

Psychose, paranoia en tandzorg
Masterclass Tandarts-angstbegeleiding
22 april 2015

Mark van der Gaag PhD

Wat is psychose? De verschijnselen

Hallucinaties

Wanen

Verwardheid

Katatonie

Functionele psychosen betekent dat de oorzaak onbekend is

- **Geen bloedonderzoek (hepatitis)**
- **Geen fysiologische afwijkingen (metabole diagnostiek)**
- **Geen hersenscan (hersentumor)**
- **Geen ruggenmergpunctie (syfilis)**
- **Geen neuropsychologisch onderzoek (alzheimer)**
- **Wel interview en gespreksindrukken**

Waan definitie DSM-iv

Een waan is een misvatting gebaseerd op de incorrecte interpretatie van een externe gebeurtenis, waaraan hardnekkig wordt vastgehouden in weerwil van de opvattingen van anderen of wetenschappelijk bewijs van het tegendeel. Een waan is geen waan als de opvatting deel uit maken van iemand religie, cultuur of subcultuur.

Waan definitie DSM5

Wanen zijn vaste overtuigingen die niet ontvankelijk zijn voor verandering in het licht van conflicterende evidentie. De inhoud kan gevarieerd van thema zijn (b.v. achtervolging, betrekking, somatisch, religieus, grandioos).[...] Wanen worden als bizar beoordeeld als zij duidelijk onwaarschijnlijk zijn en niet te begrijpen voor mensen uit dezelfde cultuur en niet het gevolg zijn van alledaagse levenservaringen. [...] Het onderscheid tussen een waan en een sterke overtuiging is soms moeilijk te maken en hangt gedeeltelijk af van de mate waarin aan de overtuiging wordt vastgehouden ten overstaan van redelijke en tegenstrijdige evidentie met betrekking tot de geloofwaardigheid.

Wanen

Paranoïde of achtervolgingswaan

Betrekkingswaan

Passiviteitwaan

Bestuurd als robot

Gedachte-inbrenging

Gedachte-uitzending

Nihilistische waan (ook bij depressie)

Schuldwaan (ook bij depressie)

Grootheidswaan (ook bij manie)





Waan is meerdimensionaal

Mate van overtuiging

Mate van preoccupatie

Mate van vrees



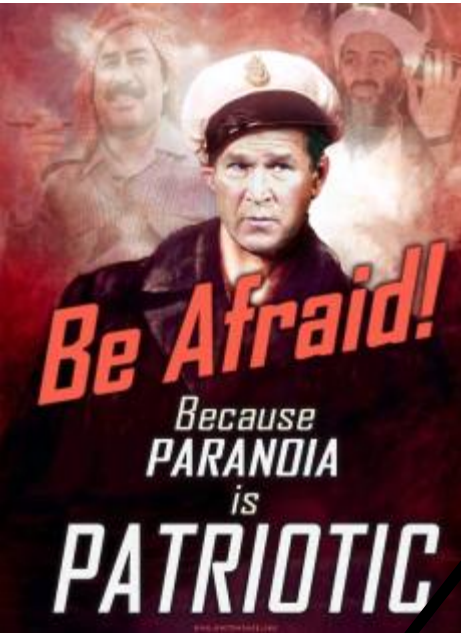


Nieuwe religieuze sekten versus waanlijders

- Aanhangers van nieuwe religieuze sekten (Hare Krishna & Druïden) nemen middenpositie tussen normalen en patiënten met schizofrenie op totaalscore
- Normalen minder overtuigd dan psychoten en sekteaanhangers
- Psychoten meer gepreoccupeerd en bevreesd dan normalen en sekteaanhangers
- Het is niet belangrijk **wat** je gelooft, maar **hoe** je het gelooft!

DE PARANOIA HIERARCHIE

Daniel Freeman (2004)



Erge dreiging 5%

(bv. Mensen die je proberen kwaad te doen, samenzweringen, groep mensen.)

Gemiddelde dreiging 5-15%

(bv. Mensen die uitvallen tegen je om je te pakken te nemen)

Milde dreiging 10-30%

(bv. Mensen die je bewust proberen te irriteren)

Betrekkingsideeën 30-40%

(bv. Mensen die over je praten, bekeken worden)

Sociaal evaluatieve bezorgdheden

(bv. Angst voor afwijzing, gevoelens van kwetsbaarheid, gedachten dat de wereld gevaarlijk is)

That kid is still staring at me, isn't he?



Sigg3.net

Achterdocht in de bevolking

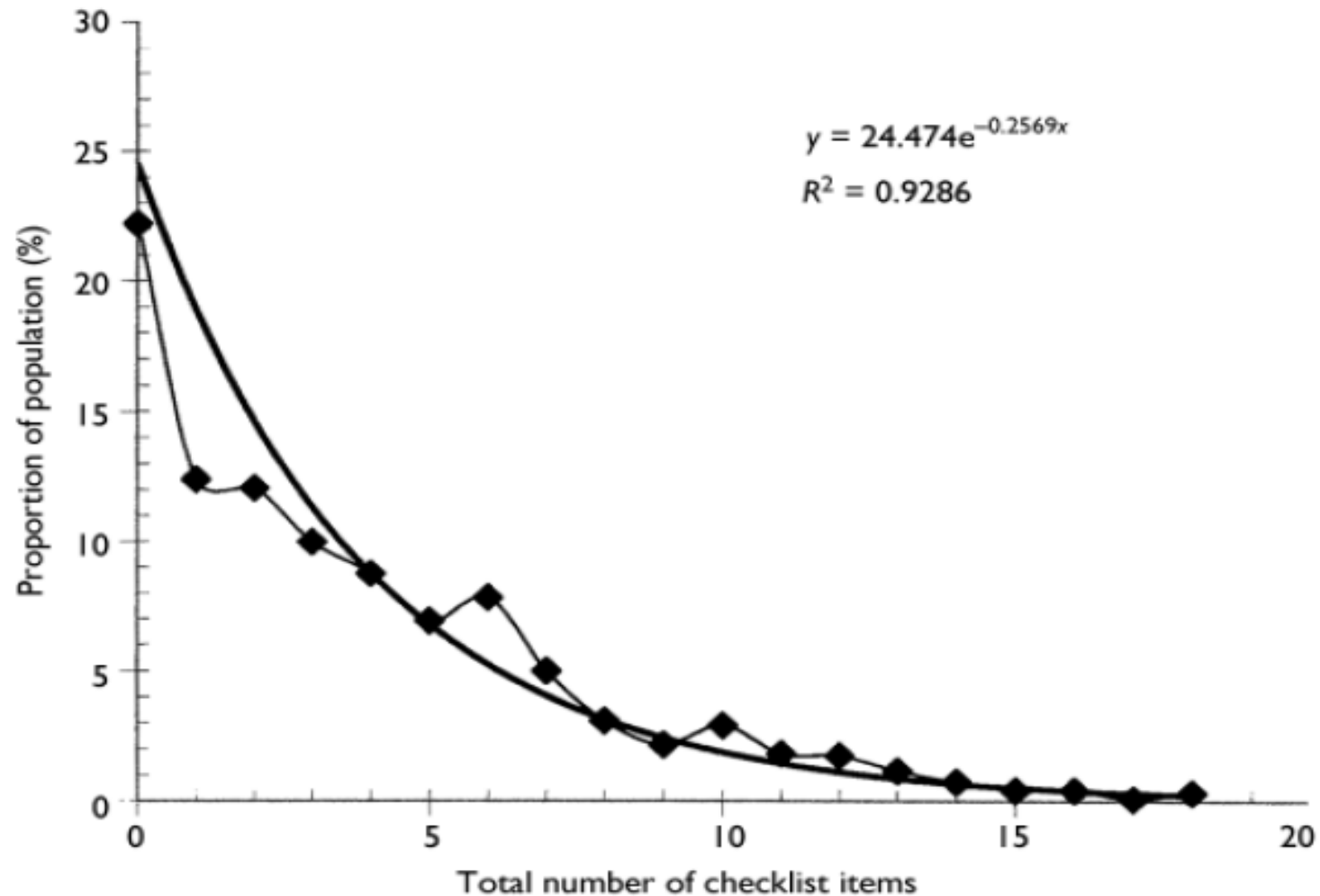


Fig. I Percentage of the study population v. total number of Paranoia Checklist items endorsed, with fitted exponential curve.



