MEDO DE DENTISTA: UMA PROPOSTA PARA REDUÇÃO DA ANSIEDADE ODONTOLÓGICA

Marcella **ULHOA**[1], Neyl Tavares **REIS FILHO**[2], José Ricardo **MARIANO**[3]

Resumo

Este estudo realizou uma revisão bibliográfica abrangendo as origens, características e a importância do medo odontológico para o cirurgião dentista, para que o mesmo possa interagir de uma forma mais humana perante seus pacientes. Identificou os maiores estímulos que geram o aumento da ansiedade como sendo de responsabilidade das anestesias e dos alta-rotações. Sugeriu como contribuição, a introdução de um programa de dessensibilização do medo, que tem como objetivo a redução do grau de ansiedade dos pacientes frente ao ato anestésico, resultando num maior relaxamento dos mesmos no restante do tratamento.

Palavras-chave: Ansiedade ao tratamento odontológico. Anestesia dentária. Ansiedade. Transtornos fóbicos.

[1]Acadêmica do curso de Odontologia das Faculdades Integradas do Planalto Central – FACIPLAC.
[2]Mestre em Endodontia – UNITAU - Taubaté-SP. Professor de Endodontia e CBMF das Faculdades Integradas do Planalto Central - FACIPLAC.
[3]Doutorando em Implantodontia – SL Mandic – Professor de Clínica Integrada das Faculdades Integradas do Planalto Central - FACIPLAC.

Submetido: 11/11/2015 - **Aceito:** 24/11/2015

Como citar este artigo: Ulhoa M, Reis Filho NT, Mariano JR. Medo de dentista: Uma proposta para redução da ansiedade odontológica. R Odontol Planal Cent. 2015 Jul-Dez;5(2):35-41.

- Os autores declaram não ter interesses associativos, comerciais, de propriedade ou financeiros, que representem conflito de interesse, nos produtos e companhias citados nesse artigo.

Autor para Correspondência: Neyl Tavares Reis Filho
Endereço: SCS Quadra 1 Bloco D Ed. JK número 28 Sala 116 - Brasília–DF. CEP 71680-349
Telefone: (61) 99894385
E-mail: neyl.reis@faciplac.edu.br

Categoria: Revisão de Literatura
Área: Endodontia

Introdução

O homem não é a espécie mais forte sobre a terra, nem a mais ágil. Talvez não seja nem a mais esperta, se levarmos em conta as decisões autodestrutivas que tomamos de vez em quando. Mas de uma coisa podemos nos orgulhar: somos os mais medrosos. O medo é uma emoção fabricada pelo cérebro que provoca mudanças no corpo todo, deixando-nos mais alertas, fortes e cuidadosos, prontos para lutar ou fugir. O medo nos mantém vivo, mas quando é demais atrapalha[1].

O medo é, frequentemente, referido como motivo para não realização de consulta odontológica. Os pacientes falam muitas vezes em pavor, horror e pânico para relatar sensações associadas à necessidade de buscar assistência odontológica[2].

Os profissionais da área reconhecem que, por mais que tenha havido um grande desenvolvimento nas bases científicas e tecnológicas dos processos de trabalho odontológico, a experiência de submeter-se à ação desses especialistas continua não sendo das mais agradáveis. Não raro, sentimentos de aversão à possibilidade de dor e sofrimento impõem-se à razão, disso resultando a opção de não demandar a assistência dentária[3].

É comum a expressão “medo de dentista”, como síntese desta situação[4].

Baseado nesse contexto, o presente estudo tem como objetivo minimizar a ansiedade odontológica, identificando as origens, características e os maiores estímulos geradores, bem como apresentar um programa de dessensibilização do medo, denominado pelos autores de “troca de sensações”, principalmente em relação às anestesias dentárias.

Revisão de literatura

Taguchi et al. relataram em seus estudos sobre o medo odontológico que 56% dos pesquisados através de um questionário, apresentavam certo medo ao entrar no consultório, aumentando-se para 66% ao

sentar na cadeira e atingiam o auge da tensão ao ver a seringa anestésica[2].

Costa e Moraes em 1994 e Possoban *et al. em 2007* revelaram após seus estudos sobre a severidade desse sentimento, que os estímulos mais fortemente causadores do medo foram a agulha anestésica e o motor odontológico[5,6].

Segundo Malamed, ir ao dentista foi considerado o segundo entre os medos e temores mais frequentes da população, ficando atrás somente do medo de falar em público[7].

