

ТЕМИ ПО МЕДИЦИНСКА ПСИХОЛОГИЯ
СПЕЦИАЛНОСТ ДЕНТАЛНА МЕДИЦИНА
ФДМ – СОФИЯ

Колеги,

Темите са разработени по конспекта от 2024 г. В тях е събран и подреден последователно материалът от лекциите на доц. Аврамова и лекциите и монографията на проф. Бонев.

Теми №6 и №7 от устните теми ги четете директно от лекциите.

СПОРНО ЧЕТЕНЕ!

-2024-

СОФИЯ

ПИСМЕНИ ТЕМИ

Тема №1

Психология като наука – определение, предмет, задачи и методи.

Още в древността възникват различни философски течения, като част от тях се опитват да обяснят устройството и начина на функциониране на душата. Първото философско течение в древността за душата се нарича **анимизъм**, по-късно се появява **идеализма** на **Платон**

Аристотел се опитва да постави разбиранията си за психиката и душата на основата на медицината. Един от неговите трудове се казва „За душата“

Като самостоятелна наука Психологията се обособява през 1879 г. в Лайпциг – създава се първата в света „**Лаборатория за психологически изследвания**“ от философа и физиолог **Вилхелм Вунд**.

Психологията е експериментална наука и развитието ѝ тръгва от Европа. Вунд въвежда първия метод, използван при изследването на усещанията (зрителни, слухови) – **ИНТРОСПЕКЦИЯ** – **самонаблюдение**. Установява, че и психичното може да се изследва с апаратура.

Съвременната психология възниква на границата между философия и социологията и природните науки.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ – Психологията е наука за фактите, закономерностите и механизмите на **ПСИХИКАТА**, която се формира в мозъка, образува образ на действителността, въз основа и с помощта на която се осъществява управлението на поведението и дейността, имащи за човека личностен и социален характер.



Психиката е фундаментална категория в психологията. Тя се определя като свойство на високо организираната биогенна материя, което отразява обективната реалност под формата на образи и отношения, както и под формата на мускулни двигателни реакции. Основната функция на психиката е да регулира и управлява дейността на индивида при взаимодействието му с околния свят.

Обект на психологията са закономерностите на психиката, като особена форма на поведение на хората. Тези закономерности на психиката са многопластови и могат да се изучават в най-различни аспекти.

Задачи на психологията:

1. Фундаментални задачи:

- Да се изясни генезиса и развитието на психиката във филогенетичен и онтогенетичен аспект;
- Да се изяснят същността и закономерностите по които функционира психиката.
- Екзистенциална задача – изясняване смисъла на живота,

2. Теоретични задачи

- Непрекъснато осъвършенстване и задълбочаване на знанията за психиката и нейните форми;
- Критичен анализ на постиженията и слабостите на науката психология до момента;
- Обобщаване на теоретичните концепции и създаване на глобална теория.
- Формулиране на по-близки и по-далечни цели за развитие *(от лекцията)*

3. Приложни задачи

- Усъвършенстване на изследователските методи на психологията
- Усъвършенстване на психологичното консултиране и психотерапия;

- По-ефективно включване на психологията в ежедневието и дейностите на хората.

Методи:

I. Наблюдение

1. Самонаблюдение;
2. Обективно наблюдение – непосредствено (пряко)/опосредствано (непряко) – чрез анкети и др.

II. Експеримент

1. Лабораторен експеримент – извършва се при специално създадени лабораторни условия;
2. Естествен експеримент – извършва се при условията на всекидневната работа, на игрите, на обучението, в класната стая и др.

III. Тестове

Това са най-популярните методи за събиране на информация. Те представляват последователност от задачи. Тестовите биват:

- Вербални и невербални (графични)
 - o Картинков тест на Розенцвайг за фрустрацията – 24 картинки с фрустриращата ситуация;
 - o Тест на мастлените петна на Роршах – проучва личностните характеристики и емоционалното функциониране на пациентите
 - o ТАТ Тест – 31 картинки провокиращи фантазии и интерпретации
- За постижения (необходимо е да получат максимален брой точки)
- За време (времето за отговор е ограничено)
- Стандартизирани (индивудланите постижения на човека се съпоставят със средните на група от хора)
- Скалирани (съпоставят се резултатите на отделни хора, за да се определи кой е с по-висок или по-нисък резултат)

Всички тестове съдържат следните **елементи**:

1. Задача;
2. Лист за отговори
3. Ключ
4. Стандарт – разпределение на възможните резултати по групи
5. Интерпретация
6. Теоретична основа и операционализация на термините
7. Статистическа информация

ФЕНОМЕНЪТ СОЦИАЛНА ЖЕЛАТЕЛНОСТ – Има въпроси в тестовите, които даден отговор индикират склонността на хората да лъжат при даването на отговори с цел да се покажат в по-привлекателна социална среда. При определение стойности на тези отговори може да се заключи, че тестът не е достоверен, а при други да се определи като съмнителен (хем да, хем не)

IV. Анкета, беседа, интервю

V. Метод на психологичната характеристика

VI. Анализ на продуктите на дейността.

Тема №2

Сравнителна психология – основни типологични методи

Сравнителната психология изучава връзката между развитието на психиката във филогенезата и антропогенезата. Предметът ѝ включва проблемните области на еволюционната, диференциалната и кроскултуралната психология.

Еволюционна психология – сравнява човека с животното (човекоподобни маймуни), търси общото между поведение и мотивация

Диференциална психология – сравнява отделния човек по темперамент, характер, личностови характеристики

Кроскултурна психология – сравнява големи групи от хора – етнически, национални, религиозни.

Сравнителната психология е полипарадигмална наука, а психичните явления са свързодетерминирани в течение на времето. Парадигмата се променя, както се е твърдяло, че земята е плоска, а след това сферична.

В сравнителната психология има няколко водещи парадигми, като не може да се каже коя е основната и на какво се дължи феномена. Винаги отговаряме на въпроса „Според кого?“ или „Кой го е казал“

ОСНОВНИ ТИПОЛОГИЧНИ МЕТОДИ

- Когнитивно типологичен модел – Теории на Дж. Кели за личностните конструкти, Локус на контрола – скала на Ротър;
- **Диспозиционен типологичен модел** – Теории на Г. Олпорт, Р. Кетел, **Ханс Айзенк** и В. Ядов;
- Психоаналитичен типологичен модел – Зигмунд Фройд; А. Лоън, Ерих Фром, Юнг, Андру Самюелз;
- Типологични модели на К. Леонхард и А.Е. Личко – акцентуации на характера и темперамента;

ДИСПОЗИЦИОНЕН ТИПОЛОГИЧЕН МОДЕЛ:

СЪЩНОСТ:

Най-близко по съдържание до понятието **личностна диспозиция (черта)** е понятието **АТИТЮД**¹ - нагласа, позиция, отношения

Различията между диспозицията и атитюда могат да се търсят най-вече по посока на степента на обобщеност – **чертата притежава по-висока степен на обобщеност отколкото атитюда.**

Сравнително по съдържание и съвместимо по обем с понятието атитюд, е понятието **установка** – състояние на психиката, вид нагласа, нагласа, определяща възприятието в известна степен независимо от обекта.

Сродните диспозиции са **навиците**. Те също представляват детерминиращи тенденции, но диспозициите имат по-обобщен характер. Действителната черта в определена степен представлява резултат от комбинирането и интеграцията на два или повече навика.

Изводи: Понятието установка и понятието атитюд са сравними по съдържание, като обемите им се намират в отношение на субординация: обемът на установката се включва изцяло в обема на атитюд, доколкото установката се отнася само до функционирането на физиологичните механизми у човека и има несъзнаван характер. Понятията личностна диспозиция и атитюд са сравними, като обемите им са в отношение на субординация: чертата притежава по-висока степен на обобщеност, отколкото атитюда. Аналогичен извод можем да направим за отношението между понятията личностна диспозиция и навик.

Теоретичните модели, които представят човешката личност изградена от набор от черти или диспозиции се наричат **trait-теории**. Има две водещи идеи, които обединяват различните концепции в това направление

1. Хората демонстрират **постоянство** в своите постъпки, мисли и емоции, независимо от миналото време събития и жизнен опит;
2. Няма двама души, които да си приличат. Уникалността на всяка личност се изразява с уникална комбинация от **личностни черти (диспозиции)**

¹ Организирана предположение към отговор в благоприятна или неблагоприятна насока спрямо специфичен клас социални обекти

Различни trait теории

- Гордън Олпорт – структура на личността се разглежда като представена от черти, като в същото време се приема, че поведението се мотивира от чертите.
- Р. Рекетл – Защитава тезата, че предсказването на поведението може да се осъществи с уравнението за спецификация $R=f(S,P)$ – Специфичната човешка реакция R е някаква неопределена функция f от стимулираща ситуация S и от структурата на личността P

ХАНС АЙЗЕНК

Допуска, че основните черти имат физиологичен корелат в мозъка. Също така приема, че елементите на личността могат да бъдат разположени йерархично. Най-високо и с най-голяма степен на обобщеност стоят определени **суперчерти (типове)**, които оказват мощно влияние върху поведението. Всяка една от суперчертите е съставена от няколко **съставни черти**. Те представляват по-повърхностно отражение на основополагащия тип или специфични качества, които са присъщи на този тип. Съставните черти са изградени от много **първични реакции**, които на свой ред са изградени от **специфични реакции**.

Според Айзенк са нужни не повече от три суперчерти (типове), за обяснението на по-голямата част от поведението на човека. В ранните изследвания той обособява два типа – **интроверсия-екстраверсия** и **невротизъм – стабилност**. По-късно въвежда и трети тип – **психотизъм – сила на суперегото**. В съответствие с тази типология хората могат да бъдат разделени на четири групи.

- **Стабилен интроверт (флегматик)** – спокоен уравновесен, надежден, контролируем, миролюбив, внимателен грижовен, пасивен;
- **Невротичен интроверт (меланхолик)** – чести промени в настроенията, тревожност, разсърдливост, песимизъм, необщителност;
- **Стабилен екстраверт (сангвиник)** – лидерство, безгрижие, веселост отзивчивост, разговорливост, общителност;
- **Невротичен екстраверт (холерик)** – прояви на тревожност, агресия, лесна възбудимост, емоционално неустойчив, непостоянство, импулсивност

Екстравертите са по-търпеливи към болка, правят повече повички по време на работа, възбудата повишава ефективността на постъпките им.

Интровертите предпочитат теоритичните и научните видове дейност (инженерство, химия), а екстравертите предпочитат работа с хора (търговия, социални служби)

Интровертите признават по-често, че мастурбират, по тази причина екстравертите започват полов живот на по-ранна възраст.

Студентите напускащи университет по психиатрични причини са интровертите, а тези по академични са екстравертите

Тест на лимонова капка – 4 капки лимонов сок, интровертите отделят два пъти повече слюнка. Причината – разлика във физиологичното функциониране на двата типа.

НЕВРОТИЗЪМ

Неудовлетворени от способността си да решават житейските проблеми и да постигат желаните резултати;

Характерна е повишената тревожност по повод на дребни житейски проблеми;

Възможна е тревожност и за собственото здраве, често без реални основания;

Прекалена чувствителност и повишено усещане за опасност, склонност да се опират на мнението на мнозинството;

Развито чувство за отговорност и дълг, постоянни тревоги за съдбата на близките;

Характерна е склонността за съмнение и проверка, дори при добре свършена работа;

Занижена самооценка, не съвпада с високите изисквания на идеалния образ, на който смятат за необходимо да съответстват;

Липсват им достатъчно вътрешни подбуди, за да могат действително да поискат да постигнат това;

ЕМОЦИОНАЛНА СТАБИЛНОСТ

Характеристиката е противоположна на портрета на тези, за които е характерен невротизмът;

Не са склонни към безпокойство, отстъпчиви са по отношение на въздействията от страна на околните хора и обстоятелства;

Склонни са към лидерство;

Способни са да предразположат към себе си и да предизвикат доверие в по-голямата част от околните.

ПСИХОТИЗЪМ – СИЛА НА СУПЕРЕГОТО

Хората с висока степен на психотизъм са егоцентрични, импулсивни, равнодушни към останалите, склонни да се протипоставят на обществените устои. Тревожни са, трудно общуват с останалите и не са разбрани от околните. Според Айзенк психотизмът е генетическа

предразположеност към развитието на психотична или психопатна личност. Психотизмът е по-силно изразен при мъжете, отколкото при жените.

Методи за измерване на индивидуалните диспозиционни различия (Методи за изследване)

Самонаблюдение, експертни оценки, анализ на биографически сведения, физически и физиологични параметри, обективни психологически тестове, електро-енцефалографически изследвания

Индивидуалните различия при проявлението на чертата **стабилност-невротизъм** отразяват силата на реакцията на автономната нервна система на стимули. В частност, Айзенк свързва този аспект с лимбичната система, която оказва влияние на мотивацията и емоционалното поведение. Хората с високо ниво на невротизъм обикновено реагират на болезнените, необичайни и предизвикващи безпокойство стимули по-бързо отколкото хората с високо ниво на стабилност.

Айзенк разработва множество въпросници за самооценка за определяне на индивидуалните различия по изразеността на трите суперчерти.

Личностен въпросник на Айзенк

Тема №3

Стрес – определение, видове и механизми на влияние

Стрес в психологията е състояние на силно физическо, нервно напрежение, предизвикано от негативни фактори или отрицателно физическо или емоционално въздействие и усещане. Стресът се определя като неспецифична реакция на тялото на всяко поставено пред него изискване за преустройство или приспособяване, осъществяваща се по стереотипен начин на базата на идентични биохимични промени – **Общ адаптационен синдром (General Adaption Syndrome)** на Ханс Селие

От презентацията на БОНЕВ за определение: *Стресът е неспецифичен отговор на организма, подложен на дразнене и опитите му за адаптация, независимо дали дразненето води до болка или удоволствие*

Когнитивна перспектива – баланс между изискванията от заобикалящата ни среда (**стресори**) и индивидуалните способности за правяне (**буфери**) с тези изисквания – **Транзакционен модел на треса** – Ричард Лазарус

За първи път Ханс Селие използва терминът **стрес (1960 г.)** Той смята, че стресът е част от живота. През 1990 СЗО алармира, че стресът е „Глобална епидемия“. Днес СЗО я определя като епидемията на 21-ви век и приемаме, че стресът е **начин на живот**. Защо? Защото се определя от бързото развитие на технологиите, водещи до сериозна промяна в стила и начина на живот, основната от които е проблемът с размитите граници.

Какво представляват размитите граници?

- Благодарение на компютрите и телефоните чоекв е достъпен, откриваем постоянно 24/7.
- Бързото развитие на технологиите води до пормяна в динамиката, до промяна в отношенията в семейството, начина на развитие на сеимените отношения.
- Нови нарастващи Световни заплахи, с които човек трябва да приеме и да свикне да живее – войни, тероризъм, глобално затопляне и др.
- Съвременният свят е свързан с повече отговорности и по-малка свобода
- Броят на стресогенните агенти се увеличава постоянно и в резултат на свободното време намалява
- Технологиите доведоха до премахване на поверителността. Характерно е глобално следене, за всеки един от се знае къде се намира, къде смята да почива, както търси да купи и т.н.
- Живот на кредит
- Телевизия интернет храна и взаимоотношения и др.

Всички тези стресогенни фактори появили се в резултат на рамките граници при съвременния начин на живот те принуждават да се чувстваш като жертва, а това е друг начин да определим стреса. В резултат на превръщането на стреса в начин на живот изследванията показват връзка между стреса и редица заболявания.

При 70-85% заболяванията са пряко свързани със стреса. При едни заболявания треса е причина за появата на болести, при други е предразполагащ фактор, а при тези влияе върху самото заболяване.

Видове стрес

Първоначалната реакция на организма на всеки един стресор е свързана с наличието на **телесни реакции**. Тялото ни реагира на стреса чрез активиране на **Автономната нервна система (АНС) и ендокринната система (ЕС)**. При стрес мозъкът задвижва каскада от реакции, като активира АНС и ЕС. Телесната реакция е **автоматична** и е несъзнателна. АНС е тази част от нервната система, която реагира и преработва стреса. Тя има два дяла – симпатикусова (отговаря за телесните реакции при стрес) и парасимпатикусова (отговаря за релаксацията и връщането в нормално състояние след отминаване на стреса). Жлезите от ЕС при стрес отделят различни хормони (**адреналин**). При стрес се повишават нивата на кръвна захар и мастни киселини, повишена сърдечна честота и кръвно налягане. Настъпващите променят подготвят тялото за **„БИТКА ИЛИ БЯГСТВО“** реакция, която цели съхраняването и оцеляването ни.

1. СПОРЕД ИЗТОЧНИКА НА СТРЕС

- Стрес на сетивата:

- Стрес на зрението – прекомерни комбинации от ярки и разнородни цветове. В денталната практика работа върху много малко оперативно поле, понякога трудно видимо и зле осветено.
- Стрес на слуха – произхождащи от шумови източници – строежи, тежки машини. В дентална практика работа с турбина, компресор, аспиратор и т.н.
- Стрес от лични инциденти – физически повреди и травми (работа с остри и режещи инструменти аз ще им казвам ОПАСНИ ИНСТРУМЕНТИ., нежелани видове общуване (конфликтни и некооперативни пациенти), работа с инфекциозно-болни пациенти
- Стрес от обществени влияния и бедствия – трафик пренаселеност, политика
- Стрес от социално-икономически фактори – ниски доходи, кредит и др.
- Стрес от екологични влияния – слънчеви изригвания, бедствени ситуации.

2. СПОРЕД ВЛИЯНИЕТО МУ ВЪРХУ ОРГАНИЗМА

- Позитивен, добър стрес (**еустрес**) – води до повишаване на когнитивната, реакцията, активността и дейността. Това е положителната форма на стрес. Извършване на дейност, която се очаква да донесе позитивни и желани резултати. (При БОНЕВ пише влюбване)
- Негативен, отрицателен стрес (**дистрес**) – всички видове дразнителни, които могат да се определят като неприятни, страскащи и т.н. Могат да бъдат застрашаващи здравето дори и живота на човека.
- Неутрален стрес – форма на стреса, която не влияе директно върху организма (природни бедствия в отдалечен край на Земята)

3. СПОРЕД ИНТЕНЗИТЕТА И ПРОДЪЛЖИТЕЛНОСТТА НА ДЕЙСТВИЕ

- Остър стрес – висока интензивност на стресора за къс период
- Хроничен стрес – слаба интензивност за продължителен период (причинява най-много заболявания)

4. СПОРЕД ВРЕМЕТО ЗА КОЕТО УСПЯВА ДА СЕ СПРАВИ СЪС СТРЕСА

- Ситуативен стрес – след отстраняване на стресогена отпадат нервното и емоционалното напрежение
- Посттравматичен стрес – преживяването на нервно и емоционално напрежение не е по време на действието на стресогена, а след това. Обикновено се появява до 24 часа и продължава неопределено дълго време

МЕХАНИЗМИ НА ВЛИЯНИЕ НА СТРЕСА

Наличието на стрес в личната, професионалната и социалната среда е неизбежно. Влиянието на стреса обаче не винаги се отчита от лекарите, които подценяват здравното му значение. Влиянието на стреса най-често е скрито и дългосрочно, за разлика от другите фактори, които могат да се видят (механични, физични, химични). Например хроничния семеен дистрес (негативния стрес) може да се изяви в конкретно заболяване едва след 5, 10 или повече години.

