

Angststoornissen in de tandartspraktijk

A. de Jongh, tandarts-psycholoog

Deel 1. Herkennen van angstpatronen

Samenvatting. Aan de hand van enkele gevalbeschrijvingen wordt een overzicht gegeven van diverse verschijningsvormen van angst in de tandartspraktijk. In het bijzonder wordt aandacht besteed aan het onderscheid tussen patiënten met een specifieke angst voor één of meer aspecten van de tandheelkundige behandeling en mensen met een algemene (non-specifieke) angst, zoals een paniekstoornis of een gegeneraliseerde angststoornis.

Uit de vakgroep Sociale Tandheelkunde en Voorlichtingskunde van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam.

Trefwoorden: Sociale Tandheelkunde - Psychologie - Angst

Adres: A. de Jongh, Louwesweg 1, 1066 EA Amsterdam.

DE JONGH A. Angststoornissen in de tandartspraktijk. Deel 1. Herkennen van angstpatronen. Ned Tijdschr Tandheelkd 1994; 101: 137-40.

1 Inleiding

Meer dan 80% van de mensen die de tandarts bezoeken, zegt tijdens de behandeling in zekere mate last van angstgevoelens te hebben.¹ In een groot aantal gevallen gaat het om een specifieke angst voor één of meer aspecten van de tandheelkundige behandeling, zoals pijn of injecties. Als deze angst irrationele vormen aanneemt, zo ernstig is dat de betrokkene er ernstig onder lijdt en de tandheelkundige behandeling gedurende een lange periode wordt vermeden, spreekt men van een enkelvoudige fobie.² Vaak is er echter sprake van een combinatie van angsten, fobieën en andersoortige psychische problemen, die het verloop van een tandheelkundige behandeling nadelig kunnen beïnvloeden.^{3,4} Aan de hand van enkele gevalbeschrijvingen zal een overzicht worden gegeven van diverse verschijningsvormen van angst waarmee de tandarts in de praktijk geconfronteerd kan worden. In het bijzonder wordt aandacht besteed aan het onderscheid tussen patiënten met een specifieke angst voor één of meer aspecten van de tandheelkundige behandeling, en mensen met een meer algemeen (non-specifiek) angstprobleem.

2 Informatie over het angstprobleem

Als een patiënt aangeeft tegen een behandeling op te zien is het belangrijk deze angst serieus te nemen. Dit houdt in dat men, alvorens met de behandeling te beginnen, eerst meer informatie over het angstprobleem verzamelt. Zo is het noodzakelijk te weten hoe deze angst is ontstaan. Een voor de hand liggende manier is de patiënt te vragen wat hij zelf denkt dat de oorzaak is. Ofschoon dit doorgaans leidt tot een opsomming van nare ervaringen met eerdere tandartsen, verschaft het de patiënt op de eerste plaats gelegenheid zijn verhaal te doen. Door hier op een empathische en respectvolle manier naar te luisteren of op te reageren kan bij de patiënt het gevoel ontstaan dat zijn klacht begrepen en serieus genomen wordt.

Een andere belangrijke vraag is op welke wijze de angst wordt opgeroepen of in stand wordt gehouden. Hierbij valt te denken aan specifieke angstopwekkende stimuli en situaties ('triggers'), zoals het zien van bepaalde instrumenten, het geluid van de boor of het idee machteloos te zijn. Om de angst van de patiënt te kunnen begrijpen is het daarnaast van belang te weten wat hij in deze situaties voelt (bijv. misselijkheid; hartkloppingen) of denkt (bijv. 'Oh, dit gaat pijn doen; hij zal wel vinden dat ik mij aanstel'). Ook is het zinvol na te gaan hoe de patiënt zich in dergelijke situaties doorgaans gedraagt (bijv. het hoofd wegdraaien; gillen).

Om onderscheid te kunnen maken tussen de diverse potentieel bedreigende aspecten van de tandheelkundige behandeling, is het aan te raden voor een aantal stimuli en situaties te

vragen het angstniveau aan te geven, bijvoorbeeld op een schaal van 0 tot 10. Het voordeel van deze methode is dat het de tandarts nauwkeurige informatie verschaft over de individuele moeilijkheid van een aantal verschillende tandheelkundige situaties. Zo wordt voor de één de angst veroorzaakt door een sterke anticipatie op pijn en kan met lokale anesthesie worden bereikt dat veel van de angst wordt weggenomen, terwijl een ander juist opziet tegen het idee een injectie te krijgen.

