

През 1997 г. в свое изследване Sondell и Söderfeldt (1997)* правят извода, че в денталната медицина липсва интегриран, общоприет модел на взаимодействие, комуникация между зъболекар и пациент. Тази ситуация не се е променила две десетилетия по-късно.

Емпатията е в основата на взаимоотношенията между лечител и пациент – когато пациентът има причина да вярва, че зъболекарят е загрижен, за това как се чувства и включва пациента като пълноправен участник в процеса на лечение, тревожността на пациента ще бъде намалена.

Взаимното доверие между лекар и пациент води до множество ползи – от една страна повишава удовлетвореността на пациентите от лечението, променя в положителна насока тяхното отношение към денталното им здраве, а от друга страна намалява професионалния стрес на зъболекаря и увеличава удовлетвореността му от професията.

Б. Бонев

**Sondell K, B. Söderfeldt. Dentist patient communication: a review of relevant models. Acta Odontol Scand. 1997; 55: 116-126.*

ПСИХОЛОГИЧНИ ПОДХОДИ В ДЕНТАЛНАТА ПРАКТИКА

Бойко Бонев



Колеги,

Моля Ви имайте уважение към труда на автора вложен в създаването на монографията и не използвайте това нейно копие с комерсиална цел, като ксерокопиране и пр.

ФАЙЛЪТЕ С ИЗКЛЮЧЕНА ВЪЗМОЖНОСТ ЗА ПРИНТИРАНЕ!

Ако монографията ви е било от полза, моля закупете печатното издание. Така ще възнаградите авторите за положения им труд.

Благодаря предварително!

СПОРНО ЧЕТЕНЕ!

ПСИХОЛОГИЧНИ ПОДХОДИ В ДЕНТАЛНАТА ПРАКТИКА

Бойко Бонев

София

- 2023 -

Проекта за монография на тема „Психологични подходи в денталната практика“ с автор Бойко Бонев е разгледан на катедрен съвет на катедра „Обществено дентално здраве“ при ФДМ на МУ-София и бяха предложени рецензенти (протокол №149/07.11.2022), с решение на ФС на ФДМ-София №2518/25.11.2022г рецензентите Проф. Захарина Савова, д.м. и Доц. Д-р Петър Божинов, д.м. бяха одобрени.

ПСИХОЛОГИЧНИ ПОДХОДИ В ДЕНТАЛНАТА ПРАКТИКА

© Бойко Бонев

© Спектър

София 2023

ISBN 978-954-9467-62-8

СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ	9
ПЪРВА ГЛАВА.....	11
1. Основни теории за развитието на личността	11
1.1 Бихевиоризъм	11
1.2 Теория за типове личности – Hans Eysenck.....	13
1.3 Психоанализа – Зигмунд Фройд	14
1.4 Теория за обективните отношения: - Карл Густав Юнг.....	18
1.5 Индивидуална психология - Алфред Адлер	19
1.6 Карен Хорни	20
1.7 Теория за психо-социално развитие на Ерик Ериксон.....	21
1.8 Хуманистична психология - Ейбрахам Маслоу	24
1.9 Когнитивна психология.....	26
1.10 Съвременни разбирания за развитието на личността	27
1.10.1.1 Детско-юношеско развитие.....	27
1.10.2 Ранна Зрялост – 24 -35/40 години.....	39
1.10.3 Преход между ранна и късна зрялост. Криза на средната възраст.	41
1.10.4 Същност и възрастови граници на старостта.....	42
ВТОРА ГЛАВА	45
2. Личността и денталната практика.....	45

2.1 Взаимоотношения пациент – дентален екип	45
2.2 Личността като дентален пациент	49
2.3 Личностни характеристики на денталният лекар.	51
СОБСТВЕНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ	56
2.4 Психологични характеристики на студентите във ФДМ-СОФИЯ.....	56
ГЛАВА ТРЕТА	65
3. Психология на болестта	65
3.1 Възникване и развитие на психологията на болестта	65
3.2 Психология на болката	68
3.3 Поведение по време на боледуване.	72
СОБСТВЕНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ	82
3.4 Влияние на бариерите за достъп до дентална помощ в България	82
ГЛАВА ЧЕТВЪРТА	92
4. Стрес, стресът в денталната практика, професионално прегаряне.....	92
4.1 Стрес	92
4.1.1 Произход и развитие на стреса.....	92
4.1.2 General Adaption Syndrome.....	94
4.1.3 Когнитивна теория за стреса	98
4.1.4 Подходи за справяне със стреса	102
4.2 Стресът в ежедневната дентална практика	103

4.2.1 Източници на стрес в денталната практика	104
4.2.2 Подходи за справяне със стреса в денталната практика.	107
4.3 Професионално прегаряне - „Бърнаут“.	108
4.3.1 Възникване и развитие на понятието “Burnout”	108
4.3.2 Симптоми и етапи в протичането на “Burnout”	109
4.3.3 Подходи за справяне с “Burnout”	112
4.4 „Burnout“ и денталната професия:	113
ГЛАВА ПЕТА	117
5. Психопатология и психотерапия	117
5.1 Психопатология.....	117
5.1.1 Тревожни разстройства.	118
5.1.1.1 Фобии.....	119
5.1.1.2 Дентална фобия.....	122
5.1.1.3 Генерализирана тревожност.....	126
5.1.1.4 Панически атаки.	126
5.1.1.5 Обсесивно-компулсивно разстройство.	128
5.1.2 Депресия.	130
5.1.3 Основни психични заболявания – Шизофрения, деменция: 133	
5.2 Психотерапия	134
5.2.2 Когнитивно – поведенческа психотерапия в едно посещение за лечение на дентална фобия.	137

ГЛАВА ШЕСТА	143
6. Основи на комуникацията.....	143
6.1 Вербална комуникация.....	144
6.2 Невербална комуникация.	146
6.3 Проксемика.....	151
ГЛАВА СЕДМА	153
7. Комуникация в денталната практика	153
7.1 Принципи на комуникацията в денталната практика	153
7.2 Основни етапи при комуникацията с пациента в денталната практика.	156
7.3 Конфликти в денталната практика	160
7.3.1 Подходи за справяне с трудни, некоректни пациенти.	160
7.3.2 Конфликти в денталния екип.....	163
СОБСТВЕНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ	167
7.4.1 КОНФЛИКТИ В ДЕНТАЛНАТА ПРАКТИКА	167
7.4.2 Комуникация в денталната практика: пропедевтичен тренинг	183
РЕЦЕНЗИИ	195
РЕЦЕНЗИЯ №1	196
РЕЦЕНЗИЯ №2	198

*„Да упражняваш лекарска професия не е
нищо друго освен да виждаш нещастieto
на другите и да изтърпиш своето“*

Лутер

ВЪВЕДЕНИЕ

Да сме лекари по дентална медицина е нашето призвание, но съвременният свят се променя и изисква от нас да отговаряме на предизвикателствата на времето. Светът в който живеем е много динамичен. От една страна технологиите и дигитализацията в нашата практика играят все по-значима роля в процеса на лечение, от друга страна промяната в начините на общуване, достъпът до информация, промяната в ценностите, водят до промяна и на нашите пациенти.

