

LAST EN KRACHT

Deel III. Problemen van patiënten

SAMENVATTING

Bezien wordt om welke redenen de tandarts wordt bezocht en om welke hij wordt vermeden. Vele regelmatige tandartsbezoekers zijn minder in hun gebit geïnteresseerd dan tandartsen zouden wensen en zij die de tandarts vermijden doen dat dikwijls niet vanwege een desinteresse in het gebit.

Het gedrag tijdens de behandeling lijkt van meerdere factoren af te hangen. Pijn en weerloosheid-gevoel, afwezigheid van 'social support', de mogelijkheid tot 'coping' en afweermechanismen spelen alle een rol. In kort bestek wordt een aantal adviezen gegeven inzake de communicatie met patiënten en worden de mogelijkheden van angstbestrijding opgesomd.

SCHUURS AHB, EIJKMAN MAJ, DUIVENVOORDEN HJ. Last en kracht. Deel III. Problemen van patiënten. Ned Tijdschr Tandheelkd 1989; 96: 303-6.

A. H. B. Schuurs, tandarts*)
M. A. J. Eijkman, tandarts***)
H. J. Duivenvoorden, psycholoog*****)

*) Uit de vakgroep Cariologie & Endodontologie en uit de **) vakgroepen Klinische Tandheelkunde, afdeling Voorlichtingskunde & Epidemiologie, ACTA en uit de ***) vakgroep Medische Psychologie & Psychotherapie van de Medische Faculteit van de Erasmus Universiteit te Rotterdam.

Trefwoorden: **Psychologie - Sociale tandheelkunde - Angst**

Datum van acceptatie: 15 september 1988.

Adres: Dr. A. H. B. Schuurs, Louwesweg 1, 1066 EA Amsterdam.

1. INLEIDING

In de twee vorige afleveringen zijn in algemene zin termen als draaglast en draagkracht, motivatie, én het belang daarvan voor de tandarts aan de orde gesteld. In deze bijdrage komen deze begrippen in relatie tot de patiënten aan bod.

In de voortdurende wisselwerking tussen het individu en zijn omgeving wordt iedere gebeurtenis geschat op de offers die moeten worden gebracht en op de waarde van en het geloof in de uitkomst van te nemen stappen. Daarbij wordt betrokken hoe de omgeving in de visie van de persoon daarover denkt en het belang dat de persoon aan dit laatste hecht ('Theory of reasoned action').¹ Als een bepaalde handelwijze positief wordt geëvalueerd en als men van mening is dat andere mensen de handeling zullen goedkeuren komt men in actie.

Er zijn situaties denkbaar waarin spanning optreedt: 1. de schade is reeds geleden; 2. er dreigt schade op te treden en 3. uitdaging. De mate van spanning wordt bepaald door wat op het spel staat en door de evaluatie van mogelijkheden van coping, afweermechanismen en opties die men heeft.

2. GEDRAG VÓÓR BEHANDELING

Gedoeld wordt hier op de beslissing wel of niet naar de tandarts te gaan. Zulk een beslissing wordt lang niet altijd op (alleen) verstandelijke gronden genomen. Met name angst en tegenzin zijn hierbij soms van doorslaggevend belang.

2.1. Redenen om de tandarts te bezoeken

Voor velen is de draagkracht voldoende groot om, binnen het kader van hun motieven, de tandarts (preventief) te bezoeken.

Voor anderen zijn de lasten van het bezoek te zwaar. Sommigen gaan uit gewoonte regelmatig naar de tandarts, aangeleerd of omdat zij denken dat het 'moet' of 'behoort'. Anderen gaan omdat zij hun gebit belangrijk achten; de last van het bezoek is hen niet te zwaar vanwege dit draagkracht verhogende motief. In dit verband is het opvallend dat zeer velen zeggen bereid te zijn de zware last te accepteren van een relatief groot deel van hun inkomen aan gebitsbehoud te besteden (zie paragraaf 3).

