

Diagnostiek en behandeling van angst voor de tandheelkundige behandeling



Samenvatting. Angst voor de tandheelkundige behandeling (behandelangst) komt veel voor. Iedere mondzorgverlener krijgt te maken met patiënten met deze angst. De ernst van behandelangst varieert van een milde vorm tot een zeer ernstig (fobisch) niveau. Adequate diagnostiek is essentieel om een juiste inschatting te kunnen maken van het angstniveau en hoe een angstige patiënt het beste kan worden geholpen. Voor milde vormen van angst volstaat het verlagen van alleen de toestandsangst door het aanleren van copingvaardigheden aan de patiënt. Bij extreme vormen van angst staat het verlagen van de dispositieangst (de kern van de angststoornis) op de eerste plaats, omdat hiermee niet alleen de angst tijdens de behandeling wordt verminderd, maar ook het vermijdingsgedrag wordt doorbroken, wat uiteindelijk een positief effect heeft op de mondgezondheid van de patiënt.

Houtem CMHH van, Pieterse CM, Jongh A de. Diagnostiek en behandeling van angst voor de tandheelkundige behandeling

Ned Tijdschr Tandheelkd 2022; 129: 507-512

doi: <https://doi.org/10.5177/ntvt.2022.11.22038>

LEERDOELEN

Na lezen van dit artikel kent u van het fenomeen behandelangst in de tandheelkunde:

- de prevalentie en het ontstaan;
- de diagnostiek;
- de mogelijke angstreducerende behandeltechnieken.

INLEIDING

Angst voor de tandheelkundige behandeling (verder te noemen behandelangst) is wereldwijd een veel voorkomend probleem (Oosterink et al, 2009). In de afgelopen 30 jaar is de prevalentie van behandelangst min of meer gelijk gebleven (Milgrom, 2019). In de westerse maatschappij is bij 30-40% van de bevolking sprake van matige behandelangst, terwijl zo'n 5-15% last heeft van ernstige vormen daarvan (Halonen et al, 2014; Van Houtem et al, 2014; Silveira et al, 2021). Bij een deel van de mensen (schattingen in Nederland lopen uiteen van 0,4-3,7%) is er sprake van de ernstigste vorm van behandelangst: een specifieke fobie voor de tandheelkundige behandeling (Oosterink et al,

2009; APA, 2013; Van Houtem et al, 2014). Ernstige vormen van behandelangst hangen samen met vermijding van tandheelkundige zorg en daarmee de achteruitgang van het gebit en een verminderde kwaliteit van leven (De Jongh et al, 2011; Vermaire et al, 2016). Behandelangst wordt vaker gerapporteerd door vrouwen dan mannen, ontstaat vaak in de kindertijd tot vroege volwassenheid en ontstaat meestal door een of meerdere negatieve tandheelkundige ervaringen (De Jongh et al, 2006; Van Houtem et al, 2015; Silveira et al, 2021). Deze angst kan vervolgens opgeroepen ('getriggerd') worden door een grote variëteit aan objecten en situaties (Oosterink et al, 2008).

Deze bijdrage heeft tot doel een kader te bieden voor de diagnostiek en behandelaanpak van mensen met uiteenlopende ernst van behandelangst. Eerst wordt uitleg gegeven over de manier waarop de diagnostiek van behandelangst het best kan worden uitgevoerd. Daarna worden enkele effectieve technieken beschreven die erop gericht zijn de toestandsangst (de emoties en het angstgedrag) te beheersen. Vervolgens worden enkele methoden besproken die tot doel hebben de dispositieangst (de kern van de angststoornis) te behandelen.

KORTE VRAGENLIJST ANGST VOOR DE TANDHEELKUNDIGE BEHANDELING

Deze vragenlijst bestaat uit 9 uitspraken die met de tandarts te maken hebben. Wilt u bij elke uitspraak aangeven in hoeverre deze op u van toepassing is? U kunt bij iedere uitspraak het cijfer aankruisen dat bij uw antwoord hoort.

Het kan vóórkomen dat u een bepaalde situatie nog nooit heeft meegemaakt. Wilt u dan toch proberen om u zo goed mogelijk voor te stellen hoe dat voor u zou kunnen zijn?

