

Exposure bij de angstbehandeling in de mondzorgpraktijk



Samenvatting. Voor behandelangst is cognitieve gedragstherapie de behandeling van eerste keus, waarvan exposure de belangrijkste component is. Op dit moment is het inhibitiemodel het beste verklarende model achter de werking van exposure. Volgens dit model moet de exposure worden gericht op de gevreesde uitkomsten van de patiënt, waarbij de kans op het uitkomen van die rampverwachting maximaal wordt uitgedaagd. Daarnaast is van belang te oefenen in zo veel mogelijk verschillende contexten en te zorgen voor veel herhaling. Ook het combineren van verschillende angstopwekkende stimuli wordt aangeraden. Het inhibitiemodel kan worden afgezet tegen het habituatiemodel, een ouder verklaringsmodel dat nog steeds vaak in de klinische praktijk wordt gebruikt, maar wat inmiddels achterhaald is.

Minnen A van, Jongh A de. Exposure bij de angstbehandeling in de mondzorgpraktijk
Ned Tijdschr Tandheelkd 2022; 129: 513-518
doi: <https://doi.org/10.5177/ntvt.2022.11.22050>

LEERDOELEN

Na lezen van dit artikel:

- weet u wat het werkingsmechanisme is van de cognitieve gedragstherapie exposure
- en bent u bekend met het inhibitiemodel en het habituatiemodel als verklaring voor die werking.

INLEIDING

Bij angststoornissen in het algemeen wordt doorgaans aanbevolen om cognitieve gedragstherapie te geven, een effectieve behandeling tegen allerlei vormen van angst, waaronder behandelangst (Wide Boman et al, 2013). Zoals eerder in dit themanummer in het artikel van Van Houtem et al (2022) is beschreven, is exposure een cruciaal onderdeel van deze therapievorm. Exposure betekent letterlijk 'blootstellen', waarmee wordt bedoeld dat je de patiënt blootstelt aan prikkels die vermeden worden, omdat ze (te) veel emoties oproepen. Meestal gaat het dan om angst, maar het kan ook walging zijn. Het doel van dit artikel is uitleg geven over exposure als een van de krachtigste methoden om angst te reduceren. Eerst wordt ingegaan op het werkingsmechanisme van exposure. Vervolgens worden enkele uitgangspunten voor exposuretherapie binnen het inhibitiemodel beschreven en worden de implicaties

van het inhibitiemodel voor de behandelaanpak met exposuretherapie in mondzorgpraktijk beschreven. Tot slot wordt een voorbeeld van een exposure-oefening als onderdeel van een angstbehandeling gegeven.

HABITUATIEMODEL

Lang werd gedacht dat habituatie het werkingsmechanisme was van exposure. Bij habituatie wordt de patiënt geleidelijk blootgesteld aan de prikkels die angst oproepen. Er wordt een hiërarchie gemaakt van situaties die angst oproepen en de patiënt wordt blootgesteld aan de prikkel die de minste angst oproept. Deze werkwijze wordt ook wel met de term 'graduele exposure' aangeduid. Tijdens de exposuresessie zal de angst dan in eerste instantie toenemen, maar als de patiënt blijft blootgesteld aan de prikkel zal de angst vanzelf weer afnemen. Hij went eraan (habituëert). De mate van angst wordt gemeten tijdens de exposuresessie met de zogenoemde *subjective units of distress* (SUD)-schaal, met een schaalbereik van 0 tot 100. Het habituatiemodel laat tijdens de sessie een habituatiecurve zien: de angst neemt eerst toe en vervolgens weer af. Als de SUD gedaald is in de sessie, wordt de patiënt in de volgende sessie blootgesteld aan de volgende situatie op de angsthiërarchie. Zo niet, dan wordt de situatie uit de eerste sessie nog een keer herhaald. Uit onderzoek blijkt echter dat het dalen van de SUD tijdens de exposuresessie

niet noodzakelijk is voor een goed effect. Mensen die aan het einde van hun sessie een hoge SUD hebben, worden dus in dezelfde mate beter als mensen bij wie de SUD zakt. Habituatie tijdens de exposure-oefening blijkt dus niet nodig of cruciaal voor een goed effect. Die bevindingen zetten vraagtekens bij het habituatiemodel als werkingsmechanisme voor exposure, en daarmee ook als verklaring voor het effect van de therapie.