Известни са следните механизми на влияние на стреса:

1. Пряко/косвено (директно/индиректно)
2. Положително/отрицателно

Директното влияние се демонстрира при психо-емоционалния стрес и дистрес. Известно е, че както острият, така и хроничният стрес може да провокира миокарден инфаркт, диабет и др. Хроничният стрес е основна причина за съвременните „**болести на цивилизацията**“ – психоневрози, безсъние, исхемична болест на сърцето и др.

Индиректното влияние все още не е достатъчно изучено.

Като негативно действащ фактор, стресът може да индуцира непосредствено заболяване, да създаде или стимулира предразположение към определено заболяване или да повлияе върху протичането на дадено заболяване.

Тема №4

Фобийни тревожни разстройства - видове, основни характеристики

Фобия - от гръцки "фобус" - страх. Фобиите не са вродени, а придобити - средата може да окаже силно влияние за появата им.

Фобията представлява ирационален страх от определени ситуации, действия или обекти.

Докато страховете са защитен механизъм от опасност, при фобиите не се наблюдава реален рисков фактор/обект/ситуация за здравето или живота.

Страхът при фобия възниква най-често на принципа на **условния рефлекс** след преживяване на психотравма, съпроводена със страхова емоция или по-рядко възниква без видима връзка между предишните психотравматични преживявания и обекта на фобията. Когато не е в конфронтация с обекта, предизвикващ фобията, страдащият е спокоен; винаги проявява стремеж да избягва съответния обект или ситуация при неочаквана или неизбежна среща с него възниква силно неконтролируемо чувство на страх, съпроводено със силни вегетативни и двигателни прояви. Страхът също се изживява, но с по-малка интензивност.

Характерно за фобиите е, че винаги може да се открие както повода за появата на страха, така и обекта.

Видове

1. Прости(специфични) фобии - много пациенти се страхуват от определени ситуации или обекти, но за да бъде фобия този страх, трябва да пречи на ежедневието. - диагностични характеристики

*изразен, безпочвен страх, очакване на определени обекти

*реакцията на тревожност трудно се отличава от панически пристъп

*тревожното очакване в определена ситуация смущава всекидневната дейност

• **Зоофобия** - страх от животни

- арахнофобия - страх от паяци

- апифобия - страх от пчели

• **Клаустрофобия** - страх от тесни пространства (асансьори, тунели) - настъпва страх от попадане в капан, задушаване. Предприема се поведение насочено към безопасност - сядане в близост до прозорец или изход

• **Акрофобия** - страх от височини (дори при изкачване на стълби)

• **Аерофобия** - страх от летене със самолет

• **Хемофобия** - страх от кръв

• **Трипановфобия** - страх от инжекции

• **ДЕНТАЛНА ФОБИЯ** - страх от ходене на зъболекар

Симптоми:

- **физически симптоми** на тревожност или паник атаки при проява на фобията - сърцебиене, гадене, диария, потене, треперене

- **напрежение на очакване** - безпокойство от попадане в дадена ситуация или среща с обекта на фобията - при деца - плач, хващане на родителя, пристъп

Протичане и разпространение

Страхът от определени обекти, дейности или ситуации води до силно желание за тяхното избягване, а това често влошава качеството на живот. Борбата с фобиите се утежнява и от стремежа за прикриването ѝ пред околните. 5-8 % от населението страдат от фобии (повече жени) Хора със семейна история (фамилна анамнеза) за фобия/фобии, срещаща се в непосредствени членове от семейството са три пъти посклонни да развият фобия от останалите. Фамилният модел за унаследяване е типичен при фобии от кръв, наранявания, инжекции, зъболекари.

20% от страдащите успяват да се освободят от фобиите. Фобиите са по-чести при деца и обикновено изчезват след определено време, докато при възрастните започват внезапно и са по-тежки и продължителни.

2. Социална фобия (социално тревожно разстройство) - страх от социални ситуации и взаимоотношения с други хора. Такива хора се страхуват да си поръчат в ресторант или да вдигнат телефона.

Това е страха на личността да не бъде оценена в негативен план от другите. Проблем е ако личността е сред други хора, но се чувства по добре сама.

- оплаквания: страх при

*запознанства с нови хора

*когато са подложени на критика

*когато са център на внимание

*при публични изяви пред непознати

Доминират притеснение, смущение, унижение. Симптомите е наподобяват панически пристъп.

Диагностични характеристики:

- изразена тревожност от 1 или повече ситуации

- личността признава, че страха е безпочвен

- избягва ситуации, предизвикващи страх

- при лица под 18 години критериите са с продължителност поне 6 месеца

Социалната фобия има 3 нива:

- негенерализирана - страх от определени хора (напр на изпит)

- генерализирана - социални ситуации (отиване на гости, разговор с началник) - отбягващо личностово разстройство

3. Агорафобия - "страх от отворени пространства"

Ирационален страх или безпокойство от дадена обстановка или ситуация (страх от места и ситуации, от които трудно може да се избяга, страхуват се да бъдат сред тълпи и прекарват повече време затворени в дома). Понякога присъствието на придружител занижава страха. Често се свързва с паническо разстройство - страхът от определени места или ситуации възниква, когато пациентите са отключили паник атака и така предизвикват страх от развитието на последващи паник атаки.

- диагностични характеристики

*страх от определени места

*безпокойство от падане, задух, повръщане

*силна тревожност при попадане на определени места

*страх от това, което може да се случи на място от което трудно може да избяга

Тема №5

Когнитивно-поведенческа психотерапия

Психотерапията е методично прилагане на определени психологически техники за възстановяване главно на психичното равновесие на личността. Психологията се занимава със здрави хора, с нарушено личностно равновесие или трудности при тяхната социална реализация, за разлика от психиатрията, която се занимава с основните ментални заболявания, които повлиява чрез медикаменти.

Психологията използва различни индивидуални и групови техники за възстановяване на личното равновесие без да се използват медикаменти.

Когнитивно-поведенческата психотерапия се основава теоритично на базата на бихейвиоризма и по-конкретно на Стимул → Реакция (**S → R**) от Джон Уотсън. Тя е с доказана ефективност при лечение на различни фобии и тревожност, а също така е съвременна и широко разпространена. Когнитивната поведенческа психотерапия /КПТ/ се използва успешно при лечението на говорни проблеми като заекването. Хората, които заекват, например, често забелязват, че когато те се чувстват притеснени те заекват повече. Те се опитват да се справят с това, като решат, например да не говорят или избират по-безопасни думи. Това може да предложи краткосрочно решение, но не решава проблема в дългосрочен план.

Когнитивно-поведенческата психотерапия се базира на няколко основни парадигми от бихейвиоризма:

1. **Теория/Идеи за класическо обуславяне (**S → R**) на Иван Павлов** - организмите се научават да откриват причинно-следствени връзки между стимулите в околната среда.
2. **Теория за инструменталното (оперантното) обуславяне на Скинър** - Обуславянето е процес, чрез който поведението се придобива, поддържа или погасява в зависимост от последващите го събития (награда – положително подкрепление или наказание – негативно подкрепление).
3. **Теория за социалното научаване на Алберт Бандура** - отчита значението на имитацията в научаването – то не е само продукт на личен опит, а често става и под влияние на значимите фигури за детето и това води до формиране на различни поведенчески модели.

Основноположници на когнитивно-поведенческата психотерапия са Аарън Бек и Албър Елис. През 1960г. **когнитивната психотерапия** се въвежда от Аарън Бек с цел лечение на депресията. Той въвежда описание на това как всеки индивид регламентира поведението си. Според когнитивния модел има 3 когнитивни нива:

1. Първо ниво – **основни убеждения** (базисни, за себе си, за света, за бъдещето) – формират се в ранно детство под влияние на родителите;
2. Втори ниво – **допускания и правила** – с тях се регулира човешкото ежедневно поведение
3. Трето ниво – **автоматични мисли** – възникват внезапно и неволно и са конкретизацията на допусканията и правилата на конкретната ситуация.

Според Аарън Бек проблемът възниква тогава, когато автоматичните мисли са неправилни, съответно неправилно е и поведението. **Целта на терапията е преработване на автоматичните мисли, за да се стигне до промяна на основните убеждения**

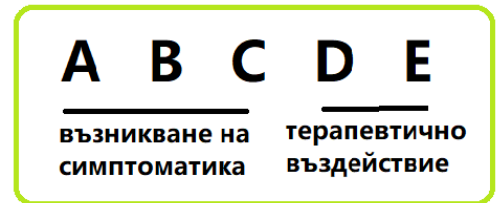
Пациентът заедно с терапевта създава нови преживявания, които му позволяват да отслаби онези, които имал от детството си и които са отрицателни за начина му на чувство и действие. Например, човек, който е развил дентална фобия в следствие на погрешно **основно убеждение** за болка при дентално лечение или изпадане в паника и сиване, може да бъде аргументиран и убеден, че денталното лечение може да е безболезнено и да не предизвиква емоционални и поведенчески реакции.

Рационална-емотивна поведенческа терапия РЕПТ – на Албър Елис

Тя възниква по същото време, в което възниква и терапията на Бек. Елис предполага, че поведението и емоциите се определят от интерпретирането на когнициите.

ТЕОРИЯ АВС

Въз основа на тази теория на Елис се смята, че събитията А, В, С са причина на възникване на симптоматиката на пациента, като събитие А не активира директно събитие С, а това го прави събитие В.



А – Активиращо събитие;

В – убеждение, до което то води (ценности житейска философия мисли и тн.

С – реакция (последствията) – емоционален, поведенчески или когнитивен тип

Д – обсъждане и оспорване на убежденията (В) между клиент и терапевт

Е – резултат от правилно проведена терапия и конфронтация с неправилните мисли (Ефективни нови убеждения заменят ирационалните (В) и ги правят в рационални.

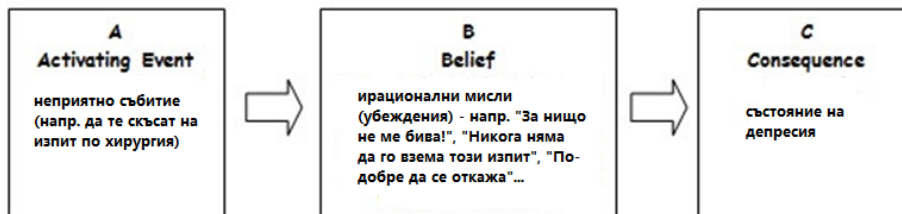
От това следва, че за да се промени С трябва или да се промени директно А или да се осъзнае, че В води до **ирационални рекации С** и трябва да се промени В в рационално убеждение.

ПРИМЕР:

А. Вашият шеф ви обвинява погрешно в кражба и заплашва да ви уволни.

В. Вашата реакция: „Как смее? Той няма причина да ме обвинява!“

С. Ярост те обзема.



Основни когнитивни-терапевтични техники

1. Разясняване на теоретичния модел – това се обяснява на клиента/пациента (изгражда доверие);
2. Идентифициране на автоматичните мисли;
3. Свързването им със съответната поведенческа схема на клиента/пациента;
4. Убеждение, че трябва да бъдат променени.

Когнитивните терапевти използват въпроси, за да помагат на клиентите да открият други гледни точки, и достигат до свои собствени заключения.

Например: Въпроси за алтернативи (ако... или директно се каже Мислиш грешно!)

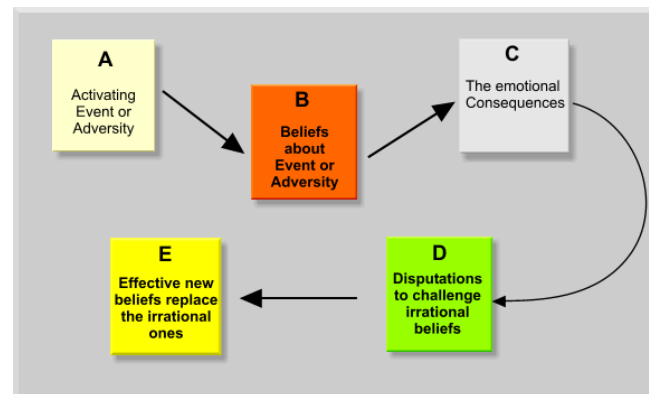
Сравняване на предимства и недостатъци на негативните мисли;

Имплозия – продължително излагане на травматична;

Токенова система – използване на стимули за награда за парвилни действия и др.

Особено важно е да се внимава по време на психотерапията и да се избегне всякакво чувство в клиентите, че се дават инструкции.

Едно от реалнит предимства на този подход е това, че е фокусиран върху изграждането на умения да се справи човекът с проблеми си, така че мисленето му да стане по-гъвкаво и да бъде по-емоционално устойчиво., когато нещата не са перфектни. Когнитивната терапия не учи хората да мислят позитивно или по-рационално, а ги подпомага да разберат начина, по който им влие тяхното мислене върху тях и как да се справят с труносите си по-ефективно.



Тема №6

Вербална комуникация - същност, основни принципи и особености в денталната практика

Комуникация - процес на обмяна на информация и идеи. Тя представлява активен процес, който включва: кодиране, пренасяне и размяна, а също и декодиране на насочени съобщения.

Вербална комуникация - тя се осъществява чрез говоримия език - устен и писмен

Човешката реч е най-универсалното средство за общуване. Чрез нея се предава смисълът на съобщението. Вербалната комуникация е бърза, при нея могат да се правят корекции по време на разговора и обратната връзка е непосредствена.

Заедно с речта човек използва и цяла система от **неречевы средства** - възклицания, интонация, паузи, смях. В акта на общуване думите НЕ винаги са най-важни, въпреки че посланията, които те носят са по-ясни и се анализират по-лесно от невербалните знаци.

Най-важното изискване за вербалната комуникация е яснота на произношението, яснота на съдържанието, достъпността за предаването на мисълта.

Свойства:

1. **Съдържателност** - определя се от количеството мисли

- може да се произнесат много думи, но да се каже малко
- детерминира се от яснотата и дълбочината на мисленето на говорещия.

2. **Понятност** - определя се от достъпността за получателя на съобщението - понятието за един е неразбираемо за друг

3. **Изразителност** - определя се от яснотата, страстността, енергичността или монотонността и вялостта на речта.

- съществено значение има използването на невербални знаци.

Видове:

- външно насочена реч

***писмена комуникация** - директна (лекции) и забавена (писма)

Тя има като положителен елемент, че в процеса на общуване може да се обмисли отговора, а като отрицателен - че не може да се използва помощта на невербалната комуникация

***устна вербална комуникация** - говор - висша нервна дейност, единствено човек може да общува по този начин

Положителното е, че изразяването може да се подпомага и от невербалната комуникация, а недостатък е, че имаме по-малко време да обмислим отговора. При устната вербална комуникация от значение е правилността на говора, наличие на жаргон и диалект, наличие на говорни проблеми и богатството на езика.

Тя е диалогична (последователна промяна в ролите на комуникационното взаимодействие на разговора) и монологична реч (може да продължи доста време, докато не се прекъсне от репликите на други участници, изисква предварителна подготовка на оратора - лекции, доклади)

- вътрешно насочена реч - подготовка за устен разговор или писмена реч

Особени форми:

- дактилова реч - включва ръчната азбука, която е заместител на устната реч и служи за взаимодействие на глухи и слепи. Знаците ѝ заместват букви и приличат на букви с отпечатан шрифт

Вербалната комуникация също се дели на:

- **вербална бизнес комуникация** - между хора в професионалната сфера

- **междучелностна комуникация** - между няколко индивиди

ОСОБЕНОСТИ В ДЕНТАЛНАТА ПРАКТИКА

Пациентите, търсещи дентална помощ, има нужда от информация и от разбиране на емоционалното им състояние .

Способността на лекаря по дентална медицина да разбере безпокойствата и проблемите на пациента, както и да обясни процедурите и лечението, способстват да се осъществи максимално ефективна комуникация в денталната практика.

Гери Хъмфрис и Маргарет Линч предлагат **модел на психологическата грижа**, в който задачите на комуникацията са разпределени в 2 категории:

- да удовлетворяват **информационни** и **емоционални** нужди.

Информационни нужди - тази потребност касае и пациента и лекуващия.

Лекарят трябва да получи информация относно клиничното и психическото състояние на пациента. Преди всичко се започва с **общи въпроси**, които да подготвят пациента.

Насърчава се пациентът да сподели ка се чувства, какви въпроси го вълнуват и какво иска да разбере относно лечението и процедурите.

Проверява се дали пациентът е имал проблеми след последното посещение и дали е разбрал указанията и инструкциите на зъболекаря.

Коментират се **алтернативите при избор в лечебния подход и лечебния план** и се пита дали според пациента има и други проблеми, които изискват обяснения и допълнителна информация . Пациентът се поканва със свой думи да повтори това което е било обсъждано.

Емоционални нужди

Пациентът бива попитан дали има някакви **безпокойства** относно прегледа или лечението. Отговорите се изслушват внимателно. Задават се въпроси относно чувствата на пациента, които специфичните процедури предизвикват. Лекарят прави предложения, които да помогнат на пациента да управлява своите емоционални реакции.

Възприемат се **определени невербални знаци**, с които да се комуникира по време на манипулацията.

Преди пациентът да напусне кабинета също се проверяват чувствата му относно посещението. Задават се въпроси относно нагласите за следващото посещение. Зъболекарят благодари на пациента за оказаното доверие и сътрудничество по време на работа.

В денталната практика вербалното взаимодействие между лекаря и пациента има свои специфики.