The Gallup organization 1991-2001

Up

- 54% Psychic healing (+8)
- 50% Buitenzintuiglijke waarneming (+1)
- 42% Spookhuizen (+13)
- 38% Geesten die terugkomen (+13)
- 33% Aliens(+6)
- 32% Helderziendheid (+6)
- 28% Communicatie met overledenen (+10)
- 28% Astrologie (+3)
- 26% Heksen (+12)
- 25% Reïncarnatie (+4)
- 15% Channeling (+4)

Down

- 41% Bezetenheid door de duivel (-8)
- 36% Telepathie (-0)

Lijdensdruk maakt het verschil



Waarnemingsstoornissen

Verbaal auditieve hallucinaties

Van buiten beleefd

Van binnen beleefd (pseudo-hallucinaties)

Visuele hallucinaties

Reukhallucinaties

Smaakhallucinaties

Haptische hallucinaties



Stemmen

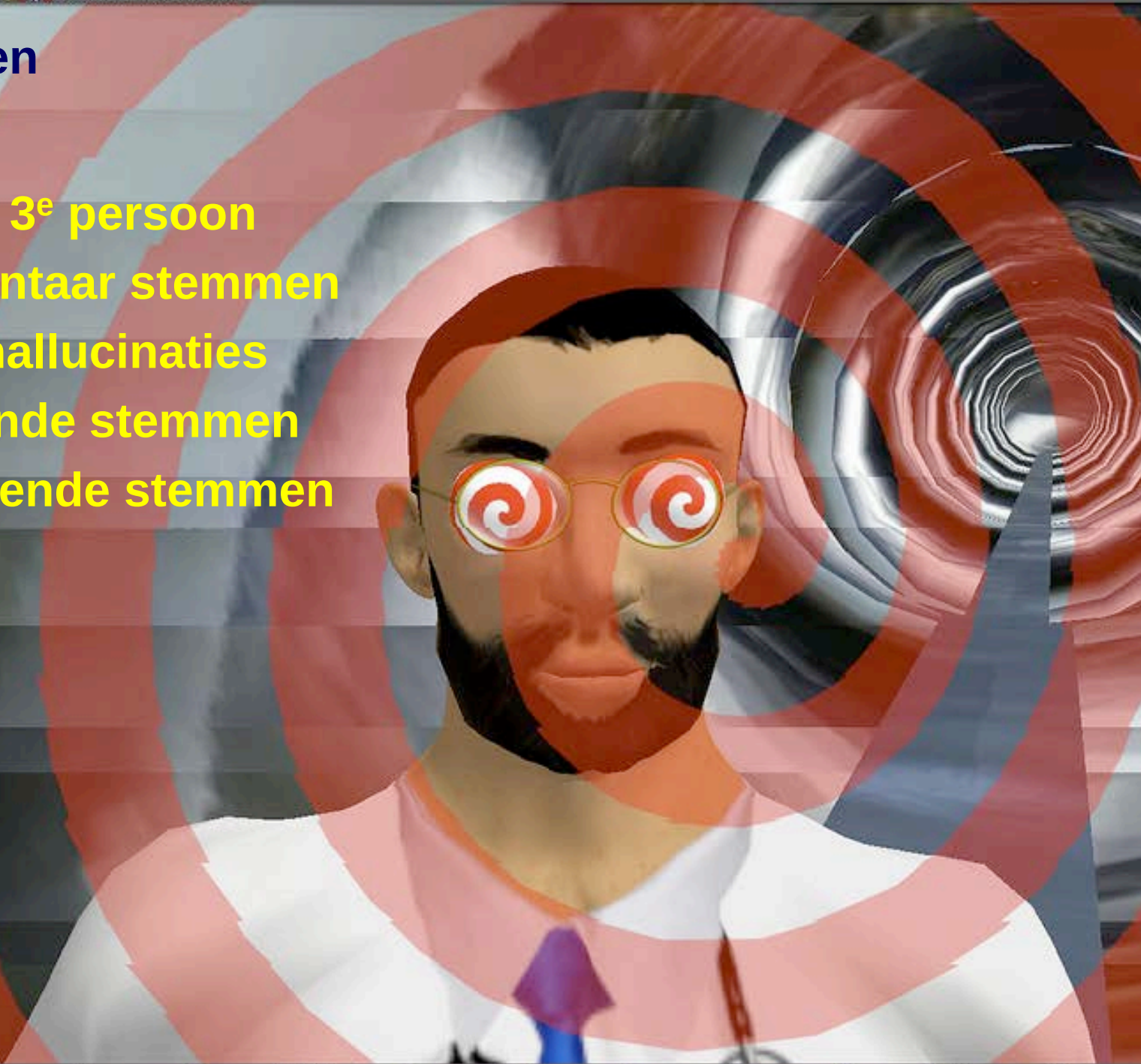
1^e, 2^e of 3^e persoon

Commentaar stemmen

Bevelshallucinaties

Kwetsende stemmen

Adviserende stemmen



Verschilende vormen van auditieve hallucinaties

Zelfspraak

(instrueren en becommentarieren van gedrag)

Geheugen

(gerelateerd aan traumatische gebeurtenissen)

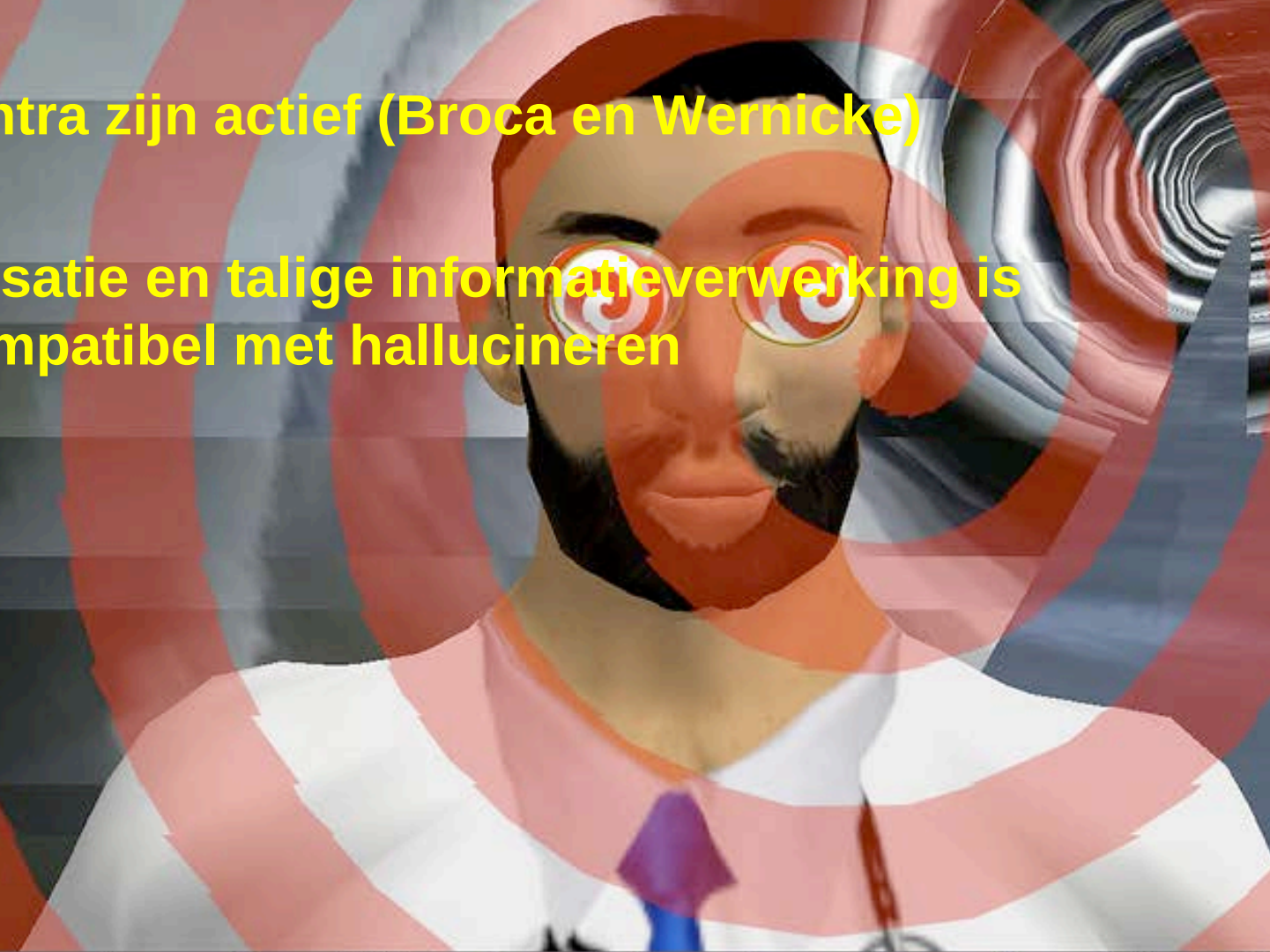


Innerlijke spraak

Stembanden bewegen (Larynx)

Taalcentra zijn actief (Broca en Wernicke)

Conversatie en talige informatieverwerking is
incompatibel met hallucineren



Intrusieve gedachten

Hallucinerende patiënten hebben vaker
beangstigende en deprimerende intrusies

Zij vinden deze intrusies

- meer verontrustend
- moeilijker om te stoppen
- meer afkeurenswaardig

Neiging om eigen gedachten aan een externe bron toe te schrijven

Sterker als de aandacht op zichzelf gericht is

Sterker bij emoties



Denkstoornissen

Formele denkstoornis

Incoherentie, van de hak op de tak

Associatief denken

Concretisme

Traag denken en spreken

Overinclusief denken

Neologismen

Echolalie (meer organisch)

Persevereren (meer organisch)

Thought
Disorder?