	Helemaal niet op mij van toepas- sing	Nauwelijks op mij van toepassing	Enigszins op mij van toepassing	Vrij goed op mij van toepassing	Helemaal op mij van toepassing
1. Ik word nerveus als de tandarts zegt dat ik in de stoel mag gaan zitten	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Wanneer de tandarts een kies gaat trekken ben ik de wachtkamer al bang	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Als ik onderweg naar de tandarts aan het geluid van de boor denk heb ik zin om terug te gaan	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. Als ik eraan denk dat de tandarts niet zal zeggen wat hij of zij gaat doen in mijn mond heb ik de neiging uit de wachtkamer weg te lopen	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
5. Als de tandarts de verdovingsspuut pakt knijp ik mijn ogen dicht	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6. Ik krijg het warm of koud als ik in de wachtkamer denk aan het moment dat ik in de tandartsstoel ga zitten	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
7. Op weg naar de tandarts krijg ik het benauwd bij het idee dat hij of zij straks gaat boren	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
8. Als ik in de tandartsstoel zit en niet weet wat er gebeurt in mijn mond, breekt het zweet mij uit	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
9. Op weg naar de tandarts maak ik mij al zenuwachtig bij het idee dat ik straks in de stoel moet liggen	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Afb. 1. De K-ATB voor het meten van dispositieangst. Een score van 28 of meer is indicatief voor extreme behandelangst.

DIAGNOSTIEK

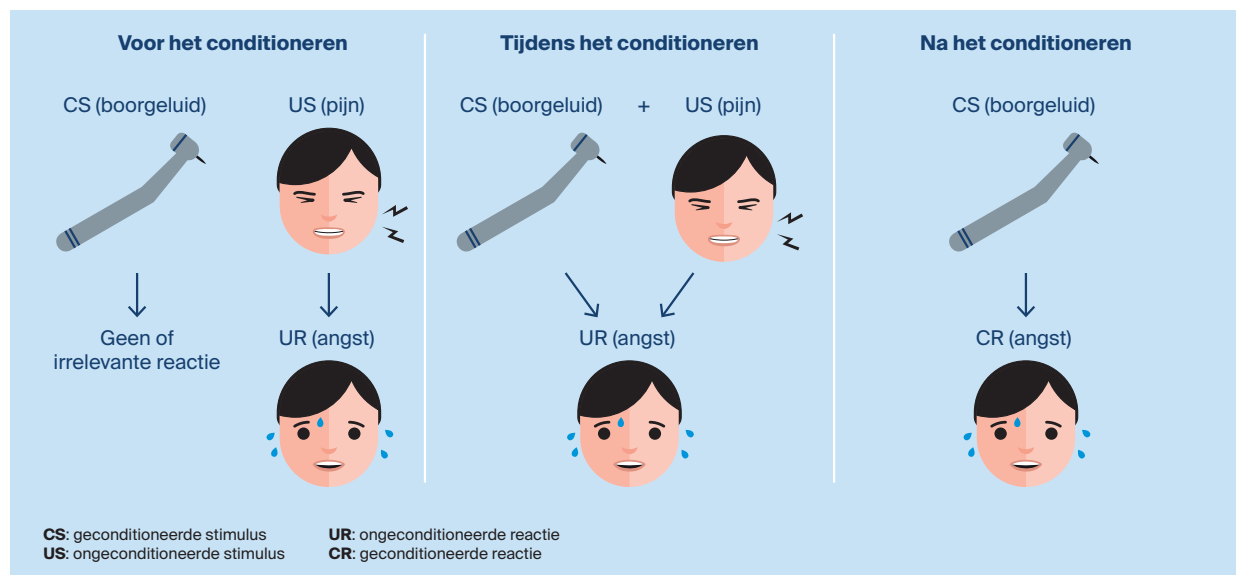
Het meten van de ernst van de (dispositie)angst