INHIBITIEMODEL

In plaats van het habituatiemodel werd het inhibitiemodel als werkingsmechanisme geïntroduceerd (Vervliet et al, 2014). Bij het inhibitiemodel staat niet de gewinning aan de angst centraal, maar het falsificeren van de verwachting die de patiënt heeft bij de exposure-oefening. Als patiënten zichzelf blootstellen aan een angstopwekkende stimulus dan zijn ze bang, omdat ze iets vrezen, bang dat er iets ergs gebeurt. Bijvoorbeeld dat ze flauwvallen van angst of dat ze de controle over zichzelf kwijtraken. Als iemand ontdekt dat die ramp niet gebeurt en de angstige verwachting dus niet uitkomt, dan zal de angst dalen en treedt er extinctie op, ofwel uitdoving. De angst daalt dus niet omdat de patiënt went aan de gevreesde situatie (habituatie), maar omdat hij leert dat zijn verwachting niet klopt.

De exposure-oefening moet dus worden afgestemd op de specifieke verwachte ramp van de patiënt en het doel is die verwachting stevig uit te dagen, zodat de patiënt ervan overtuigd raakt dat die rampverwachting niet zal gaan plaatsvinden. Dat betekent dat de therapeut de oefensituatie zo maakt dat de kans dat de ramp uitkomt maximaal is. Aan de patiënt wordt gevraagd wanneer de kans op de ramp het grootst is. Stel dat de patiënt denkt dat ondraaglijke pijn vooral optreedt als er geen pauzes worden ingelast tijdens het boren, dan boort de tandarts aan één stuk door. Denkt de patiënt dat de kans op een paniekaanval groter is als er minder adem gehaald kan worden wanneer er watten in de mond worden geplaatst, dan plaatst de tandarts extra watten in de mond. In gedragstherapeutische termen vindt er een nieuwe leerervaring plaats: er vormt zich een nieuwe relatie tussen de gevreesde situatie en veiligheid. De gevreesde situatie heeft nu dus 2 routes: naar 'gevaar' en naar 'veiligheid'. Pas als de route naar 'veiligheid' sterker is dan de route naar 'gevaar' zal de patiënt minder angstig worden. Dat wordt extinctie genoemd. De sterkte van die verbinding tussen de gevreesde situatie en veiligheid wordt beïnvloed door de sterkte van de leerervaring.

De mate van geloofwaardigheid van de angstige verwachting wordt op een schaal van 0-100% gemeten bij het begin van de exposure-oefening en aan het einde. Bij een succesvolle sessie is de geloofwaardigheid van de angstige verwachting gedaald. De SUD's zullen niet eerst stijgen en vervolgens afnemen, zoals bij het habituatiemodel. Omdat geprobeerd wordt de angstige verwachting maximaal uit te

dagen kan de SUD oplopen naar 100. De SUD zal ook wisselen tijdens de sessie; elke keer dat de angst wat zakt, zal de therapeut proberen de geloofwaardigheid van de verwachting nog verder te testen, bijvoorbeeld in een andere context, waardoor de SUD weer kan oplopen. In elke sessie wordt een nieuwe situatie geoefend, onafhankelijk van een daling op de SUD in een eerdere sessie.

Exposure geven volgens de principes van het inhibitiemodel lijkt erg op dat van cognitieve gedragsexperimenten, maar er zijn wel enkele verschillen. In het artikel van Van Houtem et al elders in deze editie wordt uitleg gegeven over gedragsexperimenten. Bij inhibitieren vraagt de therapeut vaak wel naar de te verwachten ramp, maar sommige angstige verwachtingen zijn niet cognitief paraat. Omdat, los van de specifieke verwachting van de patiënt, de angst op verschillende manieren wordt gemaximaliseerd, worden ook impliciete verwachtingen met het inhibitiemodel getoetst. Bij het inhibitieren mag een angstige verwachting soms ook uitkomen, omdat gedeeltelijke bekrachtiging op de lange termijn sterker is dan een continue

bekrachtiging. Bij een gedrags-experiment kun je werken met cognitieve technieken als kansinschatting, maar het inzicht van de patiënt dat de kans erg klein is dat de tandarts door je wang heen boort zal in het inhibitiemodel als

Optimale exposurebehandeling bij angst

geruststelling worden beschouwd, die de exposure-oefening minder effectief maakt. Bij het inhibitiemodel wordt daarentegen alles in het werk gesteld om juist de kans zo groot mogelijk te maken dat de tandarts door de wang heen zal boren, door bijvoorbeeld buccaal van een bovenmolaar te boren. Wat het beste werkt hangt voornamelijk af van wanneer de patiënt denkt dat de boor door de wang heen zal gaan.