Denkstoornissen -2-

Inhoudelijke denkstoornis

Preoccupatie met mysterieuze en pseudo-wetenschappelijke denkbeelden

Gedachte-inbrenging

Gedachte-uitzending

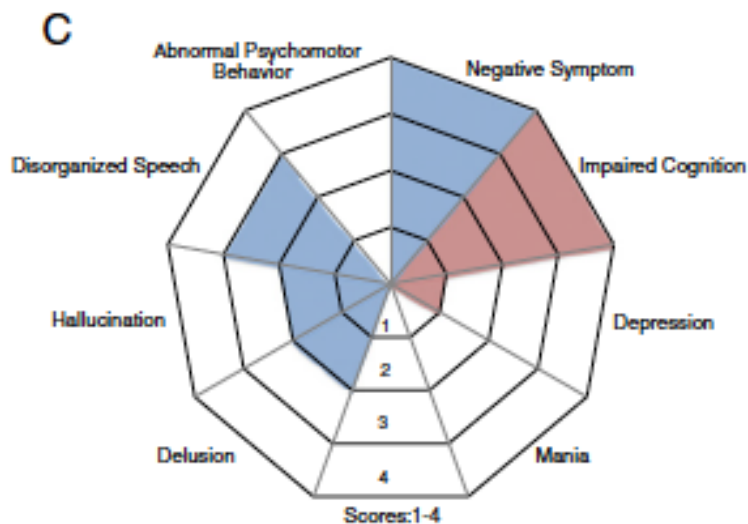
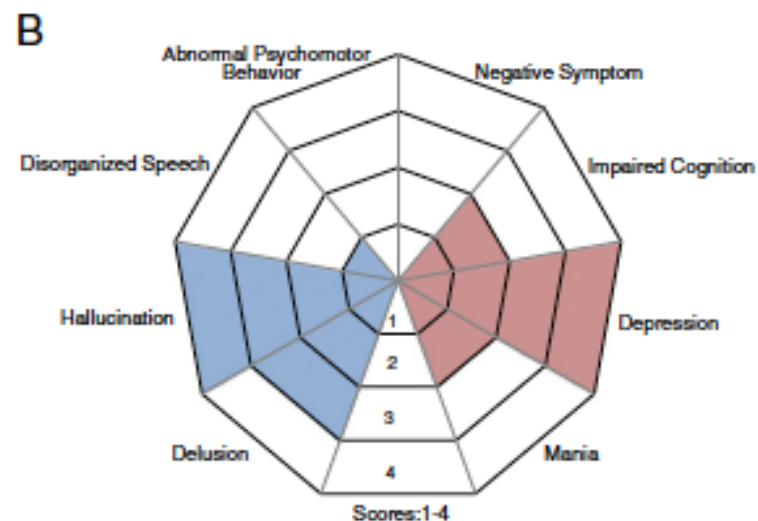
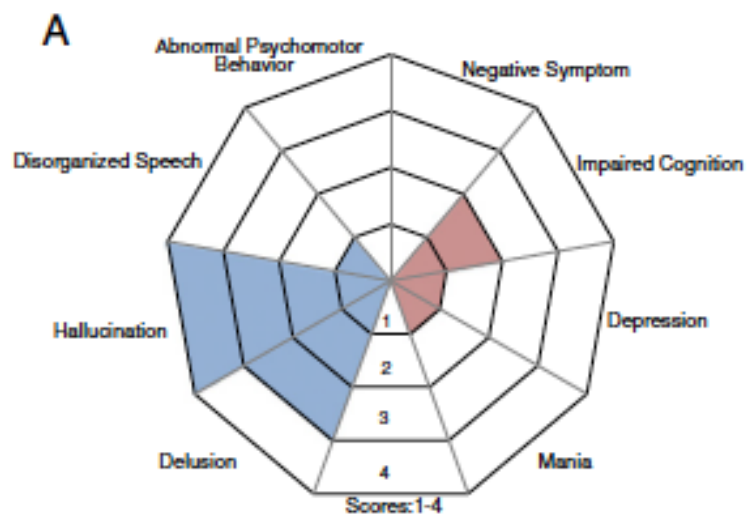
Thought
Disorder?

Schizofrenie spectrum stoornissen in DSM5

- Schizofrenie
- Schizofreniforme stoornis
- Schizo-affectieve stoornis
- Waanstoornis (ook bizar en inclusief Folie a Deux)
- Kortdurende psychotische stoornis
- Psychotische stoornis als gevolg van een algemene lichamelijke aandoening
- Psychotische stoornis als gevolg van middelengebruik

Atypische psychosen

Dimensionale diagnostiek



Diagnose Schizofrenie DSM5

Twee symptomen (minimaal 1 psychotisch symptoom)gedurende een maand

- **Wanen**
- **Hallucinaties**
- **Ontregelde spraak**
- **Ontregeld of katatoon gedrag**
- **Negatieve symptomen**

Verminderd functioneren gedurende zes maanden

Negatieve symptomen

De afwezigheid van normaal gedrag

- ✓ vervlakt gevoel
- ✓ gebrek aan wilskracht en motivatie
- ✓ spraakarmoede
- ✓ apathie
- ✓ sociale terugtrekking
- ✓ verminderde hygiëne en zelfzorg

Behandeling van symptomen

Klassieke antipsychotica

- Dopamine-antagonisten
- Bijwerkingen: o.a. parkinsonisme, tardieve dyskinesie, maligne neuroleptica syndroom

Clozapine

- Bijwerking agranulocytose

Atypische antipsychotica

- Borstvorming, melkproductie, metabool syndroom, agitatie

Cognitieve gedragstherapie

- Bijwerkingen: ?

Bijwerkingen van medicatie

- **Parkinsonisme: p15-25%**
- **Acute dystonie: p10%**
- **Akathisie: p20%**
- **Tardieve dyskinesie 5% per jaar, plafond 40%**
- **Maligne neuroleptica syndroom p0.5-1%, 20% †**
- **Obstipatie: p40%**
- **Sexuele dysfuncties**
- **Insulten, hartstilstand, agranulocytose, oedeem**
- **Gewichtstoename 10kg plus p:20%**

Selectief effect van antipsychotica

- **Antipsychotica na 6 weken behandeling:**
 - Behavioural impact – 64%
 - Cognitieve preoccupatie -51%
 - Emotionele betrokkenheid -56%
 - Overtuiging -25%
 - Extern perspectief onveranderd

Mizrahi et al., 2006

A photograph of a sheep standing on a narrow, dark rock ledge that juts out between two large, grey, textured rock faces. The sheep is facing left. In the background, a blue body of water and distant mountains are visible under a pale sky. The text "RISICO FACTOREN" is overlaid in yellow at the bottom.