Eerstejaars studenten melden bijna allemaal dat zij het erg zouden vinden nu een kunstgebit te krijgen, maar aanzienlijk minder van hen zouden het erg vinden als zij een prothese moesten krijgen op latere leeftijd.² Breekt echter het moment van tandeloosheid aan, dan zullen ongetwijfeld gevoelens van 'zich oud voelen', zich minderwaardig voelen en van emotionele instabiliteit optreden.³

Voor weer anderen is het tandartsbezoek een afgedwongen beslissing. Pijn laat soms geen keuze. Het is van belang deze patiënten te leren dat zij in staat zijn de bedreigende situatie te beheersen; hun hormonale en vegetatieve activiteit zal daardoor dalen, waardoor angst wordt gereduceerd en een volgend bezoek misschien makkelijk wordt aangegaan. Nadat volgens de regels de hulpvraag is onderkend⁴, en de pijnklacht is verholpen, kunnen de beslissing van de patiënt om hulp te zoeken én de gebitsstoestand misschien dienen als hefboom om de patiënt terug te laten komen.

Andere motieven voor regelmatig tandartsbezoek zijn extrinsiek van aard: de werkomgeving laat niet toe dat men een verwaarloosd gebit (front) toont of een partner prest of stimuleert de tandarts te bezoeken. Gehuwden maken meer gebruik van de tandheelkundige dienstverlening dan ongehuwden,⁵ misschien vanwege wederkerige 'sociale steun'.

2.2. Te grote angst

Bange patiënten zijn vaak in hun gedachten zeer bezig met hun gebit. Zij vinden hun gebit belangrijk, nemen het verval ervan waar en voelen zich daardoor ongelukkig en soms ook schuldig: zij hebben een 'approach-avoidance' conflict,⁶ waarin het vermijden wint. Het vermijdingsgedrag werkt als een zichzelf waarmakende voorspelling: de angst wordt door het vermijden vergroot. In deze vicieuze cirkel schuilt ook een zekere redelijkheid, immers, door uitstel van behandeling wordt de kans op uitgebreidere en pijnlijkere behandelingen, zoals extracties, groter.

Het is tekenend dat een groep zeer angstigen, die jarenlang de tandarts vermeden, gekenmerkt bleken door 1. onzekerheid, 2. een gering gevoel van eigenwaarde, 3. een geringe neiging tot handelen en 4. een gebrek aan controle, d.w.z. het gevoel de situatie niet meester te zijn.⁷ Het idee te zullen falen versterkt vermijdingsgedrag.

2.3. Angstontkenners

Waar een aantal patiënten hun angst tenminste nog onder ogen ziet en erkent, zijn er waarschijnlijk ook mensen die hun angst verdringen. Loochenaars van angst lijken op het eerste gezicht weinig bang; zij vermijden hun angst onder ogen te zien en zij reageren bij onderzoek langzaam en ontwijkend, maar somatische reacties spreken de gerapporteerde afwezigheid van angst tegen.⁸

Onder de lochenaars treffen we personen aan die 1. zeggen hun gebit niet belangrijk te vinden of 2. ontkennen dat behandeling nodig is. Het oordeel dat het gebit zo goed is dat geen behandeling nodig is, kan ook op rationalisatie of verdraaiing van de werkelijkheid terug zijn te voeren, te bereiken door loochening. Een soortgelijke kwalifi-

catie geldt voor het oordeel dat het gebit zo slecht zou zijn dat men (voorlopig) niet meer naar de tandarts hoeft, 'want die kan er toch niets meer aan doen'.

