartner belanden. Deze maakt hierover een opmerking, waardoor de heer Wanders schrikt en zich enorm schaamt. Vanaf dat moment begint het idee post te vatten dat hij, wanneer hij praat, anderen natspettert. Hij raakt zo gekweld door de gedachte anderen nat te spetteren dat hij meerdere uren per dag oefent met spreken voor de spiegel, waarna hij het spiegeloppervlak minutieus controleert op mogelijke spetters. Als de spiegel niet nat is, is hij weer even gerustgesteld. De heer Wanders raakt er steeds meer van overtuigd, dat het de stand van één van zijn bovenincisieven (11) is die het spetteren veroorzaakt. Ten einde raad bezoekt hij zijn tandarts en verzoekt hem, overigens zonder het over zijn probleem te hebben, een kroon te vervaardigen. Hij gooit het daarbij op de esthetiek; de tand is niet mooi en de stand is niet naar zijn zin. De tandarts gaat hiermee akkoord. Voor de heer Wanders is de oplossing echter slechts van tijdelijke aard en duurt tot het moment dat hij opnieuw speekselspettert denkt waar te nemen. Uit angst te zullen spetteren doet hij steeds meer moeite contacten met anderen te vermijden. Tegelijkertijd blijft hij de deur van de tandarts platlopen omdat hij de nieuwe kroon te dik vindt aanvoelen. Dit leidt ertoe dat hij voortdurend met zijn ondertanden tegen zijn kroon aandruwt, waardoor het element steeds pijnlijker gaat aanvoelen. De spetterobsessie heeft intussen zulke vormen aangenomen dat hij er meer dan tien uur per dag mee bezig is. Door angst en hopeloosheid gedreven laat hij zich door zijn huisarts naar een psychiater verwijzen. Opmerkelijk is overigens dat de schaamte voor zijn 'spetterprobleem' zo groot is dat hij zich wel laat

behandelen voor zijn neerslachtige gesteldheid en erectieproblemen, maar niet over het spetteren durft te praten.

Tijdens één van zijn bezoeken aan de tandarts stelt hij deze voor de tand te laten trekken en een brug te nemen. Enerzijds om van de pijn af te zijn, anderzijds om alsnog een standsverandering te bewerkstelligen. De tandarts stemt hier niet zonder meer mee in, maar legt het probleem voor aan de adviseerend tandarts van het ziekenfonds. Deze stelt een orthodontische behandeling voor. Daar de patiënt nog steeds niets over zijn spetteren durft te vertellen en ook niet als lastig wil worden gezien, gaat hij schoorvoetend met dit voorstel akkoord. Ook bij de orthodontist blijft hij volhouden dat de kroon niet lekker zit. Bovendien werkt hij met zijn tong de beugel er voortdurend uit. Hij laat zijn tandarts weten dat hij nu echt alles wil laten trekken. Bij wijze van compromis lukt het hem de tandarts zo ver te krijgen dat deze instemt met het op eigen kosten laten vervaardigen van een brug. Dit gebeurt, maar helaas doet dit zijn klachten niet afnemen; integendeel zelfs: pijn en depressieve stemming worden steeds erger. Hij sluit zich soms dagenlang in zijn kamer op en komt nauwelijks meer zijn bed uit. In één van de gesprekken met zijn psychiater geeft hij aan dat hij zoveel pijn aan zijn voortanden heeft dat hij overweegt een eind aan zijn leven te maken. De psychiater neemt zijn boodschap serieus en stelt hem voor zich twee weken ter observatie in een psychiatrische kliniek te laten opnemen. Bovendien krijgt hij antidepressiva voorgeschreven. Ook na deze twee weken blijft het suïcide gevaar zo groot dat de psychiater met de tandarts overlegt om het bovengebitt toch te laten extraheren. Daarvoor moet de patiënt dan wel een verklaring ondertekenen, hetgeen gebeurt. Na de extracties en het aanmeten van de bovenprothese zijn de problemen echter nog niet de wereld uit, zoals het begin van het verhaal duidelijk maakt.

Bovenstaande, voor menigeen wellicht enigszins absurd aan-doende, casus laat zien hoe ongeïdentificeerde psychische problemen een belangrijke invloed op het verloop van het tandheelkundig behandelplan kunnen uitoefenen. Dit artikel beoogt enkele handvatten aan te reiken bij het tijdig herkennen van patiënten met een complexe psychopathologie, in het bijzonder obsessieve-compulsieve stoornis, ofwel dwangstoornis.