RISICO FACTOREN

Perinatale risico factoren

Risico factor	OR
Virus	Not sign.
Toxoplasmosis Brown et al, 2005	2.61
Straling	Not sign.
Geboorte complicatie Geddes and Lawrie, 1995	2.0
Moeder stress gedurende zwangerschap Spaauwen et al, 2004	1.6
Roken tijdens zwangerschap Spaauwen et al, 2004	1.35
Ongewenste zwangerschap Spaauwen et al, 2004	2.5

Omgevings risico factoren

Omgevings risico factor	OR
Urbane omgeving Brown et al, 2005, Marcelis et al, 1998, van Os et al, 2001	1.4
Neuroticisme van Os et al., 2002	1.4
Waargenomen discriminatie Janssen et al, 2003; Veling et al., 2007	1.5-3.5
Geen borstvoeding Sorensen, 2005	1.7
Pesten Arsenaault et al., 2011	2.5
Lage Sociaal Economische Status Wicks, 2005	2.7
Cannabis en verminderde beginleeftijd (min 7 jaar) van Os et al, 2002	2.8
Migratie Cantor Graae & Selten, 2005	2.9
Verworven doofheid Thewissen et al, 2005	3.0
Negatieve Ethnische Identiteit Veling et al., 2010	3.3
Tweede generatie Marokkaans immigrant Veling, 2005	6.5
Seksueel misbruik voor 12e jaar Janssen et al., 2002, 2004	7.3

Childhood sexual abuse and psychosis Cutajar et al., 2011,

N=2759

Table 2. Comparison of Chances of CSA Subjects Developing Either Schizophrenic Disorders or Any Psychotic Disorder as Aggravating Factors Accumulate^a

	Total		Males		Females	
	No. (%)	OR (95% CI)	No. (%)	OR (95% CI)	No. (%)	OR (95% CI)
Risk of Schizophrenia						
All CSA subjects (n=2759)	53 (1.9)	2.6 (1.6-4.4) ^b	12 (2.1)	1.7 (0.7-4.1)	41 (1.8)	3.2 (1.7-5.9) ^b
Cases without penetration (n=1022)	11 (1.0)	1.4 (0.7-2.7)	1 (0.4)	0.3 (0.1-2.3)	10 (1.2)	2.2 (0.9-4.9)
Penetration (n=1737)	42 (2.4)	3.3 (2.0-5.5) ^b	11 (3.5)	2.8 (1.2-6.8) ^c	31 (2.1)	3.8 (2.0-7.1) ^b
Penetration and >12 y (n=990)	32 (3.2)	4.4 (2.6-7.4) ^b	7 (5.5)	4.5 (1.7-11.6) ^d	25 (2.9)	5.1 (2.7-9.5) ^b
Penetration and >12 y and >1 abuser (n=58)	5 (8.6)	12.5 (3.4-45.3) ^b	2 (16)	15.4 (4.4-53.9) ^b	3 (5.6)	11.9 (4.3-32.8) ^b
Risk of Any Psychosis						
All CSA subjects (n=2759)	78 (2.8)	2.1 (1.4-3.1) ^b	21 (3.7)	2.3 (1.1-4.9) ^c	57 (2.6)	2.0 (1.3-3.2) ^d
Cases without penetration (n=1022)	18 (1.7)	1.3 (0.7-2.4)	4 (1.6)	1.0 (0.4-2.7)	14 (1.8)	1.4 (0.7-2.7)
Penetration (n=1737)	60 (3.4)	2.6 (1.7-3.9) ^b	17 (5.5)	3.6 (1.7-7.6) ^d	43 (3)	2.3 (1.4-3.7) ^b
Penetration and >12 y (n=990)	41 (4.1)	3.1 (2.0-4.8) ^b	9 (7)	4.7 (2.0-11.0) ^b	32 (3.7)	2.9 (1.8-4.8) ^b
Penetration and >12 y and >1 abuser (n=58)	10 (17.2)	14.9 (8.4-26.3) ^b	2 (16.6)	14.3 (4.4-46.1) ^b	8 (17.3)	15.8 (8.4-29.8) ^b

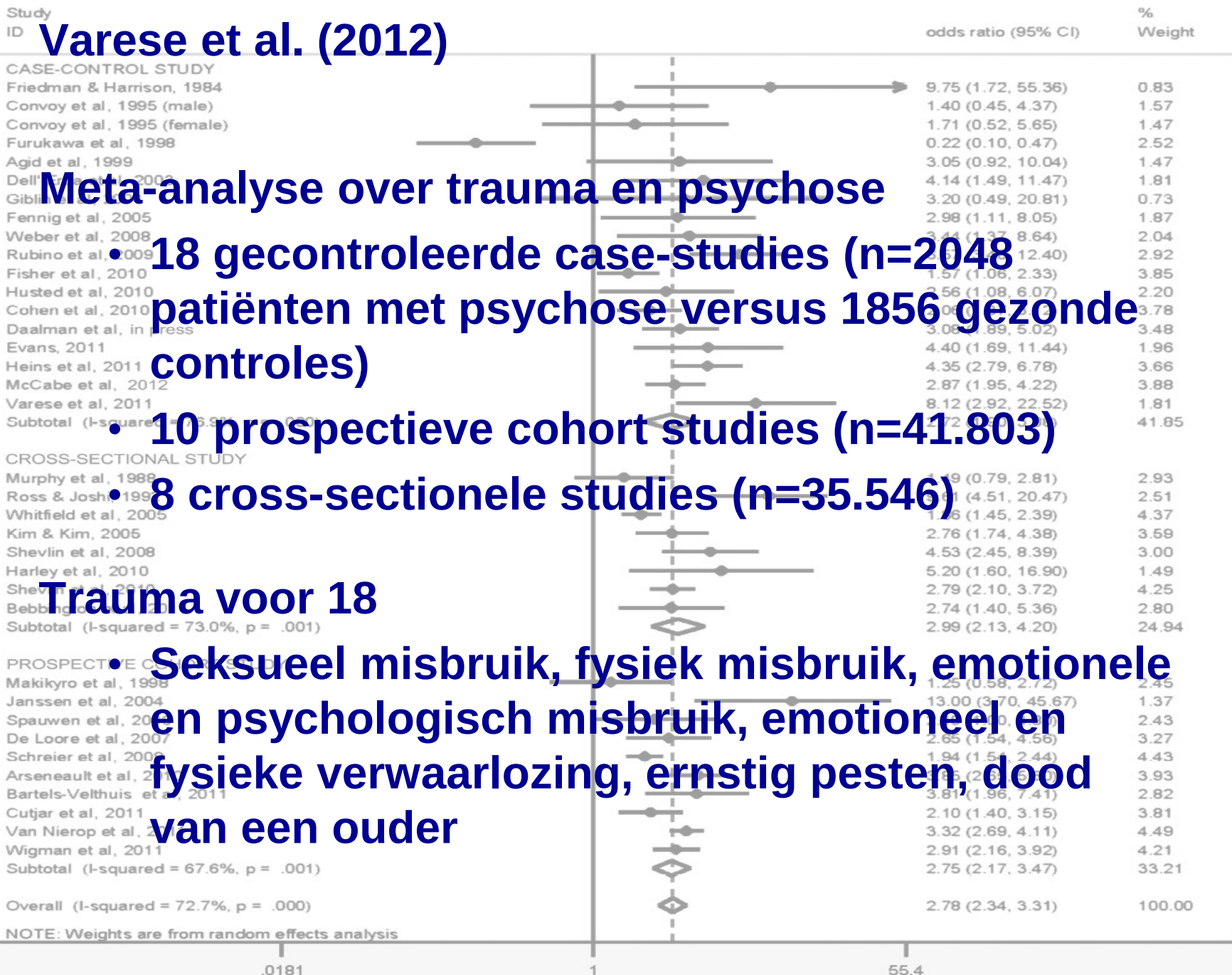
Abbreviations: CI, confidence interval; CSA, child sexual abuse; OR, odds ratio.