2.4. Frequentie van voorkomen van angst

De literatuur overziende kan worden geconcludeerd dat angst voor waarschijnlijk 7% de reden is niet naar een tandarts te gaan.⁹ Het gevolg, een verslechterde gebitstoestand, resulteert in een nog grotere angst.¹⁰ Afwijkende percentages zijn onder meer te wijten aan verschillen in onderzoeksdesign en aan afzwakking ('repressors') en overdrijving ('sensitizers') in de rapportage. Waar ongeveer 7% de tandarts vermijdt vanwege angst, blijken zeer velen ondanks hun angst toch regelmatig naar de tandarts te gaan. Er bestaan aanwijzingen dat grofweg 50% bang is,^{10 11} en verondersteld mag worden dat welhaast iedereen enigerlei mate van onbehagen voelt. Klaarblijkelijk is een groot deel in staat op adequate wijze met hun angst om te gaan, althans zozeer dat tandartsbezoek mogelijk is.

Van uitzonderlijk belang lijkt dat bange patiënten vaker dan niet-bangen verwachten dat een tandheelkundige behandeling negatief zal zijn, dat wil zeggen dat diepe vullingen of extracties nodig zullen zijn.¹² Zulk een anticipatie-angst zou als functie kunnen hebben dat men 'op het ergste is voorbereid'; de werkelijkheid kan dan alleen maar meevallen of in elk geval niet tegenvallen. Het is overigens een gegeven dat patiënten meer narigheden verwachten dan zij in feite meemaken,¹³ met dien verstande dat zeer bange patiënten zich achteraf juist ergere pijn herinneren dan zij in werkelijkheid meemaakten.¹⁴

3. GEDRAG TIJDENS BEHANDELING

Waar voorafgaande aan een behandeling gevoelens van onbehagen en anticipatie-angst zullen toenemen, wordt een top bereikt bij het (onverdoofd) boren, het zien van de injectienaald, het injecteren, enzovoorts. Hierbij treden ook nog onbewuste spanningen op; te denken valt aan de lichamelijke nabijheid van de tandarts, binnen een bereik dat normaliter voor intieme relaties is gereserveerd.^{15 16}

3.1. Weerloosheid en 'coping'

De patiënt verkeert in een ogenschijnlijk weerloze situatie. Hij ligt achterover, kan niet makkelijk praten, moet toelaten dat allerlei instrumenten in en uit zijn mond worden gebracht en moet zich voor zijn welzijn zelfs laten verwonden. Het verlies van controle over de situatie zal echter niet

iedere patiënt even zwaar vallen.