В тази книга аз се опитвам да анализирам процесите, от гледна точка на психологията, които протичат в денталната практика, които обуславят промяната в потребностите и изискванията на нашите пациенти, а също така да споделя свои изследвания по проблеми, над които работя повече от десет години.

Психологията за краткото си съществуване заема съществено място в съвременния свят. Проблемите при общуването, особеностите на личностното развитие, психо-социалния климат на работното място, маркетинга и подбора на кадри са основни във всяка една област на обществото.

В моята монография съм се опитал да опиша накратко, основните моменти на личностното развитие. Представям ги, както от историческа, така и от съвременна гледна точка, а също така съм направил опит да анализирам общуването в денталната практика. Разгледал съм поведението на личността поставена в една различна среда, каквато е зъболекарският кабинет, а също съм се опитал да охарактеризирам личностните особености на денталния лекар.

Психологията на болестта и здравето играе основна роля при формирането на здравословен стил на живот. Личностните особености са изключително важни за нашето поведение по време на боледуване и определят отношението ни към болестта и лечението.

Стресът се превърна в основна характеристика на съвременния начин на живот. За жалост нивата на стрес в нашата работа са високи и справянето с него е все по-голямо предизвикателство. Проблемите на професионалното прегаряне са все по-актуални за съсловието ни.

Редица психични разстройства влияят на ежедневието ни, а също така участват при взаимодействието ни с нашите пациенти и оказват влияние върху резултатите от лечението и отношението на пациентите към денталното им здраве.

Комуникацията във всичките и форми е в основата на една успешна дентална практика. Тя ни дава възможност да презентираме с успех качествата на нашето лечение, от една страна и от друга да разрешаваме конфликтите, както вътре в колектива, така и с нашите пациенти.

Като лекар по дентална медицина с повече от 20 годишен стаж по специалността и повече от 10 години с интереси в областта на психологията и комуникациите, с тази книга се надявам да съм в услуга на колегите си, лекари по дентална медицина, да разбират по-лесно пациентите си и да се справят по-успешно със стреса и проблемите възникнали в процеса на работа.

Приятно четене!

Бойко Бонев

*„Животът не ни наказва. Той ни учи.
И ние живеем заради тези знания.“*

Андрю Матюс

ПЪРВА ГЛАВА

1. Основни теории за развитието на личността

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“.

Съвременната психология започва развитието си през 19 век в Германия, за кратко време претърпява бурно развитие, като по целия свят се разкриват десетки лаборатории и школи, започва издаването на редица научни списания. В САЩ голяма популярност придобива Бихевиоризма.

1.1 Бихевиоризъм

В началото на 20^{ти} век възниква бихевиористичната школа. Джон Б. Уотсън (1878-1958) е родоначалника и. „Behavior: An introduction to Comparative Psychology“ (15) на Джон Уотсън е публикувана през 1914 г. и поставя началото на бихевиоризма.

Основна теза на Уотсън е, че психологията трябва да е наука за поведението и трябва да бъде абсолютно обективна, експериментална, природна наука. Може да се изследват както човешкото, така и животинското поведение. В основата на поведението според него е влиянието, дразненето върху организма, което предизвиква ответна реакция - стимул и реакция ($S \rightarrow R$). **Целта на психологията според Уотсън е прогнозирането и контролът на поведението.**

Основна материя за Бихевиоризма на Уотсън е поведението на хората и животните, затова той се интересува от елементите му, т.е. мускулни движения на тялото и секрецията на жлезите.

Уотсън е краен привърженик на средата. Той не само отрича **инстинктите**, но отказва да приеме в системата си каквито и да е унаследени способности, като темперамент или талант.

Според него **емоциите** са просто физиологични реакции на конкретни стимули. (При отправена заплаха към вас според него няма емоция а само ускорен пулс и отговорен отговор на стимула) (1).

Наследник и продължител на бихевиоризма на Уотсън е Скинър.

Той продължава да изследва реакциите. Той се интересува от описанието, а не от обяснението на поведението и той вярва, че задачата на научното търсене е да установи функционалните взаимоотношения между контролираните от експериментатора стимулни условия и последващи реакции на организма.

Според Скинър човешките организми се контролират и ръководят от сили в средата, външния свят, а не от сили вътре в тях самите. Скинър не поставя под съмнение съществуването на вътрешни физиологични или дори психични условия. Това, което той отрича, е тяхната полза за научното изучаване на поведението.

В своите изследвания Скинър, е обосновал принципа, че организмите повтарят отговорите, които водят до позитивен резултат и избягват отговори водещи до негативен такъв. Този основен прост принцип се използва и ще продължи да се използва при формиране на поведението в училища, затвори, заводи, болници.

Трудът на Скинър „Отвъд свободата и достойнството“ (7), предизвиква разгорещена дискусия в обществото, като основния въпрос, който се поставя е ако всяко наше поведение се предизвиква от външни дразнители, какъв избор наистина имаме при вземане на решение и какво са всъщност нашите мечти и желания? Отговора на тези въпроси според Скинър е прост „Свободната воля е илюзия.“

1.2 Теория за типовете личности – Hans Eysenck

Hans Eysenck е немски психолог работил основно в Англия, самият той се определя като привърженик на бихевиоризма. Изключително продуктивен учен, създател на теорията за типовете личности.

Според Hans Eysenck в психологията се наблюдават две основни направления, които не работят в достатъчно пълноценно сътрудничество, а именно - психологията на личността и експерименталната психология. В своите изследвания, той се опитва да обедини тези две направления. Теорията на Hans Eysenck, за разлика от повечето теории за личността, не разглежда личността в развитие (промените, които се наблюдават с възрастта), а я разглежда като структура в пространството, определена от съответните черти и суперчерти (13).