Adequate angstdiagnostiek is essentieel voor de daaropvolgende behandeling. Dit geldt zowel voor de behandeling van patiënten in een reguliere mondzorgpraktijk als voor de behandeling van extreem angstige patiënten in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT). Bij het diagnosticeren van angst wordt onderscheid gemaakt tussen 2 typen angst: dispositieangst (*trait anxiety*, angst als persoonlijkheidskenmerk, een min of meer stabiele eigenschap) en toestandsangst (*state anxiety*, situatiegebonden angst, een emotionele reactie op een bedreigende gebeurtenis). Voor het meten van dispositieangst zijn er diverse gevalideerde vragenlijsten in omloop. De in Nederland meest gebruikte vragenlijsten om dispositieangst te meten zijn de *Dental Anxiety Scale* (DAS) en de Korte Vragenlijst Angst voor de Tandheelkundige behandeling (K-ATB) (Cohra, 1969; Stouthart, 1989). Van beide vragenlijsten heeft

de K-ATB de stevigste empirische basis (afb. 1). Deze vragenlijst kan zowel in de reguliere praktijk als binnen een CBT worden gebruikt en wordt door de patiënt ingevuld. De K-ATB telt 9 items en heeft een scorebereik van 9-45. Het totaal van de itemscores geeft een indicatie van het angstniveau van de patiënt. Een score van 28 of meer op de K-ATB is indicatief voor extreme behandelangst, lagere scores zijn indicatief voor mildere vormen van angst.

Het identificeren van angstwekkende stimuli en negatieve gedachten

Dispositieangst in relatie tot de tandheelkundige behandeling is een verzamelnaam voor angst voor een grote verscheidenheid aan angstwekkende stimuli (objecten en situaties) die zich in de tandheelkundige setting kunnen presenteren (Oosterink et al, 2008; Van Houtem et al, 2017). Voorbeelden van angstwekkende stimuli zijn het geluid van de boor, het achteroverliggen in de tandartsstoel, het nemen van een gebitsafdruk of het trekken



Afb. 2. Overzicht van hoe klassiek conditioneren, in dit geval voor het geluid van de boor, verloopt.

van een gebitselement. Deze zijn individueel bepaald en worden geconditioneerde stimuli genoemd (*conditioned stimuli*, CS) als ze met een negatieve gebeurtenis (*unconditioned stimulus*, US) geassocieerd ('geconditioneerd') zijn geraakt (De Jongh et al, 1995). Een voorbeeld daarvan is een patiënt die ooit tijdens een behandeling waarbij er geboord werd een ondraaglijke pijn ervoer doordat de verdoving onvoldoende werkzaam was. Hierdoor is de kans verhoogd dat het geluid van de boor (CS) in de toekomst een voorspeller wordt voor deze pijn en daarom angst veroorzaakt wanneer de patiënt hiermee wordt geconfronteerd. Afbeelding 2 laat zien hoe conditioneren verloopt, in dit geval van angst voor het geluid van de boor. Tabel 1 geeft enkele voorbeelden van CS-US-relaties. Een vragenlijst die een groot deel van de stimuli in de tandheelkundige setting in kaart brengt is de Vragenlijst stimulussituaties (Oosterink et al, 2008; Pieterse et al, 2007). Deze vragenlijst kan worden gebruikt om een indicatie te krijgen van objecten of situaties binnen de mondzorgpraktijk die door de patiënt als angstwekkend worden ervaren. De vragenlijst bestaat uit 67 items met een antwoordschaal variërend van "helemaal niet angstwekkend" (1) tot "extreem angstwekkend" (4). Een verkorte versie van deze vragenlijst, met 25 van de meest voorkomende stimuli, is te vinden in het online artikel (zie QR-code).

De angstwekkende stimuli zijn in feite voorspellers voor wat de patiënt denkt dat er in het ergste geval gaat gebeuren (US) als hij met deze stimulus (CS) wordt geconfronteerd. Vanwege de conditionering kan het zijn dat het horen van een boorgeluid al automatisch een angstre-

actie veroorzaakt, ook zonder dat de 'ramp', ondraaglijke pijn, daadwerkelijk optreedt. De diverse typen negatieve of rampgedachten van de patiënt die zijn vrees verklaren, kunnen in kaart worden gebracht door gebruik te maken van een vragenlijst die voor dit doel is ontworpen, de Dental Cognitions Questionnaire (DCQ) (in het online artikel, zie QR-code) (De Jongh et al, 1995). Deze vragenlijst bestaat uit 38 items die het vóórkomen (frequentie) én de geloofwaardigheid van negatieve, aan de tandheelkundige behandeling gerelateerde, denkpatronen identificeert.