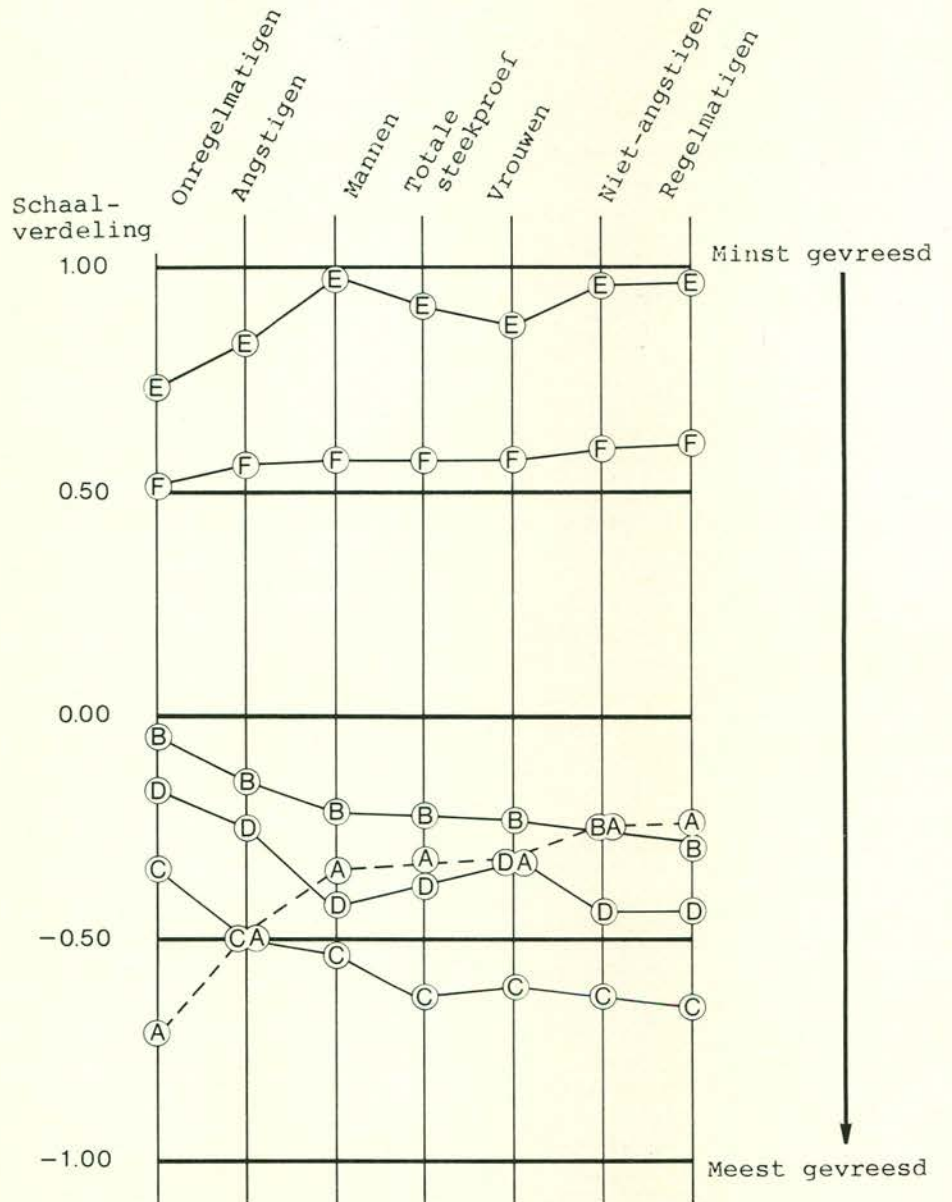
De afwezigheid van 'social support' werkt waarschijnlijk eveneens door. Als de tandarts negatieve opmerkingen maakt, is er zelfs sprake van het omgekeerde: angst wordt dan geïntensiveerd' of er wordt een nieuw aspect van angst geïnduceerd, in termen van persoonsbedreiging of vernedering.^{17 18}

Mogelijkheden tot coping in de tandartsstoel zijn voor het merendeel niet van actieve aard. Als iemand bij voorbeeld het boren te machtig wordt, mag de hand van de tandarts niet worden weggeslagen en men kan evenmin in de vingers van de tandarts bijten. Dit soort actieve coping wordt niet getolereerd en zal in wezen ook voor de meeste patiënten onacceptabel zijn. Mocht iets dergelijks voorkomen, dan

zullen vele tandartsen, als schrikreactie (?), boos worden.

Een methode die actieve coping mogelijk maakte, was de montage van een knop op de behandelstoel, waarmee de patiënt de apparatuur kon stilleggen. Na enkele malen proberen bleek deze maatregel op zich voldoende voor een ongestoorde verdere behandeling.¹⁹ Uit dit experiment vloeien enkele conclusies voort. 1. Het gevoel van machteloosheid draagt aanzienlijk bij tot lastverzwaring; 2. de wetenschap dat men niet machteloos is blijkt de last-krachtverhouding en daarmee de coöperatie te verbeteren. Later bleken met name psychologische angst-reducerende methoden effectiever dan de stopknop.²⁰

Vormen van afweer beslaan de 'range' van het zichzelf geruiststellen ('het zal wel



Afb. 1. Mate van vrees opgewekt door zes tandheelkundige procedures bij onderzochten, ingedeeld naar regelmaat van tandartsbezoek, angst en geslacht. A = onverdoofd prepareren; B = injectie; C = extractie van frontelement; D = extractie van (pre)molaar; E = vullen van een geprepareerde caviteit; F = verdoofd prepareren.