Eysenck определя личността като повече или по-малко стабилна и трайна организация, състояща се от характер, темперамент, интелект и телосложение, които определят уникалното приспособяване на индивида към средата. Характерът е система на когнитивното поведение, изразяващо се в проявата на воля. Темпераментът – на афективното поведение свързано с емоциите. Интелектът е онази относително стабилна структура, отнесена към интелигентността. Телосложението се обуславя от структурата на тялото и нервно-ендокринните характеристики. Така определението на Eysenck акцентира върху чертите (стабилност и трайност), групирането на които води до формиране на типа. Типологията на личността на Eysenck е йерархично структурирана система, чиито елементи се състоят от типове (супер черти), черти, привични реакции и специфични реакции. (Например типът екстроверсия се основава на взаимоотношението между различните черти общителност, импулсивност, активност, жизненост и възбудимост. Всяка от тези черти се заключава от взаимодействието между поведенчески реакции като удоволствие от общуване с хората, участие в различни мероприятия, вземане на спонтанни решения и др.

Така в своите ранни изследвания (Eysenck, 1947, 1952) авторът описва два основни типа личност, които назовава интроверсия-екстроверсия и невротизъм-стабилност (понякога срещан като нестабилност-стабилност). Тъй като тези две измерения на личността не зависят статистиче-

ски една от друга, т.е. хората могат да бъдат разделени в четири групи, всяка от които представлява комбинация на високи и ниски оценки в диапазона на единия тип заедно с такива в диапазона на другия тип. По-късно, на базата на други статистически анализи Eysenk (1976) (10) посочва и третият тип - психотизъм (сила на свръх Аз-а). Психотизмът е характерен за хората с висока степен на проява на чертите егоцен-тризъм, импулсивност, проява на равнодушие, склонност за противопоставяне на обществените устои. Често пъти те са тревожни, общуват трудно с околните и не срещат разбиране, целенасочено създават конфликти. Табл. 1

Таблица. 1 Характеристики на личността според Eysenk (10)

	Стабилен	Невротичен
Интроверт	спокоен, уравновесен, контролиращ се, миролюбив, внимателен, грижовен, пасивен	необщителен, тих, тревожен, бързо сменящ настроенията си, песимистичен, затворен
Екстровеит	безгрижен, весел, отзивчив, приказлив, отстъпчив, дружелюбен	уязвим, нервен, агресивен, възбудим, неуравновесен, импулсивен, оптимистичен, активен

1.3 Психоанализа – Зигмунд Фройд

В края на 19 век във Виена Зигмунд Фройд разработва своята теория личността. В неговата теория за първи път се обръща внимание на ролята на сексуалността за развитието на личността (8); (3).

За да опише структурата на личността Фройд използва следните основни понятия:

Според Фройд в човешката психика могат да се различат три вида представи :

- ❖ **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.
- ❖ **То** – потиснатото в нашето несъзнание. За То невъзможно, непозволено не съществува. То иска.
- ❖ **Азът** – Представлява човешкото същество пред външния свят.
- ❖ **Свръх-азът** – човек трябва да се приспособява не само към околните, но и към обществото. В резултат на историческите социални натрупвания се е формирал Свръх-азът.

Структурата на личността според Фройд, можем да демонстрираме със следната фигура фиг. (1)



Фиг. 1 Структура на личността според Фройд (11)

То (Id) - Намира се изцяло в несъзнаваното. Така ние не сме наясно с него. Това са нашите скрити животински инстинкти и желания. Удоволствието е основната му цел. **ТО** иска, **ТО** желае, **То** търси незабавно удоволствието и **ТО** не желае, избягва болка.

Азът – е тази част от личността, която отговаря за представянето ни пред околния свят. Развива се след **Id**. При раждането поведението на детето се ръководи изцяло безусловни рефлекс /**ТО**/, на шестия месец от живота му почти всички безусловни рефлекс са заменени с условни, т.е. **Азът** се е формирал. **Егото** / **Азът** свързва **Id** с заобикалящата ни среда и представя желанията на **То** в приемлив за околните вид. **Егото** е това как всеки от нас изглежда като личност.

СвърхАза се създава последен, формирането му започва около пет годишна възраст - точно в този момент, когато върху човешката личност се изсипят закони, правила, норми, независимо дали създадени от родителите или обществото. Човек трябва да се приспособява, съобразява не само към околните, но и към обществото.

Азът/Егото често е посредник между **То/Id** и **Свърх Аза**.

Според Фройд личността се оформя в ранна детска възраст като преминава през няколко основни етапа:

- ❖ Орално-канибална фаза – от раждането до втората година.
- ❖ Садико-анална фаза – от две до четири годишна възраст.
- ❖ Фалическа – четири, пет - годишна възраст (Едипов комплекс)
- ❖ Това са основните периоди по оформяне на личността, следват:
- ❖ Латентна фаза – от шест до дванадесет - годишна възраст.
- ❖ Гениталният период – пубертет.

Класическата психоанализа приема, че нарушенията и травмите при преминаването през тези периоди са основа за развитието на неврози. Поддържането на равновесието между различните части на съзнанието (нормата) се дължи на нормалното преминаване на личността през тези фази (9).

Според Фройд, личността твърде малко се променя след края на латентната фаза, но **Азът** /**Егото**/ развива редица защитни механизми за

предпазване от идеите, въздействието на **ТО** /подсъзнанието/ (10).

Основните защитни механизми са:

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.

Дефинирани са и други защитни механизми, но тези се откриват сравнително често в поведението на нашите пациенти за отбягване на дентално лечение.

Психоанализата на Фройд търпи в годините много критики, но вече повече от сто години се използва като психотерапевтичен метод, което само по себе си показва значимостта на работата на Фройд. Неговите виждания и до днес имат много привърженици, а редица психолози известни като **неофройдисти** или **его-психолози**, създават редица теории, в които доразвиват психоанализата на Фройд през призмата на собствените си вижданията. Такива са: Анна Фройд, Карл Густав Юнг, Алфред Адлер, Карен Хорни, Ерик Ериксон, Ейбрахам Маслоу.

1.4 Теория за обективните отношения: – Карл Густав Юнг

Според Юнг – основател на аналитичната психология – ролята на сексуалността не е толкова силна при оформянето на индивидите.