Momenteel is het inhibitieren als leidraad voor de behandeling van angststoornissen dominant. Voor angsttherapeuten betekent dat dat hun exposuresessies anders worden opgebouwd en samengesteld. In tabel 1 zijn enkele verschillen tussen het habituatiemodel en inhibitiemodel weergegeven.

IMPLICATIES VOOR DE PRAKTIJK VAN EXPOSUREBEHANDELING

Uit het inhibitiemodel vloeien een aantal implicaties voor de klinische praktijk bij een exposurebehandeling (Rijkeboer en Van den Hout, 2016). Hieronder worden 5 implicaties toegelicht.

Vraag naar de gevreesde uitkomst en maximaliseer de kans dat de ramp uitkomt

Twee patiënten zijn allebei bang voor het boren van een caviteit met een airrotor. Binnen het habituatiemodel zouden beide patiënten geleidelijk aan, in stapjes, worden blootgesteld aan die boor en wordt gewacht tot de angst zakt, totdat de patiënt gewend raakt. Binnen het inhibitiemodel onderzoekt de behandelaar echter eerst waar de pa-

Habituatie	Inhibitie
Doel is dat er habituatie optreedt. Dat wordt gemeten met een daling van de SUD* tijdens de exposure.	Doel is dat de angstige verwachting gefalsificeerd wordt. Dat wordt gemeten met een daling van de geloofwaardigheid van die verwachting tijdens de exposure.
De angst daalt 'vanzelf' door gewenning.	De angst daalt als de angstige verwachting niet uitkomt.
De habituatie generaliseert naar andere contexten.	Er moet veel geoefend worden in diverse contexten om contextgeneralisatie te bewerkstelligen.
De SUD* stijgt eerst en daalt vervolgens in de sessie.	De SUD* varieert in de sessie van hoog naar laag en weer naar hoog, en de SUD mag ook hoog zijn op het einde van de sessie. SUD-niveau wordt niet alleen gezien als uitkomstmaat, maar ook als interne context.
De mate van angst moet zich binnen een bepaalde bandbreedte begeven tijdens de exposure, niet te hoog en niet te laag (ook wel <i>window of tolerance</i>).	De mate van angst hangt af van de ramp verwachting die een persoon heeft, en mag hoog zijn (100) als dat de rampverwachting optimaal test.
Er wordt gewerkt met een angsthiërarchie en met een stappenplan, van minst angstig naar meest angstig.	Het volgen van een angsthiërarchie wordt beschouwd als een context (voorspelbaarheid, beheersbaar niveau van angst), en daarom afgeraden. Oefensituaties kunnen random gekozen worden, en om de rampverwachting optimaal uit te dagen kan ook met de meest angstige situatie begonnen worden.
Er wordt gewerkt met 1 gevreesde prikkel of situatie of 1 vorm van exposure.	Meerdere gevreesde prikkels of exposurevormen kunnen worden gecombineerd.
Huiswerkopdrachten richten zich op duur van de exposure.	Huiswerkopdrachten richten zich op het oefenen in verschillende contexten en veel herhaling van kortere exposure-oefeningen.
*subjective units of distress	

Tabel 1. De verschillen tussen habituatie en inhibitie bij een exposureoefening.