niet echt erg worden' en 'verleden keer viel het toch ook mee') tot regressie; met het laatste wordt bedoeld op gedrag dat men als kind tegenover autoriteiten als ouders toonde, een terugval naar een kinderlijk of primitief response-niveau. Als deze vormen van afweer tekort schieten, zal onco-operatief gedrag optreden. Volwassenen zullen zich meestal beheersen, reden waarom de tandarts in een aantal gevallen slechts vage aanwijzingen krijgt dat hij met bange patiënten van doen heeft.²¹ Kinderen uiten zich ongeremder.²²

3.2. Analgesie

De last van onverdoofd geboord worden, is voor onregelmatige tandartsbezoekers zeer groot (afb. 1), maar uit brieven van hen die zelden of nooit naar de tandarts gaan, komt naar voren dat voor sommigen van hen de 'angst van de prik' van doorslaggevend belang is. Ter verduidelijking van de afbeelding: zij die niet regelmatig naar de tandarts gaan zijn het meest bang voor preparatie zonder anesthesie; voor alle andere groepen geldt dat extractie van een frontelement het meest wordt gevreesd. De indruk ontstaat dat bij regelmatige tandartsbezoekers 'de angst voor de naald' veelal groter is dan bij onregelmatige, maar klaarblijkelijk vormt het voor de regelmatigen geen belemmering voor tandartsbezoek.²³

Toen aan een onderzochte groep, voornamelijk bestaande uit vrouwen, de keuze werd gelaten, prefereerde bijna een derde inhalatie-sedatie of algehele narcose. Deze patiënten verwachten tijdens de behandeling plotseling pijn te zullen voelen, zij zijn bang voor boren, maar ook voor injecties. Ongeveer 10% bleek in het verleden te zijn behandeld met inhalatie-sedatie of algehele narcose, maar een derde van hen zou dat niet opnieuw willen meemaken.¹¹

4. GEDRAG TEN AANZIEN VAN PREVENTIE

Preventie bestaat uit het opgeven van slechte gewoonten en de telkens weerkerende noodzaak van gebitsreiniging en preventief tandartsbezoek, hetgeen vaak tevens professionele reiniging inhoudt. Hoewel het merendeel van de preventie niet bedreigend is, kan zij toch als last worden ervaren, al was het maar vanwege de vereiste zelfdiscipline en, bij falen, door schuldgevoel. Het nalaten de tanden te poetsen zou agressie en rebellie tegen in eerste instantie de ouders en in tweede tegen de maatschappij, inhouden. Deze vorm van agressie keert zich uiteindelijk tegen het individu zelf. Verwaarlozing van de mondhygiëne wordt nogal eens aange troffen ten tijde van depressie en zou dan auto-agressie representeren.²⁴

Snoepen wordt door sommigen (Freudiaans) beschouwd als een substituuut voor liefde en tederheid, als een strijd tegen gevoelens van verlies en in de steek gelaten zijn. Daarom zouden eetgewoonten moeilijker te veranderen zijn dan mondhygiëne.²⁴

Het is te simpel te denken dat het geven van objectieve en heldere voorlichting bij niet-poetsers tot een snelle gedragsverandering ten aanzien van preventieve maatregelen leidt. De tandarts dient ook nog voldoende motivatie of eventueel vrees te induceren om de patiënt te overtuigen dat hij iets moet en zal doen. Onderzoek heeft uitgewezen dat er geen lineair verband bestaat tussen enerzijds voorlichting en anderzijds gedragsverandering.²⁵ Daar komt bij dat te veel angst aanjagen wel eens het tegengestelde kan veroorzaken van wat men wil bereiken. Toch kan voorlichting bij hen die op een keerpunt staan wel snel effect sorteren.