Според него личността има три основни части. „Азът“ – **тясно свързан с индивидуалното несъзнавано** (резервоарът от материал, който някога е бил в съзнанието, но е забравен или изтласкан)

Юнг въвежда термина **Колективно безсъзнателно**: най-дълбокото ниво на психиката; съдържа унаследените преживявания на човешкия и пред човешките биологични видове.

Други основни моменти в теорията на Юнг са **архетипове** (вродени детерминанти на психичния живот). Добре известни са също психологичните типове на личността според Юнг, а също така теорията за **екстroversия** (насочва силата на либидото (жизнената енергия) извън Аза към външни събития и хора и **интroversия** (обратно либидото е насочено навътре. Такъв човек е разсъдъчен, интроспективен и се противопоставя на външни влияния (1).

1.5 Индивидуална психология – Алфред Адлер

Според Адлер човешкото поведение е детерминирано до голяма степен от социални сили, а не от биологични инстинкти. Той предлага понятието **социален интерес**, дефинирано като вроден потенциал да се сътрудничи с другите за постигане на лични и обществени цели. Нашият социален интерес се развива в младенчеството чрез ученето. Противно на Фройд, Адлер минимизира влиянието на секса в оформянето на личността. Освен това се фокусира върху съзнателните, а не безсъзнателните детерминанти на поведението. Докато Фройд асоциира настоящото поведение с миналите преживявания, Адлер вярва, че сме по-силно повлияни от плановите за бъдещето. Стремещт към цели или очакване на бъдещи събития могат да влияят върху настоящото поведение (11).

За разлика от Фройд, който разделя човешката личност на части, според Адлер личността е единно цяло.

Адлер издига тезата за генерализираното **чувство на малоценност**, като мотивираща сила на поведението. В младенческа възраст безпомощността на детето и зависимостта му от други хора събуждат тази малоценност. Осъзнавайки нуждата да го преодолее, детето същевременно е ръководено от вродения стремеж към самоусъвършенстване. Неуспехът в адекватното компенсиране на чувствата на малоценност може да доведе до развитие на **комплекс на малоценност**.

Жизнен стил. Според Адлер импулсът към превъзходство или съвършенство е универсален, но в опитите си да постигне тази цел всеки от нас се държи по различен начин. Този стил включва поведенията, чрез които компенсираме реалната или въображаема малоценност. Жизненият стил е фиксиран към 4-5 годишна възраст и след това трудно се променя.

Концепцията на Адлер за **творческата сила на Аза** приема, че сме способни да определяме собствената си личност в съответствие с уникалния си жизнен стил.

1.6 Карен Хорни

Родена в Хамбург, получава обучение като фройдитска аналитичка.

По-късно Хорни оспорва становището на Фройд, че личността зависи от не променящи се биологични сили. Тя отрича превъзходството на сексуалните фактори, оспорва едиповия комплекс, отхвърля концепциите за либидото и трикомпонентната структура на личността. Хорни приема безсъзнателната мотивация и съществуването на емоционални, нерационални мотиви. В отговор на убеждението на Фройд, че жените са мотивирани от завистта за пениса, Хорни твърди, че мъжете са мотивирани от завистта за утроба. Хорни може да бъде възприемана като ранен борец за правата на жените.

Базисна тревожност: Хорни приема убеждението на Фройд, че личността се развива в ранните години на детството, но за разлика от него смята, че това става не в резултат на вродени инстинкти, а като резултат от социални взаимоотношения. В резултат на родителските действия, например доминация, липса на защита и любов и непостоянно поведение, всичко което разстройва увереното взаимоотношение между детето и родителите може да предизвика **базисна тревожност**. Когато тази предизвикана тревожност стане видима, детето развива поведенчески стратегии в отговор на родителското поведение. Когато поведенческите стратегии на детето станат фиксирана част от личността се нарича „**Невротична потребност**“. Хорни определя три основни невротични потребности (13).

- Сервилна личност – човек, който изпитва нужда да се доближава към другите хора, изразява потребност от одобрение, привързаност и доминиращ партньор.
- Откъсната личност – човек, който има нужда да се отдалечава от другите, изразявайки потребности от независимост, съвършенство и отдръпване.
- Агресивна личност – човек, който има нужда да се движи сред хората, изразявайки потребности от власт, експлоатация, пресити, възхищение и постижения.

Самата Хорни описва работата си като разширение на системата на Фройд.

1.7 Теория за психо-социално развитие на Ерик Ериксон

Трябва да се има предвид, че раждането на човека не съвпада с раждането на личността. Човек притежава характеристиките на биологичния вид, към който принадлежи, но личност той става в процеса на своето развитие.

Ерик Ериксон счита, че развитието на личността се обосновава от взаимодействието на 3 основни фактора – индивидуално – биологичните, възпитанието и социокултурното обкръжение

Една от най – често цитираните и популярни съвременни теории за цялостното развитие през жизнения път, е теорията на Ерик Ериксон. Тя се основава на епигенетическия принцип, според който от раждането до смъртта си, човек преминава през генетически предопределени етапи, като през своя живот се сблъсква с 8 психосоциални кризи, които са специфични за всяка възраст (криза – възможност/опасност) (фиг.2). Изходът от тези кризи може да бъде благоприятен за бъдещото развитие на личността или да бъде неблагоприятен (12.).

8 етапа на развитие и кризите:

Същността на **първата криза** се изразява с доверие/недоверие.

Човекът я преживява през първата година след раждането си. Решаващо за неговото развитие през този период е това дали хората, които се грижат за него удовлетворяват или не удовлетворяват физиологичните му потребности. Ако тези потребности се удовлетворяват, то у детето се развива чувството за базисно доверие към обкръжаващия го свят, а ако те не се удовлетворяват се развива чувството за недоверие. С този етап се свързва и добродетелността и надеждата, вярата в достижимостта на най – важните желания въпреки трудностите. Тази вяра се предава от майка на дете.

Втората криза се определя като автономия срещу съмнение и срам.

Тя се преживява от човека от 1 до 3 годишна възраст. През този период се правят първите опити на детето да бъде обучено по конкретно в спазване на социалните изисквания за самоконтрол и регулация на телесните си функции (обучение за ползване на гърне). Ако родителите са внимателни към детето и търпеливо му помагат да развие умениято

си за контрол на телесните функции, то у него се развива чувството за автономност, т.е. за самоуправление. Обратното, твърде строгия или непоследователен родителски контрол може да изгради у детето чувство за срам и съмнение, което е свързано със страха да не би да изгуби контрол над своя организъм. Чувството за самоконтрол без загуба на уважение е първия източник на чувство за свободна воля.