Naast de hierboven genoemde vragenlijsten kan de CS-US-relatie tijdens de intake mondeling worden uitgevraagd. Dit onderdeel van de intake vormt de kern van de angstdiagnostiek en is essentieel om vervolgens een gerichte angstbehandeling te kunnen starten. Zie intermezzo 1 voor een voorbeeld van de wijze waarop de relatie tussen de CS en de US wordt uitgevraagd.

BEHANDELING

Hieronder volgt een beknopt overzicht van angstreducerende behandeltechnieken die in zowel de huispraktijk als een CBT kunnen worden toegepast, al dan niet in samenwerking met een psycholoog. Eerst komen de technieken voor het verlagen van de toestandsangst aan bod (De Jongh, 2013; Weisfield et al, 2021). Daarna worden de belangrijkste evidencebased behandelmethoden voor het verlagen van de dispositieangst besproken. Elders in

OP WWW.NTVT.NL

De Vragenlijst stimulussituaties en de Dental Cognitions Questionnaire zijn via het online-artikel beschikbaar.
Scan de QR-code:



CS	US
Boren	Ondraaglijke pijn
	Letsel in de mond
Afdrukken	Stikken
Verdoven	Ondraaglijke pijn
	Afbreken naald

Tabel 1. Enkele voorbeelden van CS-US-relaties.

INTERMEZZO 1. DE KERN VAN DE ANGSTDIAGNOSTIEK: HET IDENTIFICEREN VAN DE CS-US-RELATIE

Mondzorgverlener: *“U geeft aan dat u bang bent. Waar bent u precies bang voor?”* (Vraag op deze manier de CS uit.)

Patiënt: *“Ehhh, eigenlijk voor alles.”* (Vaag antwoord, neem hier geen genoegen mee.)

Mondzorgverlener: *“Maar waarvoor precies?”* (Vraag de CS specifiek uit.)

Patiënt: *“De boor, die vind ik afschuwelijk.”* (Een heldere CS.)

Mondzorgverlener: *“Maar wat aan de boor vindt u precies zo eng?”* (Vraag op deze manier de bij de CS horende US uit.)

Patiënt: *“Dat de boor op mijn zenuw komt en dat dat ondraaglijke pijn doet.”*

Nu is de CS-US-relatie bekend:

Boren -> ondraaglijke pijn

Mondzorgverlener: *“U bent dus bang dat wanneer er wordt geboord u ondraaglijke pijn krijgt?”*

Patiënt: *“Ja, dat klopt.”*

Mondzorgverlener: *“Bent u verder nog ergens bang voor?”*

Patiënt: *“Nee.”*

De kern van de angstdiagnostiek is bij deze patiënt afgerond.

dit themanummer wordt op enkele hieronder beschreven methoden dieper ingegaan.

Verlagen van de toestandsangst: copingvaardigheden en een angstreducerende behandelstijl

Angstige patiënten hebben last van disfunctionele gedachten zoals *“de behandeling gaat enorm veel pijn doen”*, *“ik ga stikken”*, *“de tandarts schiet vast uit met z'n boor”*. Dit soort verwachtingen leiden tot behandelangst en kunnen pijngevoelens versterken. Door tijdens het blootstellen van de patiënt aan de CS (bijvoorbeeld de boor) de aandacht van de patiënt van deze disfunctionele gedachten af te leiden zal de toestandsangst afnemen en de patiënt de behandeling makkelijker doorstaan (De Jongh, 2013). De afleiding kan bestaan uit een mentale oefening, zoals hoofdrekensommen of taalspelletjes. Een andere vorm van afleiding is fysieke oefeningen laten doen, waarbij met de benen en voeten volgens een bepaald ritme bewogen wordt. Belangrijk is dat de opdracht moeilijk genoeg is, zodat het werkgeheugen volledig belast wordt, en dat de opdracht aansluit bij de interesse en het niveau van de patiënt.