2 Diagnostiek

De casus van de heer Wanders is het verhaal van een patiënt met een combinatie van ernstige psychische problemen. Zo is er duidelijk sprake van een *depressieve stoornis*, die wordt gekenmerkt door een sombere stemming, vermoeidheid of verlies van energie, slaapklachten en gevoelens van wanhoop

Tabel I: Belangrijkste diagnostische criteria voor dwangstoornis (DSM-IV).

- a. De aanwezigheid van dwanggedachten (obsessies) of dwanghandelingen (compulsies).
- b. De patiënt beschouwt de dwangverschijnselen op een bepaald moment als onzinnig of excessief.
- c. De klachten veroorzaken veel tijd (meer dan één uur per dag), veroorzaken klinisch belangrijk lijden, of verstoren de dagelijkse routine en het beroepsmatig of sociale functioneren van de betrokkene.

of hopeloosheid.¹ Het meest op de voorgrond staan echter de irrationele, obsessieve opvattingen van de patiënt over de stand van één van zijn voortanden en het spetteren dat daar het gevolg van is. Men zou daarom de diagnose *dysmorphofobie* kunnen overwegen.¹ In dat geval moet er sprake zijn van een ernstige preoccupatie met een lichamelijke afwijking van het uiterlijk (gezichtsasymmetrie, een grote neus of kin, de stand van de tanden enz.), terwijl daar objectief gezien geen reden voor is. Deze diagnose lijkt hier niet van toepassing. De heer Wanders heeft namelijk niet zo zeer last van een voortand die hij lelijk vindt, of de gedachte dat anderen dit vinden, maar wordt vooral geteisterd door de niet te beïnvloeden gedachte dat hij anderen natspettert wanneer hij praat. Dit idee is een ernstige obsessie geworden, die zijn leven ontwricht. Daarmee voldoet de heer Wanders aan de criteria voor een zogenaamde obsessieve-compulsieve stoornis, ofwel *dwangstoornis*.^{1,3} Zie tabel I voor een overzicht van de belangrijkste diagnostische criteria.

Dwangstoornis valt onder de categorie angststoornissen en wordt gekenmerkt door obsessies (dwanggedachten) en/of compulsies (dwanghandelingen). Dwanggedachten zijn hardnekkige gedachten die veel ongemak veroorzaken. Voorbeelden hiervan zijn gedachten over seksuele perversiteiten, godslastering, dat er iets heel ergs staat te gebeuren, zoals een plotselinge dood (bijv. door ziekten, zoals een hersenbloeding, een tumor of een hartaanval) of dat anderen letsel is toegebracht (bijv. zich zorgen maken iemand per ongeluk te hebben vermoord of een verkeersongeval te hebben veroorzaakt). Een persoon met een dwangstoornis kan per definitie niet stoppen met het denken aan de catastrofes die volgens hem boven zijn hoofd hangen.

Veelal probeert de betrokkene zijn angstwekkende gedachten te neutraliseren door andere gedachten op te roepen of door bepaalde (dwang)handelingen uit te voeren. Dit zijn handelingen die op een stereotype, rituele wijze worden uitgevoerd en relatief veel tijd in beslag nemen. Voorbeelden van dwanghandelingen zijn: dingen kopen, verzamelen, ordenen en controleren (zoals het in extreme mate controleren van sloten, ramen en gasfornuizen uit angst voor inbraak of brand). Dwanghandelingen kunnen worden gezien als een poging om angst te verminderen (zoals de spetteroefeningen voor de spiegel van de heer Wanders), maar zijn buitenproportioneel in relatie tot waarvoor ze bedoeld zijn. Ze veroorzaken aanzienlijke last en interfereren met het dagelijks leven omdat ze zeer tijdrovend zijn. Zo is meneer Wanders zo gepreoccupeerd met zijn gebit, dat hij er naar eigen zeggen acht jaar lang een groot deel van de dag mee bezig is. Het nadeel is dat hierdoor het probleem ongewild in stand wordt gehouden. Door de aandacht te richten op het gelaat van zijn gesprekspartner zal hij vanzelf kleine speelseldruppeltjes eerder waarnemen. Bovendien creëert hij situaties, zoals met de spiegel, die niet alleen tot angstreductie, maar evengoed tot een bevestiging van zijn eigen irrationele ideeën kunnen leiden. Schaamte

speelt in dit soort gevallen natuurlijk een grote rol. Het is nu eenmaal niet gemakkelijk om toe te geven dat je, ook in eigen ogen, de gehele dag bezig bent met compleet onzinnige dingen.

