



# De rol van de psycholoog bij de behandeling van bruxisme

M.J. van der Meulen<sup>1,2</sup>  
F. Lobbezoo<sup>1</sup>  
M. Naeije<sup>1</sup>

Hoewel de rol die psychologische factoren spelen bij het ontstaan, versterken en in stand houden van bruxisme en andere parafuncties ter discussie staat, wordt de bijdrage van een psycholoog bij de behandeling van de individuele patiënt aanbevolen. De taak van de psycholoog bestaat uit diagnostisch onderzoek en behandeling, hetgeen meestal een kortdurende cognitieve gedragstherapie inhoudt. De psychologische diagnostiek gebeurt met behulp van een vragenlijst, een psychologische test en een of meerdere gesprekken. De behandeling is erop gericht het bruxisme te leren herkennen, alternatief gedrag te leren en factoren die het bruxisme versterken, anders te leren hanteren. De behandeling gebeurt zowel individueel als in groepsverband.

MEULEN MJ VAN DER, LOBBEZOO F, NAIJE M. De rol van de psycholoog bij de behandeling van bruxisme. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2000; 107: 297-300.

## Inleiding

Bruxisme en andere parafuncties, zoals nagelbijten en vacuümzuigen met de tong, worden al geruime tijd in verband gebracht met psychologische factoren. Psychoanalytische verklaringen voor bruxisme, waarbij bijvoorbeeld klemmen en knarsen worden uitgelegd als een reactie op gefrustreerde driften en behoeften, konden echter niet wetenschappelijk worden ondersteund (Mikami, 1977). Evenmin leverde een speurtocht naar persoonlijkheidsprofielen die kenmerkend zouden zijn voor bruxisten, concrete resultaten op (Glaros en Rao, 1977). De leerpsychologische benadering bleek de invloed van psychologische factoren op bruxisme beter te kunnen verklaren (Ayer en Hirschman, 1972). Bovendien leidde de op de leertheorie gebaseerde vorm van psychotherapie, de gedragstherapie, tot meer concrete en toetsbare behandelingsresultaten (Gale en Funch, 1984; Dworkin *et al*, 1994). Bruxisme wordt in deze benadering gezien als gedrag dat door leertheoretische principes, zoals conditionering, wordt bepaald: volgend op het bruxisme kunnen bekrachtigende ('belonende') factoren werkzaam zijn, die van invloed zijn op de frequentie waarmee het bruxisme optreedt. Voorafgaand aan het bruxisme kunnen steeds meer spanninggevendende situaties ontstaan die het bruxisme oproepen of versterken. In verschillende onderzoeken is aangetoond dat psychologische stress bij bruxisten resulteert in een toegenomen kauwspieractiviteit (Rao en Glaros, 1979; Rugh, 1983; Hathaway, 1995). Hoewel de validiteit van de relatie tussen stress en bruxisme momenteel ter discussie staat, is de rol van de psycholoog bij de diagnostiek en de behandeling van bruxisme desalniettemin groot. Op individueel niveau lijkt stress nog steeds een etiologische factor van betekenis te zijn (zie elders in dit themanummer Lobbezoo en Naeije).

## Diagnostiek

Hoewel de vermeende oorzaak-en-gevolgrelatie tussen bruxisme en craniomandibulaire dysfunctie (CMD)