Een andere techniek om de toestandsangst van de patiënt te verminderen is de patiënt zichzelf moed in te laten spreken door middel van een methode die ‘positieve zelfverbalisatie’ wordt genoemd. Wanneer er sprake is van veel negatieve gedachten, kan het helpen wanneer de patiënt zichzelf toespreekt, zoals hij of zij ook bij een goede vriend, partner of kind zou doen. Te denken valt aan zinnen als *“Je kunt het!”*, *“Je hebt voor hetere vuren gestaan”* of *“Het duurt maar even”*. Ook kan gezocht worden naar hoe een patiënt eerdere moeilijke situaties, ook buiten de tandheelkunde, heeft doorstaan. Wanneer deze zinnen op een kaartje worden geschreven, kan de patiënt die er bij elke behandeling weer bij pakken en zichzelf moed inpraten.

Bovengenoemde technieken kan de patiënt, eventueel met hulp van de tandarts, zelf toepassen. De behandelaar kan daarnaast een eigen bijdrage leveren aan het verminderen van de toestandsangst door een angstreducerende behandelstijl. Een op het verminderen van angst gerichte

behandelstijl houdt in dat er voorspelbaar gewerkt wordt en dat de behandeling voor de patiënt beheersbaar is. Dit eerste kan bereikt worden door de patiënt te informeren over wat er gaat gebeuren, hoe lang de behandeling gaat duren en wat de patiënt ervan zou kunnen merken. Een behandeling wordt beheersbaar voor een angstpatiënt, wanneer de behandeling wordt opgedeeld in stukjes, er wordt afgesproken hoe lang er bijvoorbeeld geboord wordt en dat er een pauzeteken wordt overeengekomen waar ook daadwerkelijk op wordt gereageerd. Ten slotte kan een zelfverzekerde houding van het behandelteam voor vertrouwen bij de patiënt zorgen.

Verlagen van dispositieangst: exposure en EMDR

Bij patiënten met extreme of fobische behandelangst volstaat het verlagen van alleen de toestandsangst door het aanleren van copingvaardigheden of het toepassen van een angstreducerende behandelstijl niet. Uiteraard kunnen deze technieken helpen de patiënt zich comfortabeler te laten voelen in de behandelstoel. Maar de kern van de behandeling dient er bij extreme of fobische behandelangst op gericht te zijn de dispositieangst van de patiënt te verlagen. De eerste-keuze-behandelmethodiek hiervoor is exposure, een evidencebased vorm van cognitieve gedragstherapie (Nauta, 2020). Exposure gaat uit van het principe dat als iemand aan zijn angstwekkende stimuli (CS) wordt blootgesteld zonder dat de ramp (US) plaatsvindt, de angst automatisch uitdooft (zie elders in deze editie de artikelen van Borsjé over nieuwe inzichten in Virtual Reality Exposure Therapy en van Van Minnen over exposuretherapie). Voor het laten uitdoven van de angst is het essentieel dat de CS en US van elkaar ontkoppeld raken. Een patiënt moet ervaren en geloven dat wanneer die met de CS (bijvoorbeeld de boor) wordt geconfronteerd, deze niet noodzakelijkerwijs gevolgd wordt door de gevreesde US (bijvoorbeeld ondraaglijke pijn). Dit laatste is de kern van elke angstbehandeling en gebeurt door het uitvoeren van een zogenoemd gedragsexperiment. In een gedragsexperiment onderzoekt de mondzorgverlener samen met de

INTERMEZZO 2. DE INTRODUCTIE VAN HET GEDRAGSEXPERIMENT

Mondzorgverlener: "Je verwacht dat als ik in je kies ga boren dat je een onverdraaglijke pijn zult ervaren. Dat klopt toch, he?"

Patiënt: "Ja."

Mondzorgverlener: "Het kan zijn dat dat zo is, maar het kan natuurlijk ook zo zijn dat het niet zo is. Toch?"

Patiënt: "Ja, maar het is altijd wel zo gegaan."

Mondzorgverlener: "Hoe groot acht je de kans dat je ondraaglijke pijn ervaart als ik ga boren?"

Patiënt: "100%."

Mondzorgverlener: "Ik denk zelf dat je niets voelt en dat de verdoving gewoon doet wat ie moet doen. Zeker als ik heel erg mijn best doe om je 100, nee laten we zeggen 200%, te verdoven. Maar hoe komen we erachter wie van ons er gelijk heeft?"