Cruz *et al*. em 1997 e De Goes et al. em 2009, assinalam o passado histórico da odontologia, em que a prática é associada à tortura, castigo, punição, dor e o dentista assume o papel de carrasco, de uma pessoa má e cruel[8,9].

Moraes e Ambrosano em 1993 e Neto em 2010, relataram que o medo pode ter diversas origens sendo que as mais frequentes são as experiências vividas pela criança no tratamento odontológico. Outras podem ser transmitidas à criança por pessoas do meio familiar ou mais indiretamente pelos meios de comunicação[10,11].

Um programa de redução da ansiedade, principalmente em relação às anestesias odontológicas é sugerido e proposto pelo autor. Esse programa foi aplicado em sua tese de mestrado em endodontia colhendo resultados bem satisfatórios no que se refere à diminuição da ansiedade odontológica[1].

Programa de dessensibilização – troca de sensações

Os pacientes alvos deste estudo devem apresentar histórico de traumas odontológicos passados, ou relatarem alto grau de ansiedade momentos antes da consulta, frente a um tratamento odontológico, principalmente com referência ao ato anestésico, durante o exame clínico e anamnese.

As técnicas anestésicas utilizadas serão as clássicas e padrões para a maxila e mandíbula, e em momento algum expondo o paciente à riscos e situações de prejuízo à sua saúde.

Os sais anestésicos a serem utilizados serão os disponíveis no mercado odontológico brasileiro, respeitando a dosagem, bem como as características de cada paciente, no que diz respeito às patologias presentes (pacientes especiais).

Os procedimentos anestésicos são clássicos, como os ensinados em todos os cursos de graduação e pós-graduação e as normas de assepsia dentro dos conceitos técnicos ideais são primordiais.

A técnica anestésica seja a troncular ou a infiltrativa terminal deve ser executada nos moldes padrões e técnicos, utilizando-se anestésico tópico antes do ato em si e os tecidos moles adjacentes são manipulados de maneira tal com os dedos indicador ou polegar dependendo do lado a ser anestesiado (técnica ptérigo mandibular/ Troncular), ou tracionando o tecido de encontro à agulha (infiltrativas terminais), com o intuito de minimizar a sensibilidade causada pela picada da agulha. Tais procedimentos são denominados de “Troca de sensações”.

A leitura realizada pelo cérebro humano percebe em primeiro lugar as sensações relativas aos receptores do tato, fazendo com que a percepção da dor causada pela introdução da agulha passe quase que imperceptível, confundindo nosso paciente.

Na sala de espera, o paciente é recebido desde o primeiro momento com a secretária instruída a deixá-lo bem confortável, assistindo a vídeos anti-stress com imagens relaxantes como, por exemplo: uma praia linda e deserta, com águas calmas, cristalinas e espumantes[1]. Acompanhando o visual, músicas tranquilas visando complementar o relaxamento (estilo *New Age*).

Conversas sobre o medo e a dor na Odontologia são executadas numa antessala (escritório). Explicamos aos pacientes, alguns detalhes sobre instrumentais utilizados, as anestesias, as técnicas e diálogos sobre vivências ou situações passadas, chavões, como por exemplo, “a anestesia não vai pegar”, são aplicados, desmistificados e elucidados. É definido, o que é a anestesia, como funciona, quanto tempo ela necessita para agir e em quanto tempo age.

Reduz-se os estímulos sonoros e outros, utilizando-se fones de ouvido, com relaxamentos induzidos com CDs, abordando temática relacionada ao medo ou similar.

A Técnica Anestésica deve ser explicada aos pacientes, afirmando que esses procedimentos associados à habilidade do profissional, reduzem praticamente à zero a sintomatologia dolorosa. A introdução do líquido (sal anestésico) deve ser lentamente realizada, utilizando-se agulhas curtas e atraumáticas. As movimentações dos dedos manipulando os tecidos circundantes confundem o paciente em relação à sintomatologia da picada da agulha.

O paciente relaxa quando não sente tal incômodo, favorecendo ainda mais o restante do tratamento[1].

Esses movimentos também contribuem para a retirada do repouso em que a fibra nervosa se encontra, abrindo os Canais de Sódio. Este procedimento facilita a união do receptor de Na^+ com a molécula do anestésico local (AL), conduzindo para o bloqueio da condução do impulso nervoso (despolarização). Reduz-se então ou elimina-se a permeabilidade da membrana neural aos íons sódio (Na^+). Isto é confirmado pela Teoria do Receptor Específico, segundo Andrade et al.[12].