Voor het verkrijgen van informatie over de mate van angst kan, naast het gesprek, gebruik worden gemaakt van vragenlijsten, zoals de Dental Anxiety Scale (kortweg DAS) of de K-ATB.^{5,7} De DAS bestaat uit vier situaties (bijv. 'Als u in de tandartsstoel zit te wachten terwijl de tandarts de boor gereed maakt, hoe voelt u zich dan?'). De patiënt wordt verzocht voor elk van deze situaties aan te geven hoe gespannen of bang hij is. Een optelling van de scores geeft een indicatie over het angstniveau van de patiënt: hoe hoger, hoe banger. In de praktijk kunnen angstvragenlijsten worden gebruikt als screeningsinstrument, bijvoorbeeld om te beoordelen of een bepaalde persoon al dan niet in aanmerking komt voor een op het verminderen van angst gerichte behandeling, die onder andere kan plaatsvinden in een centrum voor bijzondere tandheelkunde. Het nadeel van deze vragenlijsten is echter dat ze alleen kwantitatieve aspecten ('de hoogte') van de tandartsangst meten. De bruikbaarheid ervan beperkt zich dan ook tot een onderscheid tussen individuen met relatief weinig en mensen met relatief veel angst voor de tandheelkundige behandeling. Ze verschaffen de tandarts echter geen inzicht over de aanwezigheid van andere, mogelijk meeromvattende, problemen die de behandeling op negatieve wijze kunnen beïnvloeden.

3 Classificatiesysteem voor angststoornissen

Om de verschillende verschijningsvormen van angststoornissen te herkennen kan gebruik gemaakt worden van een classificatiesysteem dat binnen de psychiatrie wordt gehanteerd, DSM III-R geheten (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).^{2,10} DSM-III-R maakt onderscheid tussen zeven categorieën angststoornissen (zie tab. I). Hierdoor wordt het mogelijk een onderscheid te maken tussen fobische angst die gerelateerd is aan één of meer aspecten van de tandheelkundige behandeling (specifieke angst) en angst die tevens in niet-tandheelkundige situaties optreedt (non-specifieke angst). Een dergelijk onderscheid is van belang omdat patiënten uit de laatste categorie minder goed reageren op een op angstreductie gerichte benadering dan personen met specifieke angst.^{8,9} Inmiddels bestaat er ook een apart, enigszins ingewikkeld diagnostisch systeem voor het classificeren van angst voor de tandheelkundige behandeling, waarin de DSM-III-R criteria zijn verwerkt.^{11,12}

Om een indruk te geven welke typen angststoornis de tandarts algemeen-practicus kan tegenkomen, worden hieronder enkele voorbeelden van categorieën in de DSM-III-R gegeven.

3.1 Paniekstoornis

Mevrouw Zeilstra heeft sinds de dood van haar ouders last van aanvallen van benauwdheid, duizeligheid en hartkloppingen, die plotseling en zonder aanleiding optreden. Tijdens zo'n aanval heeft ze het gevoel dat haar keel wordt dichtgeknepen, moet ze kokhalzen en vreest ze dood te gaan. De aanvallen duren vijf minuten tot een kwartier en treden gemiddeld éénmaal per week op. Zij doet zich vooral voor in situaties waar veel mensen zijn, zoals warenhuizen, bioscopen en treinen. Uitgebreid medisch onderzoek kon geen ziekte aantonen en de huisarts vertelde haar dat het hyperventilatie was. Ze komt nu, na ruim vijftien jaar, voor het eerst weer bij de tandarts. Ze is extreem bang en heeft een groot aantal grote caviteiten. Als ze in de stoel ligt, klaagt ze over prikkelende sensaties in haar vingers, een versnelde hartslag en spanning in haar keel. Er wordt een afspraak gemaakt voor behandeling, maar deze afspraak wordt enkele dagen later weer afgezegd uit angst tijdens de behandeling een aanval te krijgen.