Третата криза е свързана с противоборството на инициатива срещу вина.

От 3 до 6 годишна възраст. През този период започва да се развива самоутвърждаването на детето като то започва активно да изследва и да се намесва в средата, в която функционира. Децата постоянно творят планове в своите игри и тяхното осъществяване води до изграждането на чувството за инициатива. Обратното, преживяването на неуспехи и безотговорност могат да доведат до изграждането на покорност и чувство за вина. Основен принос на етапа на инициативата за по – късното развитие на идентичността се състои в изграждането на чувството за цел или смелостта да се преследват личностно значимите цели, независимо от рисковете и възможния неуспех.

Четвъртата криза е свързана с противоборството на трудолюбието срещу чувството за малоценност.

От 7 до 12 годишна възраст. Докато през останалите 3 периода основната социална среда, в която се разрешават кризите е домът и семейството, то през този стадий, кризата протича в нова среда (училището). Детето се учи да работи и това е неговата подготовка за решаване на бъдещите социални задачи. В зависимост от обстановката в училищната среда, методите на обучение и възпитание у децата се изгражда „вкус към труда“ – трудолюбието или обратното, чувството за непълноценност. Чувството за непълноценност може да се прояви и по отношение на училищните задачи, но и по отношение на мястото, което детето заема сред приятелите си.

Петата криза се изразява като противоборство на идентичност срещу дифузия (объркване на ролите).

Обхваща периода на юношеството 13-15 годишна възраст (първия стадий от кризата). Това е кулминационния момент в теорията на Ерик Ериксон тъй като в този период юношите синтезират своя предшестваш

опит, за да формират стабилно чувство за идентичност. Така например от първия стадий до кризата на идентичността идва потребността от доверието в себе си и в другите, поради което юношите много „нахъсано“ търсят хора и идеи, на които да вярват. През втория стадий на кризата (16-18 годишна възраст), ако е изградено чувството, че можеш свободно да се определиш чрез това, което желаеш, то юношата започва да търси възможност да взема решения по отношение на своята бъдеща професионална дейност (професионална идентичност). Постигането на идентичност чрез отговор на въпроса „Кой съм аз?“ се съпровожда и от породената добродетел в този стадий, това е способността да се поддържа ангажираност независимо от противоречивите ценностни системи.

Шестата криза се определя като интимност срещу изолация.

Това са проблемите на ранната зрялост (от 20 до 40 годишна възраст). Основното през този период е търсенето на близост с любим човек, с когото да бъде споделен живота, а в случай, че опитът да се намери такъв човек е неуспешен, започва да се изпитва чувство на изолация. Идентичността през този период се изразява като „Ние сме това, което обичаме“, а любовта е качество, което е най – силно през този период.

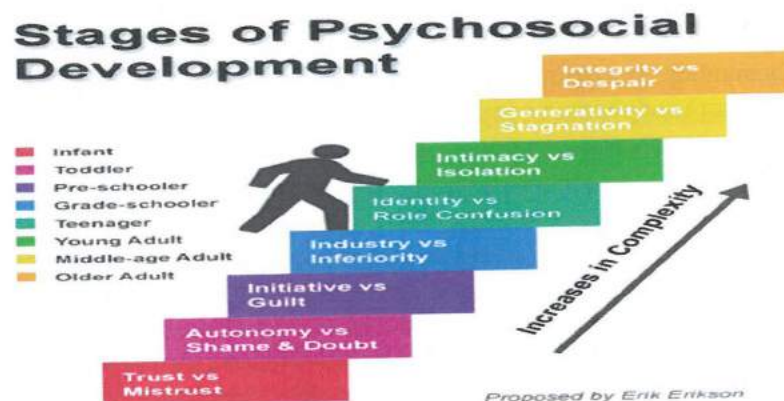
Седмата криза се определя от разрешаване на сблъсъка генеративност срещу стагнация.

От 40 до 60 годишна възраст. Време през което основните усилия на човек са насочени към грижата към следващото поколение. Периода се характеризира с висока продуктивност в творчество в различни форми на живота. Ако обаче човек не може да създаде поколение и да се грижи за него, тогава възниква регресия, чувство за стагнация, скука и междучелностно обедняване. През този стадий е времето когато се изгражда добродетелта – полагане на грижи и любов.

Осмата криза се определя като противоборството интегритет срещу отчаяние.

Настъпва след 60 годишна възраст. 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. Добротелта, 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“.



Фиг. 2 Възрастови кризи според психо-социалната теория на Ерик Ериксон (12)

1.8 Хуманистична психология - Ейбрахам Маслоу

Роден в Бруклин, Ню Йорк, Ейбрахам Маслоу има нещастно детство (изоставен от баща си, мразен от майка си.). Голяма влияние върху Маслоу оказва Втората световна война и най-вече контакта с европейските психолози, който в резултат на войната се преместват в САЩ. Такива са Адлер, Хорни, Кофка и Вертхаймер. Макс Вертхаймер и антроположката Рут Бенедикт са в моделите на Маслоу за **себеактуализиращи** се личности.

Според Маслоу всеки човек притежава вродена тенденция към **себеактуализация**. Това е състояние, което е най-висшето от човешките потребности, включва активно използването на всички наши качества и

способности (10). За да станем себеактуализиращи се, трябва първо да задоволим потребностите, които са на по-ниски равнища на вродената йерархия. Всяка потребност трябва да се задоволи, за да може следващата да ни мотивира (11.) (фиг. 3).