- важно е с какъв глас говори лекарят и какво е умението му да се изразява правилно
- важен е стила на говорене, звучността, темпа, изразителността, интонацията, паузите

Взаимодействието в общуването започва още в първите секунди на срещата. Ето защо е важно:

- пациентът да бъде поздравен ведро с усмивка
- след обръщане към пациента с името му да се подбират разбираеми за него думи (без сложни медицински термини)
- да се използват думи, които да не плашат - вместо болка - дискомфорт; да се избягват думи като рязане, кървене
- да се говори спокойно, без паника
- интонацията е важна - може да промени посланието

Лекарят трябва да отчита факта, че запомнянето на информация в състояние на силно безпокойство е слабо. **Препоръчва се важните неща да се казват в началото и края на срещата, след насочване на вниманието.** Повтарянето на информацията от пациента ще подобри механизма на възприемане. Важно е също да се провери дали пациента е разбрал правилно указанията, както и дали лекарят е разбрал пациента. Така се избягват евентуални неточности в информацията.

УСТНИ ТЕМИ

ТЕМА №1

Медицинска психология – същност и приложение в денталната практика

Още в древността възникват различни философски течения, като част от тях се опитват да обяснят устройството и начина на функциониране на душата. Първото философско течение в древността за душата се нарича **анимизъм**, по-късно се появява **идеализма на Платон**

Аристотел се опитва да постави разбиранията си за психиката и душата на основата на медицината. Един от неговите трудове се казва „За душата“

Като самостоятелна наука Психологията се обособява през 1879 г. в Лайпциг – създава се първата в света „**Лаборатория за психологически изследвания**“ от философа и физиолог **Вилхелм Вунд**.

Психологията е експериментална наука и развитието ѝ тръгва от Европа. Вунд въвежда първия метод, използван при изследването на усещанията (зрителни, слухови) – **ИНТРОСПЕКЦИЯ – самонаблюдение**. Установява, че и психичното може да се изследва с апаратура.

Съвременната психология възниква на границата между философията и социологията и природните науки.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ – Психологията е наука за фактите, закономерностите и механизмите на **ПСИХИКАТА**, която се формира в мозъка образ на действителността, въз основа и с помощта на която се осъществява управлението на поведението и дейността, имащи за човека личностен и социален характер.



Психиката е фундаментална категория в психологията. Тя се определя като свойство на високо организираната биологична материя, което отразява обективната реалност под формата на образи и отношения, както и под формата на мускулни двигателни реакции. Основната функция на психиката е да регулира и управлява дейността на индивида при взаимодействието му с околния свят.

Обект на психологията са закономерностите на психиката, като особена форма на поведение на хората. Тези закономерности на психиката на многопластови и могат да се изучават в най-различни аспекти.

Задачи на психологията:

1. Фундаментални задачи:

- Да се изясни генезиса и развитието на психиката във филогенетичен и онтогенетичен аспект;
- Да се изяснят същността и закономерностите по които функционира психиката.
- Екзистенциална задача – изясняване смисъла на живота,

2. Теоретични задачи

- Непрекъснато осъвършенстване и задълбочаване на знанията за психиката и нейните форми;
- Критичен анализ на постиженията и слабостите на науката психология до момента;
- Обобщаване на теоретичните концепции и създаване на глобална теория.
- Формулиране на по-близки и по-далечни цели за развитие *(от лекцията)*

3. Приложни задачи

- Усъвършенстване на изследователските методи на психологията
- Усъвършенстване на психологичното консултиране и психотерапия;

Медицинската психология е част от **Психология на труда** като дял на психологията. Основният ѝ предмет на изучаване са отклоненията в проявите на психичното и възможностите за тяхното коригиране – клинична психология и психопатология.

В основата на Медицината е **ЗДРАВЕТО**, а в основата на Психологията е **ПСИХИКАТА**. Те са взаимно свързани. Според СЗО здравето е състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие, а не само липсата на болест или физически недъг.

Появяват се различни Психологически школи – група учени споделящи определена теория и работят на определени общи проблеми. Формирали са се 7 школи.

1. **Структурализъм** – според тази школа Психологията е наука, която изучава съзнателния, зависим от индивида опит (Вилхелм Вунд, Едуард Титченер, Херман Ебинхауз)
2. **Функционализъм** – според тази школа Психологията изучава ролята на разума за адаптиране на организма към обкръжаващата го среда (Уилям Джеймс, Джеймс Кетел, Стени Хол)
3. **Бихейвиоризъм** – според тази школа Психологията е наука, която изучава поведението и по-точно очевидните поведенчески актове, които могат да бъдат описани обективно (Джон Уотсън, Едуард Толмън, Фредерик Скинър)
4. **Гешталтпсихология** – според тази школа Психологията изследва процесите на възприетето и ученето. Принципът на проява на психично е че обединяването на психически елементи създава ново качество – цяло образувание, което не се свежда до свойствата на отделните елементи (Курт Кофка, Курт Левин, Макс Вертхаймер)
5. **Психоанализа** – според тази школа Психологията изучава безсъзнателното (несъзнателното) и неговата връзка със съзнателното (Зигмунд Фройд, Карл Юнг, Алфред Адлер, Ана Фройд, Ерик Ерксон)
6. **Хуманистична школа** – според нея Психологията е наука, която има за предмет личността като уникална цялостна система. (Ейбрахам Маслоу, Карл Роджърс)
7. **Когнитивна школа** – според нея Психологията се фокусира върху проблемът за съзнанието (Джорд Милър, Улрик Нейсер)

ПРИЛОЖЕНИЕ НА ПСИХОЛОГИЯТА В ДЕНТАЛНАТА ПРАКТИКА

Познаването на психологическите характеристики на пациента ще доведе до ефективно прилагане на холистичния подход при диагностиката на пациента.

Изучаването и познаването на възрастовите особености в развитието на психиката на пациента би подпомогнало изграждането на индивидуалент подход и ефективност при предоставяне на дентална помощ за всеки пациент.

Придобиването на способност от страна на лекарите да убеждават, обясняват, разказват, мотивират и да влияят на психиката на пациента, да регулират собственото си емоционално състояние и да се протипоставят на стресови ситуации, ще допринесе за успешна професионална реализация.

Ефективното общуване с пациента и екипа, използването на вербални и невербални техники ще подобри клиничната комуникация. Придобиването на умения за справяне в конфликтни ситуации ще осигури релаксираща работна среда и позитивен психо-емоционален климат в денталната практика.

Уменията за идентифициране на основните стресори в практиката, справянето с тях и превенцията на бърнаут, ще резултира в запазване на трудоспособността на лекаря.

Познаването на същността и особеностите на личностните разстройства при различни пациенти, причините, видовете и проявите на страх и тревожност, както и овладяването на техники, модели и стратегии за справяне, ще гарантира успешна и ефективна професионална дейност на денталния лекар.

ТЕМА №2

Психоанализа, структура на личността, етапи на развитие и защитни механизми според Фройд

Психоанализата е една от седемте психологически школи. Предметът на ѝ е психопатологията/анормалното поведение. Основният метод, който се използва, е клинично наблюдение + свободни асоциации и анализ на сънища, а основната цел на психоанализата е да се изучи безсъзнателното, което е въведено именно от Фройд.

В психоанализата имаме инстинкти. Това са движещи сили на личността, които освобождават психична енергия. Според Фройд те са умствени репрезентации на вътрешни стимули, които мотивират личността и поведението. Сила на психичния живот е **либидото**, което се изразява в действието на сексуалния инстинкт. Затова подходът на Фройд се определя като **пансексуален**.

1. **Инстинкт на живота** – глад, жажда и секс;

2. **Инстинкт към смъртта** – деструктивна сила, която може да е насочена навътре (като мазохизъм или самоубийство) или навън (омраза и агресия)

В края на 19 век Фройд разработва своята теория на личността. В нея за първи път се обръща внимание на ролята на сексуалността за развитието на личността. За да се обясни структурата на личността се въвеждат основни понятия

- съзнателни - намират се в даден момент в съзнанието
- предсъзнателни - при необходимост могат да станат съзнателни.
- Несъзнателни - представи, които не можем да пресъздадем, дори не подозираме за съществуването им.
- Цензура - Самата тя е несъзнателна, тя допуска определени представи до съзнанието, а други задържа в несъзнанието.

Според Фройд, структурата на личността съдържа:

- **Ид (То)** – Подтиснато в нашето несъзнание. Така ние не сме наясно с него. Това са нашите скрити животински инстинкти и желания. Удоволствието му е основна цел. Ид иска, Ид желае, Ид търси незабавното удоволствие. Върху него действа либидото.
- **Его (Аз)** – Това е частта от личността, която отговаря за представянето на човека пред околния свят. Развива след Ид. При раждането поведението се ръководи от Ид (безусловни рефлексии), не шестия месец се формира Егото (Азът) – безусловните са заменени от условни рефлексии. Егото свързва Ид с околната среда и представя (животинските) желания на Ид-а в приемливи за околните вид.
- **СуперЕго (СвръхАз)** – създава се последен, формира се около 5 годишна възраст (точно когато се изписват закони, правила, норми). Човек трябва да се приспособява, съобразява се не само с околните, но и с обществото. СуперЕгото представлява нравственото. Разположени са в него моралните правила и изисквания. Съобразно тях се формират отхвърлянията, изтласкванията и табудата. СуперЕгото прави ограничения и забрани на Егото, което поражда вътрешни напрежения и вътрешни кризи

Фройд по този начин представя истинска и непрестанна борба в личността. Борбата е в лицето между Ид-а и СуперЕгото, която се отразява на Егото. Егото е притиснато от животинските инстинкти и желания на Ид-а, а в същото време трябва да се съобрази с нравствените изисквания на СуперЕгото. Когато Егото е твърде притиснато се получава състояние, което Фройд определя като **тревожност**.

Фройд определя три вида тревожности –

1. **Обективна тревожност** – страх от действителни опасности в реалния свят
2. **Невротична тревожност** – страх от наказателните последици вследствие на изразяването на импулсивните (животински) инстинкти на Ид-а.
3. **Нравствена тревожност** – възниква от страх от собствена съвест, т.е. когато вършим нещо, което противоречи на нравственото (СуперЕгото), по този начин изпитваме вина или срам

Защитни механизми – това са механизми на Егото, с които се снижава тревожността на личността чрез безсъзнателно изкривяване или отричане на реалността.

Могат да бъдат епизодични (в случай на някво травматично събитие) или да се превърнат в част от личностната структура на индивида.

Според Фройд имаме 14 защитни механизма на личността. Основните механизми, които се наблюдават основно в поведението на пациентите за отбягване на дентално лечение.

1. **Потискане** - Проблема се изтласква дълбоко в подсъзнанието и се приема едва ли не, че той не съществува и никога не е съществувал .
2. **Отричане** - Съществуването на проблема се отхвърля, пациента обикновено отрича съществуването на проблема и продължава да се държи така, все едно не съществува проблем.
3. **Изместване** - Пренасочване на чувствата, мислите и действията към друг предмет или човек, който е безопасен сравнение с предизвикващия страх или заплахата.
4. **Проекция** - Включва атрибутиране, пренасяне на собствени личностни характеристики или мотивации на други хора като функция на собствените личностни характеристики . '
5. **Регресия** - Понятието за регресия приема, че когато е изправен пред конфликт, стрес и особено фрустрация, човек може да се върне към по-ранен етап от живота, в който е имал сигурност за да избегне настоящия конфликт или стрес. '
6. **Рационално поведение** - Рационализацията на поведението може да доведе до използване на „добри“ причини, но не истински за определено поведение, чрез използване на нови мотиви за поведение, се прави опит за прикриване на истинските причини за поведение.
7. **Сублимация** - Сублимацията се свързва с преобразуването на неприемливите импулси от подсъзнанието в социално приемлива дейност. Обикновено примера, който се дава е, че човек би сублимирал садистичния импулс, като стане снайперист и по този начин е полезен за обществото.

Психосексуалния модел на Фройд

Според психоаналитичната теория за развитието, децата преминават през поредица от психосексуални етапи. Всеки етап се центрира около конкретна ерогенна зона

ОРАЛЕН ЕТАП	АНАЛЕН ЕТАП	ФАЛИЧЕСКИ ЕТАП	ЛАТЕНТЕН ЕТАП	ГЕНИТАЛЕН ЕТАП
0-2 години	2-4 години	Около 4 година	5-12 години	От пубертета
През това време стимулацията на устата (сучене, хапане) е основният източник на чувствено задоволяване. Неадекватното задоволяване може да създаде орален личностен тип: - орално-рецептивен - орално-садистичен (човек, който е свръххангажиран с навици на устата - ядене, тютюнопушене и др.)	Удоволствието се извлича от ананалната зона на тялото. Децата задържат или изхвърлят фекалии – и двете ситуации демонстрират неподчинение на родителите. Конфликтите през този период могат да създадат анално-изхвърлящ възрастен – нечист, разточителен...или анално-задържащ възрастен – прекалено спретнат, чист, компулсивен.	Еротичното задоволяване включва сексуални фантазии, галене и показване на гениталиите. Едиповият комплекс* се появява на този етап. *при момчетата – крайна привързаност, обич към разнополовия родител и омраза и ревност към еднородния *При момичетата – комплекс на Електра	Спящи сексуални чувства; Хората не се фиксират на този стадий, но ако стане, при тях се появява изключителна сексуална непълноценност.	По това време хетеросексуалното поведение става важно и юношата започва да се подготвя за брака и родителството.

ТЕМА №3

Бихевиоризъм – възникване и развитие, основни представители.

Бихевиоризмът е една от седемте психологични школи. Тя възниква в началото на 20-ти век, като нейн родоначалник е Джон Уотсън. Основната му теза е, че психологията трябва да бъде наука за **поведението**, а **НЕ** за психиката, като тя трябва да бъде абсолютно обективна, експериментална, природна наука. Може да се изследват както човешкото, така и животинското поведение. Основната задача на психологията според бихевиоризмът е да се прочуи поведението на живите същества, т.е. проучване на реакциите на въздействието на външната среда (**Прогнозирането и контролът на поведението**). В основата на поведението според Уотсън е влиянието на дразненето върху организма, което предизвиква ответна реакция – **Стимул → Реакция (S → R)**

Уотсън отрича инстинктите, но освен това отказва да приеме и кватото и да унаследени способности като темперамент или талант. Според него емоциите са само физиологични реакции на конкретни стимули. Не обръща внимание на усещане, възприятие, желание, мислене - (безсъзнателното)² защото според него те са **субективни**. Отрича самонаблюдението. Основен метод на изследване е **обективния метод на наблюдение**.

ОСНОВНИ ПРЕДСТАВИТЕЛИ

Един от представителите на бихевиоризма е **акад. Иван Павлов**. Той е руски физиолог и психолог. Той за първи път описва **условния рефлекс** и доказва биологичните основи на психичната дейност. В следствие на неговите изследвания за връзка между стимула и реакцията се появява идеята за **класическото обуславяне (кондициониране)** – организмите се научават от откриват причинно-следствените връзки между стимулите в околната реакция. **Стимул → Реакция (S → R)**

Павлов дава храна на кучета (безусловен стимул) и това води до слюноотделяне (безусловна реакция). След това започва да им дава храна като едновременно с това прибавя (сдвоява) към този стимул камбанен звън (условен стимул). След известно време само звукът на камбаната е достатъчен стимул за наличие на слюноотделяне (условна реакция).

Примери за класическо обуславяне

Повишен страх от зъболекар и дентално лечение. Когато дете е заведено зъболекар, болката (неприятен стимул) предизвиква реакция на силен страх. Болката е причинена от някакъв инструмент, но понеже зъболекарят е свързан с инструмента, тогава зъболекарят може да се оприличи на **условен стимул**, а страхът свързан с него (независимо дали присъства или е само мисълта за него) може да се орпили като **условна реакция**. Това може да доведе до тревожност за цял живот. За да се преодолее се осъществява **контракондициониране (заместване на стимул)** – като ти извадя зъба, ще ядеш сладолед

Обуславянето може да доведе и до **генерализиране** - ефектът от първоначални травми, които имат подобни елементи (например инжекция, зашиване и тн) се генерализира до денталните ситуации, ако те имат подобни характеристики. Сиреч, ако зашиването в следствие на срязване е боляло, може да причини притеснение по време на денталното лечение и притеснение за болка.

Друг представител на бихевиоризма е **Скинър**. Негова е теорията за **Инструменталното (оперантното) обуславяне**. Според Скинър човешките организми се контролират и ръководят от сили във външния свят (средата), а не от сили вътре в самите тях. Той не поставя под съмнение съществуване на вътрешни физиологични и психични условия, а отрича тяхната полза за научното изучаване на поведението. Според него обуславянето е процес, чрез който се придобива поддържа или погасява в зависимост от **последващите** го събития (награда – положителна подкрепа или наказание – негативно подкрепление). Този принцип се използва при формирането на поведението при училищата, затвори, заводи и болници.

Първа книга на Скинър описва резултатите от изследването му върху бели плъхове в апарат наречен камера за оперантно обуславяне (Скинър бокс). Според него ученето (формирането на поведение) не може да се появи при отсъствие на **подкрепление** – независимо дали е положително или отрицателно.

² Усещането, възприятието, желанията, мисленето, стремежите са **безсъзнателното**

Неговата камера позволява да се изучи кондиционирането на поведението, като учат животното да изпълнява определения действия (натискане на лост) в отговор на специфични стимули като светлитен или звуков сигнал. При правилно изпълнение, животното получава храна или друга награда. При неправилни или липсващи отговори в следствие на специфичните стимули, животното е получавало наказание, например ток.

Положителното подкрепление е ефективна техника за възнаграждение на желот поведение и по този начин засилва повтаряемостта на тези поведения. Често използвани средства са **положителна модулация на гласа, изражение на лицето, словесни похвали или физически демонстрации на привързаност от членовете на денталния екип**. Позитивното подкрепление е най-широко използваната техника за управление на поведението в детската дентална медицина.

Друг представител на бихевиоризма е **Алберт Бандура**. Негова е теорията за **Социално научаване**. Той отчита значението на **имитацията** в научаването. То не е само продукт на личен опит, а често става и под влияние на значимите фигури за детето (родилите, братя, сестри, приятели) и това води до формиране различни поведенчески модели.

При децата страховете възникват косвено, поради наблюдение на травматични преживявания на техните родилите, братя, сестри и приятели, или чувайки истории за тези преживявания от тях.

Страхът може и да е резултат от гледане на травматични дентални сцени по телевизията, скечове, филми или карикатури.