Paniekstoornis, opgevat als een samenspel van symptomen, komt in de literatuur voor onder namen als 'irritable heart syndrome', 'neurocirculaire asthenie', 'angstneurose', 'hartneurose' en 'hyperventilatiesyndroom'. Kenmerkend voor paniekstoornis zijn de vaak terugkerende paniekaanvallen. Deze aanvallen zijn kwalitatief verschillend van andere vormen van angst en gaan gepaard met een gevoel dood te gaan, gek te worden of iets onbeheerst te zullen doen. De extreme angst is niet het gevolg van specifieke stimuli of situaties en wordt niet gekarakteriseerd door extreem vermijdingsgedrag, zoals bij fobieën het geval is. Paniekaanvallen worden gekenmerkt door het feit dat zij onverwachts en in bijna elke situatie kunnen optreden. Zij kunnen samengaan met een grote verscheidenheid aan fysieke symptomen, zoals ademnood of een verstikkend gevoel, duizeligheid, hartkloppingen, trillen, pijn op de borst, transpireren, verdoofde of prikkelende sensaties en vlagen van koude of warmte. In recente psychologische modellen wordt verondersteld dat paniekpatiënten op zichzelf onschuldige somatische verschijnselen en sensaties (bijv. als gevolg van hyperventilatie) interpreteren als tekenen van een ernstige afwijking (bijv. een hartaanval), hetgeen kan leiden tot een paniekaanval.¹³ Als deze patiënten geen paniekaanval hebben, zijn ze over het algemeen kalm, maar blijven angstig tussen de aanvallen door omdat ze de volgende aanval al weer verwachten. Dit kan indirect een reden zijn tandheelkundige behandeling te vermijden. De paniekstoornis wordt in veel gevallen gecompliceerd door agorafobie.

3.2 Obsessief-compulsieve stoornis (dwangstoornis)

Meneer van Dorp is iemand met frequent terugkerende angstwekkende ideeën over een slechte toestand van zijn gebit. Deze gedachten zijn zo sterk en dwingend dat hij er wel aandacht aan moet schenken. Gemiddeld besteedt hij twee uur per dag aan het observeren en verzorgen van zijn gebit. Hierdoor komt hij regelmatig te laat op zijn werk. Ofschoon er sprake is van een lichte gingivarecessie, maakt het parodontium een gezonde indruk. Hij bekijkt zijn gebit echter voortdurend in de spiegel, terwijl hij allerlei schoonmaakrituelen uitvoert. Soms meent hij te voelen of te zien dat het tandvlees verder is teruggetrokken of dat het bloedt. Deze gedachte komt op als in een flits en wordt gevolgd door paniek. Dat is het moment dat hij de tandarts belt om een afspraak te maken om zijn gebitssituatie te laten beoordelen. Het feit dat hij een afspraak heeft, doet de angst even verminde-

ren. Er zijn perioden waarin hij eenmaal per week de tandarts bezoekt. Hij stelt dan veel vragen en de tandarts probeert hem gerust te stellen door hem de juiste informatie te verschaffen. Hij is dan zichtbaar gerustgesteld, doch vaak belt hij de tandarts de volgende dag al weer op.

Het ziektebeeld van de obsessief-compulsieve stoornis wordt gekenmerkt door dwanggedachten (of obsessies) en/of dwanghandelingen (of compulsies). Dwanggedachten zijn steeds terugkerende ongewilde en indringende gedachten, beelden of impulsen. De persoon zelf ervaart deze gedachten doorgaans als zinloos, onacceptabel en zeer moeilijk weg te stoppen of te negeren. Uit schaamte is hij vaak niet geneigd er veel over te vertellen. Als het onderwerp van de obsessie betrekking heeft op de tandheelkundige behandeling kan de tandarts hiermee geconfronteerd worden.¹⁴ Men denke hierbij bijvoorbeeld aan iemand die voortdurend met angst leeft voor besmetting. Hij is bang dat het instrumentarium niet schoon is en denkt daardoor een ziekte (bijv. AIDS) te kunnen oplopen dan wel iemand anders te kunnen besmetten. Deze angst kan er uiteindelijk toe leiden dat van verdere behandeling wordt afgezien, omdat hij bang is dat door een tandartsbezoek zijn angst opnieuw wordt opgewekt. Als een obsessie eenmaal optreedt, gaat dit doorgaans gepaard met een sterke behoefte deze gevoelens te bestrijden. Het neutraliseren ervan kan de vorm krijgen van dwanghandelingen.