allerminst duidelijk is (Stegenga en Lobbezoo, 2000), wordt bruxisme meestal onderzocht in verband met CMD-klachten. Binnen het multidisciplinaire behandelings-team tracht de psycholoog zich een oordeel te vormen over het gewicht van de psychologische factoren bij de etiologie en de behandeling van de individuele patiënt, zowel wat de CMD-klachten als het bruxisme betreft. Een methode die in toenemende mate wordt gebruikt, is de CMD-klachten volgens een meer-assig systeem te diagnosticeren. De tweede, psychologische as wordt in eerste instantie onderzocht met behulp van een vragenlijst (Dworkin en LeResche, 1992). De psycholoog beoordeelt de antwoorden op vragen over beleving en hantering van CMD-klachten, de aard en de mate van hinder die de patiënt ondervindt bij het dagelijkse functioneren ten gevolge van deze klachten, de aard en de mate van parafunctionele activiteit, bronnen van stress en eventuele andere stressgevoelige klachten. Ook wordt een klachtenlijst ingevuld, de SCL90, waaruit de mate van depressiviteit en angst en de somatische klachten waaraan de patiënt lijdt, kunnen worden beoordeeld. Op grond van beide vragenlijsten worden patiënten geïdentificeerd die dysfunctioneel met hun klachten omgaan en waarbij de kans op een succesvolle behandeling waarschijnlijk minder groot is (Dworkin en LeResche, 1992). Belangrijk is, dat er een eerste taxatie plaatsvindt van de rol die stress en parafuncties zouden kunnen spelen bij het instandhouden van de CMD-klachten.

In overleg met de tandarts wordt vervolgens bepaald of de betrokken patiënt voor nader onderzoek verwezen wordt naar de psycholoog. Deze kan in een gesprek een betere indruk krijgen van het psychologisch functioneren van de patiënt en beoordelen welke behandeling geïndiceerd is. Afhankelijk van de aard en de omvang van de psychologische problematiek kan worden bepaald of de patiënt in aanmerking komt voor een korte, gedragstherapeutische aanpak van het bruxisme/CMD-probleem of dat verwijzing naar een instantie, waar intensievere vormen van psychotherapie worden aangeboden, is aangewezen.

## Samenvatting

Trefwoorden:

- Bruxisme
- Psychologie
- Gedragstherapie

Uit 'de afdeling Orale Functioneleer, sectie Craniomandibulaire Dysfunctie en 'de Stichting voor Bijzondere Tandheelkunde van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA).

Datum van acceptatie: 20 maart 2000.

Adres:

M.J. van der Meulen  
ACTA  
Louwesweg 1  
1066 EA Amsterdam

## Overzicht van gedragstherapeutische behandelingsvormen

Het uitgangspunt bij de behandeling is dat zowel het slaap- als het waakbruxisme door stressfactoren kunnen worden versterkt. Volgens deze zienswijze zou het bewerkstelligen van stressreductie met behulp van stressmanagementtechnieken tot afname van beide vormen van bruxisme moeten leiden. Voor het waakbruxisme zijn daarnaast enkele methoden beschikbaar, die moeilijk tijdens de slaap kunnen worden toegepast, zoals zelfregistratie en 'habit reversal'. Het is mogelijk, maar niet aangetoond, dat reductie van waakbruxisme eveneens zal leiden tot reductie van slaapbruxisme.

De gedragstherapeutische behandeling van bruxisme bestaat uit één of meer van de volgende onderdelen: 1. Informatie; 2. Zelfregistratie; 3. Reductie van bekrachtigende factoren; 4. Ontspanningsoefeningen en 5. Stressmanagement.

### Informatie

Om de gewoonte beter te leren herkennen wordt eerst informatie over slaap- en waakbruxisme gegeven. In de praktijk zal dit vaak als eerste door de behandelende tandarts gedaan worden. Het betreft dan uitleg over de in de mond aangetroffen sporen van bruxisme en informatie over de mogelijke effecten van deze gewoonte, bijvoorbeeld gebitsslijtage, pijn rond het kaakgewricht, kiespijn, en dergelijke.

### Zelfregistratie

Om te herkennen in welke gedragsketen het bruxisme besloten ligt, begint de behandeling met het systematisch registreren door de patiënt van momenten waarop waakbruxismeactiviteiten plaatsvinden. Aan de patiënten wordt gevraagd een logboek bij te houden waarin wordt vermeld wanneer het bruxisme optreedt en welke situaties aanleiding lijken te zijn voor parafunctionele activiteiten. Als iemand zich bij de zelfregistratieopdracht niet voldoende bewust is van het bruxeren, kan de hulp van een partner of familielid worden ingeroepen. Ook kan er gebruikgemaakt worden van stickers. Deze worden op plaatsen in huis of op het werk geplakt waar men regelmatig met de ogen langskomt en er wordt afgesproken dat op zo'n moment gelet zal worden op activiteiten van de kaak.