ТЕМА №4

Психология на личността. Психосоциална теория на Ерик Ериксон

Психологията на личността (персонология) е наука, която изучава различните модели за личност, съобразно някоя от основните парадигми*:

1. Бихейвиорална парадигма
2. Психоаналитична парадигма
3. Екзистенциална парадигма

Раждането на човек не съвпада с раждането на личността. Човек притежава характеристиките на биологичния вид, към който принадлежи, но като личност той става в процеса на своето развитие. Ериксон счита, че развитието на личността се обосновава от взаимодействието на 3 основни фактора – индивидуално-биологичните, възпитанието и социокултурното обкръжение.

Теорията на Ериксон е една от най-цитираните и популярните съвременни теории за развитие на личността. Тя се основава на епигенетическия принцип, според който от раждането до смъртта си човек преминава през генетическия предопределени етапи, като през своя живот се с 8 психосоциални кризи, които са специфични за всяка възраст. Изходът от тези кризи може да бъде благоприятен за бъдещото развитие или да е неблагоприятен.

СТАДИЙ	ПСИХОСОЦИАЛНИ УСЛОВИЯ	КРИЗИСНА СИТУАЦИЯ
I стадий – кърмачество от раждането до 1 г. възраст	подкрепа, удовлетворение на основните потребности	доверие
	отсъствие на подкрепа, непоследователност	недоверие
II стадий – ранно детство от 2 до 3 г. възраст	разумна позволеност и поддръжка	автономия
	свръх опека, отсъствие на поддръжка	съмнение
III стадий – възраст на играта от 4 до 6 г. възраст	поощряване на активността, предоставяне на възможности	инициатива
	неодобряване на активността, отсъствие на възможности	вина
IV стадий – училищна възраст от 7 до 12 г. възраст	систематично обучение и възпитание, наличие на добри примери за подражание	трудолюбие, ефективност
	лошо обучение, отсъствие на ръководство и наличие на лоши примери	чувство за непълноценност
V стадий – юношество от 13 до 19 г. възраст	вътрешна устойчивост, ясни цели и положителна обратна връзка	идентичност
	неяснота на целите, неточна обратна връзка	размиване на идентичността, ролева неопределеност
VI стадий – ранна зрялост от 20 до 40 г. възраст	душевна топлина, разбиране, доверие	интимност
	самота	изолация
VII стадий – зрялост От 40 до 60 г. възраст	целенустременост и продуктивност	генеративност, сътворяване
	регресия, прекалена насоченост към себе си	застой, стагнация/затваряне в себе си
VIII стадий – старост След 60 г. възраст до смъртта	чувство на завършеност на жизнения път, усещане за осъществени жизнени планове	цялостност, удовлетвореност
	Отсъствие на чувство на завършеност, неудовлетворение от жизнения път	отчаяние

Първа криза (1 стадий кърмачество) – ако нуждите на детето не са удовлетворение на време (нахранено, приспано, подсушено) предопределя дали възрастния ще е оптимист, песимист или реалист и дали ще има доверие.

Втора криза (2 стадий ранно детство) – детето трябва да е самостоятелно, ако не е то трябва да преглътне унижението и срама.

Трета криза (3 стадий възраст на играта) – ако детето се справи с игрите, то ще бъде инициативно, ако не се справи ще бъде непълноценно

Четвърта криза (4 стадий училищна възраст) – трябва да се научи на труд. Ако успее ще е инициативно ако не ще е непълноценно (чувство за вина)

Пета криза (5 стадий юношество) – клювият период. Индивидът се опитва да се определи кои е, да се разграничи от другите, ако не успее той се губи в другите (става обикновен). Важен елемент е юношеската любов

Шеста криза (6 стадий ранна зрялост) – основната задача е да намери партньор в живота. Ако не успее той остава в изолация

Седма криза (7 стадий зрялост) – вече е създал семейство и трябва да отгледа следващо поколение, ако не е възниква регресия, скука, той се затваря в себе си

Осма криза (8 стадий старост) – Времето когато човек осмисля и приема жизнения си път и хората, с които е бил през него. Това му дава чувството за цялостност и интегритет. Ако човек не приема своята съдба, негодува срещу събитията и хората в живота си, това води до появата на чувството за отчаяние. Изразява се в това, че времето е твърде кратко, за да се опита човек да започне друг живот и по други пътища да се стреми към постигането на интегритет. Добродетелта, която възниква през този период е мъдростта. Мъдрият човек приема факта, че собствения му живот е трябвало да протече по начина, по който е протекъл. По този начин, той се изправя пред края на живота си с мисълта „Аз съм това, което ще оцелее от мен“.

ТЕМА №5

Теория за типовете личности на Ханс Айзенк

ХАНС АЙЗЕНК

Допуска, че основните черти имат физиологичен корелат в мозъка. Също така приема, че елементите на личността могат да бъдат разположени йерархично. Най-високо и с най-голяма степен на обобщеност стоят определени **суперчерти (типове)**, които оказват мощно влияние върху поведението. Всяка една от суперчертите е съставена от няколко **съставни черти**. Те представляват по-повърхностно отражение на основополагащият тип или специфични качества, които са присъщи на този тип. Съставните черти са изградени от много **първични реакции**, които на свой ред са изградени от **специфични реакции**.

Според Айзенк са нужни не повече от три суперчерти (типове), за обяснението на по-голямата част от поведението на човека. В ранните изследвания той обособява два типа – **интроверсия-екстраверсия** и **невротизъм – стабилност**. По-късно въвежда и трети тип – **психотизъм – сила на суперегото**. В съответствие с тази типология хората могат да бъдат разделени на четири групи.

- **Стабилен интроверт (флегматик)** – спокоен уравновесен, надежден, контролируем, миролюбив, внимателен грижовен, пасивен;
- **Невротичен интроверт (меланхолик)** – чести промени в настроенията, тревожност, разсърдливост, песимизъм, необщителност;
- **Стабилен екстраверт (сангвиник)** – лидерство, безгрижие, веселост отзивчивост, разговорливост, общителност;
- **Невротичен екстраверт (холерик)** – прояви на тревожност, агресия, лесна възбудимост, емоционално неустойчив, непостоянство, импулсивност

Екстравертите са по-търпеливи към болка, правят повече повички по време на работа, възбудата повишава ефективността на постъпките им.

Интровертите предпочитат теоритичните и научните видове дейност (инженерство, химия), а екстравертите предпочитат работа с хора (търговия, социални служби)

Интровертите признават по-често, че мастурбират, по тази причина екстравертите започват полов живот на по-ранна възраст.

Студентите напускащи университет по психиатрични причини са интровертите, а тези по академични са екстравертите

Тест на лимонова капка – 4 капки лимонов сок, интровертите отделят два пъти повече слюнка. Причината – разлика във физиологичното функциониране на двата типа.

НЕВРОТИЗЪМ

Неудовлетворени от способността си да решават житейските проблеми и да постигат желаните резултати;

Характерна е повишената тревожност по повод на дребни житейски проблеми;

Възможна е тревожност и за собственото здраве, често без реални основания;

Прекалена чувствителност и повишено усещане за опасност, склонност да се опират на мнението на мнозинството;

Развито чувство за отговорност и дълг, постоянни тревоги за съдбата на близките;

Характерна е склонността за съмнение и проверка, дори при добре свършена работа;

Занижена самооценка, не съвпада с високите изисквания на идеалния образ, на който смятат за необходимо да съответстват;

Липсват им достатъчно вътрешни подбуди, за да могат действително да поискат да постигнат това;

ЕМОЦИОНАЛНА СТАБИЛНОСТ

Характеристиката е противоположна на портрета на тези, за които е характерен невротизмът;

Не са склонни към безпокойство, отстъпчиви са по отношение на въздействията от страна на околните хора и обстоятелства;

Склонни са към лидерство;

Способни са да предразположат към себе си и да предизвикат доверие в по-голямата част от околните.

ПСИХОТИЗЪМ – СИЛА НА СУПЕРЕГОТО

Хората с висока степен на психотизъм са егоцентрични, импулсивни, равнодушни към останалите, склонни да се протипоставят на обществените устои. Тревожни са, трудно общуват с останалите и не са разбрани от околните. Според Айзенк психотизмът е генетическа

предразположеност към развитието на психотична или психопатна личност. Психотизмът е по-силно изразен при мъжете, отколкото при жените.

Методи за измерване на индивидуалните диспозиционни различия (Методи за изследване)

Самонаблюдение, експертни оценки, анализ на биографически сведения, физически и физиологични параметри, обективни психологически тестове, електро-енцефалографически изследвания

Индивидуалните различия при проявлението на чертата **стабилност-невротизъм** отразяват силата на реакцията на автономната нервна система на стимули. В частност, Айзенк свързва този аспект с лимбичната система, която оказва влияние на мотивацията и емоционалното поведение. Хората с високо ниво на невротизъм обикновено реагират на болезнените, необичайни и предизвикващи безпокойство стимули по-бързо отколкото хората с високо ниво на стабилност.

Айзенк разработва множество въпросници за самооценка за определяне на индивидуалните различия по изразеността на трите суперчерти.

Личностен въпросник на Айзенк

ТЕМА №8

Стрес – развитие на разбирането аз стрес. Стресът като начин на живот

Стрес в психологията е състояние на силно физическо, нервно напрежение, предизвикано от негативни фактори или отрицателно физическо или емоционално въздействие и усещане. Стресът се определя като неспецифична реакция на тялото на всяко поставено пред него изискване за преустройство или приспособяване, осъществяваща се по стереотипен начин на базата на идентични биохимични промени – **Общ адаптационен синдром (General Adaption Syndrome)** на Ханс Селие

От презентацията на БОНЕВ за определение: *Стресът е неспецифичен отговор на организма, подложен на дразнене и опитите му за адаптация, независимо дали дразненето води до болка или удоволствие*

Когнитивна перспектива – баланс между изискванията от заобикалящата ни среда (**стресори**) и индивидуалните способности за правяне (**буфери**) с тези изисквания – **Транзакционен модел на треса** – Ричард Лазарус

За първи път Ханс Селие използва терминът **стрес (1960 г.)** Той смята, че стресът е част от живота. През 1990 СЗО алармира, че стресът е „Глобална епидемия“. Днес СЗО я определя като епидемията на 21-ви век и приемаме, че стресът е **начин на живот**. Защо? Защото се определя от бързото развитие на технологиите, водещи до сериозна промяна в стила и начина на живот, основната от които е проблемът с размитите граници.

Какво представляват размитите граници?

- Благодарение на компютрите и телефоните чоекв е достъпен, откриваем постоянно 24/7.
- Бързото развитие на технологиите води до пормяна в динамиката, до промяна в отношенията в семейството, начина на развитие на семейните отношения.
- Нови нарастващи Световни заплахи, с които човек трябва да приеме и да свикне да живее – войни, тероризъм, глобално затопляне и др.
- Съвременният свят е свързан с повече отговорности и по-малка свобода
- Броят на стресогенните агенти се увеличава постоянно и в резултат на свободното време намалява
- Технологиите доведоха до премахване на поверителността. Характерно е глобално следене, за всеки един от се знае къде се намира, къде смята да почива, както търси да купи и т.н.
- Живот на кредит
- Телевизия интернет храна и взаимоотношения и др.

Всички тези стресогенни фактори появили се в резултат на рамитите граници при съвременния начин на живот те принуждават да се чувстваш като жертва, а това е друг начин да определим стреса. В резултат на превръщането на стреса в начин на живот изследванията показват връзка между стреса и редица заболявания.

При 70-85% заболяванията са пряко свързани със стреса. При едни заболявания треса е причина за появата на болести, при други е предразполагащ фактор, а при тези влияе върху самото заболяване.

В съвременното общество съществуват различни популярни виждания за стреса. Например източните философи разглеждат стреса като „липса на вътрешен мир“. Западните култури го разглеждат по-скоро като „загуба на контрол“. Друго популярно схващане е да се разглежда като неспособност да се справят с проблемите.

ТЕМА №9

Общ адаптационен период – теория за стреса на Ханс Селие

Стрес в психологията е състояние на силно физическо, нервно напрежение, предизвикано от негативни фактори или отрицателно физическо или емоционално въздействие и усещане. Стресът се определя като неспецифична реакция на тялото на всяко поставено пред него изискване за преустройство или приспособяване, осъществяваща се по стереотипен начин на базата на идентични биохимични промени – **Общ адаптационен синдром (General Adaption Syndrome)** на Ханс Селие

От презентацията на БОНЕВ за определение: *Стресът е неспецифичен отговор на организма, подложен на дразнене и опитите му за адаптация, независимо дали дразненето води до болка или удоволствие*

Според Селие реакцията на организма към стрес е една и съща независимо от вида на стресора (положителен или отрицателен). Той прави експерименти с мишки, като им инжектирал различни токсини от жлези, подлагал на различни увреждащи фактори. Всички те предизвиквали комплекс от едновременно настъпващи промени в даден орган **т.нар стреотипен синдром в който участва хипоталамус – хипофиза – надбъбречна жлеза**, която отделя адреналин и кортизон. Промените, които настъпили в следствие на агентите са атрофия на тимуса, на имфни възли, поява на язви, потискане на възпалителните процеси за отбрана срещу дразненето и др. Тази реакция Селие нарича „синдром предизвикан от различни вредни агенти“, а после променил на **общ адаптационен период**. Този период протича в три фази:

1. Аларма (фаза на тревога)
2. Съпротивление
3. Изтощение

Ние сме наследили начина по който реагираме на проблемите и опасностите по пътя на естествения подбор. Психологичните отговори са универсални. Основната емоция, която съпровожда стреса, е страхът, съпътстван от блокирането на всички защитни сили. Типично е отделянето на адреналин. Първия отговор спрямо стреса е възникването на психично напрежение т.е първата реакция е така наречената **аларма**. При нея имаме мобилизация на адаптационните механизми. Отделя се адреналин и кортизол, които мобилират тялото. Селие предполага, че адаптационните възможности на организма са ограничение и това се появява в тази първа фаза (стадий). Нито един организъм не може да се намира постоянно в състояние на тревножност . Ако стресорът е толкова силен, че въздействието му стане несъвместимо с живота, организмът загива още в тази първа фаза

След първата фаза следва **фазата на съпротивление**. В нея трябва да се направи избор между **борба или бягство**. Когато стимулите биват оценени като заплаха, различни центрове от мозъка дават нареждане на тялото да се ускори подготовката за борба или бягство. Зенице се уголемяват, слухът се изостря, мускулите се напрягат, сърдиченият и диателният ритъм се увеличават, краката и ръцете изстиват и се изпотяват, кръвта започва да пулсира по-бързо към главата, така че повече кислород да достигне до мозъка и да се стимулира мисловната дейност. Вторият етап се характеризира с опити на организма да се противопостави или да се адаптира към стресовия факт. През тази фаза секретцията на адреналин и кортизол намалява, като борбата се води само от най-подходящите за случая органи и системи.

Когато тялото не се освободи от биохимите промени, които се получават по време на отговора резултатът може да бъде **хроничен стрес**. Премахва се в трета фаза на изтощение. Човек когато е под стрес и стресът се увеличава регулаторните центрове на мозъка започват да реагират неадекватно. Това изтощава организма и може да причини тежки заболявания дори смърт. В тази фаза продължителното въздействие на стресора изчерпва адаптационните възможности на организма. Тялото не може да понася повече физиологични промени, имунната система отслабва и ако симптомите от първата фаза се появят наново може да настъпят болести и дори смърт. Получава се свиване на тимуса, далака и лимфните възли., намалява се броя на белите кръвни телца, отделя се излишък от стомашната киселина, увеличава се кръвното налягане, половите хормони намаляват. Изходът от този стадий е или чрез външна намеса – отстраняване на действието на стресора или пълно необратимо въздействие водещо до смърт.

ТЕМА №10

Когнитивна теория за стреса според Р. Лазарус. Първична и вторична оценка. Видове копинг

В резултат на критиките към теорията на Силие се я появила когнитивната теория на Ричард Лазарус. Според него **Стресът е състояние на тревожност, при което събитията и възможностите на организма надвишава способностите му за справяне с него.** Лазарус смята, че смесването на физиологичните и психичните нива води до погрешно разбиране на стреса, тъй като енда и съща физиологична реакция може да възникне както от физическо въздействие така и от психически фактори. Затова той твърди, че дразненето не е това, което причинява стрес, а **възприемането на стресовия фактор.** Стресовата реакция може да бъде разглеждана единствено и само в контекста на структурата на личността.

Според Лазарус иамме четири етапа, през които преминава отговора на стресовия фактор:

- Причинителят
- Оценка на стресовия фактор
- Как се справя организма
- Отговор

Причинителят може да бъде външен или вътрешен за организма фактор, който се нарича стресор или стресов фактор.

Вторият етап е оценката на организма. Две са основните оценки – организмът да възприема стресовия фактор като опасност или като предизвикателство. Установява се, че когато стресът се възприема като предизвикателство се наблюдава ускорен сърдечен ритъм, подобобрена изява, добро представяне и позитивни емоции. Когато стресора се възприема като заплаха пък се наблюдава увеличено кръвно налягане, по-лоша изява, лошо представяне и негативни емоции

Третият етап при отговора на стресовия фактор е изработването на система от действия и мероприятия за постигане на сделка (справяне) със стресовия фактор.

Последният етап е отговорът, който е сложен модел на взаимодействие между ума и тялото

По-късно Лазарус и Фолкман доразвиват модела на когнитивния стрес. Според тях отговорът на стреса зависи от първичната и вторичната оценка и възможностите (ресурсите) на организма за справяне със заплахата.

Първичната оценка е оценка на ситуацията. Тя зависи от психологичните характеристики на човека и можем да свържем с въпросите **Какво означава този стрес, тази ситуация за мен? или Как тази ситуация може да ми повлияе?** Въжмоните отговори на организма могат да бъдат:

- Позитивни (Това е добро за мен)
- Неутрални (Това не е важно за мен/не ме засяга)
- Негативни/Опасни (Това е лошо/опасно за мен)

Когато стресорът е определен като негативен (опасен), индивидът преминава към вторична оценка на стресора. Тя представлява оценка на възможностите/ресурсите на човека. Тя може да бъде **позитивна** и да води до справяне със стреса, ако в резултат на нея имаме твърдения от сорта „Мога да се справя!, Ще проверя шансовете ми за успех!, Ако сега се проваля, вианги мга да опитам нещо друго и т.н. Ако пък вторичната оценка е **негативна** това може да доведе до твърдения от сорта на „Не мога да го направя; Знам, че ще се проваля; Няма да опитам защото шансовете са ми ниски; Няма да го направя, защото никой не вярва, че мога.