Dwanghandelingen zijn herhaalde handelingen die, omdat zij op stereotype wijze worden uitgevoerd, de vorm van rituelen krijgen. Deze rituelen zijn bedoeld om spanning te verminderen en hierdoor paniek of een dreigende gebeurtenis te voorkomen, zoals het veelvuldig handen wassen bij smetvrees. Als gevolg van angst voor besmetting kunnen door excessief en geritualiseerd tandenpoetsen de slijmvliezen en de gebitselementen worden beschadigd.¹⁴ Dwangmatig gedrag en neutraliserende dwanghandelingen leiden, evenals geruststellende antwoorden van belangrijke personen uit de omgeving, vaak tot een helaas kortstondige vermindering van angst.

3.3 Fobieën

Een fobie is een persistente, excessieve en irrationele angst voor een object of een situatie die in feite niet gevaarlijk is. Deze angst leidt doorgaans tot een sterke neiging de angstopwekkende situatie te vermijden, ondanks het feit dat de betrokkene erkent dat dit niet reëel is. Men neemt aan dat milde vormen van fobieën relatief vaak voorkomen en dat één op de negen mensen hiervan last heeft.¹⁵ Fobieën komen meer voor bij vrouwen dan bij mannen, maar dit verschilt per fobie. Terwijl sociale fobie bij mannen en vrouwen in gelijke mate voorkomt, blijkt van de agorafobie 80% vrouw te zijn. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen drie typen fobieën: agorafobie, sociale fobie en enkelvoudige fobie.

3.3.1 Agorafobie

Mevrouw Westbroek is iemand met wie het moeilijk is een afspraak voor een behandeling te maken. Alleen op de momenten dat haar man niet werkt en haar kan brengen en afhalen, kan ze komen, want ze durft niet alleen over straat te gaan. Als ze buiten is, is ze bang in paniek te raken en dientengevolge flauw te vallen. Haar grootste angst betreft het idee dat ze dan gevonden wordt en iedereen het ziet. Reizen met bus of trein of gelegenheden opzoeken met veel andere mensen doet ze niet en in hele dringende situaties laat ze zich door haar man vergezellen. Ze heeft angst om alleen de trap in de praktijk op te gaan en ook tijdens de behandeling moet haar man er bij blijven.

Het gaat hierbij om angst voor een cluster van situaties, zoals angst om over straat te gaan en angst om volle gelegenheden

Tabel I. Angststoornissen volgens DSM-III-R.²

- ◊ Paniekstoornis
- ◊ Obsessief-compulsieve stoornis (dwangstoornis)
- ◊ Fobische stoornissen
 - Agorafobie
 - Sociale fobie
 - Enkelvoudige fobie
- ◊ Posttraumatische stress-stoornis
- ◊ Gegeneraliseerde angststoornis

(zoals supermarkten en bioskopen) te bezoeken, of van het openbaar vervoer gebruik te maken. Gemeenschappelijk is de extreme vermijding en angst ten aanzien van situaties waaraan moeilijk is te ontkomen of waarin het moeilijk is hulp te krijgen in geval van nood. Agorafobici voelen zich meestal het veiligst thuis en voelen zich angstiger naarmate ze verder van huis vandaan zijn. Het overgrote deel van hen heeft last van paniekaanvallen met symptomen zoals die zijn beschreven onder paniekstoornis.

3.3.2 Sociale fobie

Meneer van Doorn gaat al jarenlang contacten met mensen uit de weg. De burens groet hij niet uit angst dat ze een praatje met hem aanknopen en hem belachelijk zullen vinden. Deze vermijding van sociale relaties wordt versterkt door extreme schaamte omtrent de toestand van zijn gebit. Hij heeft er uiteindelijk zijn baan voor opgezegd. De relatie met zijn vrouw staat onder grote druk omdat zij een druk leven heeft en hij de kinderen niet uit school durft te halen en niet durft te winkelen. Zij begrijpt dit niet en hij lijdt daar extreem onder. Als hij na twaalf jaar uitstel de tandarts bezoekt, kost het hem moeite zijn mond open te doen. Hij doet dit uiteindelijk slechts onder voorwaarde dat de assistente er tijdens de behandeling niet bij is.