No consultório, as paredes devem ser pintadas com cores claras. Elaboram-se folhetos explicativos sobre cada procedimento em linguagem acessível, disponibilizados para o paciente efetuar uma leitura esclarecedora e tranquilizadora. O paciente deve familiarizar-se com o ambiente, para sentir-se à vontade. Toda primeira consulta é voltada para mostrar ao paciente a importância da confiança depositada no profissional para melhor execução do tratamento odontológico. É importante não se executar nenhum procedimento operatório na primeira sessão.
Conversar em todos os finais de sessão para colher impressões da consulta e preparo para a próxima[1].

Existem, na literatura, escalas que podem ser usadas para verificar o grau de ansiedade dos pacientes. Uma delas é a Escala de Ansiedade de CORAH, onde são conferidos pontos de 1 a 5 em respostas dadas pelos pacientes em diversas situações na clínica odontológica estabelecidas num questionário pré-elaborado, apontando escores de ansiedade. Marcação de consultas, sala de espera, anestesias, alta rotação são alguns dos quesitos que são avaliados por essa escala e os pacientes podem ser classificados desde relaxados a apavorados[13,14].

Tais questionários deverão ser aplicados no pré e pós-atendimento odontológico, verificando assim o resultado em relação à diminuição da ansiedade[1].

Discussão

O medo do ser humano. O medo odontológico se insere entre as emoções mais comuns do tratamento dentário sem que esse medo seja explicável. A cultura é partilhada por um grupo social de corrente da vida associativa humana e, como comportamento adquirido, não é transmissível pela herança biológica. A partir deste conceito, o homem reage à ansiedade e ao medo nos consultórios dentários, seja ele do primeiro ou do terceiro mundo[4].

O alto medo odontológico tem sido associado a cancelamentos, não comparecimentos ou adiamentos de consultas conforme estudos realizados por Mckeithen[15], Scott e Hirschman[16] e Kleiman[17].

Os estudos de Klorman et al.[18], Johnson e Baldwin[19], Shoben e Borland[20] e Ozden [21] afirmam que o medo odontológico tem razões mais complexas do que se pode esperar. Assim, cabe ao dentista perceber o paciente como um todo e a existência do medo odontológico e tentar diminuir-lhe o nível de ansiedade.

Dentre os fatores sociais relacionados ao medo odontológico, a partir da constatação de que na infância formam-se hábitos e que a família tende a influenciar decisivamente essa formação, desenvolveram estudos sobre o medo da criança em relação ao tratamento dentário, concluindo que, na maioria das vezes, o medo está ligado a experiências e atitudes familiares [8,11,18, 19, 20, 21].

Além disso, a formação do odontólogo brasileiro tem-se dado a partir de uma ótica tecnicista que privilegia o técnico em detrimento do homem, deixando-o distante da realidade das unidades de saúde. O dentista não conhece a clientela que atende a equipe lhe é estranha e ignora as reações psíquicas dos grupos com que convive. No entanto, a necessidade de mudança na prática odontológica exige maior profundidade do que simples mudanças de regras de procedimento. O fato de o medo ser inerente ao ser humano não pode servir de desculpa

para o descaso com a saúde oral da população[4].

Ligado a atitudes familiares e a de outras pessoas importantes na vida do homem desde a infância, o medo não deveria servir de motivo para o não tratamento dentário. O medo de ir ao dentista só perde em porcentagem para o medo de falar em público, segundo Malamed.[7]

Dentre os medos relacionados à Odontologia, os motivos mais frequentes em ordem decrescente são: dor, broca, ignorância sobre o que irá acontecer, injeção, extrações, dentista rude, vergonha, influência de outras pessoas, instrumentos, tratamentos falhos, entre outros, segundo Arntz, Van Eck e Heijmans[22].

Com relação ao perfil do melhor e pior dentista, Forsberg[23] concluiu em seu estudo, que o receio de ser censurado pelo seu dentista contribui para o medo odontológico.

Os resultados atuais, por outro lado, aproximam-se daqueles obtidos por Mckeithen[15] sobre a imagem que o paciente tem a respeito do dentista. Por esse estudo ficou constatado que a habilidade do dentista era fundamental para a redução do medo e do pânico odontológico. Ele descreve que a habilidade profissional do dentista possui a mesma importância que sua personalidade.

Kriesberg e Treiman[24] consideraram, além da habilidade, a personalidade do dentista (maneira de agir e falar), como aquela de fundamental importância para a redução do medo.