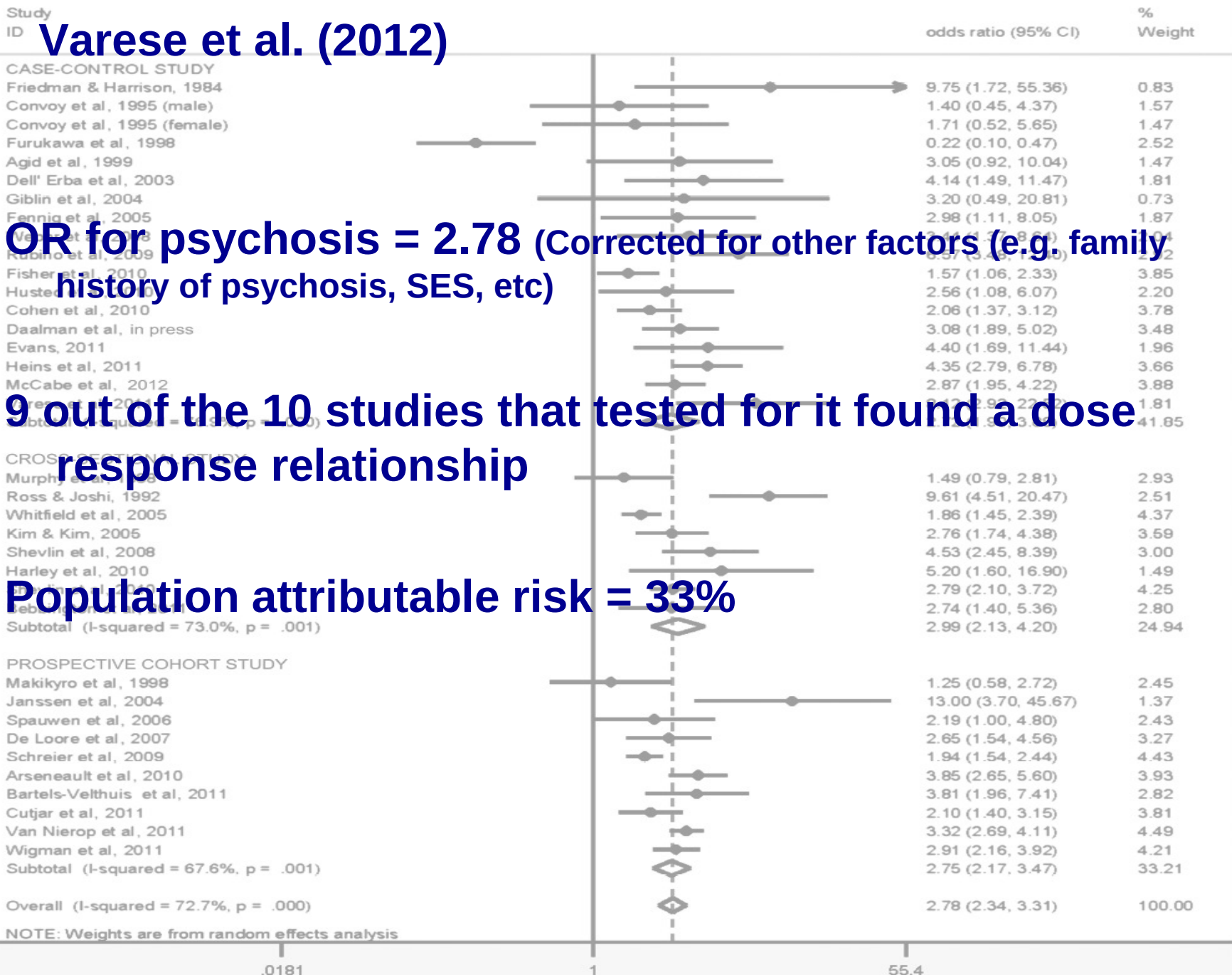
^aAggravating factors are abuse involving penetration, being older than 12 years when victimized, and having been abused by more than 1 perpetrator.

^b $P < .001$.

^c $P < .05$.

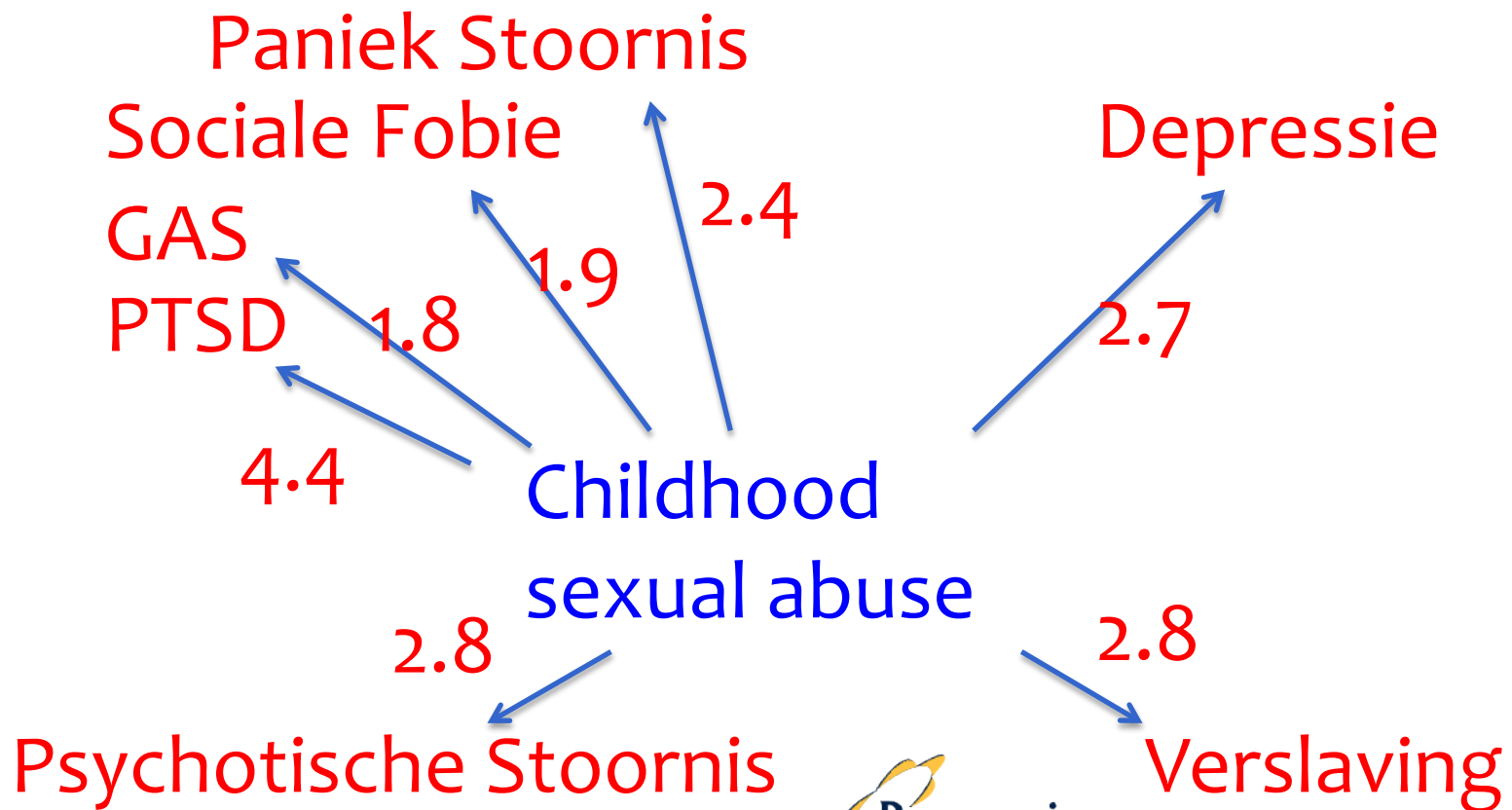
^d $P < .01$.