Patiënt: "Door het te doen?"

Mondzorgverlener: "Prima, dus ik ga je uitzonderlijk goed verdoven en eerst 1 seconde boren. En dan ga je mij vertellen of de pijn ondraaglijk was. Oké?"

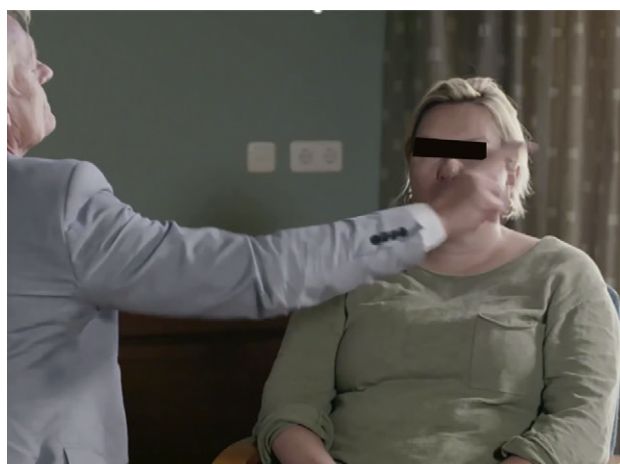
Patiënt: "Oké."

patiënt de disfunctionele en angstopwekkende opvatting van de patiënt over de (als-dan) relatie tussen de CS en de US (bijvoorbeeld: "als de tandarts gaat boren dan doet dit ondraaglijke pijn"). Ze gaan na of de ramp – in dit geval ondraaglijke pijn – daadwerkelijk optreedt of dat die wellicht wordt overschat. In praktische zin zorgt de mondzorgverlener voor een goede verdoving en vraagt tijdens het boren regelmatig of de patiënt ondraaglijke pijn heeft. Door het gedragsexperiment verschillende malen te herhalen tijdens een behandeling leert de patiënt geleidelijk aan dat wanneer de CS zich voordoet, deze niet per definitie gevolgd wordt door de US. Daarmee zal de dispositieangst afnemen. Voor een introductie tot het gedragsexperiment zie intermezzo 2.

Een andere evidencebased behandeling om de dispositieangst van de patiënt te verminderen is het beïnvloeden van de mentale inprenting van de verwachte ramp (US). Heel geschikt daarvoor is eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) (afb. 3) (De Jongh et al, 2013). In het kort komt deze therapie, die door een psycholoog wordt uitgevoerd, erop neer dat deze aan de patiënt vraagt de rampfantasie in gedachten op te roepen, waarna de therapeut de patiënt tijdens het denken hieraan afleidt, bijvoorbeeld door het maken van vingerbewegingen voor het gezicht van de patiënt en te vragen deze met de ogen te volgen. Hierdoor wordt de rampfantasie van de patiënt ontdaan van de negatieve emotionele lading waardoor het voor patiënt minder geloofwaardig wordt dat de ramp daadwerkelijk zal plaatsvinden.

SLOTBESCHOUWING

Behandelangst is een veel voorkomend fenomeen dat in



Afb. 3. EMDR wordt toegepast bij een patiënt met extreme behandelangst.

verschillende gradaties voorkomt. Adequate diagnostiek ligt aan de basis van een goede angstbehandeling. Gezien de hoge prevalentie van behandelangst zullen er veel patiënten met behandelangst in de huispraktijk worden gezien. Door enkele basisprincipes van de angstdiagnostiek en de angstbehandeling te begrijpen en toe te passen, kan de behandelbaarheid van een patiënt op effectieve wijze worden vergroot. De in dit artikel beschreven 3 diagnostische vragenlijsten de K-ATB, de Vragenlijst stimulussituaties en de DCQ, vormen de basis voor verdere diagnostiek tijdens de intake. De kern van de intake bestaat uit het vaststellen van de zogenoemde CS-US-relatie, om daarna een passende behandeling te kunnen starten. Voor patiënten met milde vormen van angst (K-ATB-score < 28) volstaat meestal het aanleren van copingvaardigheden, die worden ingezet tijdens blootstelling aan de CS. Bij patiënten met ernstige vormen van angst (K-ATB-score ≥ 28) is het uitvoeren van gedragsexperimenten al dan niet in combinatie met EMDR-therapie onontbeerlijk om de dispositieangst blijvend te verlagen.