Het doel van deze uitgebreide zelfobservatie is de frequentie en de beïnvloedende factoren te leren herkennen, zodat patiënt en hulpverlener weten waar het probleem het beste kan worden aangepakt. Dit leidt niet alleen tot inzicht in de gewoonte, maar soms al tot een reductie ervan (Rosen, 1981). Toch is herkennen en bewust worden niet altijd voldoende om het bruxisme te reduceren.

### Reductie van bekrachtigende factoren

Verschillende technieken zijn, met wisselend succes, voorgesteld om de bekrachtigende (belonende) factoren

van het bruxisme aan te pakken. Zo is getracht, volgens het principe van aversieve conditionering, met een hard geluid volgend op een bruxisemoment, bij wijze van straf, het bruxisme te reduceren. De effecten van een dergelijke behandeling bleken echter van korte duur te zijn (Heller en Strang, 1973). Meer resultaat werd geboekt met de methode van 'massed practice'. Gebaseerd op het mechanisme van reactieve inhibitie leidt 'bruxisme', dat in opdracht gedurende enige tijd (bijv. 5 seconden) moet worden uitgevoerd, tot pijn en ongemak; het stoppen met bruxisme juist tot een prettig gevoel. Zo wordt het niet-bruxeren de bekrachtigende factor (Ayer en Levin, 1973). In een later onderzoek werd echter geen effect met deze techniek gevonden (Heller en Forgione, 1975). Bij 'habit reversal', een derde techniek ter reductie van bekrachtigende factoren, volgt op zelfregistratie een periode waarin ernaar gestreefd wordt de gedragsketen, die eindigt in het waakbruxisme, zo vroeg mogelijk te stoppen. Dit gebeurt door het bruxisme te vervangen door een activiteit die tegenovergesteld is aan de gewoonte, maar waarbij hetzelfde musculoskeletale systeem betrokken is, bijvoorbeeld het openen van de mond. Een behandeling met de habit reversal-techniek had reductie van waakbruxisme tot gevolg bij vier patiënten, waarvan er vervolgens twee aanvullende behandeling kregen met stressmanagementtechnieken. De positieve resultaten bleken gehandhaafd bij follow-up-onderzoek na twaalf maanden (Rosenbaum en Ayllon, 1981).

### Ontspanningstechnieken

Ontspanningstechnieken vormen een vast onderdeel van de psychologische behandeling van bruxisme. Aangezien het bij bruxisme gaat om een (ongewenste) spieractiviteit is het alternatieve gedrag het ontspannen van die spieren. Er zijn verschillende effectieve ontspanningmethoden gebruikt bij de behandeling van bruxisme (Moss *et al*, 1983). Bij de progressieve relaxatietraining van Jacobson (1938) wordt het ontspannen van de spieren in het hele lichaam geleerd door beurtelings spieren aan te spannen en daarna weer los te laten, waardoor het verschil tussen spanning en ontspanning beter herkend wordt. Ook wordt hiermee een steeds dieper niveau van ontspanning bereikt. De kauwspieren doen met deze ontspanning mee. Als men op een bepaald moment de kaak los wil houden, weet men hoe dat moet. Door de herhaalde concentratie op spierspanning en ontspanning herkent iemand bovendien de momenten waarop de spieren weer verstrakken, zodat bruxismeactiviteit eerder wordt gesignaleerd. Dit draagt ook bij aan de nauwkeurigheid bij de zelfregistratie. Patiënten ontvangen een geluidscassette met deze oefeningen zodat zij thuis regelmatig kunnen ontspannen. Ontspanningsoefeningen kunnen een effect hebben op waakbruxisme, maar het is mogelijk dat ontspanningsoefeningen vlak voor het inslapen ook het slaappatroon en daarmee het slaapbruxisme gunstig kunnen beïnvloeden.