tiënt nu bang voor is dat er zal gaan gebeuren: welke ramp verwacht de patiënt? Vervolgens wordt de oefening zo ingericht dat de kans op die ramp maximaal is. De ene patiënt is bang dat de boor zal uitschieten en een gat in haar tandvlees of lip zal maken. Wat maakt volgens haar die kans groter of kleiner? Zij verwacht dat als de tandarts in kleine, onderbroken stukjes boort de kans kleiner is dat hij schade aanricht. Om haar angstige verwachting maximaal te testen, zal de tandarts het beste aan één stuk door kunnen boren. De andere patiënt is bang dat de pijn ondraaglijk wordt. De kans op pijn wordt groter volgens de patiënt als de tandarts een diepe caviteit bij de incisieven excaveert. Tijdens de exposure zal de tandarts dan ook extra lang dat gebied excaveren zonder te stoppen. Wellicht voelen deze interventies contra-intuïtief, want misschien voelt een tandarts de neiging de patiënt juist gerust te stellen, maar later zal men zien dat door geruststelling de sessie op de langere termijn minder effectief is. Met behulp van het tweede deel van de *Dental Cognitions Questionnaire* die elders in dit themanummer is opgenomen kunnen angstige verwachtingen van patiënten makkelijk worden opgespoord (De Jongh et al, 1995; Van Houtem et al, 2022).

De leerervaring wordt sterker als er geoefend wordt in verschillende contexten

Een exposure-oefening is een leerervaring. Als iemand iets leert in steeds hetzelfde klaslokaal, dan is het klaslokaal een vaste context geworden. In die context kan het

geleerde makkelijk worden opgehaald, maar daarbuiten wordt het moeilijker, dan is het net of die leerervaring minder toegankelijk is, en dan zal men dus sneller terugvallen in 'oud' gedrag. Om een patiënt te leren dat een handeling bij de tandarts veilig is en niet gevaarlijk, moet de leerervaring worden aangeboden in meerdere contexten. Als iemand bang is om de mond te openen bij de tandarts, bestaat wellicht de neiging om met die situatie te oefenen als de patiënt achterover in de stoel ligt en de mond opent. Maar als dat alleen in die situatie wordt geoefend, dan is de nieuwe leerervaring contextgebonden en minder sterk dan gewenst. In een andere context (bijvoorbeeld een noodzakelijke tandartsbehandeling bij kiespijn in de vakantie) zou de angst dan weer kunnen terugkeren. Daarom is het van belang in zoveel mogelijk verschillende contexten te oefenen, om de generalisatie van het geleerde te bevorderen. Laat de patiënt eens staan met de mond open, op de grond liggen met open mond, ga eens achter de patiënt staan als deze de mond opent, of opzij. Laat de patiënt oefenen in de wachtkamer, maar ook buiten, en in de thuissituatie. Zet eens andere achtergrondmuziek op of hang een andere poster op in de behandelkamer. Doe de witte jas eens uit, spreek de patiënt toe in het Spaans en laat onverwachts een onbekende assistent binnenlopen. Allemaal creatieve suggesties om in steeds andere situaties te oefenen, waardoor het geleerde (mijn mond open doen is niet gevaarlijk maar veilig) beter beklijft.

INTERMEZZO 1. VOORBEELD VAN EEN EXPOSURE-OEFENING

Een patiënt is bang dat hij zal stikken tijdens de tandartsbehandeling en die kans is het grootst volgens hem als de mond helemaal vol is met bijvoorbeeld een afdruklepel. De door de patiënt ingeschatte geloofwaardigheid dat hij zal stikken is 90%. De therapeut doet een gecombineerde exposure-oefeningen met imaginaire exposure in de praktijk.

T: *"We gaan vandaag onderzoeken of jouw gedachte klopt dat je zult gaan stikken. Je denkt dat die kans het grootst is als je achteroverligt en je mond helemaal vol is. Laten we dat eens gaan testen. We doen dat vandaag voor een deel 'in gedachten', we nemen de oefening met je smartphone op en dan kun je het thuis ook gaan oefenen."* [geen geruststelling geven over stikken; veiligheidsgedrag tegengaan]. *"Ik wil je vragen om juist als je dat gevoel krijgt van stikken door te gaan met de oefening."* [geen controle geven, maximaal testen].