Bij patiënten met ernstige vormen van behandelangst is regelmatig sprake van andere problematiek, die meespeelt met de behandelangst, behandelbaarheid of draagkracht van de patiënt. Zo hebben patiënten met ernstige behandelangst vaker psychische problemen dan patiënten met milde behandelangst (Roy-Byrne et al, 1994; Halonen et al, 2018). Deze problematiek kan de tandheelkundige behandeling in ernstige mate compliceren en van invloed zijn op de behandelbaarheid en het behandelresultaat (Friedlander en Mahler, 2001; Hakeberg en Wide, 2019). Elders in dit themanummer worden 3 casus beschreven die deze problematiek verder illustreren (Hoedemaker, 2022; Nanlohy, 2022; Pieterse en Eggen, 2022). Ten slotte moet worden vermeld dat bij een deel van de patiënten met extreme vormen van behandelangst een behandeling met behulp van exposure, in de vorm van een gedragsexperiment of EMDR niet afdoende is om een optimale behandelbaarheid te verkrijgen. Een vorm van sedatie kan dan geïndiceerd zijn. Welke indicatiegebieden er voor sedatie zijn en welke vormen van sedatie worden toegepast, beschrijven Bildt et al elders in dit themanummer (Bildt et al, 2022).

LITERATUUR

- * American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Washington DC: APA, 2013.
- * Bildt MM, de Boer HD, Vermaire JH. Sederen of confronteren? Sedatie bij de tandheelkundige behandeling van volwassenen. Ned Tijdschr Tandheelkd 2022; 129: 525-532.
- * Borsjé C. Werkt een VR-bril om angst voor de tandarts te reduceren? Ned Tijdschr Tandheelkd 2022; 129: 491-493.
- * Corah NL. Development of a dental anxiety scale. J Dent Res 1969; 48: 596.
- * Friedlander AH, Mahler ME. Major depressive disorder: psychopathology, medical management and dental implications. J Am Dent Assoc 2001; 132: 629-638.
- * Hakeberg M, Wide U. Individuals with severe dental anxiety- Classification, diagnosis and psychological treatment. CMAJ 2019; 47: 503-511.
- * Halonen H, Nissinen J, Lehtiniemi H, Salo T, Riipinen P, Miettinen J. The association between dental anxiety and psychiatric disorders and symptoms: a systematic review. Clin Pract Epidemiol Ment Health 2018; 14: 207-222.
- * Hoedemaker EM. Een patiënt met een dissociatieve identiteitsstoornis. Ned Tijdschr Tandheelkd 2022; 129: 503-506.
- * van Houtem CMHH, Aartman IH, Boomsma DI, Ligthart L, Visscher CM, de Jongh A. Is dental phobia a blood-injection-injury phobia? Depress Anxiety 2014; 31: 1026-1034.
- * van Houtem CMHH, van Wijk AJ, de Jongh A. Presence, content, and characteristics of memories of individuals with dental phobia. Applied Cognitive Psychology 2015; 29: 515-523.
- * van Houtem CMHH, van Wijk AJ, Boomsma DI, Ligthart L, Visscher CM, de Jongh A. The factor structure of dental fear. Eur J Oral Sci 2017; 125: 195-201.
- * de Jongh A, Muris P, Schoenmakers N, ter Horst G. Negative cognitions of dental phobics: Reliability and validity of the dental cognitions questionnaire. Behav Res Ther 1995; 33: 507-515.
- * de Jongh A, Fransen J, Oosterink-Wubbe F, Aartman, IHA. Psychological trauma exposure and trauma symptoms among individuals with high and low levels of dental anxiety. Eur J Oral Sci 2006; 114: 286-292.
- * de Jongh A, Schutjes M, Aartman IHA. A test of Berggren's model of dental fear and anxiety. Eur J Oral Sci 2011; 119: 361-365.
- * de Jongh A. Angst voor de tandarts. Een praktische handleiding. Assen: Koninklijke Van Gorcum B.V., 2013.
- * de Jongh A, Ernst R, Marques L, Hornsveld H. The impact of eye movements and tones on disturbing memories of patients with PTSD and other mental disorders. J Behav Ther Exp Psychiatry 2013; 44: 447-483.
- * Milgrom P. Dental anxiety: a persistent problem in dental practice. J California Dent Assoc 2019; 47: 491-493.
- * van Minnen A, de Jongh A. Exposure bij de angstbehandeling in de mondzorgpraktijk. Ned Tijdschr Tandheelkd 2022; 129: 513-518.
- * Nanlohy JF. Een patiënt met een conversiestoornis en stikfobie. Ned Tijdschr Tandheelkd 2022; 129: 498-502.
- * Nauta M. Minder praten, meer doen: Consortium angst en depressie bij kinderen en jongeren. Den Haag: ZonMW, 2020.
- * Oosterink FMD, de Jongh A, Aartman IHA. What are people afraid of during dental treatment? Anxiety-provoking capacity of 67 stimuli characteristic of the dental setting. Eur J Oral Sci 2008; 116: 44-51.
- * Oosterink FM, de Jongh A, Hoogstraten J. Prevalence of dental fear and phobia relative to other fear and phobia subtypes. Eur J Oral Sci 2009; 117: 135-143.
- * Roy-Byrne PP, Milgrom P, Khoon-Mei T, Weinstein P, Katon W. Psychopathology and psychiatric diagnosis in subjects with dental phobia. Journal of Anxiety Disorders 1994; 8: 19-31.
- * Pieterse CM, Eggen JK. Seksueel trauma; behandelbaarheid in de tandartspraktijk. Ned Tijdschr Tandheelkd 2022; 129: 494-497.
- * Pieterse CM, de Jongh A, Oosterink FMD. Waar zijn angstige patiënten het meest bang voor? Ned Tijdschr Tandheelkd 2007; 114: 292-295.
- * Silveira ER, Cademartori MG, Schuch HS, Armfield JA, Demarco FF. Estimated prevalence of dental fear in adults: A systematic review and meta-analysis. J Dent 2021; 108: 103632.
- * Stouthard M. Angst voor tandheelkundige behandelingen, Amsterdam: Universiteit van Amsterdam 1989. Academisch proefschrift.
- * Vermaire JH, van Houtem CMHH, Ross JN, Schuller AA. The burden of disease of dental anxiety: generic and disease-specific quality of life in patients with and without extreme levels of dental anxiety. Eur J Oral Sci 2016; 124: 454-458.
- * Weisfeld CC, Turner JA, Dunleavy K et al. Dealing with anxious patients: a systematic review of the literature on nonpharmaceutical interventions to reduce anxiety in patients undergoing medical or dental procedures. J Altern Complement Med. 2021; 27: 717-726.