Esses achados vão ao encontro dos de Gale[25], que demonstrou existir uma atitude do dentista que poderia provocar uma atitude negativa do paciente, em relação à sua saúde dental.

Os resultados de Mckeithen[15] se assemelham aos de Kriesberg e Treiman[24], considerando que 33% julgaram a personalidade do dentista como o maior fator em sua escolha. Tem-se que reconhecer que há dificuldade na comparação apropriada entre o melhor odontólogo em relação às características da sua personalidade agradável. É possível que os entrevistados tenham considerado personalidade agradável para representar outras facetas do perfil do profissional como seu conhecimento, simpatia e interesse pessoal no paciente.

Os estudos de Mckeithen[15], Kriesberg e Treiman[24] e Gale[25] apontam que a habilidade do profissional surge como a mais importante das qualidades. O pior dentista é apontado como o profissional distante, o que ratifica uma necessidade de reavaliação na formação tecnicista do profissional brasileiro, na medida em que ele deve se voltar não apenas para o dente, mas, e, fundamentalmente, para o paciente.

Este resultado é reforçado pela publicação de Thomas[26], que já mostrava em 1929 a importância da Odontologia moderna que, a seu ver, requereria um estudo adequado do homem e das doenças que o afetam, referindo-se a todas as suas faculdades e funções mentais, nervosas e físicas.

Talvez a dor tenha sido pouco mencionada pela resignação do paciente em achar que ela está contida no tratamento dentário. Provavelmente, com o advento de novas técnicas para a diminuição da dor em Odontologia, esta seja considerada de pouca importância na experiência total do tratamento. Evidência deste fato é que a ocorrência ou não de dor é pouco mencionada na descrição do que seria o dentista ideal[6,14,23,24,25].

Observou-se, da mesma forma que Mckeithen[15], que o medo não foi considerado por estes pacientes como aspecto importante no recebimento dos cuidados dentários.

Para melhor atender o paciente, o dentista necessita de uma conduta voltada para a personalização, focalizando os aspectos emocionais, já que o paciente tende a afastar-se do dentista distante. Paradoxalmente, as faculdades de Odontologia retratam uma tendência ao aprimoramento técnico com o intuito de tornar o tratamento o menos desagradável possível, ao invés de fornecer uma visão humanística[4].

Neste programa de dessensibilização do medo apresentado, houve uma preocupação com o bem-estar físico do paciente (conforto na sala de espera), psíquico (conversas na ante-sala) e, com certeza, esses cuidados contribuirão para que o paciente se sinta mais acolhido, assistido e mais confiante no seu profissional. Acrescentando táticas às técnicas anestésicas, este instrumento apresentado tem como objetivo diminuir a ansiedade dos pacientes, por meio da eliminação da sintomatologia dolorosa no ato

anestésico. Preocupa-se, assim, não só com o físico, mas também com o lado humano e emotivo dos mesmos. As modificações acrescentadas à técnica anestésica apresentam uma grande dificuldade para ser repassada ao corpo discente, visto que tais habilidades serão adquiridas com a prática e com o passar do tempo[1].

Edmonson, Roscoe e Vickers[27], afirmaram que a fobia em relação ao dentista é um problema complexo e que é essencial lidar com os pacientes como indivíduos. Tais dados parecem fundamentais para a solução e/ou minimização do problema do medo odontológico, já que coloca o sentimento de medo numa dimensão maior do que a psíquica, ou cultural.

A atitude humana do dentista pode, parcialmente, determinar a atitude humana do paciente, apontam Bernstein e Kleinknecht[28], Forsberg[23], Ellis[29], Lautch[30], Mollin e Seeman[31]. Assim, ao se estabelecer uma parceria com o paciente, ele passa a frequentar naturalmente as unidades odontológicas.