Nog ingewikkelder wordt het doordat patiënten niet alleen op grond van informatie van de (tand)arts, maar ook door eigen ervaringen en die van derden ideeën vormen, die hun perceptie van ziekte en ziekteverschijnselen beïnvloeden. Bij het gevolg geven aan (preventieve) voorschriften spelen ook nog predispositionele karakteristieken, oude gewoonten, het geloof in kwetsbaar zijn, verschillen in cognitief niveau tussen wat de tandarts wenst en de patiënt gelooft, en andere een rol.

Door juiste voorlichting blijkt het echter mogelijk patiënten tot een goede mondhygiëne te brengen, zij het dat na verloop van tijd een terugval ontstaat. Voortdurende herhaling is dus geboden. Als bij controle geen cariës wordt gevonden, kan daarin een goede motivatie voor goed poetsen worden gevonden: prijzen is een effectieve positieve 'reinforcement'.

5. ENKELE ADVIEZEN

5.1. Contacten met patiënten

Om een goed contact en een wederzijds respect tussen tandarts en patiënt en congruente opvattingen te bevorderen, worden de volgende punten in kort bestek genoemd.^{4 26}

1. Luister actief naar de patiënt en laat merken dat hij gehoord wordt. Let daarbij ook op zijn lichaamstaal. Neem het gesprek niet over, maar leid het wel.

2. Wees positief. Begin niet onmiddellijk kritiek te leveren op een slechte mondhygiëne, enzovoorts. Drijf de patiënt niet in het defensief. Praat over de problemen van de patiënt, niet over de patiënt zelf. Patiënten zijn bang voor (en wensen geen) kritiek, meer nog misschien dan voor de behandeling zelf. Iemand met een grote caviteit wéét dat hij deze heeft. Vertel niet

Tabel I. Aspecten van angstbestrijding.

Communicatie
Lokale analgesie
Macht geven aan de patiënt
Distractie
Relaxatie
Medicatie
Inhalatie-sedatie
Algehele analgesie
Hypnose
Inschakelen van specifieke deskundigheid

dat men al twee jaar eerder had moeten komen, maar zeg dat het verstandig is dat men nu komt voor verzorging.

3. Houd rekening met verborgen bedoelingen in opmerkingen van patiënten. Als iemand vraagt hoe lang een behandeling zal gaan duren, kan dat in wezen betekenen dat hij erg tegen de behandeling opziet. Het kan moeilijk zijn de werkelijke behoeften en verwachtingen van patiënten te achterhalen.

5.2. Angstbestrijding

Angst is via pharmaca en met methoden voor gedragsmodificatie te bestrijden. Een aantal van deze benaderingen worden hier, min of meer in volgorde van hun toepasbaarheid, kort besproken (tabel I).

Communicatie. Probeer eerst te ontdekken of en hoe bang iemand is; maak het probleem bespreekbaar. Behandel rustig, spreek tegen de patiënt en vermijd onverwachte dingen, zoals het zonder waarschuwing achteroverkantelen van de stoel. Vermijd negatief geladen woorden zoals 'pijn', zeg liever dat men iets zal voelen. Hoe banger, hoe meer pijn wordt gevoeld én, omgekeerd hoe meer pijn hoe banger.

Lokale analgesie. Omdat zeer velen bang zijn voor plotselinge pijn, wachten patiënten daar gespannen of angstig op. Door te verdoven wordt zowel ontspanning als uitsluiting van pijn bereikt.

Macht geven aan de patiënt. Gevoelens van weerloosheid, en daarmee angst, zijn te bestrijden door mee te delen dat de patiënt zijn hand op kan steken als de behandeling te zeer vermoeit of het 'als het te veel wordt'.

Distractie (afleiding). Spreek tegen de patiënten. Door te vertellen wat men gaat doen wordt de patiënt niet telkens weer overvallen met onbekende, bedreigende handelingen. Angstreductie hangt deels af van de inspanningen die de tandarts doet om pijn te voorkomen, van zijn vriendelijkheid, van snel (maar zeker niet gehaast) werken, van kalmte en morele steun.²⁷ Distractie via muziek en dergelijke benadelen vermoedelijk de communicatie.