SUMMARY

Diagnosis and treatment of dental anxiety

Fear of dental treatment is a common phenomenon. Every oral health care provider will have to treat a patient with this fear one day. Adequate diagnostics are essential for a correct assessment of the level of fear and how an anxious patient can best be helped. In cases of mild fear, lowering the state anxiety by teaching the patient coping skills, will suffice. In cases of extreme fear, reducing disposition anxiety (the core of the anxiety disorder) comes first, since this will not only reduce fear during the treatment, but will also halt avoidance behavior, which in the end will have a positive effect on the oral health care of the patient.

AUTEURSINFORMATIE

C.M.H.H. van Houtem^{1,2}, C.M. Pieterse¹, A. de Jongh^{1,2,3,4,5,6}

Uit ¹de Stichting Bijzondere Tandheelkunde en ²de sectie Maatschappij en Mondgezondheid van het Academisch Centrum voor Tandheelkunde Amsterdam (ACTA), ³het Psychotrauma Expertise Centre (PSYTREC) in Bilthoven, ⁴de School of Health Sciences van de Salford University in Manchester, (Verenigd Koninkrijk), ⁵het Institute of Health and Society van de University of Worcester in Worcester, (Verenigd Koninkrijk) en ⁶de School of Psychology van de Queen's University in Belfast (Noord Ierland)

Datum van acceptatie: 20 juli 2022

Adres: dr. C.M.H.H. van Houtem, ACTA, Gustav Mahlerlaan 3004, 1081 LA Amsterdam

c.van.houtem@sbt.acta.nl