Een andere methode om te leren ontspannen is myo-

feedbacktraining. Bij myofeedback wordt op een gestandaardiseerde manier informatie over spierspanning in de kauwspieren teruggekoppeld naar de patiënt, met behulp van elektromyografische apparatuur (Visscher *et al*, 2000). Ook andere ontspanningsmethoden, zoals hypnose, worden soms bij de behandeling van bruxisme gebruikt (Dworkin, 1997).

### Stressmanagement

In verschillende recente onderzoeken werden goede resultaten verkregen met cognitieve gedragstherapeutische technieken bij CMD-patiënten, waarbij de hierboven beschreven methoden van gedragstherapie gecombineerd worden met stressmanagementtechnieken. Hierbij wordt ervan uitgegaan dat stressvolle situaties het bruxisme doen toenemen en dat methoden om reductie van bruxisme te bewerkstelligen in stressmanagement moeten worden gezocht.

Langdurige stress leidt vaak tot lichamelijke spanning, waaronder spanning rond de kaken. Ontspanningsoefeningen zijn daarom ook geschikt om stressreductie tot stand te brengen. Andere aandachtspunten die bijdragen aan het minder gespannen leren reageren op potentieel stressverhogende situaties zijn: a. Cognities; b. Tijdmanagement; c. Assertiviteit; d. Vergroten van de eigen weerbaarheid.

*Cognities.* Een stressreducerende methode is het veranderen van de cognitieve (kennis-gerelateerde) verwerking van ervaringen. Volgens de opvatting van cognitieve therapeuten worden sterke emoties niet zozeer opgeroepen door de gebeurtenissen zelf, maar door de manier waarop die gebeurtenissen geïnterpreteerd worden. Zo is het teleurgesteld zijn over het zakken voor een examen een reactie die in verhouding staat tot het gebeuren, terwijl daarentegen een reactie van grote woede er eerder toe leidt dat men verder van zijn doel verwijderd raakt. Het leren herkennen van automatische gedachten en irrationele opvattingen die daaraan ten grondslag liggen (bijv. 'ik mag nooit falen') en het leren om andere, meer rationele gedachten te formuleren is een veel gebruikte en effectieve methode gebleken (Bögels en Van Oppen, 1999).

*Tijdmanagement* houdt in dat men nagaat welke doelen in het leven als het meest belangrijk worden gezien, om er vervolgens aan te werken om activiteiten, die leiden tot het verwezenlijken van die doelen, met de hoogste prioriteit te honoreren. Het ordenen, het plannen en het evalueren van activiteiten zijn vaardigheden die tot een minder gehaast bestaan kunnen leiden en daardoor tot minder stress en bruxisme.

*Assertiviteit* aanleren kan nuttig zijn voor mensen die in de interactie met anderen vooral gericht zijn op het bewaken van de relatie en minder op het bewaken van hun eigen belangen. Het resultaat van niet voldoende assertief optreden is vaak onvrede en het gevoel gebruikt te worden. Door op een respectvolle manier beter voor je eigen zaken op te leren komen kunnen gevoelens van wrok (en verbijten) voorkomen worden.

*Vergroten van de eigen weerbaarheid.* Het vergroten

van de eigen stressbestendigheid kan bereikt worden door het zorgen voor een goede lichamelijke conditie. Sport, lichaamsbeweging, voldoende rust en vrije tijd, gezonde voeding, beperkt alcoholgebruik en dergelijke leiden alle tot het gevoel meer aan te kunnen. Een belangrijke functie is weggelegd voor de factor 'social support': mensen die het gevoel hebben dat zij in moeilijke situaties anderen om zich heen hebben, die in staat en bereid zijn hen adequaat op te vangen, hebben minder lichamelijke klachten ten gevolge van stress dan mensen die het gevoel hebben er alleen voor te staan.