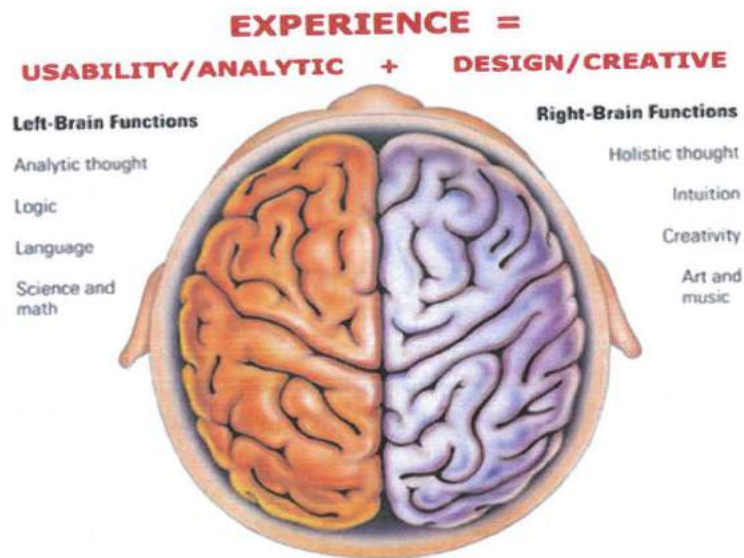
Фиг.3 Йерархия на потребностите според Маслоу (11)

Маслоу вярва, че предпоставките за себеактуализацията са достатъчно любов в детството и задоволяване на физиологичните потребности и тези от сигурност през първите години от живота.

Макар че теорията на Маслоу е вече на повече от 50 години, мениджърите все още често се обръщат към нея. Заедно с Херцберг и Макгрегор, той е признат за един от основателите на мотивационната теория.

1.9 Когнитивна психология.

През 60те години на 20ти век Джеймс Олдс открива, че чрез стимулация в мозъка може да предизвика чувства, емоции, спомени. По същото време Роджър Спери открива, че лявата и дясна половина на мозъка отговарят за различни функции, започнало определянето на различни зони в мозъка фиг(4). Установило се, че лявата хемисфера на мозъка отговаря за изучаването на природните науки и математиката, а също така за аналитичните процеси и логиката, а дясната хемисфера за интуицията, креативността изкуствата и музиката. Тези открития се превръща в научна база за развитието на когнитивната психология (10).



Фиг. (4) Карта на мозъка според Роджърт Спери (10)

Според когнитивните психолози – Когнициите са систематизирани носители на информация в интрапсихичната хомеостаза на човека. Когнитивната психология смята, че мисленето е физическо преживяване и може да бъде тренирано, въпреки че е ненаблюдаемо (11).

Най – изтъкнати представители на когнитивната психология са Жан Пиаже и Наом Чомски. Първият е известен с проучванията си за когнитивното развитие на децата, вторият обяснява връзката между езиковите познания и когнитивните корени.

В заключение за развитието на психологията мога да кажа, че науката психология наистина представлява един мост между философията и природните науки и нейното развитие отговаря на развитието на обществото, кореспондира с обществените ценности от една страна и развитието на науката от друга.

1.10 Съвременни разбирания за развитието на личността

Реалността винаги, постоянно се променя, запазването на равновесието с нея е възможно само чрез непрекъсната промяна, а не чрез отсъствието на промяна. Променливостта е средство, което позволява съществуването на обектите, на непроменливото в тях.

1.10.1.1 Детско-юношеско развитие

Детството е период от живота, през който възможностите на психиката и нейната адаптивност се увеличават от сравнително скромни в началото, до напълно достатъчна за съществуването на индивида.

Детството е период за усвояване на натрупаните от предишните поколения знания и умения за реалността, а също и възможностите да я променяме. Усвояването на тези знания и умения от децата се организира в среда създадена от възрастните и най-подходяща според тях за по-бързото и мащабно усвояване на натрупаните през вековете знания и умения. Тази среда също се развива и променя през годините, като целта на промяната винаги е бързото увеличение на адаптивността на детската психика.

Периодизацията на развитието по време на детството е изключително важен въпрос. Съвременната психология приема, че скоростта на развитие е различна през различните периоди. През еднакви по продължителност периоди имаме различни по големина промени в психиката.

- Къси интервали с относително големи промени в психиката
- Относително по-продължителни интервали, при които промените са в рамките на придобити качества.

Бързата поява на нови качества в развитието на психиката внася елемент на прекъснатост, а наличието на гранични моменти между отделните периоди, дава основание на много психолози да ги наричат „Кризис на развитието“ – за твърде кратък период психиката се променя твърде много (5).

С изключение на бихевиоризма всички теории го разделят на периоди, но всяка една теория описва по различен начин новите качества появяващи се бързо в краткотрайните интервали, разграничаващи периодите.

- Жан Пиаже – хипотезата е изградена върху появата на нови качества на мисленето в началото на всеки следващ период: конкретни умствени операции- /обратими и необратими/ (6).
- Възрастовата периодизация на Зигмунд Фройд е изградена върху появата на нови качества на емоциите - промяна на сексуалността и промяна на зоната от тялото предизвикваща сексуално удоволствие през всеки нов етап / орален; анален; фалически; латентен и генитален период /
- Възрастовата периодизация на Ерик Ериксън е изградена върху придобиването на нови социални качества в началото на всеки следващ период: доверие; самостоятелност; инициативност; трудолюбие и т.н (2).

Периодизация на детско-юношеското развитие

Периодите на развитие през детството са общоприети, независимо от промяната на наименованието им през различните етапи на развитие на обществото и психологията. Още Платон преди повече от 2400 години е предлагал всички деца от 3 до 6 - годишна възраст да бъдат събирани всеки ден на едно и също място, пригодено за игри, които да бъдат организирани, а от 7 до 12 години да посещават общинското училище, където да се научат да пишат, смятат и свирят на музикални

инструменти.

Основните периоди на детско-юношеско развитие са:

1. Младенческа възраст – първата година от живота
2. Ранна възраст – втората и третата година от живота
3. Предучилищна възраст – от 4 до 7 години
4. Начална училищна възраст – от 7 до 11 години
5. Период на физиологичното (полово) съзряване – от 11 до 14-15 години.
6. Период след физиологичното съзряване до юридическото съзряване от 15 до 18, 19-годишна възраст.

Между периодите се наблюдава известно сходство, в една част от периодите на обучение за поведение преобладава над обучението за знания. Това са :

- ❖ Последните няколко месеца на първата година
- ❖ Предучилищната възраст
- ❖ Периода на физиологично съзряване (11-14 години)
- ❖ През останалите периоди обучението за знания преобладава над обучението за поведение.
- ❖ Ранна възраст (2-3 година)
- ❖ Начална училищна възраст
- ❖ Юношеския период (15 -18)

Няколкократното повторение на сходни периоди, води до обединението им по двойки в три по-големи цикли, наричани от някои епохи в развитието (фиг. 5).