O medo odontológico transcende as diferenças sócio-econômico-educacionais e se manifesta como uma entidade enraizada culturalmente. A cultura emerge com a interação dos seus membros para resolver problemas relacionados com os indivíduos, passando-os para as gerações seguintes. Essas modificações, formadas em torno de uma necessidade reconhecida, farão com que a cultura se torne uma entidade em si mesma, na proporção em que todos os cidadãos passem a ter consciência da possibilidade de verem atendidos seus anseios mais simples de saúde, alimentação e habitação. A questão da cultura enraizada remete ao conceito de medo que, conforme já foi colocado, faz parte do homem. Não se pode esquecer, no entanto, que a mesma é aprendida. Se a aprendizagem se der pelo mecanismo baseado em traumas, as pessoas certamente resistirão às mudanças. Ao mesmo tempo, mesmo as populações carentes já são capazes de traçar o perfil do melhor e do pior dentista, extravasar níveis de ansiedade e exigir melhor atendimento. Existem meios para atenuar o medo odontológico numa dada comunidade. Esses meios podem ser farmacológicos ou, o mais aconselhável, um melhor relacionamento interpessoal entre odontólogo-paciente. Para este fim, são necessárias mudanças na formação profissional do dentista e na cultura do país. A cientificidade é caracterizada, no modelo profissional, pela preocupação em elevar, cada vez mais, o nível de sofisticação dos procedimentos técnicos. O objetivo almejado no final do curso de Odontologia deveria ser o de capacitar o profissional a representar um conjunto de habilidades intelectuais e manuais e, acima de tudo, a moldar-lhe um modo de agir e conduzir-se efetivamente diante das situações. Ela passa então a representar um agregado de objetivos educacionais, cognitivos, afetivos e psicomotores. A formação não termina à porta da Universidade, pois educação é um processo contínuo como bem coloca o educador Paulo Freire. Sob o aspecto qualitativo, o interesse do odontólogo se orienta, principalmente, para as necessidades básicas de tratamento dentário. Todavia, a Universidade deve permitir uma formação multiprofissional, em que os estudantes de diferentes áreas se integrem. O trabalho na comunidade deve ser encorajado como forma de desenvolver uma nova mentalidade, abrindo as portas da Universidade para ela, e vice-versa, formando assim não mais um técnico, alheio aos problemas do país, mas um profissional integrado na cultura e na sociedade em que se insere. Os meios para atenuar o medo odontológico numa dada comunidade passam pela mudança na formação profissional do dentista[1,2,4,9].

Uma saída a esta situação começa pela mudança no relacionamento entre dentista e paciente, pois, uma relação positiva entre eles foi presumida como sendo o maior pré-requisito para o sucesso do tratamento[23, 28, 29, 30, 31].

Se a relação for saudável, o nível de ansiedade diminuirá. Estas também foram as conclusões de estudiosos do assunto, tais como: Ellis[29], Ben-Sira[32], Biro e Hewson[33], Bernstein e Kleinknecht[28] e Berggren[34].

Conclusão

O presente estudo chegou às seguintes conclusões:

1) O medo, ansiedade e tensão fazem parte dos momentos pré e transoperatórios do cirurgião-dentista.

2) Os procedimentos invasivos, tais

como anestesia e o uso do alta-rotação, geram maior ansiedade aos pacientes.

3) Entender o medo, buscar suas origens e características, são atitudes de vital importância para que o cirurgião-dentista interaja com seu paciente como um todo, preocupando-se não só com os problemas bucais, mas também com seu lado humano e emotivo.

4) O Programa de Dessensibilização, sugerido com o objetivo de minimizar a ansiedade, é uma opção terapêutica para se trabalhar com pacientes especiais relacionados ao medo odontológico, principalmente em relação às anestesias.

Fear of Dentist: A proposal for reduction of dental anxiety

Abstract

This study is a literature review covering the origins, characteristics and relevance of dental fear, so dentists can render a more humane care towards their patients. It seeks to identify the major stimuli that increase anxiety related to anesthesia and to high-speed dental handpiece. It also suggests, as a contribution, the introduction of a dental fear desensitization program for reducing anxiety in patients during anesthesia, resulting in more relaxation for the dental treatment.

Descriptors: Dental anxiety. Dental anesthesia. Anxiety. Phobic disorders.