T: *"Ren maar even de trap op en af [interoceptieve exposure aan lichamelijke sensaties die angst oproepen], en als je weer terug bent doe je meteen je ogen dicht en sta je denkbeeldig in de praktijk, wat zie je?"* [open vraag; imaginaire zintuiglijke exposure aan angstopwekkende situatie]

P: *"Ik moet in de stoel, maar ik wil niet achterover."*

T: *"Kijk maar even naar een plaatje van een tandartsstoel."* [foto van tandartsstoel die angst opwekt; zintuiglijke exposure]

T: *"Hoe voelt de stoel?"* [open vraag imaginaire zintuiglijke exposure]

P: *"Beetje hard en koud."*

T: *"Waar voel je de stoel aan je lichaam?"* [open vraag imaginaire zintuiglijke exposure]

P: *"Bij mijn benen en billen."*

T: *"Leg maar iets kouds onder je benen en billen."* [patiënt pakt een flesje water uit koelkast en legt dat bij de benen; zintuiglijke exposure aan angstopwekkende cue] *"Wat maakt je het meest bang?"* [angstverhogend, maximaal testen]

P: *"Dat ie zo achterovergaat."*

T: *"Ik zie dat je je handen balt tot vuisten, laat ze maar los."* [tegengaan van veiligheidsgedrag]

T: *"Laat hem maar achterovergaan. Ga zelf maar ergens liggen waar je achterover kunt liggen."* [patiënt gaat op de grond liggen, imaginaire en zintuiglijke exposure]

T: *"Luister maar naar het geluid van de stoel"* [zintuiglijke exposure]. *"Laat nu de zaklamp op je ogen vallen"* [zintuiglijke exposure]. *"Doe nu je mond wijd open"* [zintuiglijke exposure]. *"En stel je maar voor dat de tandarts de lepel plaatst. Pak hem zelf maar en plaats hem in je mond"* [exposure in vivo]. *"Neem een slokje water en slik dat niet door"* [exposure in vivo]. *"Blijf zo lang mogelijk met volle mond liggen"* [angstverhogend, maximaal testen].

Tegengaan van veiligheidsgedrag

Mensen die angstig zijn en zichzelf blootstellen aan een angstige situatie zullen geneigd zijn allerlei veiligheidsgedrag in te zetten. Dat doen ze om de ramp die ze vrezen te voorkomen. Daardoor leren ze weliswaar dat die angstige situatie niet tot de ramp zal leiden, ook schrijven ze die leerervaring toe aan hun veiligheidsgedrag. Veiligheidsgedrag kan zich uiten op veel manieren. Positieve *self-talk*, jezelf afleiden, iets in handen houden om in te knijpen, bepaalde kleding niet aandoen of juist wel, de spieren in je benen aanspannen, bepaalde dingen van tevoren niet of juist wel eten of drinken, iemand meenemen. Maar ook een mondzorgverlener zelf zet doorgaans middelen in die de angst verlagen. Zo geeft een tandarts vaak geruststellende psycho-educatie, ontspannings- of ademhalingsoefeningen, en wordt gezorgd voor een rustige sfeer in de behandelkamer, met rustige muziek, sfeervolle kleuren, weinig mensen in de ruimte die bovendien allemaal aardig reageren. Ook geeft een tandarts de patiënt controle doordat hij bijvoorbeeld zijn hand kan opsteken. Op de korte termijn zal hierdoor de angst (*state anxiety*) verlagen, maar de leerervaring die nodig is om de behandelangst ook op lange termijn te doorbreken is verstoord, en daardoor zal de angst op de lange termijn (*trait anxiety*) juist versterkt worden. De leerervaringen zijn immers voorwaardelijk geworden *"Ik ben niet gestikt tijdens de behandeling omdat ik*

van tevoren ademhalingsoefeningen heb gedaan, en de tandarts me heeft uitgelegd dat ik niet kon stikken, en dat hij heel voorzichtig zou doen". In feite is het voor een optimaal effect van de exposure-oefeningen van belang om het veiligheidsgedrag tegen te gaan en de patiënt zich juist onveilig en angstig te laten voelen zodat er stevige leerervaringen bereikt kunnen worden.