Фиг. 5 Периодизация на детско-юношеското развитие (5)

Поява на психиката

Детството е закрепен от еволюцията период в развитието на всеки бозайник, продължителността на този период зависи от сложността на екологичната ниша обитавана от съответния вид. При човек вследствие на еволюционното развитие, а също така и на бурното социално развитие детството е дълъг период, като редица психолози приемат, че в съвременното то завършва на 24, 25-годишна възраст.

Целта на детството е повишаване адаптивността на психиката до ниво осигуряващо реализация на личността в социалната среда. Логичен е въпроса кога възниква психиката?

Човек се ражда девет месеца след началото на съществуването си. При раждането си човек реагира на промените на средата, следователно има психика. Извършени са редица изследвания, за да се установи кога най-рано има реакция към промяната на околната среда /създаване, наличие на условен рефлекс/. Условният рефлекс е индивидуален опит усвояван по време на живота, той е в резултат на адаптацията.

Установено е, че към седмия месец от бременността е възможно изграждането на условен рефлекс от плода.

Развитие през първата година

При раждането психиката на детето не се различава от тази на бебетата на горилата или шимпанзето, но в края на първата година разликата е значителна.

Детето има всички сетива при раждане: зрение, слух, обоняние, вкус и ориентация в пространството, като те се развиват бързо и в края на първата година повечето от сетивата са с възможностите на възрастен човек.

При раждането, поведението на бебето се ръководи от инстинкти, които бързо се заменят от условни рефлекс. В края на петия месец поведението на детето изцяло е водено от създадените условни рефлекс.

В края на първата година /след деветия месец/ се засилва стремежът към усвояване на поведение. Особеност на този период, че се усвояват елементи от поведението, а не завършени, окончателни поведения. Например детето се научава да ходи, но то не се придвижва от точка А до точка Б, а само извършва движението – ходене.

През първата година главна емоция на децата е общуването, те търсят човешките лица и разпознават човешкия глас, вследствие стремежът за общуване се изгражда и силната емоционална връзка с близките и най-вече с майката.

Развитие през ранна възраст

Като цяло през втората година развитието на сетивата завършва, но това на психиката продължава, възприемането на понятията, започнало в края на първата година продължава, като броя на познатите понятия се увеличава.

През втората и третата година психиката и физиологията са настроени за възприемане на знания. Физиологията е оптимизирана за възприемане на структурата на предметите. Развиват се с предимство моторните движения на пръстите на ръцете. Светът се опознава чрез опознаване на различните предмети. Децата в тази възраст се интересуват основно от социалните свойства на предметите. Те следят как възрастните използват предметите и копират тяхното поведение.

В тази възраст се извършва обучението на тоалетно поведение, усвояват се основни правила за поведение.

Децата започват да схващат несъответствието между извършеното и одобряването поведение, започват да разбират значението на думите „не“, „Недей“, „не може“.

Към 18-20 месечна възраст, започват съзнателните игри между де-

цата, до този период децата не възприемат връстниците си като себеподобни, а като движеща се играчка.

Свойството на психиката, което най-интензивно се развива през този период е мисленето и то едно от главните му приложения речта. Осъзнава се понятие за вид предмети от понятия за отделни предмети. Научаване на дума за вид предмети (5).

В резултат от развитието през ранната възраст се появява съзнание-то.

Признаци за поява на съзнание са:

- В края на втората година детето разпознава образа си в огледалото
- През третата година се появява чувство на собственост
- През третата година се появява думата за съзнанието – АЗ
- През третата година детето е в състояние да преразкаже случка, събитие
- От началото на третата година се създава понятието за пол
- В средата на третата година в рисунките се разпознава сходство между рисунка и нарисувания предмет.

Пробива на временното съзъбие завършва в средата на втората година, затова и на две години и половина, три са най-малките пациенти с кариес на временното съзъбие. С тези пациенти се работи трудно и манипулациите трябва да бъдат кратки, необходимо е да се използва когнитивното разсейване и положителното подкрепление. Хубаво е, че децата на тази възраст не са обременени с минал лош опит и е изключително важно да не останат с лоши впечатления от визитата в денталната практика.

Развитие през предучилищната възраст

Този период отново е характерен с промяната в адаптивността на психиката и обучението за поведение, в резултат тялото бързо загубва закръгления си пухкав вид типичен за ранната възраст. Височината всяка година се увеличава с 5-6 см, а теглото с 2-3 килограма.

Основна характеристика на поведението е сюжетно-ролева игра. – децата подражават едно на друго и най-вече на възрастните – Усвояване на поведение в група. Участието на детето в сюжетно-ролева игра изисква голяма работна памет, по време на играта всеки трябва да е наясно с развитието на сюжета от самото начало.

Появява се агресията – Смята се, че агресията и стремежът за съвместно поведение, са един и същ инстинкт, който условно може да се нарече „големина на социалност“

Децата в тази възраст обичат да лъжат, като според изследванията 90% от децата на 6-годишна възраст лъжат.

Увеличават се възможностите на мисленето и най-вече на предпазената памет. В резултат имаме бързо увеличение на понятийната структура. Това натрупване става обикновено чрез задаване на въпроси. Достига се до 300-400 въпроса на ден.

Мисленето е в състояние да схване цялостната структура на средата – природна и социална.

Една от основните черти за развитието на психиката през този период е възможността за конструиране на предстоящо поведение от елементи в паметта, появата на което е в резултат на нарасналата предпазена памет.

Появява се йерархия в мотивите, което позволява извършване на по-малко приятното поведение, като необходимо условие за по-приятното – например: /Ако си събереш играчките, ще ти купя сладолед/.

В предвид на това, че това е етап на усвояване на поведение, в този период на развитие трябва да се доизградят и затвърдят навиците за орална хигиена. Лечението на децата на тази възраст е много по-лесно ако се прилага сюжетно-ролевата игра, положителното подкрепление и им се дава информация за последващите манипулации.

Начална училищна възраст

Физиологичен показател за смяна периодите на развитие е появата на постоянните зъби.

През седмата година, имаме промяна в развитието на психиката. Стремежът за усвояване на знания се увеличава и започва да преобладава над стремежът за придобиване на умения.

Приема се, че главната закрепена от еволюцията дейност за развитието на психиката през този период е ученето, като стремежът за придобиване на знания е най-голям през този период. Обикновено на тази възраст децата ходят с желание на училище и усвояват с еднакво усърдие материала по всички учебни предмети. Децата в тази възраст нямат любими дисциплини, по точно всички предмети са им любими.