Когато вторичната оценка е **негативна** това води до стрес. Спряването със стреса или минимизирането на дистреса се нарича копинг. Имаме два вида подхода за справяне (копинги)

- **Проблемно-фокусиран копинг** – този копинг е свързан с реорганизация на вътрешните сили и промяна на подхода към стресора, с цел да се моделира, промени силата (започване от рано за подготовка за изпит, спазване на график за подготовка, реалистична оценка на необходимите ресурси за подготовка) Това е **позитивният** подход към стресора
- **Емоционално-фокусиран копинг** – при този копинг се разчита на външни за организма сили и обстоятелства за намаляване на силата на стресовия фактор, но с цената на усилване на дистреса. (Изпитващият беше зле настроен към мен). Избягването е чест защитен механизъм при емоционално фокусиран копинг.

Въпреки че първичната и вторичната оценка често са резултат от взаимодействието със стресора, имаме ситуации при които стресът се появява без когнитивна оценка, пример за такава ситуация е внезапното попадане в природно бедствие например земетресение/ - в този случай ние изпитваме сериозен стрес , без възможност за предварителна когнитивна оценка.

ТЕМА №11

Източници на стрес в ежедневната дентална практика и начини на справяне

Изследване за най-вредните за здравето професии по данните на службите за заетостта на САЩ поставя на второ място професията на общопрактикуващия лекар по дентална медицина. Факторите, които определят това място са:

1. Риск от заразяване с болести и инфекции;
2. Експозиция на радиация
3. Работна поза

На първо място в това изследване се посочва професията на денталния хигиенист, като най-вредни фактори са същите, но с по-висок резултат. В нашите практики съвместяваме двете най-вредни за здравето професии.

Още от средата на иналия век проведени редица изследвания за нивата на стрес в денталната практика. Основните източници на стрес в денталната практика според Ранди Ланг са:

1. **Денталната практика** – малки помещение за работно място, често с недостатъчно осветление в следствие на затъмнение позорци. Изолирани са от външния свят. Когато в кабинета се намира пациента и денталния асистент се оказва, че лекарят разполага с по-малко пространство дори от изтърпяващите наказания в затворите.
2. **Професионална изолация** – тъй като най-често денталните лекари практикуват сами или в малки групови практики нямат възможност да споделят или да дискутират проблемите си. Тъй като още в студентските години при лекарите по денталните медицина има съревнование помежду си, това увеличава професионалната им изолация. Един от основните методи за споделяне са социалните мрежи, но според Бонев се използват за изтъкване на професионални постижения, отколкото споделяне на проблеми и затруднения
3. **Стремеж към перфектност** – това е основната цял в която още от университета се учат студентите.
4. **Икономически натиск** – Тъй като 90% от денталните лекари са в индивидуални или малки практики, те трябва освен да изпълнят денталните процедури, трябва да упражняват и лидерски, управленски функции, затова стресът от несвързани с лечението дейности е огромен. Източници са:
 - РЗИ, НЗОК, НАП;
 - Кредити
 - Данъчни срокове и счетоводство
 - Заплати и осигуровки
 - Некоректни пациенти
5. **Недостиг на време** – спазване на графика, неочаквани усложнения, които отнемат допълнително време. Трябва да се съобразим с особеностите на пациент. Например при час 16:00 ч. За едни това означава да е в клиниката в 15:15, а за други в 16:15.; Спешни пациенти.
6. **Пациенти** – основен източник на стрес, особено със страхливи и неоперативни пациенти. Трябва да можем да разграничаваме страхливите пациенти от тези с дентална фобия.
7. **Разминаване с реалността** – студентите се обучават да търсят и да искат и да предлагат най-доброто на своите пациенти. Навлизайки обаче в денталната практика се оказва, че те губят мотивация, сблъсквайки се с нивото на здравна култура на техните пациенти. За някои пациенти денталното здраве е измстено от други по-важни приоритети – Например не мога да се занимавам с този зъб, трябва да си боядисам бронята на колата. Тези пациенти по-скоро искат да „закрепим“ положението, вместо да изпълним лечебния план или обесмислянето му от пациента в следствие на лоша орална хигиена. Това е съществен източник на стрес
8. **Липса на движение** – основен източник на стрес се описва неправилната работна стойка и липсата на движение. В резултат страдаме от различни професионални заболявания.

Справяне със стреса

За да се справим със стреса първо да трябва да познаваме неговите източници и техния произход. В денталната практика не може да бъде елиминиран напълно, но трябва да сведем нивата до състояние, което не застрашава здравето ни. Как става това?

1. Подобряване на организацията в практиката
 - Регламентирано работно време
 - Оптимизиране на графика и спазването му
 - Използване на програмни продукти за подобряване на организацията .
 - Премахване на постоянните източници на стресот обстановката, от персонала
 - Спазване на микро и макро почивките
2. Пазете се от изолацията
 - Споделяйте проблемите си с колеги - може и чрез социалните мрежи
 - Участвайте в живота на съсловието - конгреси, симпозиуми, срещи ит.н.
3. Движение - организирайте така деня си, че да намирате време за физически упражнения и повече движение
4. Опитвайте се да забравите за работата с напускане на кабинета.
5. Организирайте си почивка винаги щом усетите, че стреса и натоварването в практиката ви идва в повече!
6. Бъдете по-добри и по-малко взискателни към собствената си личност. Пазете се!

ТЕМА №12

Синдром на „прегарянето“ (burnout syndrome) – същност, причини за възникване, основни симптоми, етапи и стратегии за развитие

Високите нива на стрес в ежедневната дентална практика най-често водят до появата на психологични проблеми. Голяма част от тях са свързани с таканереченото „Професионално прегаряне“ или „Бърнаут синдром“

Досега бърнаутът се наричаше „стресов синдром“. Сега обаче според СЗО бърнаутът се приема като **синдром, концептуализиран като резултат от хроничен стрес на работното място, който не е бил успешно управляван.**

!!! Много е важно да се отбележи, че стресът може да бъде и позитивен фактор, който повишава мотивацията и адаптацията на организма, докато при бърнаутът той тинаги е негативен и има отрицателни последици**!!**

Терминът бърнаут за първи път е въведен през 1974 г. от Фройденбергер. Според него бърнаутът е **някой в състояние на умора или изтощение, причинено от отдаденост към определена цел, начин на живот или взаимоотношение, които не дават очаквани резултати.** Всъщност не съществува единна дефиниция, както и не съществува консенсус между учени, психолози и лекари.

Основните аспекти на бърнаут са:

1. Емоционално изтощение
2. Деперсонализация – повишена раздразнителност, арогантност, цинизъм, negliжиращо отношение
3. Тенденция за отрицателна самооценка – чувство за неудовлетвореност и понижени персонални постижения

Трагичното е, че бърнаутът засяга предимно личности, които са били много ентусиазирани в началото на кариерата си. Това са най-добрите в определен професионална група, чиято ефективност намалява.

Според някои причината за бърнаут е постоянно напрежение и всекидневния стрес, чийто последици са неблагоприятни, като например липса на признание и социална подкрепа. Човек в състояние на бърнаут се чувства изолиран, срамува се от своето състояние и с това още повече се влошават нещата.

Според други бърнаутът е механизъм на психологическа защита във форма на пълно или частично изключване на емоциите в отговор на травмиращо въздействие. За тях бърнаутът е функционален стереотип.

Рисковите фактори, които могат да бъдат:

I. Индивидуални фактори:

1. Индивидуални особености
 - Възраст
 - Пол
 - Образование
 - Семейно положение
2. Личностови характеристики
 - Невротизъм
 - Интроверсия/**екстраверсия** (доказано е че екстраверсите са по-склонни на бърнаут)
 - Локус на контрол
3. Рискови черти на личността
 - склонност от завишени очаквания към себе си и околните
 - самоотверженост и идеализъм
 - потребност да доказваш своята значимост
 - потребност от сериозна работа
 - силна мотивация за постигане на целта
 - неумение да се казва „не“

- неумение и нежелание да се делегират задачи и отговорност на другите в колектива
- тенденция да „даваш“, а не да „получаваш“
- предразположеност към саможертва

II. Ситуационни фактори – факторите свързани с работното място

1. Липса на възможност за самостоятелно взимане на решения
2. Несъобразен работен график
3. Претовареност на работата
4. Работно напрежение
5. Липса на благодарност
6. Липса на нужната подготовка за осъществяването на професионалните задължения
7. Недостатъчно ресурси

III. Нагласите и представите, с които лицата започват своите професии

Често тези нагласи са нереални и изобщо не се припокриват с действителността.

Бърнаутът е срич в защитните механизми на Егото (Азът)

СИМПТОМИ НА БЪРНАУТ

ФИЗИОЛОГИЧНИ СИМПТОМИ	хронична умора, понижена устойчивост към вирусни и простудни инфекции, намален имунитет на организма, промени в апетита и съответно в телото;
КОГНИТИВНИ СИМПТОМИ	апатия, липса на нови идеи, рутинност при изпълнение на задълженията, ригидност в мисленето и действията, отдръпване, дистанциране, негативно отношение към зависимите хора, а понякога към колегите и началниците, отрицателно отношение към работата;
ЕМОЦИОНАЛНИ СИМПТОМИ	чувство за провал, безнадеждност, чувство за вина, безпомощност, повишена раздразнителност и нисък толеранс към забележки и различни мнения, недоверие, мнителност, намалена чувствителност за разбиране, липса на емпатия, гняв ;
ПОВЕДЕНЧЕСКИ СИМПТОМИ	намалена работоспособност и ефективност, вечни оплаквания, мрънкане и недоволство, склонност към крайни форми на поведението /рязко отдръпване, агресивност/ и рисково поведение – повишена употреба на алкохол и цигари, вземане на опиати, хазарт, извънбрачни афери и др./

Етапи в развитието на синдрома на прегряване

Според Американската психологична асоциация имаме четири основни стадия в развитието на бурнаут. Според тях началните етапи на бърнаута са трудно различни и ги определят като PreBurnOut или Brownout.

1. **Меден месец (The Honeymoon)** – човекът работи с желание и удовлетворен от работата си. Работи с голяма надежда и очаквания за развитие. Приема допълни задачи, има творческа свобода
2. **Пробуждане (The Awakening)** – човек започва да осъзнава, че неговите надежди са били леко прибързани и донякъде излъгани, но той отново полага големи усилия да се справя с поставените задачи. Работи още повече, но неговата ефективност намалява, появява се умора, фрустрация и загуба на увереност
- **PreBurnOut – Brownout** – липса на интерес към работата, липса на концентрация, невъзможност за справяне с проблемите, раздразнителност, чувство за несигурност, допускане на грешки в работата, отегчение и др.
3. **Цялостен бърнаут (Full Scale BurnOut)** – загуба на работния тонус (намалява интересът към работата, има повече раздразнение и чувство на умора), проблеми със съня, промени в храненето, компенсация на стреса с алкохол, медикаменти, наркотици, повишена критично към другите (Наблюдават се всички симптоми на бърнаут)
4. **Пълно изгаряне (The Phoenix Phenomenon)** – основният симптом в тази фаза е чувство за отчаяние. Човек чувства изцеденост и единственият изход, който вижда, е да напусне работа като в същото време не желае и не може да избяга от отговорността за нея (сиреч иска да напусне, ама не може, няма желание). Може да има нервно психическо изтощение, мозъчен инсулт, проява на суицидни мисли.

СТРАТЕГИИ ЗА СПРАВЯНЕ ОТ АВРАМОВА

Имаме два вида стратегии за справяне с бърнаута

1. Личностно центрирани стратегии
2. Организационно-ориентирани стратегии

Личност	Работна среда
Поставяне на реалистични цели.	Реалистична оценка на професионалната среда – условия, кадри, критерии за подбор.
Ясно и точно формулирани приоритети – житейски и на работното място.	Вложените усилия да кореспондират с постигнатите резултати.
Приоритизиране на проблемите по важност.	Подобряване на комуникацията на работното място (пациенти, колеги, ръководители).
Внимателно и отговорно отношение към себе си и здравето си.	Подходяща и системна обратна връзка.
Избягване negliжирането на собствените нужди.	Ясно делегирани права и задължения.
Правилни убеждения, нагласи, очаквания и претенции спрямо околните и работата.	Компетентност и професионализъм при изпълнение задълженията на работното място.
Изборът на работата да съответства на личните компетентности и възможности.	Съответствие между работата и личните ценности и убеждения.
Отделяне на време за себе си и за нещата, които обичате да правите.	Внасяне на разнообразие в работата.
Трансформиране на негативните мисли, отношения и чувства спрямо себе си, другите и света.	Работа в екип, избягване на професионалната изолация.
Изграждане на позитивна самооценка.	Подобряване условията на труд – материали, техники, дентална апаратура и оборудване.
Отделяне на достатъчно време за срещи с хора, извън работното място.	Отстраняване на конфликтите на работното място.
Здравословен начин на живот - подходящ режим на сън, хранене, релаксиращи упражнения, физическа активност.	Правилно планиране на работния график, спазване на регламентираните почивки, избягване на свръхнатоварване.
Намаляване на вредните за здравето навици като тютюнопушене, злоупотреба с алкохол и медикаменти.	Идентифициране на основните стресори на работното място, придобиване на умения за управление на стреса.
Практикуване на хоби, носещо радост и позитивни емоции.	Периодично преоценяване на професионалните цели, сериозно внимание при планирането на кариерата.
Баланс на личния живот и професионалните задължения.	Периодична оценка на удовлетвореността от живота и професията; при нужда – правилни промени в професионалните и житейски стереотипи.

ОТ БОНЕВ

1. Да се сравнят положителните и отрицателните черти на професията - Това е индивидуална оценка, необходимо е да се сравнят постиженията с мотивите за избор на професията и ако оценката е негативна, може дори да се мисли за смяна на сферата на реализация.
2. Поставяне на нови цели и задачи - тук е важното личността да си отговори чии идеали следва - свои собствени или нечии чужди. Важно е при формулирането на нови цели, е те да бъдат реалистични, сравнително лесно осъществими и да носят удовлетвореност на страдащия от "Burnout".
3. Помощ от околните - необходимо е тази тема да се дискутира с приятели, членове на семейството или психотерапевт, за да се определят нови професионални и жизнени цели и да се намерят сили за тяхната реализация. При това е важно, човек сам да изработи тези цели, за да не се подаде на влияние отвън и приеме отново грешни и непостижими задачи.
4. Намиране на занимания извън работата - това са различни хобита, спорт, занимания извън работата, други сфери на реализация носещи удовлетворение и успехи, за да могат възможните неудачи в професионалната сфера да бъдат компенсирани от успехи в други значими за личността области.

ТЕМА №13

13. Тревожни разстройства – основни видове, водещи симптоми. Генерализирана тревожност.

Тревожността е състояние на дисбаланс, което повлиява нормалния ход на индивидуалното развитие. Тя е свързана с функционирането на човешкия мозък и в хода на еволюцията е била част от инстинкта за самосъхранение.

Тревожността е нормално състояние на организма, когато е подложен на стрес. Проблемите с тревожността са когато проявите ѝ се появяват, вследствие на фалшиви тревоги, които са твърде чести, твърде силни/интензивни или са твърде продължителни. Интензивните прояви на тревожност водят до разстройване на психическото състояние на индивида, а когато тези прояви са твърде чести, наблюдаваме загуба на психическото равновесие.

Симптомът е предболестно психично състояние, най-малката единица на болестта. Симптомите могат да бъдат временни или да съпътсват разстройството през цялото протичане. Делят се на **позитивни** (усилват психическите функции и процеси) и **негативни** (водят до спад на интелектуалния емоционален психичен живот, регрес или личностова промяна).

Синдромът е група от симптоми, характерни за определено психично разстройство или вид поведение.

Симптомите се групират в 4 основни групи:

- **емоционални** - страх, нервността отразява ниските степени на тревожност, а високите - паника
- **физически** - недостиг на въздух, изпотяване, замайване, треперене
- **когнитивни** - вниманието се фокусира върху опасността, другите части на паметта, несвързани с опасността са блокирани.
- **поведенчески** - безплодно суетене, изразена психомоторна затормозеност, променливо поведение

Тревожните разстройства биват различни видове, като основни можем да посочим: I. Тревожни разстройства - фобии

- Агора фобия
- Социални фобии
- Специфични фобии
- II. Генерализирана тревожност
- III. Паническо тревожно разстройство
- IV. Смесено тревожно-депресивно разстройство
- V. Обсесивно-компулсивно разстройство

ГЕНЕРАЛИЗИРАНА ТРЕВОЖНОСТ

Характеризира се с преувеличена и прекомерна тревожност за ежедневните събития в живота, без очевидна причина за притеснение. Хората с генерализирана тревожност са склонни винаги да очакват най-лошото и не могат да спрат да се притесняват за своето здраве, семейство, приятели, пари, работа или училище.

Тревогата, често е нереалистична и несъизмерима спрямо ситуацията. Всекидневният живот се превръща в постоянно състояние на тревога, страх и ужас. В крайна сметка тревожността започва да доминира над човек и тя му пречи за изпълнение на ежедневните задачи в работа, училище и взаимоотношенията с хората.

За разлика от различните видове фобии, където страхът е свързан с определен обект или ситуация, при страдащите от генерализирано тревожно разстройство страхът е общ, без конкретен стимул (обект или ситуация). Ако тревожността не се лекува, може да продължи с дни, месеци или години.

Симптомите трябва да са постоянни и продължаващи, персистиращи най-малко шест месеца, за да се постави официална диагноза GAD.

Симптоми:

Постоянно безпокойство относно редица области, което не е пропорционално на въздействието на събитията

Прекомерно обмисляне на планове и решения за всички възможни най- лоши резултати

Възприемане на ситуации и събития като заплашителни, дори когато не са

Трудност при справяне с несигурността

Нерешителност и страх от вземане на грешно решение

Неспособност да се остави настрана или да се освободи от притеснение

Неспособност за отпускане, чувство на беспокойствие и напрежение

Телесни реакции:

Умора

Проблеми със съня

Мускулно напрежение или мускулни болки

Треперене, усещане за потрепване

Нервност или лесно стряскане

Изпотяване

Гадене, диария или синдром на раздразненото черво

Раздразнителност

Причини: причината за GAD вероятно възниква от сложно взаимодействие на биологични фактори и фактори на околната среда, което може да включва:

Разлики в мозъчната химия и функция

Генетика

Разлики в начина, по който се възприемат заплахите

Развитие и личност

Профилактика:

■ Консултация със специалист по психично здраве

■ Идентифициране на стресорите

■ Приоритизиране на проблемите в живота

■ Избягване употребата на нездравословни вещества. Употребата на алкохол и наркотици и дори употребата на никотин или кофеин могат да причинят или влошат безпокойството.