Referências

1. Reis Filho NT. Contribuição ao estudo do medo odontológico. [Dissertação]. Taubaté(SP): Universidade de Taubaté – UNITAU; 2003.
2. Taguchi MF, Araujo IC, Silva AJM, Shimono T. O Medo frente ao tratamento odontológico. RGO. 1993;41:138-42.
3. Aartman IHA, Jongh A, Makkes PC. Dental anxiety reduction and dental attendance after treatment in a dental fear clinic: A follow-up study. Community Dent Oral Epidemiol. 2000;28:435-42.
4. Harari SG. Medo odontológico {Tese]. Niterói (RJ): Universidade Federal Fluminense; 1995.
5. Costa SM, Moraes ABA. Medo em odontologia: um estudo em escolares. Rev B Odontol. 1994;51(5):26-31.
6. Possoban RF, Carrascoza KC, Moraes ABA, Costa Jr AL. O tratamento odontológico como gerador de ansiedade. Psicol estud.2007;12(3):609-16.
7. Malamed ST. Pain and anxiety control in dentistry. Oral Health. 1996;86(2):11-16.
8. De Goes MPS, Domingues MC, Couto GBL, Barreira AK. Ansiedade, medo e sinais vitais dos pacientes infantis. Arq Cienc Med Santa Casa de São Paulo. 2009;54(2):62-6.
9. Cruz JS, Cota LOM, Paixão HH. A imagem do cirurgião dentista: Um estudo de representação social. Rev Odontol Univ São Paulo. 1997;11(4):307-13.
10. Moraes ABA, GIL IA. A criança e o medo do tratamento odontológico. Odontopediatria clínica. 1993;1:113-9.
11. de Carvalho-Netto EFC. Medo e ansiedade: aspectos comportamentais e neuroanatômicos. Odontol Clin Cient. 2010;9,(1).
12. Andrade ED, Ranali J, Mattos Filho TR, Volpato MC, Rosalen PL, Groppo FC, PasserI LA. Terapêutica Medicamentosa em Odontologia. São Paulo: Artes Médicas; 1999.
13. Corah NL. Development of a dental anxiety scale. J Dent Res. 1969;48:596.
14. Carvalho RWF, Falcão PGCB, Campos GJL, Bastos AS, Pereira JC, Pereira MAS, et al. Ansiedade frente ao tratamento odontológico: Prevalência e fatores predictores em brasileiros. Cienc & Saúde Coletiva. 2012;17(7):1915-1922.
15. Mckeithen E J. The patient's image of the dentist. J Am Coll Dent. 1966;33:87-107.
16. Scott D, Hirschman R. Psychological aspects of dental anxiety in adults. J Am Dent Assoc. 1982;104(1):27-31.
17. Kleiman MB. Fear of dentist as in inhibiting factoring children's use of dental services. J Dent Child. 1982;49:209-14.
18. Klorman R, Ratner J, Arata CL, King JB, Sveen OB. Predicting the Child's Incooperativeness in dental treatment from maternal trait, state and dental anxiety. J Dent Child. 1978;45:62-67.
19. Johnson R, Baldwin DC. Maternal anxiety and child behavior. J Dent Child.1969;36:87-92.
20. Shoben EJ, Borland LA. Empirical study of the etiology of dental fears. J Clin Psychol. 1969;10:171-4.
21. Ozden S. Dental anxiety in children. Brit Dent J. 1975;10:134-9.
22. Arntz A, Van Eck M, Heijmans M. Predictions of dental pain: The fear of any expected evil is worse them the evil itself. Behav Res Therap. 1990;28:29-41.
23. Forsberg A. Tandvardsskräck. Svensk Tandläkare-Tidskrift. 1966;59:147-59.
24. Kriesberg L, Treiman BR. Dentist and the practice of dentistry as viewer by the public. J Am Assoc. 1962;64:806-21.
25. Gale EN, Ayer WA. Treatment of dental phobias. J Am Dent Assoc. 1960;78:1304-1307.
26. Thomas G. Psychological problems of the patients related to dentistry (1929) In: MORAES A B A, PESSOTTI J. Psicologia Aplicada à Odontologia. São Paulo(SP): Unicamp; 1985.
27. Edmondson HD, Roscoe B, Vickers MD. Biochemical evidence of axiety in dental patients. Br Med J. 1972;4:7-9.
28. Bernstein L A, Kleinknecht RA. Multiple ap-proaches to the reduction of dental fear. J Behav Ther Exp Psychiatry. 1982; 13:287–92.
29. Ellis A. Reason and emotion in psychotherapy. Stuart. 1962;1:400-40.
30. Lautch H. Dental phobia. Brit J Psychiatry. 1971;119:151-58.
31. Molin C, Seeman K. Disproportionate dental anxiety – clinical and nosologiacal considerations. Acta Odontol Scand. 1970;28:197-212.
32. Ben–Sira Z. The function of the professional's affective behavior in client satisfaction; a revised approach to social interaction theory. J Health Socio Behav. 1976;17:3-11.
33. Biro PA, Hewson ND. A suvery of patients, attitudes to their dentist. Aust Dent J. 1976;21:388–94.
34. Berggren U, Hakeberg M, Carlsson SG. Relaxation vs cognitively oriented therapies for dental fear. J Dent Res. 2000;79:1645-51.