Veel herhalingen

Net als met bijvoorbeeld woordjes Duits die er vroeger ingestampt werden, moeten leerervaringen tijdens exposure-oefeningen vaak herhaald worden. Eén goede leerervaring is onvoldoende, zeker als het laagfrequent gedrag betreft zoals een tandartsbezoek. Bij laag frequent gedrag is de kans dat de angst terugkomt extra groot. Veel herhaling is dus belangrijk. Pas dan kan een langetermijneffect worden bereikt. Stel dat iemand bang is om achterover te worden gelegd in de stoel, dan kan dat eenmalig worden geoefend, maar ook 50 keer achter elkaar, het liefst natuurlijk in steeds wisselende contexten. Volgens de principes van het inhibitiemodel is vaker oefenen met een kortere exposure-oefening beter dan een eenmalig langdurige exposuresessie. Ook tussen tandartsbezoeken door is het belangrijk dat de patiënt zichzelf blijft blootstellen aan stimuli die de behandelangst oproepen. Zo kan de patiënt bijvoorbeeld wekelijks langs de praktijk lopen en even in de wachtkamer

Beeld: Shutterstock



plaatsnemen, thuis luisteren naar geluiden van de tandarts en in verbeelding een behandeling nabootsen.

Maak gebruik van combinaties van angstopwekkende stimuli

Meestal wordt de patiënt tijdens exposure blootgesteld aan 1 stimulus die angst opwekt, bijvoorbeeld aan het geluid van een boor. Echter, door meerdere stimuli met elkaar te combineren, kan een dieper niveau van extinctie bereikt worden, dit wordt dan ook *deepened extinction* genoemd. In de klinische praktijk wordt vaak exposure in vivo toegepast, maar voor het combineren van verschillende angstopwekkende prikkels kun je meerdere vormen van exposure gebruiken.

Zintuigelijke *cues* waarmee de patiënt thuis kan oefenen zijn bijvoorbeeld:

- a. beelden: plaatjes van internet, foto's of filmpje maken in praktijk (ook vanuit de stoelpositie!);
- b. geuren of smaken: water, tandarts geuren, tandpasta ;
- c. geluiden: boor, stemmen van een tandarts, terminologie van tandarts, opnemen praktijkgeluiden met telefoon;
- d. sensaties van het lichaam: mond vol water, achteroverliggen, mond wijd open, iets in je mond hebben waardoor je mond vol voelt.

Met interoceptieve exposure wordt de patiënt blootgesteld aan interne lichamelijke sensaties die angst oproepen. Bij angstpatiënten is doorgaans een verhoging van de hartslag of het gevoel van benauwdheid angstverhogend. Dit gevoel kan worden opgewekt door lichamelijke inspanning (op de plaats rennen, een trap oprennen), het van tevoren laten drinken van koffie of een energiedrankje, hyperventilatie (snel ademen) of je hoofd snel heen en weer te schudden

(duizeligheid).

Tot slot kan imaginaire exposure helpen. De patiënt stelt zich bloot aan de angstige behandeling in verbeelding, waarbij een tandarts open vragen stelt naar zintuigelijke cues, en de patiënt in gedachten laat stilstaan bij het meest angstige aspecten. Deze oefening kan worden opgenomen zodat de patiënt het thuis kan afluisteren. In intermezzo 1 wordt een voorbeeld gegeven van een exposure-oefening waarbij alle bovenstaande praktische implicaties worden gecombineerd.

De angst loopt hoog op (SUD 100), vooral toen de hartslag hoog was, en als de mond vol was. Na afloop is de geloofwaardigheid van de gedachte dat de patiënt zal stikken gezakt naar 30% en er heeft dus een goede leerervaring plaatsgevonden. De patiënt kan thuis (contextverandering) een paar keer per dag oefenen (herhaling). Voor het beste resultaat zou de patiënt op verschillende momenten van de dag moeten oefenen, in verschillende kamers van het huis, en buiten, als hij alleen thuis is of met anderen (context-

verandering), met kleding aan die een benauwd gevoel geven, zoals een coltrui of sjaal om (angstverhogend maximaal testen). Voor de oefening thuis krijgt de patiënt een afdruklepel mee naar huis (exposure *in vivo* in andere context).

Herhaling en contextverandering noodzaak bij angstbehandeling

SLOT

Exposuretherapie vanuit het inhibitiemodel lijkt op het eerste gezicht wat 'harder', of meer confronterend, te zijn dan exposuretherapie vanuit de habituatiemodel. Sommige therapeuten zijn dan ook bang dat de kwaliteit van de therapeutische relatie zal verminderen omdat bij de exposure de angstige verwachting maximaal wordt getest, de angst hoog oploopt en er niet mag worden gerustgesteld.