Лечение: психотерапия, напр. Когнитивно поведенческа терапия (CBT) фармакотерапия

ТЕМА №14

14. Тревожни разстройства - панически атаки, обесивно-компулсивно разстройство.

ПАНИЧЕСКИ АТАКИ

Тревожността е главната причина за поява на панически атаки. Тревожността е в основата на инстинкта за самосъхранение, когато организма е подложен на реална или въображаема заплаха той се подготвя за борба или бягство, този процес е свързан с отговора на неспецифичен стресор. Когато опасността е въображаема ние можем да говорим за панически атаки.

Паническата атака представлява внезапен епизод на силен страх, който отключва физически симптоми, без да има реална опасност или видима причина. Когато пристъпът настъпи, обикно вено имаме усещането, че губим контрол.

Друго определение: внезапни епизоди на интензивен страх, дискомфорт, който достига максимума си за около 10 минути и състояние включващо поне 4 от следните симптоми: • Чувство за непосредствена опасност

- Желание да избягаш и да се скриеш
- Сърцебиене
- Потене, потене на дланите
- Треперене
- Задъханост, недостиг на въздух
- Усещане за задушаване
- Болка и дискомфорт в гърдите.
- Гадене и дискомфорт в коремната област, стомаха ти се свива
- Виене на свят, усещане, че губиш съзнание
- Чувство за нереалност
- Деперсонализация
- Чувство че губиш контрол върху ситуацията и полудяваш
- Чувство на страх от смъртта
- Изтръпване на крайниците
- Обливат те топли или студени вълни.

Паническите атаки се делят основно на 3 вида:

- **неочаквана** - появява се внезапно от нищото, без видима причина , поне страдащия не може да свърже появата ѝ с някаква конкретна ситуация или причина.
- **ситуационна** - определени ситуации я предизвикват. Страдащия при определени ситуации усеща, предусаща появата на паническата атака. Ситуациите могат да бъдат най-различни от навлизане в тунел, различни природни явления(буря със светкавици), различни социалния събития(много хора на 1 място)
- **ситуационно предразположени** - лицето получава паническа атака при определени ситуации, но не винаги. В определени случаи може ситуацията да е налице, но да нямаме паническа атака.

Продължителността на паническите атаки е различна от десетина минути до няколко часа, няма данни паническите атаки да са причинили смърт.

За справянето с паническите атаки на първо място е необходимо да се потвърди, че сте клинично здрав.

Използването на лекарства за справяне с паническите кризи е един от методите за лечение. Всеки пациент сам избира дали да прибегне до взимането на медикаменти по предписание на психиатър.

Има два основни типа лечение:

- **симптоматично** - влияе се върху симптомите, обикновено с лекарства

- **лечение в дълбочина** - терапии от психотерапевт насочени към себепознанието

ОБСЕСИВНО-КОМПУЛСИВНО РАЗСТРОЙСТВО

Характеризира се с непрекъснато повтарящи се натрапливи мисли (обсесии) и/или натрапливи действия (компулсии)

Обсесиите са нахлуващи в съзнанието, стереотипно повтарящи се и нежелани идеи, представи или импулси, които пациентът осъзнава че са несъответни, прекомерни или безсмислени, опитва се да им се противопостави, но не успява. Натрапването на мислите и съпротивата спрямо тях са в непрекъснат сблъсък и това генерира интензивна тревожност и страх. Обикновено натрапливите мисли са различни и не са свързани с извършваните ритуали и действия, например човек се тревожи за нещо и затова чисти, за да забрави, да изтласка мислите от съзнанието си.

Обсесивно-компулсивното разстройство (ОКР) или маниите са повтарящи се мисли и импулси, които са натрапчиви и предизвикват безпокойство и тревога в страдащия.

Най-често маниите са свързани във страх от:

- мании със загряване и замърсяване - страха на индивида произхожда от притеснение за възможен контакт с микроби, мръсотия и т.н.
- преследващи мисли - например дали не е забравена включена ютията, заключена врата - стремеж към изключителна, екстремна чистота
- агресивни импулси и мисли - например желание да извикаш "пожар" в препълнена зала

Маниите са свързани с повтарящо се поведение и ритуали от страна на страдащите от ОКР. Провеждането на тези ритуали, неутрализира тревожността причинена от маниите мисли, но облекчението е временно.

Например:

*Почистване. Много често миене на ръцете, вземане на душ или почистване на дома.

*проверка. Страдащите могат да проверяват няколко, дори стотици пъти, за да са сигурни, че са заключили вратата или че са изключили ютията.

*повторение. Страдащите си повтарят име, фраза или действие отново и отново.

*подготовка, спокойствие. Някои хора могат прекалено бавно и методично да се подготвят за ежедневните дейности.

*плюшкинщина. Невъзможност да се разделяш, изхвърляш ненужните вещи - дори стари вестници или счупени предмети.

За да бъде диагностицирана ОКР се счита, че страдащия трябва да отделя поне **час** ежедневно с обсебващото занимание.

ТЕМА №15

ДЕНТАЛНА ФОБИЯ - основни характеристики, причини за възникване, подходи за преодоляване

Дентална фобия - страх от зъболекар. Ирационален страх. Фобията предизвиква поведение, избягващо ситуациите, водещи до силен страх - в случая ситуации, свързани със зъбите и тяхното лечение. Хората, които изпитват дентална фобия, прекарват часове в мисли, свързани с техните зъби или зъболекари, представяйки си ситуациите в лечебния процес. Фобията причинява стрес и въздействие на други аспекти на живота, а също може да повлияе на оралното здраве.

Поради факта, че страдащите демонстрират отбягващи поведения към застрашаващата среда, наличието на дентална фобия може да доведе до влошаване на оралното здраве, социализацията и качеството на живот на индивида.

Проблемът не касае само оралното, но и общото състояние на организма:

- хронично възпалените венци и разрушените зъби се отразяват на общото здраве
- затруднението в дъвченето и смилането на храната могат да причинят сериозни смущения в храносмилането и усвояването на храната.
- проблемите със зъбите се отразяват на говора и правилната дикция
- лошият дъх и усмивка се отразяват на самочувствието при общуване с околните.

Хората страдащи от дентална фобия, многократно отлагат обаждането и запазването на час за зъболекар. При тях, дори мисълта за предстоящата визита, предизвиква този ирационален страх. Страдащите от дентална фобия след като ангажират час за посещение при денталния лекар ежедневно мислят и преживяват предстоящото посещение. Често отменят в последния момент предварително планираните си посещения. Случва се дори да стигнат до практиката и в чакалнята някакво събитие да предизвика отказ от визитата.

Причини - 4 основни

- безпокойство за потенциална болка или дискомфорт
- Притеснение от състоянието на зъбите
- минал лош опит с денталното лечение
- загуба на контрол/ чувства за безпомощност

Симптоми:

- физически симптоми на тревожност или паник атаки - сърцебиене, ускорен пулс, гадене, потене, недостиг на въздух
- напрежение на очакване - безпокойство от попадане в денталния кабинет, евентуална среща със зъболекаря и последващо лечение

Подходи за преодоляване - за да се намали интензивността на страха и пристъпите на паника при дентална фобия е необходимо сътрудничество между денталния лекар и пациента. Важно е зъболекарят не само да е добър специалист, но и отличен психолог **1. Информиране и подготовка**

*ако пациентът е дете е важно няколко дни, дори седмици или месеци по-рано детето да бъде подготвено за срещата. Ключов момент е играта на зъболекари. След подготовката (обясняване и показване какво прави зъболекаря) се пристъпва към играта - детето е специалистът, а пациентът е възрастният.

*ако пациентът с фобия е възрастен, предоставянето на информация за същността на процедурите също е първата стъпка към преодоляване на проблема. Изясняването на причините за неговите страхове е ключово за преодоляване съпротивите на пациентите и неговото "успешно присъединяване" (От какво те е страх? Защо те е страх?). В това се изразява подготовката на пациента -

създаване на терапевтично отношение, което предполага искреност, доверие и взаимна отговорност.

За създаване и поддържане на терапевтичното отношение, водещи са ролята и поведението на денталния лекар, който трябва да присъедини пациента. От значение са поздравите, обръщенията, създаването на подходяща обстановка, начина на обличане. Роля имат невербалните знаци - усмивки, жестове, позиции. Основна характеристика на поведението на денталния лекар трябва да е **естествеността** - не трябва да се преиграва с дружелюбието, защото може да предизвика подозрителност и недоверие.

За преодоляване на първоначалната скованост, страх или недоверие на пациента, се препоръчват следните прийоми:

- ☐ Обръщане към пациента на малко име;
- ☐ Споменавање на общи познати;
- ☐ Комплимент относно външния вид на пациента;
- ☐ Коментар на времето или някаква новина; ☐ Споменавање на статуса на пациента и пр.

Практиката показва, че пациентите с дентална фобия се класифицират в групата на т.нар. „трудни пациенти“.

2. Справяне с неприятните преживявания в миналото.

Пациентът трябва да сподели от какво точно се страхува (изясняване на причините за фобията - **контракондициониране**) - ако това е звукът на инструментите, може да му се предложи да слуша музика със слушалки или подходящо озвучаване в кабинета. Ако страхът е породен от самия зъболекар, е добре процедурата да бъде предшествана от разговор, в който лекарят да обясни на пациента какво му предстои. Ако пациента е дете, възможно е присъствието на родителя в кабинета също да донесе за спокойствието му. Тоест, **при вече възникнал страх ключови фактори са общуването и предварителното разяснение на това какво предстои**

3. Чувство на контрол. - право на пациента е да е наясно с всички процедури, които му предстоят.

Научавайки повече, човек намалява страха си от неизвестното. Пациентът има право и на решение относно начина на лечение. Той трябва да бъде откровен с денталния лекар - колко работа може да понесе като начало. Трябва да се установи определена сигнална система, така че да лечението да може да бъде преустановено по всяко време - най-честият сигнал е вдигане на ръка.

5. Отпускаща техника

Ако пациента чувства напрежение докато е на зъболекарския стол, най-лесният начин е физическата релаксация - отпуснатото тяло спомага за психическо отпускане. Човешкото тяло не може да бъде едновременно физически спокойно и с напрегнато съзнание. Най-лесните техники са: дълбоко дишане, отпускане на мускулите.

6. Разсейване на вниманието.

След като вече пациента се чувства по-спокоен при посещенията си, може да се използва различни начини за отвлечане на вниманието от пряката работа в устата - слушане на музика, която му харесва, гледане на телевизия.

7.Контрол върху болката. - Денталният лекар трябва да разясни на пациента, че той не трябва да се страхува от инжекцията. Всички упойки се поставят бавно.

Най-важно е да успеем да разграничим пациентите с ниски и умерени нива на дентална тревожност от тези с дентална фобия - съществуват скали за определяне на нивата на дентална тревожност на деца и на възрастни. Най-лесният и достъпен метод е: когато пациента влезе в практиката и каже "Докторе цяла седмица мисля за вас." или стои нервно в чакалнята и дланите му се потят, задължително трябва да имаме предвид възможността за високи нива на страх от дентални манипулации или дентална фобия.

Начини за справяне с деца с ниски и умерени нива на денталната тревожност

- **магически трикове**, с които да привлечем вниманието им и да демонстрираме нашите действия, свързани с лечението. По този начин лечебния процес ще бъде по-привлекателен в техните очи и страха от болката ще намалее. Целта е създаване на доверие в децата.
- **контрол на гласа** - при използване на умерено силен глас с дълбок тон децата са по-спокойни . Не трябва да се крещи и гласът да бъде с високи тонове.
- **отвлечение на вниманието** - цел е мисленето на детето да се отклони в друга посока, а не да е съсредоточено върху очакваното лечение - най-лесните начини са чрез аудио записи/слушане на музика/ или чрез гледане на видео файлове или анимационни филми.
- промяна в обстановката
 - * чакалнята трябва да наподобява хотелска рецепция или да демонстрира домашен уют.

*Денталните кабинети, амбулатории, когато са предназначени за работа с деца също трябва да бъдат променени - повече то дентални фирми предлагат юнити и мебели наподобяващи приказни герои.

- Работното облекло на персонала също трябва да бъде съобразено с нашите малки пациенти

Подходи за справяне с възрастни пациенти с ниски и умерени нива на страх:

- Засилване на **чувството на контрол** върху ситуацията.Необходимо е по време на лечението да засилим чувството на контрол върху ситуацията в пациента. Това ние можем да постигнем като предварително го уверим, че ще прекъснем процедурата веднага, когато той поиска. Най-често това става с предварително уговорен знак - например вдигане на ръка. Много полезна, как то при деца, така и при възрастни е системата „казвам-показвам-права".
- **Когнитивно разсейване** - Още с посрещането пациентите, чрез разговора трябва да бъдат окуражени да мислят за различни от лечението неща - например злободневни обществени проблеми / политически, спортни и т.н./ или важни семейни проблеми
- **Промяна в обстановката** - Както при деца така и при възрастни важат правилата за промяна в обстановката- Чакалнята не трябва да прилича на пункт за сигурност, а на хотелска рецепция, а още по-добре на дневна стая. Сертификати за квалификация, а още по-малко снимки показващи случаи преди и след лечението, ня мат място в чакалнята. Тяхното място е в самия дентален кабинет. Накрая един лесен съвет - миризмата на лавандула в чакалнята незабавно намалява страха от лечението.

Поведение при лица с високи нива на дентална тревожност:

- **Фармакологичен подход** - употреба на успокоителни медикаменти, премедикация, невролепти-аналгезия, обща анестезия.
- **Психологическа терапия** - Съществуват редица различни шко ли, които имат добри резултати за справяне с денталния страх, но аз ще посоча като пример Когнитивно-поведенческа теория

ТЕМА №16

16. Депресивни разстройства – видове, симптоми и особености в протичането им.

Депресия - депресията е сериозно медицинско състояние, което се свързва със симптоми като меланхолия, загуба на удоволствие, загуба на енергия, затруднена концентрация и мисли за самоубийство.

Депресията е често срещано състояние, което се свързва с широк кръг от емоционални и физически симптоми, които имат голямо влияние върху ежедневието на страдащите. Хората страдащи от депресия губят контрол върху настроението и чувствата си и са отпаднали през поголямата част от времето. В последствие те могат да изпитат трудности да се задържат на работа, да продължат образованието си, и/или да поддържат семеен живот и социални контакти.

Депресията може да засегне всеки, но множество социални и биологични фактори повишават риска от развитие на заболяването. Допълнително стресиращи преживявания като болест, безработица или смърт на близък човек могат да т ключар това състояние при някои хора.

Видове:**- според протичането:**

*униполярна депресия - протича само с наличие на депресивни епизоди

*биполарна депресия (манийно-депресивно разстройство) - характеризира се със сменящите се състояния на приповдигнатост и спад в настроението.

- според тежестта на протичане

*лека

*умерена

*тежка - характеризира се със соматични и психотична симптоматика. Пациентите страдат от дереализация и/или деперсонализация. Почти винаги са налице налудничави идеи или халюцинации.

- според причината за появата на депресията

* дистимия - касае се за лека форма на персистираща депресия , която обикновено се появява и стихва постепенно. Това затруднява диагностицирането на болестта , което може да се проточи от два месеца до две години

*маскирана депресия - характеризира се с наличие на споменатите симптоми, с изключение на осъзнаването им и споделянето им от пациента. Страдащите от нея не се чувстват депресирани и често смятат , че имат соматична болест. *депресия с органична генеза - депресия, причинена от соматично заболяване или медикаментозно лечение.

* сезонна депресия - развива се в зависимост от сезонност аи климатичните условия. Влияе се от наличието на дневна светлина. Позитивно въздействие оказва приемането на въглехидрати и шоколад, както и удължаването на съня.

Симптоми: Депресията засяга хората по различен начин, но е нещо повече от „понижено" настроение за кратък период от време. В следствие на химически промени в мозъка, хората с депресия могат да изпитат за про дължително време чувство на тъга и тревожност, да имат необясними болки и страдания, лошо качество на съня и/или загуба на интерес и енергия. Тези симптоми могат да продължат седмици, месеци или години. При най-сериозните случаи депресията може да доведе до мисли за самоубийство и самонараняване.

Депресията е разпространена в целия свят след хора от всички възрастови групи и социален произход, мъже и жени. Обикновено се проявява за пръв път при хора между 20-25 години. СЗО поставя депресията сред най-инвалидизиращите заболявания в света, като тежката депресия е оценена в същата инвалидизираща категория като терминалния стадий на рак.

Депресията е болестта на 21 век - 400 млн. Души страдат от депресия.

От Аврамова:

Депресии.

Характеристика на депресиите.

Включват спектър от психобиологични дисфункции, вариращи по тежест, продължителност и честота. В единия край на спектъра е:

1. Нормална депресия – преходен период на тъга и умора в отговор на ясно идентифицируеми стресори. Настроенията не продължават повече от 2 седмици. Ако потиснатото настроение продължи по-дълго, се появяват проблеми с храненето, съня, чувство на отчаяние и безнадеждност. Симптоматиката се доближава до клиничните депресивни разстройства.
2. Психотична депресия – има тъга и отчаяние, но се губи контакт с реалността. Появяват се халюцинации, налудности, тежко двигателно и психично изоставане.

Класификация на депресивните разстройства:

Те са част от групата на афективните разстройства и се делят на 2 големи групи:

- 1 група – **Еднократни депресии**
- 2 група – **Рекурентни (повтарящи се) депресии**

Симптоми на еднократни депресивни епизоди:

- ☐ Понижено настроение, загуба на интерес;
- ☐ Загуба на способност за преживяване на удоволствие;
- ☐ Повишена уморяемост, ниска активност;

Един единствен депресивен епизод трае минимум 2 седмици.

Допълнителни симптоми:

- ☐ Нарушена концентрация и памет, идеи за виновност;
- ☐ Понижена самооценка и увереност;
- ☐ Апатия, песимистично възприемане на бъдещето;
- ☐ Мисли и действия за самонараняване и суицид;
- ☐ Нарушен сън и апетит, понижено либидо;

А. Лек депресивен епизод.

- ☐ Да са налице 2 основни + 2 допълнителни симптома, без да има силна изразеност на някои от тях.
- ☐ Лицата изпитват дистрес от симптомите, имат затруднения при изпълнението на обичайни дейности, без да ги прекъсват.
- ☐ Може да има или не соматична симптоматика;

Б. Умерен депресивен епизод.

- ☐ 2 основни + 3 допълнителни симптома;
- ☐ Налице са трайни затруднения при изпълнение на обичайни активности.