De gemiddelde 'life time'-prevalentie van de dwangstoornis wordt geschat op 2,4%.³ Daarnaast bestaat er een aanzienlijke overlap met andere stoornissen. Zo wordt geschat dat 75% van de mensen met een dwangstoornis ook last heeft van een depressie.⁴

3 Dwangstoornis in de tandartspraktijk

De tandarts kan op verschillende manieren met obsessies en dwanghandelingen van patiënten worden geconfronteerd. Het spetterprobleem van de heer Wanders is daar een betrekkelijk zeldzaam voorbeeld van. Een veel vaker voorkomende vorm van dwangstoornis in de tandartspraktijk is *smetvrees*. In dat geval heeft de inhoud van de gedachte betrekking op het besmet kunnen raken met allerlei soorten 'viezigheden' of een dodelijk virus waaronder HIV. Mensen met smetvrees proberen hun angst voor besmetting veelal tegen te gaan door zich veelvuldig en langdurig te wassen, soms wel uren lang. Deze vorm van dwanghandeling wordt *wasdrang* genoemd.

Voor de buitenwereld en als tandarts is het niet altijd duidelijk dat er sprake is van een psychisch probleem. Uit schaamte wordt er vaak niet met anderen over gesproken. Mogelijk kan de tandarts uit het gedrag van de patiënt wel op het spoor van een dwangstoornis, zoals smetvrees worden gezet. Zo zullen mensen die lijden aan smetvrees situaties als handschudden, bezoek aan het toilet van de praktijk en het aanraken van tijdschriften, deurknoppen of geld zo veel mogelijk vermijden. Ook komt het voor dat noodzakelijke behandelingen langdurig worden uitgesteld uit angst een (HIV)besmetting op te lopen.⁶

Een andere vorm van dwangstoornis waar de tandarts mee te maken kan krijgen is het dwangmatig aandacht besteden aan het gebit.⁵ Bijvoorbeeld als gevolg van het feit dat men geteisterd wordt door de gedachte dat elk voedseldeeltje een vijand is.⁶ In enkele gevallen uit zich dat in extreme vormen van *poetsdwang*, hetgeen tot grote schade aan tandvlees en tanden (abrasieën) kan leiden. Uit angst voor herkenning en schaamte voor de toestand van het gebit zullen ook mensen met een door poetsdwang beschadigd gebit een bezoek aan de tandarts zo veel mogelijk vermijden.

4 Ontstaan, beloop en behandeling

Er bestaan verschillende zienswijzen op het ontstaan van dwangsymptomen. Ofschoon er enige aanwijzingen zijn voor een genetische bijdrage en voor een stoornis in het serotonerge systeem, is de rol van biologische factoren nochtans onduidelijk.³

Meestal is er sprake van een geleidelijk begin en kent het beloop pieken en dalen die samenhangen met stressvolle gebeurtenissen in het leven van de patiënt. Wat betreft het in stand houden van de dwangsymptomen gaat men meestal uit van een leertheoretische verklaring. Nemen we de tandenpoetsdwang als voorbeeld dan laat deze zich als volgt verklaren. Doordat er een extreme angst bestaat caries of andere mondziekten op te lopen, worden de tanden voortdurend gepoetst. Op deze manier leert men dat angst of paniek wordt voorkomen. Als om wat voor reden dan ook toch de indruk bestaat dat er iets 'vies' op de tanden terecht is gekomen, wordt men angstig en voelt men een drang om de tanden grondig te gaan poetsen. Iemand met poetsdwang geeft hieraan gemakkelijk toe, omdat hij geleerd heeft dat de angst minder wordt als hij poetst. Om deze cirkel van angst en poetsen

te doorbreken is het essentieel dat de betrokkene leert inzien dat, ondanks dat hij zich vies voelt, de angst ook afneemt als hij geen dwanghandelingen (tandenpoetsen) verricht. Dit is ook bij voorkeur de strategie die door psychologen bij dwangstoornissen wordt toegepast. Toch zal vooral in het begin de spanning behoorlijk oplopen. Daarom is het belangrijk dat eerst wordt geoefend met situaties die de patiënt zonder veel spanning kan doorstaan. Ofschoon uit onderzoek blijkt dat deze methode ('exposure met responspreventie') het meest effectief is, blijft dwangstoornis een lastig te behandelen ziektebeeld. Schattingen geven aanleiding te veronderstellen dat ongeveer 40% van de patiënten met een dwangstoornis niet reageert op een behandeling.