### Gedragstherapeutische behandelingsstrategieën

Op welk moment in de behandeling de psychologische interventies het beste kunnen plaatsvinden en wat de optimale duur en vorm van dergelijke therapieën zijn, is nog geen uitgemaakte zaak. Ook is de vraag, welk onderdeel van deze multimodale therapieën het effectiefst is, nog niet beantwoord. Voorlopig lijken ontspanningstechnieken de grootste kanshebbers te zijn. Rugh (1979) suggereert dat het effect van verschillende soorten behandelingen van bruxisme voornamelijk berust op het feit, dat de patiënt zich meer bewust wordt van zijn orale gewoontes.

In de praktijk blijkt het aantal zittingen bij dergelijke multimodale therapieën te variëren van twee tot twintig of meer. Volgens Dworkin (1994) zijn er goede resultaten bereikt met zogenaamde minimale interventies, waarbij patiënten met behulp van zelfinstructiemateriaal thuis opdrachten uitvoeren en met korte telefonische counseling begeleid worden. De met de cognitieve gedragsmodificatie behandelde groep bleek tevens meer inzicht te hebben in de mogelijke relatie tussen orale parafunctionaliteiten en CMD dan de alleen met een opbeetplaat behandelde groep. Dworkin stelt voor om de frequentie en de intensiteit van de gedragsmodificatiebehandeling aan te passen aan de mate van psychosociale problematiek van de individuele patiënt.

Bij het uitvoeren van de verschillende gedragstherapeutische vormen kunnen nieuwe praktische oplossingen worden geïntroduceerd: informatie over bruxisme kan bijvoorbeeld ook schriftelijk worden verstrekt, in de vorm van brochures of via een informatiefilm. Naast verschillen in inhoud en frequentie van de behandelingen, zijn er ook variaties mogelijk in de vorm waarin de behandeling plaatsvindt. In individuele gesprekken met de psycholoog wordt meestal de gedragstherapeutische behandeling uitgestippeld. Een zelfde soort behandeling kan echter ook plaatsvinden in een efficiëntere vorm, zoals een gestructureerde groepsbehandeling. De wederzijdse herkenning van de problemen door de cursisten en behandeling levert extra motivatie en 'social support' op. Het doel van de cursus is, om op een kosten-effectieve manier, te werken aan bruxisme en andere parafunctionaliteiten. De cursus benadrukt de zelfwerkzaamheid. Het gevoel controle te hebben over omstandigheden geeft minder stress, terwijl het idee dat je lot voornamelijk in de handen van anderen ligt, meestal tot toename van stress leidt. Door de cursus wordt de relatie

van de patiënt met zijn tandarts minder passief-ondergaand en meer gericht op zelfwerkzaamheid.

De vraag op welk moment en met welke vorm, frequentie en inhoud de cognitief-gedragstherapeutische behandeling van bruxisme het meest positieve effect heeft, zal verder moeten worden onderzocht.

### Literatuur

- AYER WA, HIRSCHMAN RD, EDS. Psychology and dentistry: Selected readings. Springfield: Charles C Thomas, 1972.
- AYER WA, LEVIN MP. Elimination of tooth grinding habits by massed practice therapy. J Periodontol 1973; 44: 569-571.
- BÖGELS SM, OPPEN P VAN, EDS. Cognitieve therapie: theorie en praktijk. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum, 1999.
- DWORKIN SF. Behavioral and educational modalities. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1997; 83: 128-134.
- DWORKIN SF, LERESCHE L, EDS. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. J Craniomandib Disord Orofac Pain 1992; 6(4): 302-356.
- DWORKIN SF, ET AL. Brief group cognitive-behavioral intervention for temporomandibular disorders. Pain 1994; 59: 175-187.
- GALE EN, FUNCH DP. Factors associated with succesful outcome from behavioral therapy for chronic temporomandibular joint (TMJ) pain. J Psychosom Res 1984; 28: 441-448.
- GLAROS AG, RAO SM. Bruxism: a critical review. Psych Bull 1977; 84(4): 767-781.
- HATHAWAY KM. Bruxism - definition, measurement, and treatment. Uit: Friction JR, Dubner RB, eds. Orofacial pain and temporomandibular disorders. New York: Raven Press Ltd., 1995.
- HELLER RF, STRANG HR. Controlling bruxism through aversive conditioning. Behav Res Ther 1973; 11: 327-328.
- HELLER RF, FORGIONE AG. An evaluation of bruxism control: massed