Seksueel misbruik in de kindertijd is een pluripotente voorspeller

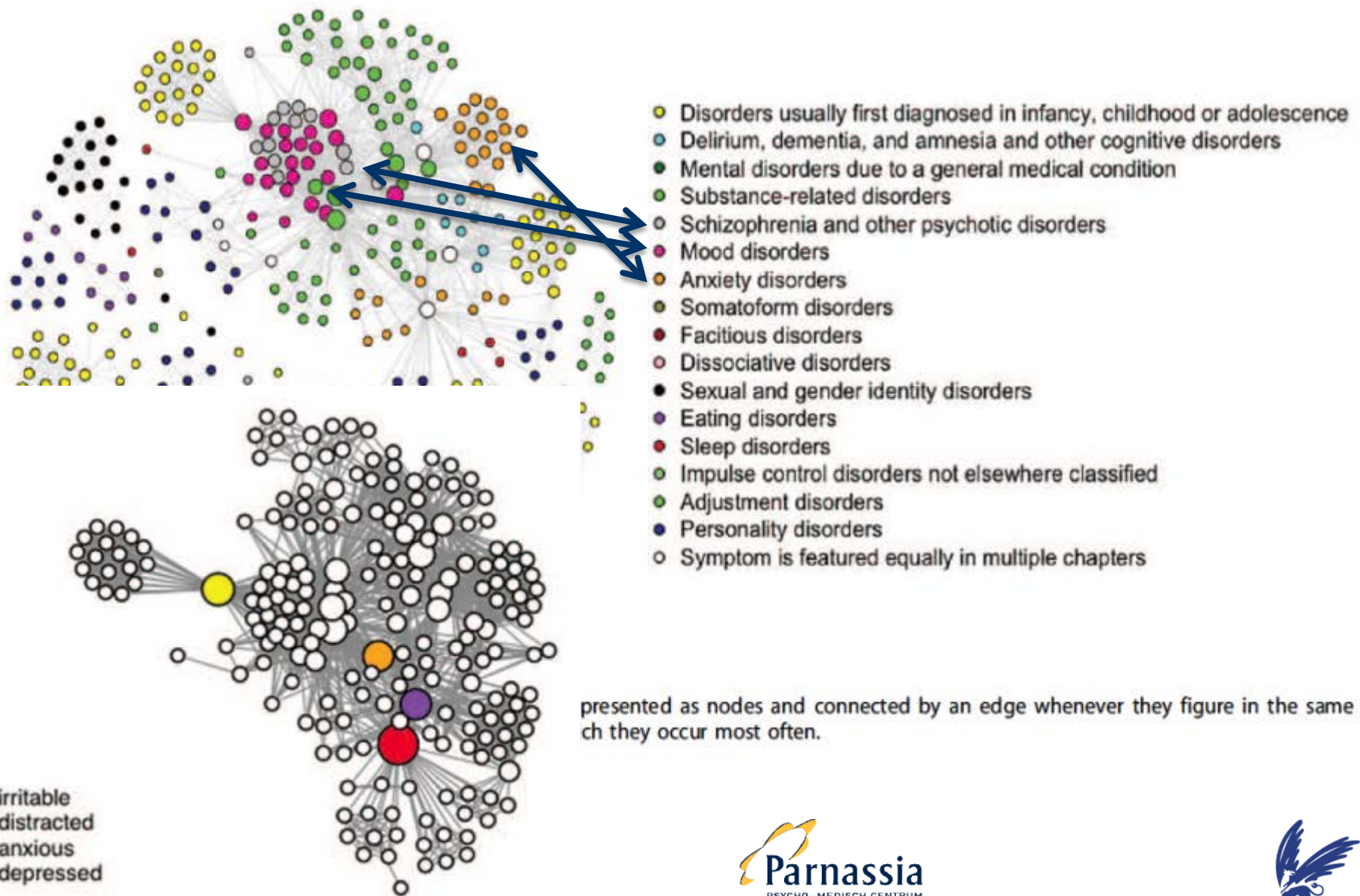
Teicher & Samson, 2013



Varese et al, 2012

Symptom network

Borsboom et al., 2011. *PLoS One*, 6 (11) e27407



presented as nodes and connected by an edge whenever they figure in the same chapter they occur most often.

Psychotische stoornis is altijd een complexe casus

69% comorbiditeit

(N=102) Strakowski et al. (1995). *Compreh Psychiatry*, 36(2), 106-12.

15% Paniek stoornis

29% PTSS

23% OCD

50% Depressie

47% Verslaving

(Meta-analysis) Buckley et al., (2009). *Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 383-402.

36% Sociale fobie

(N=80) Pallanti, et al., (2004). *The American Journal of Psychiatry*, 161(1), 53-8.

**De incidentie van psychotische symptomen is 2%
Dat is 100x maal meer dan incidentie schizofrenie
(0.02%)**

British Journal of Clinical Psychology (2005), 44, 181–191
© 2005 The British Psychological Society



The
British
Psychological
Society

www.bpsjournals.co.uk

The incidence and outcome of subclinical psychotic experiences in the general population

Manon Hanssen, Maarten Bak, Rob Bijl, Wilma Vollebergh
and Jim van Os*

Department of Psychiatry and Neuropsychology, Universiteit Maastricht,
The Netherlands

De prevalentie van psychose is 12 x de prevalentie van schizofrenie

Psychological Medicine (2013), 43, 1133–1149. © Cambridge University Press 2012
doi:10.1017/S0033291712001626

REVIEW ARTICLE

An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: on the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders

R. J. Linscott^{1,2} and J. van Os^{2,3*}

¹ *Department of Psychology, University of Otago, New Zealand*

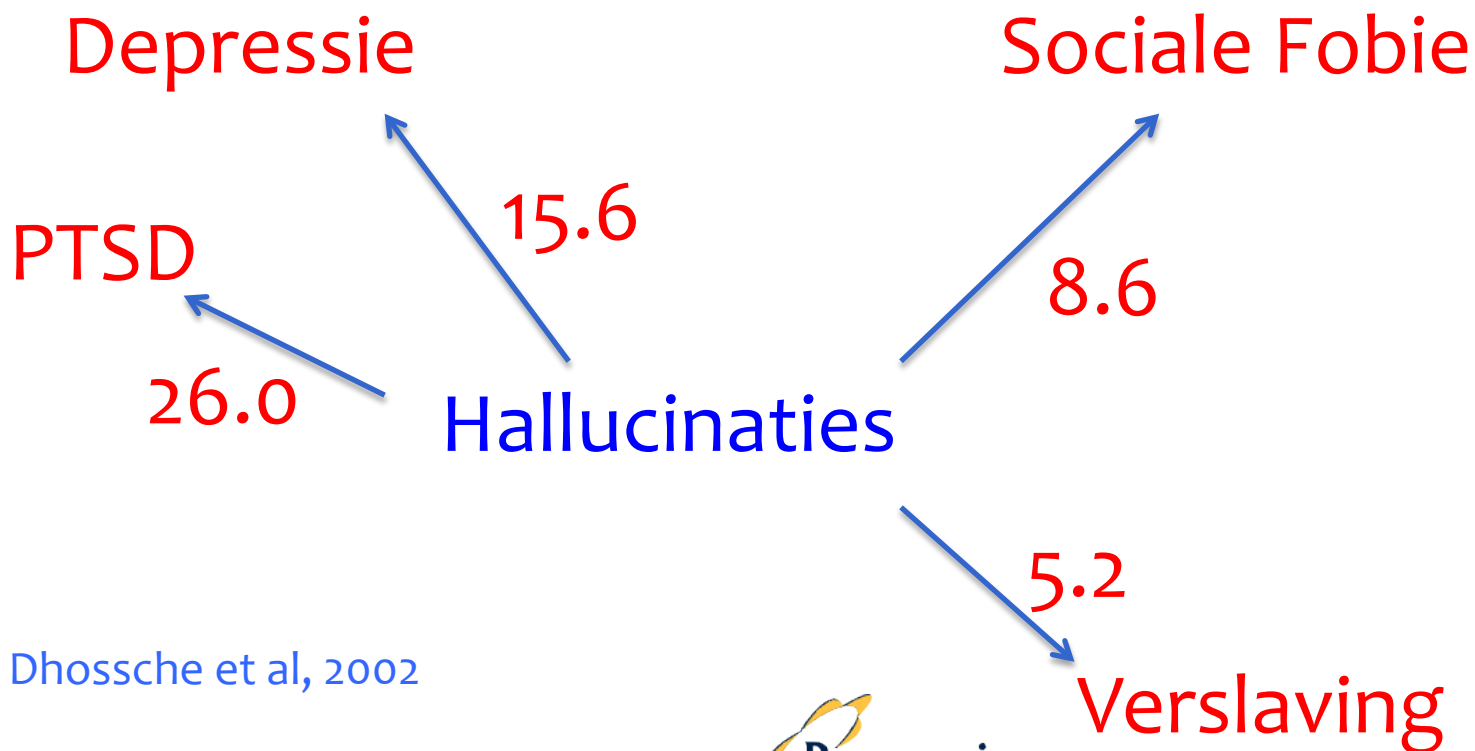
² *Department of Psychiatry and Psychology, South Limburg Mental Health Research and Teaching Network, EURON, Maastricht University, The Netherlands*

³ *King's College London, King's Health Partners, Department of Psychosis Studies, Institute of Psychiatry, London, UK*

Hallucinaties bij andere stoornissen

%	N	Diagnosis	Reference
50	40	Posttraumatic Stress Disorder	Anketell et al., 2010
40	53	PTSD in war veterans	David, Kutcher, Jackson & Mellman, 1999
37	372	Bipolar 1 disorder	Keck et al., 2003
30	171	Borderline Personality Disorder	Yee, Korner, McSwiggan, Meares & Stevenson, 2005
23.1	101	Eight symptoms of depression	Ohayon & Schatzberg, 2002
9.5	879	Single depressive symptom	Ohayon & Schatzberg, 2002
14.1	475	Obsessive-Compulsive disorder	Eisen & Rasmussen, 1993
13.7	329	Dementia	Lyketsos et al., 2000
9.7	216	Parkinson Disease	Fénelon, Mahieux, Huon & Ziégler, 2000

Hallucinaties zijn een pluripotente predictor



Dhossche et al, 2002

Veel voorkomende stoornissen voorspellen hallucinaties

Angst stoornis

3.1

Depressie

4.4

Hallucinaties

Algemene bevolking
inclusief psychose-achtige ervaringen (Stadium 1a)

2% per jaar

Ultrahoog risico (Stadium 1b)

40% binnen 5 jaar

Psychotische episode (Stadium 2)

75%

Meerdere psychosen (Stadium 3)

60%

15%

15%

Symptomatische en
functionele remissie

10% na 2 ep;
20% na 3 ep;
30% na 4 ep.