Een sociale fobie is een hardnekkige angst voor één of meer situaties, waarin de persoon is blootgesteld aan mogelijke kritische beoordeling of afwijzing door anderen. Deze situaties worden vermeden of kunnen alleen met extreme angst worden doorstaan. De angst kan ook gericht zijn op bepaalde aspecten van sociale interacties, zoals spreken, eten of schrijven waar anderen bij zijn, bijvoorbeeld bij het uitschrijven van een cheque in de praktijk. De betrokken persoon is ervan overtuigd dat zijn angst in feite overdreven is en niet in verhouding staat tot het reële gevaar dat hij in die situatie loopt. Succesvolle vermijding is bij sociale fobie minder gemakkelijk dan bij andere fobieën. Angst om beoordeeld te worden door anderen kan verder versterkt worden door een zichtbaar slechte toestand van het gebit.

3.3.3 Enkelvoudige fobie

De heer Willems is extreem bang voor een behandeling door de tandarts. Hij herinnert zich dat zijn schooltandarts hem eens vroeg zijn 'bek' open te doen en dat hij werd vastgehouden toen er een kies moest worden verwijderd toen hij tien jaar oud was. In zijn herinnering zou er een bloedspoor hebben gelopen in de sneeuw vanaf de tandarts naar zijn huis. Toen er in de puberteit een apexresectie moest worden uitgevoerd, is hij flauwgevallen na een zeer pijnlijke injectie. Sindsdien vermijdt hij alles wat met dokters, ziekenhuizen of tandartsen te maken heeft (waaronder tijdschriften en tv-programma's) uit angst geconfronteerd te worden met naalden en andere scherpe voorwerpen.

Als het gaat om aanhoudende en irrationele angst die is gekoppeld aan bepaalde objecten of specifieke situaties – waaronder de tandheelkundige behandeling – spreekt men van een

enkelvoudige fobie. Deze situaties worden door de betrokkenen zo veel mogelijk vermeden. Meestal gaat het om binnen deze situatie kenmerkende stimuli, zoals het geluid van de boor, injectienaalden (naaldfobie) of het aanzicht van bloed (bloedletselfobie). Andere buiten de tandheelkunde voorkomende voorbeelden hiervan zijn: afgesloten ruimten (claustrofobie), hoogten (acrofobie) en angst voor bepaalde dieren (bijv. spinnenfobie). Mensen met een enkelvoudige fobie zijn te herkennen aan het feit dat het vermijdingsgedrag zo ernstig is dat het interfereert met de dagelijkse bezigheden of dat de betrokkenen er ernstig onder lijden. Ze zijn meestal vrij van angst als ze zich niet in de angstopwekkende situatie bevinden of er op moeten anticiperen. Bij een bloed-letselfobie treedt bij blootstelling aan bloed na een aanvankelijke snelle verhoging van lichamelijke 'arousal' een duidelijke verlaging van hartslag en bloeddruk op, hetgeen kan leiden tot flauwvallen.

3.4 Posttraumatische stress-stoornis

Mevrouw Koele heeft een nare jeugd achter de rug, waarin ze door haar vader meermaals seksueel werd misbruikt. Op achtjarige leeftijd is ze voor het laatst naar de tandarts geweest. Toen de tandarts met zijn vingers in haar mond kwam, associeerde zij dit met de penis die haar vader in haar mond stopte. Nu meer dan veertig jaar later en na vele opnamen in psychiatrische ziekenhuizen komt ze na verwijzing van een psychiater bij de tandarts. Mevrouw Koele heeft veel last van terugkerende nachtmerries over het gebeuren, hetgeen geïntensiveerd is door de naderende tandheelkundige behandelingen. Ze heeft het gevoel van anderen vervreemd te zijn, kan zich erg moeilijk concentreren en heeft grote moeite in slaap te komen en te blijven. De tandheelkundige behandeling verloopt moeizaam daar zij voortdurend hevig schrikt bij aanrakingen, zowel in de mond als in het gelaat, waarbij ze het gevoel heeft de gebeurtenissen opnieuw te beleven.