Van belang is dan om te merken dat de kwaliteit van de relatie vooral gebaseerd wordt op deskundigheid van de therapeut en het effect wat behaald wordt (Fluckinger et al, 2020). Bedenk dat een mondzorgverlener bovendien nog steeds vriendelijk kan zijn tijdens exposure, zelfs als er veel angst gegenereerd wordt, als deze zichzelf beschouwt als een soort coach. De mondzorgverlener stimuleert en waardeert de stappen die iemand zet in de exposure ("goed zeg, dapper, wat doe je dat goed joh, wow, hou vol!"), in plaats van geruststelling op de inhoud ("er gebeurt niks hoor, ik zal het heel rustig doen"). Zo bezien lijkt de rol van de therapeut op die van een hardlooptcoach die de renner niet laat rusten tijdens de marathon, zelfs als de renner uitgeput lijkt, maar aanmoedigt om door te gaan en technische adviezen geeft om het doel te behalen.

Het inhibitiemodel domineert op dit moment de manier waarop exposuretherapie bij angststoornissen wordt uitgevoerd, maar (nog) niet alle aannames van de inhibitietheorie worden door onderzoek ondersteund (Scheveneels et al, 2021). Daarom zal in de toekomst nog meer onderzoek nodig zijn om het werkingsmechanisme achter exposure nog beter te begrijpen. Verwacht wordt dat naarmate het onderzoek vordert, er ook weer aanpassingen op deze manier van exposurebehandeling worden gedaan. Toch lijken zowel redenerend vanuit van het habituatiemodel als van het inhibitiemodel twee werkzame factoren recht overeind te staan en dat zijn de noodzaak van contextverandering en herhaling. Als deze 2 factoren meer aandacht krijgen in de klinische praktijk zal het effect van een angstbehandeling optimaal zijn.

LITERATUUR

- * Fluckiger C, Rubel J, Del Re A. et al. The reciprocal relationship between alliance and early treatment symptoms: A two-stage individual participant data meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 2020; 88: 829-843.
- * van Houtem CMHH, Pieterse CM, de Jongh A. Diagnostiek en behandeling van angst voor de tandheelkundige behandeling in de praktijk. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 129; 11: 507-512.
- * 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.
- * Rijkeboer M, van den Hout M. Nieuwe inzichten over exposure. *Gedragstherapie* 2014; 47: 1-19.
- * Scheveneels S, Boddez Y, Hermans, D. Uitdagingen voor het inhibitorisch-leermodel van exposuretherapie. *Gedragstherapie* 2021; 54: 3-25.
- * Vervliet B, Depreeuw B, Treanor, M, Conway CC, Zbozinek T, Craske MG. Exposuretherapie maximaliseren: een benadering volgens het inhibitorisch leermodel. *Gedragstherapie* 2014; 47: 296-339.
- * Wide Boman U, Carlsson V, Westin M, Hakeberg M. Psychological treatment of dental anxiety among adults: a systematic review. *Eur J Oral Sci* 2013; 121: 225-234.

SUMMARY

Exposure in the treatment of anxiety in oral care practice

For dental anxiety, cognitive behavioral therapy is the treatment of choice and exposure therapy is a major part of this treatment program. This article describes the underlying working mechanism of exposure therapy. Exposure should be directed toward the patient's harm expectancies. Moreover, the patient needs to be ensured that their harm expectation will not be violated, despite being challenged to the maximum. In addition, it is important that patients perform exposure exercises in as many different contexts as possible and to ensure a lot of repetition. Combining different fear-inducing stimuli during exposure sessions is also recommended. Currently, the inhibition model is the best explanatory working mechanism model and this article contrasts the new inhibition model with the older habituation model, that is still often used in clinical practice. The most important clinical implications of the inhibition model are described and illustrated with practical examples.

AUTEURSINFORMATIE

A. van Minnen^{1,2}, A. de Jongh^{1,3,4,5,6}

Uit ¹het Psychotrauma Expertise Centre (PSYTREC) in Bilthoven, ²het Behavioural Science Institute (BSI) van de Radboud Universiteit Nijmegen, ³de Stichting Bijzondere Tandheelkunde en de sectie Maatschappij en Mondgezondheid van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA), 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: 18 juli 2022

Adres: prof. dr. A. van Minnen, Professor Bronkhorstlaan 2, 3723 MB Bilthoven

agnes.vanminnen@ru.nl