В. Тежък депресивен епизод

☐ Без психотични симптоми – болният показва дистрес и цялостна слабост. Силно подчертана безполезност, виновност, силно намалена самооценка, РЕАЛНА опасност от самоубийство; 3 основни + 3 допълнителни и повече симптоми. Продължава минимум 2 седмици, но ако симптомите са много тежки, се развива много бързо. Социални и други активности не могат да се изпълняват.

☐ С психотични симптоми – халюцинации, депресивен ступор; Халюцинациите включват мисли за грях, обедняване, бедствия, отговорността се поема от болния. Слуховите и обонятелни халюцинации са обвинителни гласове и миризми на гниеца плът. Тежката психомоторна забавеност в нередки случаи се задълбочава до ступор.

Рекурентно депресивно разстройство

☐ След депресивен епизод има моменти на приповдигнатост и свръхактивност, отговарящи на критериите за хипомания.

☐ За сигурна диагноза епизодите трябва да са разделени от няколко месеца без значителни нарушения в настроението;

☐ Отделните епизоди са между 3 и 12 месеца;

☐ Възстановяванията между епизодите са пълни; но една част от болните в по-напреднала възраст остават трайно депресивни;

☐ Отделните епизоди често се провокират от стресово житейски събития (2 пъти по-често при жените);

☐ Всички психични функции са забавени;

ОСНОВНИ СИМПТОМИ СА:

промяна в настроението, ниско самочувствие, тъга.

Други видове депресивни състояния

- депресивна реакция - лека, протрахирана и смесена тревожно - депресивна .
- невротична депресия - смесва депресия и невроза
- ларвирана(скрита) депресия

ТЕМА №17

17. Психични разстройства - шизофрения - видове, симптоми.

От Бонев :

Шизофренията е вид психоза с многобройни прояви (бълнуване, ха люцинации, нервно-психична възбуда и др.), водеща до нарушаване на психичната дейност, обезличаване на характера на индивида, влошена приспособимост към трудовите и социалните условия (3). Заболяването най-често се проявява със слухови халюцинации, па раноични или фантасмагорични налудности или дезорганизираност на говора и мисленето и е придружено от значителна социална дисфункция и нарушена работоспособност. Първоначалните симптоми обикно вено се проявяват в ранна млада възраст, като заболяването засяга около 0,3 - 0,7% от световната популация, около 21 милиона души. Диагнозата се определя въз основа на наблюдавано поведение и на съобщенията от пациента преживявания.

От Аврамова

Шизофренията се проявява клинично с широка симптоматика. Свързана е със следните характеристики :

- несвързаност на мислите
- афективно ст на поведението
- загърбване на реалността и затваряне в себе си
- единствената реалност остава вътрешния психичен живот, в който преобладават фантазии, блянове, налудни идеи и халюцинации, които семантично и логически са несъстоятелни
- хроничният и краен характер на шизофренията се съпътства от сериозна деградация на интелекта, афективността и поведението, по-долни на деменцията

Симптоми - разделят се на 8 групи

1. Ехо на мисълта, отнемане, внасяне и правене на мисли
2. Налудни идеи за контрол, въздействие, отнесени към движение на крайниците на тялото
3. Коментиращи слухови халюцинации, които поддържат коментар за състоянието на болния
4. Налудни идеи, които са в пълно противоречие с функциониращите социо-културни взаимоотношения, норми и идеали
5. Бързо преходни и неоформени налудни идеи
6. Прекъсване на мисълта, вмятания в мисловния поток на думи и нелогизми
7. Кататонно поведение - възбуда, специфични пози на тялото, въсърна гъркавост
8. Негативна симптоматика - ясно изразена апатия, бедност на мислите и речта, понижена или неадекватна афективност

Шизофренната симптоматика се предхожда дълго време от фаза със специфични симптоми: намален интерес и мотивация за труд, влошаване на външния вид, тревожност и леки депресии.

Видове:

- **Шизотипно разстройство** - генетично свързано с шизофренията , но при него отсъстват халюцинациите и груповите поведенчески разстройства. Характеризират се с нарушения на възприятие-предаването дейност, мисленето и афективността, което намира интегриран израз в нарушението на влеченията и поведението.

- **Параноидна шизофрения** - може да протича епизодично, може да бъде хронична; симптоми:

*налудности за преследване, отношение, знатен произход

*вербални халюцинации

*слухови халюцинации

*обонятелни, вкусови и сексуални халюцинации

*зрителни халюцинации

*афективността е леко пристъпена, но се срещат и симптоми като лошо настроение, лека раздразнителност, безпричинен и внезапен гняв.

- **Хебефренна шизофрения** - характеризира се с фрагментиране и бързо отшумяващи афективно изменения, налудни идеи и халюцинации, безотговорно и непредвидимо поведение, съпроводено със специфични маниери като кикотене, особени гримаси, нелеп хумор. Налице е склонност към хипохондрия, самоизолация, загуба на желание за постигане на жизнени цели. Може да започне непосредствено след пубертета.

- **Кататонна шизофрения** - характеризира се с психомоторни нарушения, които могат да се разположат между крайните прояви на хиперкинеза и ступор или автоматична подчиняемост и пълен негативизъм.

Симптоми:

*ступор или мутизъм

*хиперкинеза

*вцепеняване в определени пози

*негативизъм

*ригидност

*восъчна гъвкавост

*повелителен автоматизъм

- **Шизоафективно разстройство** - налице са ефективни и шизофренни симптоми, които се появяват едновременно или последователно.

Епизодично е. Диференцира се в 3 групи:

1. Маниен тип - приповдигнато настроение, завишена самооценка, лесна възбудимост, хиперактивност, разстройств в соц. отношения 2. Депресивен тип - ясно изразена шизофренна и депресивна симптоматика: забавеност на мисленето, нарушение на вниманието, безнадеждност

3. Смесен тип - симптоматика характерна за магнитния и депресивния тип

Методи за терапия на шизофрения:

- лечение в стационарни условия
- лечение с антипсихотични препарати
- психотерапия
- социален терапевтичен подход

ТЕМА №18

18. Психични разстройства – деменция - видове, симптоми.

От Бонев

Деменцията е неврологично заболяване, което се отличава с влошаване на умствените способности, нарушена концентрация и др (11).

Деменцията обикновено е „болест на старостта“. Една от формите на деменция, но далеч не единствена, е болестта на Алцхаймер.

Деменцията почти винаги започва със загуба на краткосрочната памет, а след това се развиват нарушения в още една или няколко когнитивни функции. Деменциите могат да настъпят остро след травма, инфекции, мозъчен инсулт и др., но по-често те са в резултат на хронични и прогресиращи заболявания, водещи до пълна инвалидизация на болния. От деменция в световен мащаб страдат около 35 милиона души.

От Аврамова

Причини:

Могат да бъдат от различно естество - съдови, инфекции, травми, интоксикации, тумори, генетични и др.

Съществуват обаче голям брой деменции, които нямат конкретен причинител, като болест на Алцхаймер. Тези заболявания се наричат дегенеративни и са най-честата причина за деменция, особено сред по-възрастната част на населението.

Заболявания, притичащи с деменции:

1. Деменция в резултат на дегенеративни заболявания - болест на Алцхаймер, фронто-темпорална деменция, болест на Паркинсон
2. Съдови деменции в резултат на мозъчно-съдова болест
3. Инфекции
4. Травми
5. Отравяне
6. Генетични и метаболитни заболявания
7. Туморни процеси

Първи признаци на болестта;

- 1.Човек става разсеян, особено във връзка с това, което току-що се е случило.
- 2.Има трудности в комуникацията. Хората не намират точните думи.
- 3.Хората започват да се губят в позната домашна обстановка.
- 4.Започва дезориентация във времето (час, ден, месец, година, сезон).
- 5.Не взема правилни решения.
- 6.Проявява безразличие към всичко.
- 7.Губи се интерес към любими занимания.
- 8.Започват чести промени в настроението (от депресия до възбуда).
- 9.Проявява се гняв и агресия в ситуации, за които няма причини.

Симптоми:

1. Намалена памет - Пациентите започват да забравят да спрат водата, да изключат печката и др. Реални събития в паметта на пациенти с деменция започват да се заменят със събитията от далечното минало или измислени събития

2. Агресия - причинява се от страх или налудни преживявания
3. Объркване - не знаят къде са, не помнят адреса си, не могат да намерят дома си
4. Нарушения на съня и безсъние
5. Синдром три "А"

***афазия** - всички видове нарушения на вече формирана реч

***апркасия** - бездействие

***агнозия** - различни разстройства на възприятието за информираност и за безопасност на съзнанието и чувствителността (напр. пациента може да чува звуци, но не разбира речта, адресирана до него или не разпознава определени предмети или лицата на хората)

Степени на тежест на деменцията

- лека степен - въпреки значителните нарушения в интелектуалната сфера се запазва критичното отношение на пациента към собственото си състояние. Може да живее самостоятелно
- умерена степен - по-груба умствена недоразвитост и намалено възприемане на критично заболяване. Имат трудности при използване на конвенционалните домакински уреди, телефон, брави и ключалки.
- тежка деменция - пълен разпад на личността. Не могат да живеят самостоятелно

Лечение

Все още не е открито дефинитивно лечение на по-голямата част от дегенеративните заболявания, притичащи с дементен синдром.

Деменцията е все още почти невъзможно да се лекува.

Ранното откриване на заболяванията и адекватното им лечение води до прекратяване или забавяне на заболяването.

ТЕМА №19

Комуникация – същност, основни принципи. Невербална комуникация.

Добрата комуникация във всичките ѝ форми е основата на една добре функционираща организация. Под различни форми на комуникация разбираме както комуникацията между членовете в организационната практика, така и комуникацията с пациентите.

Определение: Комуникацията представлява изпращане на послание от един човек и получаването му от друг. Тя представлява активен процес който включва, кодиране, пренасян и размяна, а също и декодиране на насочените съобщения.

Комуникацията е част от сложния **процес на общуването**, който представлява **социално-психично явление**, което съдържа следните три основни структурни компоненти:

1. **Интеракция** – Междудличностно взаимодействие – интерактивен аспект на общуването, това е влиянието, което си оказват един на друг събеседниците, то се проявява в две форми – непреднамерено и преднамерено – маниери, стил, речеви особености, облекло и др.
2. **Комуникация** – Обмен на информация, комуникативен аспект на общуването – установяване на психологически връзки, чиято основна част е предаването и приемането на информацията,
3. **Перцепция** – взаимно възприятие и разбиране – перцептивен аспект, способността за възприемане и разбиране, която превръща общуването в пълноценен процес

Защо е важно общуването?

Уменията в общуването – говореното (представянето) и слушането (възприемането) на информацията е определящо за личните успехи в академичен, личен и професионален план.

Уменията при общуването могат да ни помогнат при установяването на социални контакти и подобряване на междудличностните ни взаимоотношения

Работодателите определят възможностите за обучение като основни, базисни умения за намиране на работа и успешна кариера.

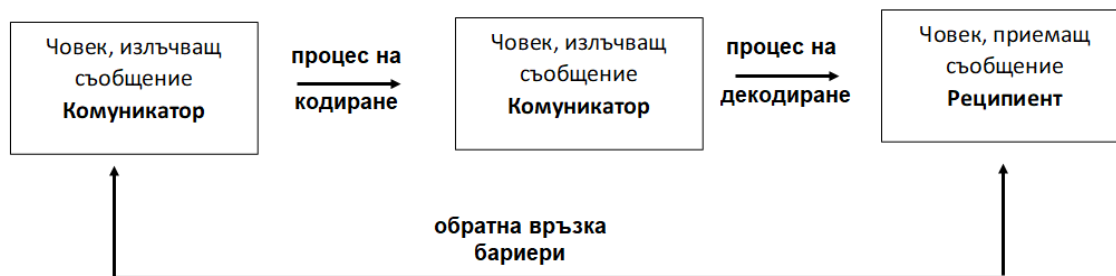
При работа в екип ефективното общуване ни помага за справяне с конфликтите и разрешаване на проблемите

Ефективната комуникация е от съществено значение за подобряването на бизнеса.

Ефективното общуване е ключово умение за добрия мениджмънт

Процес на комуникация

Най-елементарната единица е **диадата комуникатор-реципиент**. Обмяната на информация между два субекта се извършва чрез комуникационния процес. Той се състои от няколко последователни стъпки:



Обратната връзка е най-ефективният начин за определяне дали посланието е било правилно декодирано от приемателя. Без обратна връзка има едностранен комуникационен процес.

Общуването е социално умение, което може да се тренира и усъвършенства. Когато умението за общуване е развито на високо равнище, говорим за **комуникативна компетентност**.

Комуникацията се разделя на

1. Вербална комуникация
 - Писмена комуникация
 - Говорна, устна комуникация

2. Невербална комуникация

- Език на тялото
- Стойка и начина на движението
- Жестове
- Сила и тембър на гласа
- Мимика и изражение на лицето
- Артефакти и заобикалящата ни среда

Невербалната комуникация е предимно на несъзнателно ниво и поради това е по-автентична от вербалната комуникация. Невербалната комуникация разкрива същинското емоционално състояние и отношение между взаимодействащите лица.

Познаването на процесите на невербалната комуникация позволява те да се контролират, да се прилагат адекватно в ежедневието, както и изучаване на процеса на общуването и облекчаването на взаимодействията и взаимоотношенията между хората.

Невербалната комуникация възниква първа. Тя се среща и при животните. Според изследвания усмивката възниква, за да покаже, че дъвкательната мускулатура е отпусната и не се подготвяме за атака, т.е. усмивката се приема като първична форма на невербална комуникация.

Четири са по-съществените принципи в осъществяването на невербалната комуникация

- Невербалната комуникация е културно детерминирана
- Невербалните съобщения могат да се конкурират с вербалните съобщения
- Невербалните съобщения са несъзнателни
- Невербалните канали са важна за комуникационните отношения и нагласи

Символната невербална комуникация включва културно заучени жестове, които придружават езика:

- **Емблеми** – независими жестове с определени значения (например вдигнати рамене за изразяване на учудване или незнание)
- **Илюстратори** – подкрепят други съобщения, нямат смисъл сами по себе си (например начина по който човек използва ръцете си за да подчертае нещо)
- **Регулатори** – използвани за регулиране на текущата дейност

Цели на невербалната комуникация

- Заместване на речта (глухоними)
- Придружаване на изговореното съдържание и с нея се свързва **невербалното изтичане на информация**, когато вербалното противоречи на изразеното невербално (изчервяване, запотвяване)
- Подчертаване на части от вербалния изказ (ударение върху някоя дума, паузи, вариране на тона, скроост на говорене)
- Способност за дефиниране на взаимоотношения (ако някой иска да доминира използва по-висок глас, избира централна позиция на масата, стоене на издигнато място, зад бюро, прекъсване на другия, дълго гледане на другия)

Имаме пет невербални канала, чрез които комуникираме – **ъгъл на тялото, лице, ръце, длани и крака**.

Ъгълът на тялото засяга движенията **напред и назад**, които посочват **положителна** нагласа, докато движенията настрани посочват несигурност и съмнение. Облягането назад означава, че човек е отегчен, тревожен и разгневен.

Лицето е особено изразително по време на общуване. Комбинацията от съкращенията на лицевите мускули може да представи над 1000 мимики. Особено важно при изражението са очите, не случайно те са наречени **прозорец на душата**. Те са особено изразителни и най-трудно се подават на тренировка.

Лицата на мъжете и жените са еднакво изразителни, но те предават изразителността по различен начин. Например мъжете изразяват повече емоции с долния ляв квадрант, докато при жените няма по-изразителна част на лицето. Те изразяват емоциите си с цялото тяло.

Ръцете са канал, при който ключовият фактор за интерпретация е интензивността. Когато човек иска да подчертае това, което казва, той използва повече движения с ръце. Отворените и отпуснатите длани обикновено са положително знак, особено ако са вдигнати нагоре. Жестовите на докосване на

себе си и „оправяне на облеклото“ обикновено сочат за напрежение. Кръстосаните ръце и крака изразяват закритост, като ролята на ръцете е по-силна в това отношение. Силно кръстосаните ръце, съчетани с напрежение, издават агресия, кръстосаните пръсти говорят за притеснение.

Гласът и тембърът също са част от невербалната комуникация. Гласът се характеризира с тон, скорост, наклон, обем, брой и дължина на паузите, честота на използването на паразитни думи и срички. Тембърът характеризира мощността и дълбочината на гласа. За справяне със страха в денталната практика лекарите по дентална медицина трябва да използват силен и дълбок глас.

Акцента, диалекта, спазването на граматически правила също оказват влияние при общуването. Например при фразата „Обичам те!“ може да има различни значения.

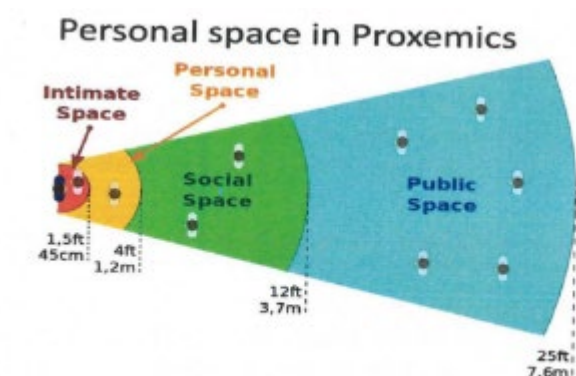
Мълчанието е друг елемент от невербалната комуникация, чрез който може да се предават различни чувства и да се окаже съществено влияние в определени ситуации

- Удоволствие
- Неловкост
- Респект
- Гняв
- Дискомфорт
- Болка

Външен вид, дрехи и аксесоари, заобикаляща среда също са част от невербалната комуникация.

Проксемика – зони на общуване

1. **Интимно пространство** - Това е зоната от тялото до 50 см около него, в тази зона се допускат само най-близките хора - деца, родители, братя, сестри, любовници, домашни любимци. В тази зона се допускат и лечителите, ние в нашата работа нахлуваме в тази интимна зона и причиняваме болка или казано по друг начин - дискомфорт, в този момент на подсъзнателно ниво личността на пациента крещи и се съпротивлява отчаяно.
2. **Лично пространство** - Представлява зоната от интимното пространство до около един и половина, два метра. Това е зоната, в която нормално се провежда общуването между двама души.
3. **Социално пространство** - Представлява зоната от два до четири-пет метра, например при провеждане на семинарно занятие.
4. **Обществено пространство** - Това е зоната при провеждане на обществени събития - митинги, концерти, хепънинги и т.н (фиг.1).



Фиг.1 Личностно пространство (6)

ТЕМА №20

20. Комуникация в денталната практика - етапи и основни принципи.