Relaxatie. Patiënten bemerken hoe ge-

spannen zij zijn door hen beurtelings bij voorbeeld de armspieren te laten spannen en ontspannen. Ook worden wel gedurende de gehele behandeling repeterende instructies in deze zin per koptelefoon aangeboden.²⁰

Medicatie. Met name diazepam en lorazepam, oraal toegediend, zijn effectief, maar niet als het pas wordt gegeven als de patiënt al in de behandelkamer aanwezig is; zeker bij kinderen en ouderen kan dan juist opwinding ontstaan. Toediening geschiedt de dag voor én een uur voor de behandeling.

Inhalatie-sedatie. Voor behandeling van angstige patiënten is dit een effectieve methode, die echter in ons land niet in de algemene praktijk mag worden toegepast.

Algehele analgesie. Narcose draagt zekere risico's in zich en het is een kostbare procedure. De patiënt moet zo mogelijk in één keer worden afbehandeld. Een ander nadeel is dat de patiënt niet leert met zijn angsten om te gaan. Bovendien wensen lang niet alle (zeer bange) patiënten zo te worden behandeld.¹¹

Hypnose. Hypnose raakt in de Nederlandse tandheelkundige praktijk meer ingeburgerd. Toepassing ter bestrijding van angst en van pijn vereist opleiding en training. Gebruik van hypnose is gevaarlijk indien men zich geen beperkingen oplegt: het is niet de bedoeling dat een tandarts de techniek gebruikt om 'zieleroerselen' op te lossen.

Inschakelen van specifieke deskundigheid. Er bestaan enkele klinieken, waar naar men angstige patiënten kan verwijzen. Vanwege de aldaar gehanteerde tijdrovende benaderingswijze, zo nodig ondersteund door inhalatie-sedatie, kunnen slechts weinigen worden geholpen.

Vanzelfsprekend kan ten laatste de hulp van een deskundige (psycholoog, psychiater) worden ingeroepen; dit is gewenst indien de angst een te grote intensiteit aanneemt, '... zich niet laat toedekken en tevens via stapsgewijze gewenning niet uitdooft'.²⁸

SUMMARY

BURDEN AND POWER III. PROBLEMS OF DENTAL PATIENTS

Key words: Psychology – Social dentistry – Dental anxiety

For many people a dental visit is a burden, for some a too heavy one. Reasons for either or not making dental visits are considered. Many regular dental attenders are not very interested in their teeth and in many persons avoiding a dentist a disinterest in the teeth is absent.

The behavior during dental treatment seems largely to be influenced by pain, feelings of defenselessness, absence of social support and of coping abilities.