De posttraumatische stress-stoornis (PTSS) kenmerkt zich door het gegeven dat een persoon een ingrijpende gebeurtenis heeft meegemaakt die op iedereen een diepe indruk zou maken. Het gaat hierbij om gebeurtenissen als berovingen, seksueel geweld, ernstige ongelukken of oorlogsgeweld. Er is sprake van een regelmatige herbeleving van het trauma, als herinnering, of droom of het gevoel de gebeurtenis opnieuw te beleven. De persoon doet doorgaans moeite situaties die in verband staan met het trauma te vermijden. Bovendien worden pogingen gedaan herinneringen of gedachten eraan uit te bannen.

In sommige gevallen doet zich het verschijnsel van psychogene amnesie voor, hetgeen betekent dat een belangrijk aspect van het trauma niet meer kan worden herinnerd. Ook worden verminderde vermogens tot gevoelsuiting, gevoelens van vervreemding en een afname van belangstelling voor belangrijke activiteiten waargenomen. Andere kenmerkende symptomen zijn: slaapproblemen, prikkelbaarheid, concentratiestoornissen, overmatige waakzaamheid en schrikreacties. Het concentratiekampsyndroom is een vorm van PTSS. Slachtoffers van martelingen of ander geweld kunnen reageren met een sterk verhoogde hartslag en systolische bloeddruk wanneer zij worden blootgesteld aan situaties, die hen aan de traumatische gebeurtenis herinneren. Soms is dat de tandheelkundige behandeling.

3.5 Gegeneraliseerde angststoornis

Mevrouw de Haan is sinds haar vroege jeugd bang en nerveus. Zo is ze bang in het donker, heeft ze angst om alleen thuis te zijn, maar ook om mensen te bezoeken. Bovendien maakt ze zich voortdurend zorgen over het doen en laten van haar kinderen. Haar overbezorgdheid maakt dat ze zich vrijwel voortdurend

zeer gespannen voelt. Haar huisarts schrijft haar al jaren valium voor. Ook over de tandartsbehandeling maakt ze zich grote zorgen. Dagen ervoor is ze nog rustelozter dan anders, heeft ze hartkloppingen en ervaart ze gevoelens van benauwdheid. Bovendien heeft ze buikklasten en diarree en kan ze door het getob nauwelijks slapen.

Mensen met een gegeneraliseerde angststoornis (GAS) zijn vrijwel voortdurend nerveus en zien erg op tegen allerlei dagelijkse gebeurtenissen. Het is een restgroep van de angststoornissen. Pas als blijkt dat het niet gaat om een paniekstoornis, een fobische stoornis, een obsessief-compulsieve stoornis of een posttraumatische stress-stoornis wordt aan een GAS gedacht. Wil men de diagnose GAS stellen dan moet er een grote verscheidenheid aan symptomen met de angst samengaan, waaronder motorische spanning (bijv. beven en trillen), waakzaamheid (bijv. een zeer gespannen gevoel en overdreven schrikreacties) en autonome hyperactiviteit (bijv. hartkloppingen, moeilijkheden om te slikken en andere diffuse somatische klachten).

Het is soms moeilijk een duidelijk onderscheid te maken tussen een GAS en een paniekstoornis, daar vrijwel alle patiënten met een GAS ook paniekgevoelens kennen. Een belangrijk klinisch verschil is dat iemand met GAS tobt over allerlei dagelijkse besommeringen en gebeurtenissen, terwijl iemand met een paniekstoornis zich vooral zorgen maakt over een mogelijk toekomstige paniekaanval.

4 Consequenties voor de tandheelkundige behandeling

Bovenstaand overzicht van kenmerken van patiënten met angststoornissen kan de tandarts helpen de verschillende typen angststoornissen in de tandartspraktijk te herkennen. Soms doen patiënten er zelf mededelingen over, bijvoorbeeld als ze hiervoor onder behandeling zijn bij een psycholoog of psychiater, doch veelal zal men de tandarts hierover uit schaamte niet durven in te lichten. Daarnaast is er een groep patiënten die wel last heeft, maar nog geen behandeling heeft durven zoeken. Bovendien zijn er mensen met problemen die zij nog niet als zodanig hebben herkend of geaccepteerd.¹⁶ Zij presenteren hun problemen bijvoorbeeld als somatische klachten, zoals hartkloppingen of moeilijkheden om te slikken.