Persisterende psychose
(Stadium 4)

Stadium	Omschrijving	Interventie
0	familiale belasting, geen symptomen	monitoring, educatie
1a: <i>psychotic-like experiences</i> (PLEs)	psychoseachtige ervaringen, geen recent of langdurig verminderd functioneren, mild cognitieve problemen (<i>basis Störung/basic symptoms</i>), geen lijdensdruk	kortdurende gespecialiseerde educatie over dopaminesensitisatie en vermijden van preoccupatie
1b: <i>ultra high risk</i> (UHR)	ultrahoge risicogroep: matig ernstige subklinische symptomen, sociaal verval van minimaal 30% in afgelopen periode of score op sociaal functioneren (SOFAS) van 55 of minder in het afgelopen jaar plus hulpzoekend gedrag	cgt met educatie en training rond cognitieve tendensen, cgt voor symptomen, drie jaar monitoring
2: psychotische symptomen	eerste episode van psychotische symptomen al of niet vergezeld van ernstige stemmingssymptomen	eerste-episodebehandelprogramma van de multidisciplinaire richtlijn, waaronder farmacotherapie en cgt
3a: incomplete remissie	psychose komt niet goed in remissie	farmacotherapie, cgt, leren omgaan met blijvende symptomen, depotmedicatie, opnamepreventie, multimodale familieondersteuning, <i>compliance</i> -ondersteuning, gewichtsmonitoring
3b: terugval (<i>relapse</i>) of heroptreden (<i>recurrence</i>)	terugval na korter dan zes maanden symptoomvrij geweest te zijn of opnieuw optreden van symptomen na zes maanden of langer symptoom vrij te zijn geweest	clozapine overwegen, metabole parameters monitoren
3c: meerdere terugvallen	drie of meer psychotische perioden met symptoomvrije perioden tussen door	goed crisisinterventieplan, voorkomen van heropnamen en sociaal-maatschappelijk verval en schade, ondersteunen mantelzorgers
4: ernstige persisterende psychotische perioden	geen perioden zonder symptomen	bemoeizorg en thuiszorg, ondersteuning van wonen en dagbesteding

Beloop in de stadia 1a, 1b, EDIE en 2

Stadium	Remissie	Persistentie	Psychose	Referentie
1a PLE	84%	8%	8%	Hanssen et al 2005
1b UHR hulpzoekend	46%	27%	27%	Simon et al 2013
1b EDIE controle groep	57%	19%	24%	Van der Gaag et al, 2012
1b EDIE behandelde groep	71%	17%	12%	Van der Gaag et al, 2012

Stadium	Functionele Remissie	Multipiele episoden	Chronisch psychotisch	Referentie
2 Eerste episode	14%	76%	10%	Jääskeläinen et al, 2013

15 MINUTEN PAUZE

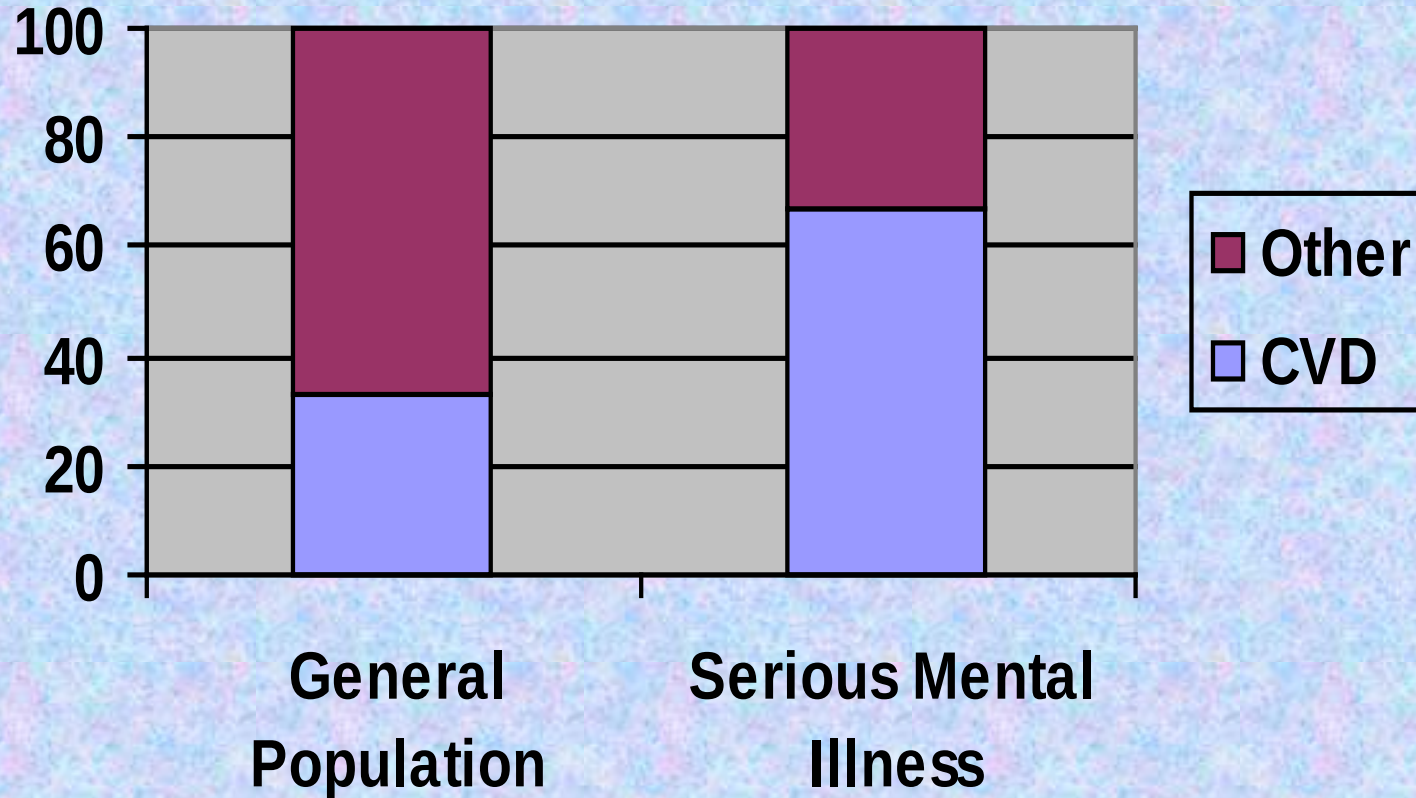
PSYCHOSE EN GEZONDHEID

**...strong connection exists between the health of
one's teeth and a person's mental health.
Dental health has everything to do with caring for
yourself...**

“adults with serious mental illness treated in the public health systems die about 25 years earlier than Americans overall, a gap that’s widened since the early ’90s when major mental disorders cut life spans by 10 to 15 years”

**USA Today - May 3, 2007
Globe & Mail – October 18, 2007**

Causes of Death



Motivatie en medewerking

Ziekte besef en ziekte inzicht

Cognitieve beperkingen hebben eveneens tot gevolg dat 60-80% van de patiënten niet erkend dat zij een psychische aandoening hebben.

Daarom zoeken zij geen behandeling en weigeren veelal medicatie.