Успехът на една дентална практика зависи от много фактори като: местоположение, ниво на организация в нея, професионалните качества на лекарите по дентална медицина, а също и професионалните качества на помощния персонал, възможностите за предоставяне на бърза и качествена помощ итн).

Всички тези фактори влияят и оформят оценката на пациента за дентална практика.

Оценката на пациентите, потребителите на дентална помощ, е в основата на успеха, а тя изключително силно се влияе от добрата комуникация в денталната практика. Пациента иска да бъде равнопоставен в процеса на лечение. Той иска неговите проблеми да му бъдат обяснени разбираемо и подробно, заедно с него да се изработи планът на лечение и да получава подробна информация през целият процес на лечение).

Добрата комуникация с пациентите и умелото презентирание на възможностите на денталната практика са в основата на успеха,

ПРИНЦИПИ

Чрез комуникацията с пациента, експертното мнение на лекаря може да подпомогне пациента да определи кое е най-правилното лечение за него. Целта на ефективната комуникация с пациента е чрез увеличаване на знанията и разбиранията за оралното му здраве, той да може да вземе най-правилното и информирано решение за неговото лечение и същевременно по този начин да се увеличи доверието му към лекуващия.

Защо ефективната комуникация е важна?

Защото:

❖ Когато включим пациента, като напълно информиран партньор при тяхното лечение, те ще ни върнат жеста, като бъдат наши пациенти за дълго, а допълнително ще получим и по-голямо удовлетворение от работата, подобрена мотивация и увеличена продуктивност. ❖ Когато пациентите усещат приятна атмосфера в своята практика, те с по-голяма готовност ще приемат предложеното им лечение.

Съществува пряка връзка между позитивната атмосфера и готовността на пациента да приема лечението и спазва препоръките.

- ❖ Ще Ви препоръчат на приятелите си и ще подобрят вашата репутация.
- ❖ Намаляват се оплакванията - Открития и честен диалог с пациентите намалява оплакванията от тяхна страна.
- ❖ Подобрява ефективността на практиката - Когато дадем възможност на нашите пациенти да споделят притесненията си, това не отнема много време, но значително намалява вероятността от възникване на късни оплаквания.

Успеха и оценката на денталната практика се дава от пациентите, а тяхната оценка зависи от удовлетворението им по време и в резултат на лечението. **Първия и основен закон за удовлетворение на пациента:**

Удовлетворение на пациента = възприемане - очаквания

Това означава, че за да бъде едно лечение успешно, възприемането на резултата от пациента трябва да е по-голямо от очакванията, с които е дошъл. Под възприемане на резултата се разбира както добрите лечебни/медико-биологични, функционални, естетични резултати, така и удовлетворението му от приятната атмосфера в клиниката, добрата комуникация.

Успешната комуникация с пациента е много важна, за да можем ние да създадем у пациента очаквания, кои то в крайна сметка ще отговарят на крайния резултат. Говорейки за успешна комуникация ние трябва да сме наясно какво очакват от нас пациентите. **Те основно искат от нас да ги изслушваме, разбираме и да отговаряме на техните нужди.**

Основни потребности на пациента:

- ❖ **Приятелско отношение** - Пациентите ни доверяват собственото си здраве или здравето на семейството си и тъй като то е изключително ценно, те не могат да го доверят на случаен човек, затова те искат да ни чувстват ако не като роднини, то поне като близки приятели.
- ❖ **Емпатия** - взиманото доверие е в основата на взаимоотношенията лекар - пациент.
- ❖ **Ефективност и пунктуалност** - От нас се очаква да работим с висока ефективност, да свършваме голямо количество работа за кратко време, ако може в едно посещение да излекуваме проблемите натрупани с години, ще е най-добре.
- ❖ **Контрол** - искат да са основна част от терапевтичния им план и да чувстват, че имат контрол по време на лечението.
- ❖ **Възможности и алтернативи** - Пациентите искат да познават всички възможни начини на лечение. Достъпът до огромно количество информация в съвременния свят създаде един нов тип пациент, пациент, който е много информиран, не казвам правилно информиран, тези пациенти идват при нас сядат и започват да ни изпитват.
- ❖ **Информация** - Пациентите искат да получават информация както за лечението си, така и за нас, казахме, че те ни чувстват по време на лечението, като почти част от семейството и искат да знаят всичко за нас /каква кола караме, какви хобита имаме, къде почиваме, какво учат децата ни и т. н./

Постулати, които трябва да бъдат в основата на отношенията с пациента:

- ❖ Пациентите са личности и те искат да бъдат лекувани като личности, не като диагнози.
- ❖ Пациентите никога не прекъсват своята работа- Те сат своята работа.
- ❖ Твоя задача е да попиташ пациента „Как се чувства?“ ❖ Никога не се карай с пациент !!! Той винаги е прав /поне в собствените си очи/. Бъди добър слушател !!! ❖ Никога не говори първо за пари с пациента.

ЕТАПИ при комуникация с пациента в денталната практика - определят се 5 основни момента:

1. Първоначален контакт
2. Клиничен преглед
3. Обсъждане на лечебния план
4. Цена на лечението
5. Приключване на визията

Първоначален контакт - записването на час е първият контакт. Важно условие е лекарят и персонала да бъдат ведри и усмихнати, абсолютно забранено е дъвченето на дъвка или храненето при разговор с пациент. Тонът и тембъра на гласа трябва да се весели и жизнерадостни, като при отговор на повикване винаги първо трябва да се започне с името на клиниката, след което да се съобщи името на човека, който е на телефона и чак след това да се попита с какво можем да бъдем полезни.

При влизане на пациента в клиниката човекът който го среща първи трябва да го поздрави, без да чака пациента да започне първи разговор. Препоръчително е лекарят по дентална медицина да се срещне първо в чакалнята с пациента и той лично да го заведе до амбулаторията, каби нета, където ще се проведе прегледа. Естествено важи правилото, че зъболекарят трябва да е ведър, спретнат и усмихнат и да поздрави първи своя пациент. Задължително е да се обръщате към пациента по име и да му представите хората / колеги, асистенти/, които ще присъстват на прегледа или манипулациите.

По време на първоначалния контакт е желателно да проведете раз говор с пациента по важни за него теми /семейство, интереси и т.н./, не е желателно да се започва веднага разговор за денталните,

здравословните проблеми на пациента и да се използват термини и да се правят заключения в този етап.

Поискайте разрешение от пациента за започване на клиничния преглед!

Най-важното в този етап е да успеете да приемете ролята на лидер и водач по време на посещението.

Клиничен преглед: Клиничния преглед е рутинна процедура за професионалиста, но за пациента това е много важен и основен момент, той очаква своята „присъда“. Пациента няма представа какво проверявате по време на прегледа, така че говорете му, обяснявайте му какво виждате и какво Ви харесва в неговата устна кухина и какво е повод за тревога, разяснете му основните термини, които използвате. Когато приключите прегледа дайте резюме на пациента, окуражете го да полага по-големи усилия за поддържане на оралната си хигиена. Попитайте пациента „Има ли въпроси“ - Не забравяйте, че пациента е част от екипа.

Прегледа трябва да бъде използван като момент за предаване на информация към пациента.

Обсъждане на лечебния план: След приключване на клиничния преглед и констатиране на откритите проблеми с денталното здраве идва ред на обсъждане на лечебния план. По закон се изисква пациента да бъде напълно информиран за възможните лечебни варианти, но не бива да се забравя, че информирането на пациента му дава възможност да се чувства като истински

партньор при провеждането на лечението. Дискутирайки с пациента различните варианти на лечение, ние демонстрираме нашите експертни възможности и същевременно увеличаваме доверието на пациента в нас. Трябва да се има предвид, че информацията за възможни усложнения, представени в този момент, увеличават експертният ви потенциал в очите на пациента, ако тази информация се предостави след като усложнението се е случило, изглежда като оправдание в неговите очи.

Правилото при обсъждане на лечебния план е на пациента възможностите да се представят в логичен ред: от най-традиционния, най-евтиния метод, към най-съвременния и съответно най-скъпия метод. Много положително е в този процес да бъдат предоставени допълнителни печатни материали, да им се демонстрира на модели какво ще бъде извършено, да им се посочат имената на фирмите и техните сайтове и т. н. Много важно е да сте сигурни, че показанията за всеки един от лечебните планове предлаган от вас е налице. Уверете се, че сте разбрали правилно и питайте дали пациента има въпроси.

Най-важното избягвайте да бъдете съдия на вашите пациенти за избора на лечебен план.

Информирано съгласие: това е резултат от комуникацията в денталния кабинет между лекаря по дентална медицина и неговия пациент. Лечението не бива да започва без изричното съгласие на пациента. **Информираното съгласие споделя тежестта на взетото решение /за лечение или отказ от лечение/ между лекаря и пациента.** Желателно е информираното съгласие да бъде писмено.

Цена на лечението: Обсъждането на цената на лечението, не е приятно нито за лекаря по дентална медицина, още по-малко за неговия пациент.

Пациентите искат да водят този разговор с техния зъболекар, а не с човека на рецепцията.

Пациентите трябва да знаят, че цените са образувани в резултат на много фактори - времето за процедурата, цените на материалите из ползвани при лечението, лабораторна работа, разходи за обучение, разходи за персонал, режими и т.н.

Поставянето на въпроса честно и откровено може да ни помогне да избегнем неразбирателство и неудовлетвореност вследствие на неприятния характер на разговора.

Вие започнете разговора за цената на лечението, пациента чувства този въпрос твърде личен. Подробно обяснете факторите обуславящи крайната цена. Подходете към разговора откровено и се опитайте да разгледате споменатите и премълчани притеснения на пациента.

Дискутирайте ценовите варианти по начин пациента да бъде в позиция да вземе решение за оптималното за него лечение.

Когато говорите за цената, винаги дръжте пациента да е седнал на зъболекарския стол, но да бъде в изходно положение. Не позволявайте провеждането на генералната дискусия за цената на лечението да се провежда от някои от персонала.

Завършване на визията: последните няколко минути от визитата са също толкова важни, как то първите няколко. Попитайте пациента дали е разбрал лечебния план, който сте дискутирали и отново го попитайте дали има някакви въпроси. Готовността Ви да отговаряте на въпросите на пациента, увеличава доверието му във вас.

При възрастни пациенти тук е необходимо да се обърне повече внимание, поради редукцията на работната памет с възрастта, е добре да помолите пациента да повтори основните изисквания и препоръки към него, за да сте сигурни, че сте били разбрани правилно и пациента е запомнил необходимите действия от негова страна.

Това е момента за по-сериозна физическа близост с пациента /хванете го за ръката, потупайте го по рамото, приятелски го прегърнете/.

Изпратете пациента до рецепцията.

Обръщайте се по име към пациента от началото до края на визитата.

Използвайте тези моменти за разсейване на останалите съмнения.

Последното Ви изречение при раздялата с пациента винаги трябва да е следното: "Звъннете ако нещо Ви притеснява!"

Пациента трябва да е уверен, че сте ангажиран с проблемите му и може да разчита на вас.

ТЕМА №21

Междоличностни взаимоотношения в денталната практика – видове конфликти, подходи за справяне

За жалост в денталната практика, като във всяка функциониращата организация, се получават конфликтни ситуации. Конфликтът е сблъсък на интереси, действия, наставения, разбирания.

Видове конфликти:

1. Според резултата и изхода от конфликта
 - **Функционални** – подобряват дейността и организационната ефективност, предлагат нови възможности и гледни точки, по-добри решения
 - **Дисфункционални** – намаляват продуктивността, накърнява се морала, повишава се напрежението, наруша се комуникацията
2. Според броя участници
 - **вътрешно-личности**
 - ценностен конфликт
 - емоционален конфликт
 - **междо-личностни конфликти**
 - **вътрешно групови**
 - интелектуално несъгласие
 - несъвместими стилове и индивидуалности
 - **междо-групови конфликти**
 - **организационни конфликти**
 - вертикален конфликт – различни нива на власт
 - хоризонтален конфликт – между слъжители на едно и също ниво
 - диагонален конфликт – обхваща всички нива
 - **междо-организационни конфликти**
3. Най-чести конфликти в денталната практика
 - **Конфликти между членовете на денталната практика**
 - При разлики в подходите на лечение
 - Професионални разногласия
 - Личностни сблъсъци
 - Скривове в комуникацията
 - **Конфликти с пациента**
 - при неефективна комуникация
 - при допуснати грешки в хода на лечението

Всеки конфликт преминава през няколко стадия:

1. Латентен (скрит) конфликт – налице са условия за възникване
2. Възприет конфликт – когато има разпознати различни позици
3. Осеае конфликт – когато страните в конфликта чувстват обтегнатост и безпокойство
4. Манифестиран конфликт – наблюдава се поведение предназначено за фрустриране опитите на другите да преследват своите цели
5. Последствия от конфликта

Подходи за справяне с трудни, некоректни пациенти

Конфликтните ситуации с пациенти се получават обикновено с наречените „трудни пациенти“. Трудните пациенти са недоволните пациенти, пациентите, при които имаме разминаване между очакванията от лечението и резултатът.

За да се справим с конфликта първото, нещо което трябва да направим и най-основното правило е да бъдем **Добри слушатели**. В процеса на лечението, ние трябва да се опитаме да разберем пациента в дълбочина и да се опитаме да го окуражим да придобие чувство на автономия. При изслушването на пациента разбираме мислите и притесненията му и създаване по-силна връзка с тях. Когато пациента ни възприема като добър слушател, вероятността да остане с добри впечатления е голяма

Сила на извинението

Всеки греша. Възникналите проблеми трябва да бъдат разрешени в най-ранен етап, още докато са малки. Дори и в съда призната вина и спешно взетите мерки за справяне с последствията, в резултат на грешките е смекчаващо винаги обстоятелство

Разрешаване на проблеми възникнали при лечението

Различни са причините, които превръщат пациентите в трудни. Дори най-добрите ни пациенти не сядат с желание на стола. Повече от 60% от пациентите са тревожни по време на денталната практика. Възможно е пациентите да не приемат, да не са съгласни с констатациите за денталното им здраве, а също така и да не приемат предложения им план за лечение. Според Брус Пелтие трябва да разглеждаме трудни ситуации, а не трудни пациенти.

Не бива да поставяме етикета на даден пациент като труден въз основа на предишна комуникация с него. Взаимодествието между лекар и пациент е двупосочен, основан на взаимно доверие, затова при първите затруднения в комуникацията трябва да промених подхода.

Пациентите, които са недовлни от резултатите се разделят на два вида. Тези, които демонстрират веднага недоволството, а другите са тези, които не споделят разочарованието си. В този случай трябва да сме наблюдателни и да дешифрираме невербалните сигнали, които изпраща пациента, за да можем да открием и решим проблема.

Не омаловажаме оплакванията на пациента. Трябва да разкаже своята гледна точка. Често те не назовават точно проблема и е необходимо да се вникне в думите им, за да открием причината.

Трябва да показваме доверие. Пациентът трябва да знае, че разбираме неговия проблем и му съчувстваме. Необходимо е да имаме емпатия към него и тя да се развива постоянно. Пациента се нуждае, че ние сме на негова страна.

Не преминаваме в защита. Трябва да поемем контрола над ситуацията. След като сме чули проблемът му, предприемаме действия за разрешаване, дори и да не е сигурно кои са необходимите действия, създаваме впечатление, че работим за отстраняването.

Създаваме план за лечение, предлагаме. Обясняваме го как ще реши проблема му.

КОНФЛИКТИ В ДЕНТАЛНИ ЕКИП

Според участниците в конфликта можем да разделим няколко вида

- между дентални лекари,
- между дентален лекар и член на персонала
- между помощния персонал
- между мениджъра и членове на персонала
- може някой да не си върши работата

При конфликтите на работното място екипът започва да се чувства демотивиран, стресът на работното място се увеличава, зачестяват се болничните и отсъствията и в крайна сметка може да се стигне до загуба на ценни служители.

Когато настъпи конфликт най-важното е да се пристъпи към неговото разрешаване възможно най-бързо, защото при отлагане може да се стигне до такъв момент, в който отношенията между участниците да са разрушени необратимо. По време на разговора не съдят участниците и да им се внушава вина. Трябва всеки да изложи гледната си точка и да не се сочи с пръст.

Как да се справим с конфликта?

1. Откриваме източника на конфликта

Източника може да бъде междуличностни взаимоотношения, може да е в резултат на несъвършена организация на работата или в резултат на външни стресови фактори

2. Създаваме условия за честен и открит разговор с участие на засегнатите страни

При диалога трябва да се даде възможност всяка страна да изложи позицията си. Не трябва да влизаме в роля на съдия. Участието трябва да е доброволно, иначе няма смисъл от диалога

3. Всички страни да са с еднакви условия да изразяват вижданията за проблема

Най-важния момент за ефективно разрешаване на конфликта е участниците в него да са уверени, че са третирани справедливо и могат наравно да изразят мнението си. Основно в конфликтите стоят емоциите и това осигурява на участници възможност да осъзнаят какво чувстват. Трябва да има взаимно уважение и участници да се изслушват

4. Да се установи истинската причина за конфликта
Много често причината за конфликта е коренно различна от това, което се разказва от участниците в него. Можем да попитаме други хора, които не са участници в конфликтка, за да разберем повече какво се е случило.
5. Намерете общи цели на засегнатите страни, които да са в основата на намирането на решение
Намирането на общ език е по-лесно, когато всички проблеми са излезли наяве. Поемете отговорно за защита на интересите на всички страни и помислете за постигане на взаимноприемливо решение. Обикновено компромисът е единственият възможен път за намиране на решение.
6. Определете отговорностите на всички замесени страни
Трябва да има хармония на работното място. За разрешаване на конфликта след намиране на компромис между участниците е необходимо да се изработи план на действие с ясно описани роли. Обикновено при компромис нито една от засегнатите страни не е напълно удовлетворена, затова се изработва ясен план с конкретни ангажменти, на всички страни, участващи в конфликта.
7. Следете как върши разрешаването на конфликта
Разрешаването на конфликта не е еднократен акт и изисква продължителен контрол. При необходимост трябва да се вземат и коригиращи решения относно отговорностите на участниците

В заключение, един от начините за да не възникват конфликтни ситуации в денталната практика, е работещите в нея да са добре запознати с нормите за добра комуникация и поведение. Въпреки, че случайното напомняне на персонала какво е приемливото поведение на работното място и какво се очаква от тях да изглежда леко досадно и донякъде властно поведение, не забравяйте, че когато каналите за комуникация са ясни и открити шансът за недоразумения и конфликти намалява.