LITERATUUR

- ¹AJZEN I, FISHBEIN M. Understanding attitudes and predicting social behaviour. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1980.
- ²SCHAUB RMH, BOUMA J, JANSEN J, PILOT T. De gezondheid van het parodontium van eerstejaarsstudenten. Ned Tijdschr Tandheelkd 1978; 85: 413-9.
- ³ALVI HA, AGRAWAL NK, CHANDRA S, RASTOGI MR. Comparative analysis of personality characteristics of dental patients in relation to their natural and artificial dentitions. J Prosthet Dent 1986; 56: 369-79.
- ⁴EIJKMAN MAJ, VISSER APH. Patiëntenvoorlichting en tandarts. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1987, par. 5-6.
- ⁵GIFT HC. Utilization of professional dental services. In: Cohen LK, Bryant PS, eds. Social sciences and dentistry. Volume II. London: Fédération Dentaire Internationale, 1984: 229.
- ⁶MAHL GF. Psychological conflict and defense. New York: Harcourt Brace Jovanovich, Inc., 1971, ch. 3 & 12.
- ⁷SCHUURS AHB, DUIVENVOORDEN HJ, MAKES PC, THODEN VAN VELZEN SK, VERHAGE F. Personality traits of patients suffering extreme dental anxiety. Community Dent Oral Epidemiol 1988; 16: 38-41.
- ⁸WEINBERGER DA, SCHWARTZ GE, DAVIDSON RJ. Low-anxious, high-anxious and repressive coping styles: psychometric patterns and behavioral and physiological responses to stress. J Abnorm Psychol 1979; 88: 369-80.
- ⁹SCHUURS AHB, DUIVENVOORDEN HJ, THODEN VAN VELZEN SK, VERHAGE F. Dental anxiety, the parental family and regularity of dental attendance. Community Dent Oral Epidemiol 1984; 12: 89-95.
- ¹⁰BOUMA J. On becoming edentulous. Groningen: rijksuniversiteit, 1987. Academisch proefschrift.
- ¹¹LINDSAY SJE, HUMPHRIS G, BARNBY GJ. Expectations and preferences for routine dentistry in anxious adults. Br Dent J 1987; 163: 120-4.
- ¹²KENT G. Cognitive processes in dental anxiety. Br J Clin Psychol 1985a; 24: 259-64.
- ¹³KENT G. Anxiety, pain and type of dental procedure. Behav Res Therapy 1984; 22: 465-70.
- ¹⁴KENT G. Memory for dental pain. Pain, 1985b; 21: 187-97.
- ¹⁵INGERSOLL BD. Psychologische Aspekte der Zahnheilkunde. Berlin: Quintessenz Verlags-GmbH, 1987, 23-4.
- ¹⁶SEEMAN K, MOLIN C. Psychopathology, feelings of confinement and helplessness in the dental chair, and relationship to the dentist in patients with disproportionate dental anxiety (DDA). Acta Psychiatr Scand 1976; 54: 81-91.
- ¹⁷GALE EN. Fears of dental situation. J Dent Res 1972; 51: 964-6.
- ¹⁸STOUTHARD MEA, HOOGSTRATEN J. Ratings of fear associated with twelve dental situations. J Dent Res 1987; 66: 1175-8.
- ¹⁹BORLAND LR. Odontophobia – inordinate fear of dental treatment. Dent Clin North Am 1962; 6: 683-96.
- ²⁰CORAH NL, GALE EN, ILLIG SJ. Psychological stress reduction during dental procedures. J Dent Res 1979; 58: 1347-51.
- ²¹KLEINKNECHT RA, BERNSTEIN DA. The assessment of dental fear. Behav Res Ther 1978; 9: 626-34.
- ²²VEERKAMP JSJ, PRINS PJM, TER HORST G, DE JONG A, TAN LL. Gedragingen van tandartsen en kinderen tijdens tandheelkundige behandeling. Ned Tijdschr Tandheelkd 1987; 94: 335-40.
- ²³SCHUURS AHB, DUIVENVOORDEN HJ, THODEN VAN VELZEN SK, VERHAGE F. Fear of dental procedures. Community Dent Health 1986; 3: 227-37.
- ²⁴RUEL-KELLERMAN M. What are the psychosocial factors involved in motivating individuals to retain their teeth? Int Dent J 1984; 34: 105-9.
- ²⁵ZEINER HK. Cognitive aspects of illness and health. In: Zeiner A, Bendell D, Walker CE, eds. Health psychology. New York: Plenum Press, 1984.
- ²⁶JACKSON E, MEALIEA WL. Stress management and personal satisfaction in dental practice. Dent Clin North Am 1977; 21: 559-76.
- ²⁷CORAH NL, O'SHEA RM, BISSELL GD, THINES TJ, MENDOLA P. The dentist-patient relationship: perceived dentist behaviors that reduce patient anxiety and increase satisfaction. J Am Dent Assoc 1988; 116: 73-6.
- ²⁸VERRIPS GHW. Extreme angst voor de tandarts: een casus. Ned Tijdschr Tandheelkd 1987; 94: 410-3.