Negatieve symptomen zijn motivatieproblemen

Negatieve symptomen

Er is wel adherence en een plan

Startmotor ontbreekt. Het komt er steeds niet van

Niet te verwarren met verzet of tegenwerking

Negatieve symptomen en depressie maken patiënt
extreem snel moe en lusteloos

Chronische schizofrenie patiënt

- ◆ Zelfverwaarlozing
- ◆ Sociaal isolement
- ◆ Middelen misbruik
- ◆ Lage zelfwaardering

Comorbiditeit

Aandoening	Prevalentie bij schizofrenie	Prevalentie in bevolking.
Cardio-vasculaire ziekten	50%	22%
Obesitas	50%	33%
Diabetes	14%	7%
HIV	3%	0.3%
Hepatitis C	20%	1.8%

Gevolgen van lichamelijke ziekten voor tandzorg

- ◆ **Obesitas is geassocieerd aan tandbederf, hyposalivatie, ontstekingen en verlies van tanden en kiezen**
- ◆ **Diabetes is geassocieerd met hyposalivatie, tandvleesontsteking, tragere wondgenezing, schimmel na antibiotica**

Bijwerkingen van de Medicatie

Motor bijwerkingen(extra-pyramidale symptomen)

- ◆ Parkinsonisme – traag, stijfheid, rigiditeit
Risico te vallen bij opstaan uit stoel
- ◆ Dystonie – spasmen van axiale spieren b.v. nekspieren, kaakklem
- ◆ Akathisie – rusteloze benen
- ◆ Tardieve dyskinesie – abnormale onvrijwillige bewegingen veel in gezicht mond, bonbons-syndroom

Psychische bijwerkingen

- ◆ Sedatie
- ◆ Apathie (versterken negatieve symptomen)

Medische complicaties

- ◆ Glucose/lipide intolerantie – 2 – 4 x hoger risico voor diabetes
- ◆ Cardiale geleidings problemen (arhythmie)
- ◆ Beenmerg veranderingen
- ◆ Orthostatische hypotensie – valrisico bij opstaan uit stoel



Droge mond / Xerostomie

Mogelijke gevolgen:

Verslikken

Tandbederf

Moeite met spreken

Slechte adem

Brandende sensatie in de mond

Gezwollen rode tong

Bloedend tandvlees

Tardieve dyskinesie

20-40% van de patiënten na langdurig gebruik van klassieke antipsychotica

Abnormale onvrijwillige tongbewegingen:

- ◆ tong uitsteken
- ◆ smakken,
- ◆ kauwbewegingen
- ◆ wangblazen
- ◆ bonbons-syndroom
- ◆ snuitjes maken,

Nek en kinbewegingen

Repetitieve bewegingen van romp en ledematen

Psychotische symptomen

- ◆ Radiozenders in tanden of kiezen
- ◆ Bijten op de wang
- ◆ Bijten op de tong
- ◆ Tandenvrijen of uittrekken
- ◆ Verbranden van de mond met sigaretten

Bizarre wanen



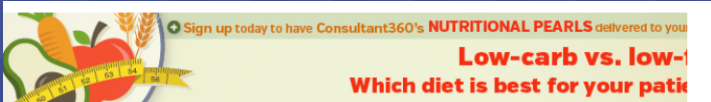
Lucille Ball receives Morse code radio broadcast through dental fillings



Lucy had several temporary dental fillings fitted in her teeth. Later that day, as she drove home from MGM to her ranch in San Fernando Valley, she heard a strange sound which she at first thought was music. She reached down to turn off the radio and noticed that it was not on. The music grew louder and after twisting and turning in the car to determine the source, she was stunned when she realized the music was coming from her mouth. According to Lucille Ball:

“I even recognized the tune. My mouth was humming and thumping with the drumbeat, and I thought I was losing my mind. I thought, ‘What the hell is this?’ Then it started to subside.”

Beginnende paranoia na implantatie



Sign up today to have Consultant360's **NUTRITIONAL PEARLS** delivered to you

Low-carb vs. low-fat

Which diet is best for your patient?

PEER-REVIEWED CONSULTATIONS IN PRIMARY CARE

Consultant

Paranoia Following Dental Implant Placement in an Older Adult

Thu, 01/17/08 - 04:18

Authors:
Melinda S. Lantz, MD

Case Presentation

Mrs. B is a 68-year-old married woman who is referred to a psychiatrist by her primary care physician, Dr. M. Mrs. B underwent extensive dental implant procedures over the past year with a very positive cosmetic and functional result. She was compliant with her care and at first was very pleased with how she looked. Mrs. B initially went to Dr. M asking for advice in finding another dentist. She complained of feeling that "too many things" were implanted in her jaws and wanted another opinion. Dr. M found nothing wrong with her implants and did not deem it necessary for her to find another dentist. Mrs. B kept seeking additional opinions, and eventually went to six different dentists asking for advice regarding her implants; she was reassured by all of them that she had received very good treatment with no need for adjustments. Mrs. B started complaining that there must be some conspiracy among the dentists. She returned to Dr. M, demanding the name of a dentist who would remove her implants. Mrs. B appeared anxious and irritable. Dr. M had known her for many years as a meticulous woman who always attended to her appearance, kept all of her appointments for health maintenance, and rarely complained. Dr. M performed a thorough physical examination but found no abnormalities. He ordered blood tests, including a complete blood count, full chemistry panel, thyroid profile, vitamin B₁₂ and folate level tests, and a serology test for syphilis. All of the tests were completely within normal limits. He prescribed lorazepam 0.5 mg for her anxiety and encouraged her to socialize more.

Mrs. B returns to Dr. M several weeks later, accompanied by her husband and daughter. Her family is very worried about Mrs. B and tells Dr. M that she has been calling multiple dentists asking if her implants can be removed. She refuses to see the dentist who performed the procedures, insisting that he must have implanted something terrible into her. Mrs. B has stopped going out, does not see friends, and refuses to eat at restaurants. She frequently asks her family about her appearance and becomes frustrated when they reassure her that she looks fine. Mrs. B agrees to see a psychiatrist after her family and Dr. M insist.

Mrs. B comes to her appointment with her husband. She is neatly dressed and groomed and appears younger than her stated age. Mrs. B is very verbal and starts the interview by stating "you must know why I am here." She goes on to explain to the psychiatrist that her life has been ruined by her dental implants. Mrs. B says that too many pieces of metal were placed in her jaw. She describes a conspiracy among all of the dentists she has seen who have refused to remove the implants. Mrs. B reports that this has occurred because for many years she worked as a clerk for the county property tax office and frequently sent out letters regarding taxes owed by dentists and other professionals. She reports that even Dr. M is involved. Mrs. B is intense in her description of this conspiracy. She has no prior psychiatric history and has been very active since her retirement three years ago. Mrs. B used to play golf with her husband and was very social. She now spends most of the day focused on the conspiracy against her. She has no signs of depression and she continues to manage household functions, including paying the bills and cleaning the house. After a lengthy discussion with the psychiatrist and her husband, Mrs. B agrees to try some medication to help her feel better.

Discussion

Psychotic symptoms in late life occur in a variety of disorders. Hallucinations are the perception of stimuli, including auditory, visual, tactile, olfactory, and gustatory phenomenon that are not truly present. Delusions are fixed false beliefs that often include persecutory, suspicious, grandiose, or somatic ideas that are ongoing and not responsive to reality orientation.¹ The

She complained of feeling that "too many things" were implanted in her jaws and wanted another opinion. Dr. M found nothing wrong with her implants and did not deem it necessary for her to find another dentist. Mrs. B kept seeking additional opinions, and eventually went to six different dentists asking for advice regarding her implants; she was reassured by all of them that she had received very good treatment with no need for adjustments. Mrs. B started complaining that there must be some **conspiracy** among the dentists.

Andere bevindingen

- ◆ Tandekners komt vaker voor
- ◆ Verhoogde pijndrempel bij een aantal patiënten leidt tot late diagnose en behandeling

Hoe bekijkt de tandarts het?



Wat te doen?

- ◆ Veel educatie
- ◆ Stapsgewijs opbouwen van tandverzorging
- ◆ Overleg eventueel met huisarts en mantelzorgers/ familie
- ◆ Behoud een vriendelijke houding
- ◆ Afspraken niet te vroeg in de ochtend

Tegemoet komen aan beperkingen

- ◆ Geef korte en simpele uitleg
- ◆ Herhaal veel
- ◆ Ga kalm om met angst
- ◆ Ga kalm om met agitatie
- ◆ Geen rationele discussies aangaan
- ◆ Beperk de informatie
- ◆ Trek de aandacht nadrukkelijk bij afwezige suffice patiënten
- ◆ Houdt vast aan één plan
- ◆ Beloon kleine vorderingen en wenselijke gedragingen

Met dank voor uw aandacht

**MARK VAN DER GAAG
M.VANDER.GAAG@VU.NL**