negative practice and automated relaxation training. J Dent Res 1975; 54: 1120-1123.

- JACOBSON E. Progressive relaxation. Chicago: University Press, 1938.
- LOBBEZOO F, NAEIJE M. Etiologie van bruxisme. Morfologische, pathofysiologische en psychologische factoren. Ned Tijdschr Tandheelkd 2000; 107: 275-280.
- MIKAMI DB. A review of psychogenic aspects and treatment of bruxisme. J Prosthet Dent 1977; 37(4): 411-420.
- MOSS RA, WEDDING D, SANDERS SH. The comparative efficacy of relaxation training and masseter EMG feedback in the treatment of TMJ dysfunction. J Oral Rehabil 1983; 10: 9-17.
- NAEIJE M. Kaakgewrichtsklachten. Brochure ACTA, afdeling Orale Functieleer 1999.
- OAKLEY ME, ET AL. A cognitive-behavioral approach to temporomandibular dysfunction treatment failures; a controlled comparison. J Orofac Pain 1994; 8(4): 397-402.
- RAO MR, GLAROS AG. Electromyographic correlates of experimentally induced stress in diurnal bruxists and normals. J Dent Res 1979; 58(9): 1872-1878.
- ROSEN JC. Self-monitoring in the treatment of diurnal bruxism. J Behav Ther Exp Psychiatry 1981; 12: 4, 347-350.
- ROSENBAUM MS, AYLLON T. Treating bruxism with the habit-reversal technique. Behav Res Ther 1981; 19: 87-96.
- RUGH JD. Psychological factors in the etiology of masticatory pain and dysfunction. In: Laskin D et al, eds. The president's conference on the examination, diagnosis and management of temporomandibular disorders. Chicago: American Dental Association, 1983: 85-94.
- RUGH JD, SOLBERG WK. Psychological implications in temporomandibular pain and dysfunction. In: Zarb G, Carlsson G, eds. Temporomandibular joint: function and dysfunction. St Louis: C.V. Mosby, 1979.
- STEGENGA B, LOBBEZOO F. Bruxisme en temporomandibulaire stoornissen. Ned Tijdschr Tandheelkd 2000; 107: 285-288.
- VISSCHER CM, LOBBEZOO F, NAEIJE M. Behandeling van bruxisme: de fysiotherapeutische benadering. Ned Tijdschr Tandheelkd 2000; 107: 293-296.

### Summary

Key words:

- Bruxism
- Psychology
- Behavioral therapy

## The role of the psychologist in the treatment of bruxism

Although there is a controversy about the importance of psychological factors in the development, enhancement and perpetuation of bruxism and other parafunctional activities, the contribution of a psychologist in the treatment of the individual patient is recommended. This contribution consists of diagnostic examination and treatment, most often a short cognitive behavior modification therapy. Because bruxism is mostly examined and treated in relation to the complaints it might cause, especially CMD-complaints, diagnosis and treatment are mostly directed at both. For the diagnosis a questionnaire is used, including a psychological test, which is followed by one or more interviews. The treatment is directed at learning to recognize bruxism activities, to practice alternative behavior, and to learn to cope better with situations that may lead to an increase of bruxism.