Er zijn aanwijzingen dat met medicatie die gericht is op een verstoorde serotenerge neurotransmissie, waaronder clomipramine, fluvoxamine en fluoxetine, ook enig effect kan worden bereikt. Het effect van clomipramine is het meest overtuigend aangetoond.⁷ Wegens de sterke anticholinerge werking moet men als tandarts rekening houden met de nadelige gevolgen van een sterk verminderde speekselvloed bij mensen die clomipramine gebruiken.⁸

5 Besluit

De gepresenteerde casusbeschrijving maakt duidelijk dat psychische stoornissen de tandheelkundige behandeling nadelig kunnen beïnvloeden. Vroege herkenning van complexe psychische problemen is daarom uiterst belangrijk. Een complicerende factor is echter dat de patiënt vaak niet in staat (of bereid) is naar achterliggende psychische factoren en problemen te kijken. Hierdoor wordt belangrijke informatie achtergehouden, bijvoorbeeld omdat dit te schaamtevol of te bedreigend is. Doordat de werkelijke problemen van de patiënt lange tijd onopgemerkt blijven, zal de tandarts zijn uiterste best blijven doen een adequate tandheelkundige oplossing te zoeken. De tandarts is nu eenmaal geen psycholoog en houdt dus vast

aan zijn somatisch-technische benadering. Wanneer de ingezette behandelingen niet het gewenste resultaat opleveren en de patiënt een beroep op de tandarts blijft doen, zal deze zich in toenemende mate vertwijfeld afvragen wat hij verkeerd heeft gedaan. Ook zal hij zich steeds meer gaan ergeren aan de ontevreden klant die de deur blijft platlopen. Dit leidt niet zelden tot een patroon van irritatie, boosheid, nodeloze behandelingen, frustratie en toenemende hopeloosheid.

Is er reden om te vermoeden dat psychische problemen met de tandheelkundige behandeling interfereren (bijv. in het geval dat adequaat uitgevoerde behandelingen telkens niet tot een bevredigend resultaat leiden) dan is het verstandig een verwijzing naar een psycholoog of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde in overweging te nemen.

Literatuur

- 1 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4e druk). Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
- 2 Emmelkamp PMG, Bouman T, Scholing HA, red. Angst, fobieën en dwang: diagnostiek en behandeling. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1989.
- 3 Oppen, P, Emmelkamp PMG. Dwangstoornis. Handboek Klinische Psychologie. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1994.
- 4 Black, A, Noyes R. Co-morbidity of the obsessive compulsive disorder. In: Maser JD, Cloninger CR, red. Comorbidity of mood and anxiety disorders. Washington: American Psychiatric Press, 1990.
- 5 De Jongh A. Angststoornissen in de tandartspraktijk. Deel I: Het herkennen van angstpatronen. Ned Tijdschr Tandheelkd 1994; 101: 137-40.
- 6 Eijkman MAJ. Misverstand en communicatie. In: Linn EW, Eijkman MAJ, red. Leerzame mislukkingen uit de tandheelkundige praktijk. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1995.
- 7 Greist JH, Jefferson JW, Kobak KA, Katzelnick DJ, Serlin RL. Efficacy and tolerability of serotonin transport inhibitors in obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. Arch Gen Psych 1995; 52: 53-63.
- 8 Friedlander AH, Serafetinides EA. Dental management of the patient with obsessive-compulsive disorder. Spec Care Dent 1991; 11: 238-42.

Summary

MENTAL DISORDERS IN THE DENTAL PRACTICE: OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER

Key words: Dentistry – Mental disorders – Obsessive-compulsive disorder

The aim of the present paper is to inform the reader about individuals who are suffering from severe mental disorders, such as obsessive-compulsive disorder (OCD). A case story enlightens the fact that anxiety disorders like OCD can have profound implications for the dental treatment plan.