In de meeste gevallen zal met een rustige en respectvolle benadering van de patiënt behandeling in de reguliere praktijk goed mogelijk blijken. In de overige gevallen zal moeten worden verwezen naar een centrum voor bijzondere tandheelkunde. Daarnaast kan het zin hebben de patiënt aan te moedigen professionele hulp voor zijn angstprobleem te zoeken, al dient dit uiteraard wel met de nodige tact en voorzichtigheid te gebeuren.

Literatuur

- 1 STOUTHARD MEA, HOOGSTRATEN J. Prevalence of dental anxiety in the Netherlands. *Community Dent Oral Epidemiol* 1990; 18: 139-42.
- 2 American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third edition - revised (DSM-III-R)*. Washington, DC: APA, 1987.
- 3 STOUTHARD MEA, RIJKSE A, VAN DEN BERG R. Ontstaan van angst voor de tandheelkundige behandeling. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1992; 99: 66-8.
- 4 BERGGREN U. General and specific fears in referred and self-referred adult patients with extreme dental anxiety. *Behav Res Ther* 1992; 30: 395-401.
- 5 CORAH NL. Development of a dental anxiety scale. *J Dent Res* 1969; 48: 596.
- 6 STOUTHARD MEA. Angst voor de tandheelkundige behandeling: ontwikkeling en validatie van een vragenlijst voor onderzoek in praktijk. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1989. Academisch proefschrift.
- 7 MOORE R, BERGGREN U, CARLSSON SG. Reliability and clinical usefulness of psychometric measures in a self-referred population of odontophobics. *Community Dent Oral Epidemiol* 1991; 19: 347-51.
- 8 BERGGREN U, CARLSSON SG. Usefulness of two psychometric scales in patients with severe dental fear. *Community Dent Oral Epidemiol* 1985; 13: 70-4.
- 9 ENNEKING D, MILGROM P, WEINSTEIN P, GETZ T. Treatment outcomes for specific subtypes of dental fear: Preliminary clinical findings. *Spec Care Dentist* 1992; 12: 214-8.
- 10 EMMELKAMP PGM, HOOGDUIN CAL, VAN DEN HOUT MA. Angststoornissen. In: Vandereycken W, Hoogduin CAL, Emmelkamp PGM, red. *Handboek psychopathologie deel I*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum 1990: 256-74.
- 11 MILGROM P, WEINSTEIN P, KLEINKNECHT R, GETZ T. Treating fearful dental patients: A clinical handbook. Reston (VA): Reston Publishing Co., 1985: 106-16.
- 12 MOORE R, BRØDSGAARD I, BIRN H. Manifestations, acquisition and diagnostic categories of dental fear in a self-referred population. *Behav Res Ther* 1991; 29: 51-60.
- 13 CLARK DM. A cognitive approach to panic. *Behav Res Ther* 1986; 24: 461-70.
- 14 FRIEDLANDER AH, SERAFETINIDES EA. Dental management of the patient with obsessive-compulsive disorder. *Spec Care Dentist* 1991; 11: 238-42.
- 15 AGRAS S, SYLVESTER D, OLIVEAU D. The epidemiology of common fears and phobias. *Compr Psych* 1969; 10: 151-6.
- 16 REITSMA B, DUINKERKE ASH, WIJMA, K. Somatisering en somatische fixatie bij patiënten in de tandartspraktijk. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1985; 92: 269-73.

Summary

ANXIETY DISORDERS: RECOGNITION OF ANXIETY DISORDERS IN DENTISTRY

Key words: Behavioural science - Psychology - Dental anxiety

The purpose of the present paper is to provide a summary of features of patients suffering from a wide range of anxiety disorders by means of case histories and clinical descriptions. Particularly, attention is being devoted to distinguishing between patients of which the predominant problem is specific fear for one or more aspects of dental treatment and patients with a non-specific or a general anxiety problem, including panic disorder and generalized anxiety disorder.