Както казахме и по-рано в периодите за натрупване на знания с предимство се усъвършенстват фините моторни действия на ръцете, потвърждение на това е, че почерка е най-красив в трети клас.

Способността за продължително последователно усвояване на знания и умения е необходимо качество на човешката психика, което не присъства в нея от раждането, а се появява през седмата година (5).

През седмата година се увеличава обема на работната памет, отново и достига до големината типична за възрастните.

През седмата година се появява и последната характеристика на психиката, по-която тя се е отличавала от тази на възрастните – Способността за непрекъснато допълване на наличните знания с нови.

Мислене и памет през ранната училищна възраст

Важните знания и умения започват да се натрупват в преднамерената памет, а не са нахъсани фрагменти в непреднамерената. Важен момент е, че децата имат хронологични спомени за миналите събития и способност да подреждат бъдещите. Появява се способността за обединяване на минали и предстоящи събития в единен, непрекъснато удължаващ се образ в двете посоки.

Говорим за способност за многократно преподреждане на усвоените знания – Пример за това е, че децата на тази възраст могат да играят на шах и карти.

В заключение за този период, можем да подчертаем следното: Основна характеристика на промените през седмата година е готовността за обучение в училище:

1. Наличие на неограничен достъп до миналия опит
2. Способност за добавяне на нови знания към вече съществуващите.

3. Способност за усвояване произволна по сложността си структура от знания и умения в резултат от по-горните два елемента.

Готовността за обучение не настъпва едновременно за всички деца – затова е доста логично наличието на предучилищни занимални, в които децата да бъдат наблюдавани и подготвяни за обучение от педагози.

Във връзка с развитието на работната памет, пациентите на тази възраст могат да се третират като възрастни, с тях да бъде планирани следващи посещения, да им се обръща внимание да следят за предстоящи събития /например очакван пробив на постоянен зъб/ и да им се предоставят знания за важността на профилактичните мероприятия и оралната хигиена. С подобряване на фината моторика в този период качеството на оралната хигиена трябва да достигне това на възрастен индивид.

Физиологическо съзряване

Ранно юношество

В края на детството усвоените знания и поведение трябва да станат достатъчно големи за използване от възрастен човек: да са с такава бързина, големина, сила и продължителност като при възрастен човек. Юношеската възраст е край на детството: преход от него към възрастната част от живота.

Възрастната част от живота трябва да започне с достатъчно адаптивни знания и поведение, позволяващи съревнование с възрастните. Затова в последната част от детството – юношеството, децата започват да разполагат с все повече качества на възрастните.

Физиологично съзряване – период в който децата придобиват и започват да имат физическите възможности на възрастните. Детска психика с физически възможности на възрастен – Ранно юношество

Периодът за развитие на мисленето до големината позволяваща създаване на уникални нови идеи и поведение е последният биологично закрепен период на детско-юношеската възраст – Средно юношество. Говорейки за новите качества и поведение, които се придобиват в периода на средното юношество, можем да посочим:

Характерно за този период е експериментирането с поведението на възрастните, но помежду си, което възрастните възприемат, като изоли-

ране от тях.

Резултат от разграничаване от възрастните е разграничаване от външния им вид и уеднаквяването му с връстниците.

В този период се усвоява най-важният елемент на средата – стремеж към участие в група. Стремежът е силен и групите са големи, обикновено класовете са разделени на 2 до 3 групи.

Периода започва с продължително оглеждане в огледалото. В огледалото човек оглежда себе си през очите на другите. Затова огледалото е средство за въздействие върху социалната среда.

Ранното юношество се характеризира с големи промени на психиката, които обаче са по отношение на емоционалността, а не по посока на мисленето.

Промени в отношенията с възрастните:

1. Промяна на логиката на детските постъпки и възприемането им като нелогични от възрастните.
2. Намаляване на интереса към усвояване на знания
3. Доближаване на детските качества на физиката и психиката до тези на възрастните.
4. Разграничаване на децата от възрастните – промяна в общуването, не общуват с възрастни
5. Влошаване на поведението

Влияние върху юношите в този период, макар и в по-малка степен от връстниците, оказват:

Семейството. Въздействие на семейните отношения, зависи от стила на отношенията в него – авторитарен, либерален, демократичен и хаотичен

Въздействие на **училището**. Учителите губят ролята си на пример за децата и ако не успеят да се държат като приятели с тях, а дори и като част от групата, много често оказват повече негативно влияние върху юношите.

Въздействие на неорганизираната социална среда. Примери за такава среда са телевизията; интернет и социалните мрежи. Не бива да

се забравя, че телевизията винаги обслужва интересите на собствениците и, а интернет освен, че е свободна зона крие и много опасности, особено при общуването с непознати потребители.

Промените в ранното юношество много остроумно са описани от Марк Твен от начина, по които той успокоил юноша, разтревожен, че родителите му не го разбират: „Просто изчакайте малко, когато аз бях на 14 години баща ми беше толкова глупав, че едва го понасях. Когато обаче навърших 21 години, бях изумен колко много е поумнял през това време този изкуфял старец“.

В този период отношението на юношите към оралната хигиена и денталното лечение се променя и е повлияно от отношението на групата към него. Лечението е по – лесно и по – успешно, ако юноша намира разбиране и открива приятел в лицето на лекаря по дентална медицина или в член на денталния екип.

Съзряване на мисленето. Средно юношество

На 14-15-годишна възраст физиологичното съзряване завършва, а с него още един период от детството. Започва следващия, последния период от биологичното съзряване.

Главната човешка адаптивна стратегия е съвместното разпределено поведение, в което всеки участник извършва различна от тези на останалите дейност. Затова уникалните знания и умения за уникалното им използване, различни от тези, които имат и са в състояние да извършват останалите участници в съвместното поведение, са най-важно условие и средство за съществуване на всеки човек след края на детството. Поради това през периода на биологично съзряване, еволюцията е закрепила емоционалност, насочваща към усвояване на знания и поведение различни от тези на останалите, за разлика от ранното юношество, където се усвояваха знания и поведение общи за възрастната част от популацията.

Инстинктивното противодействие срещу знанията и предложенията на възрастните остават в миналото и отново се проявява стремеж за учене. Стремежът за учене не е като в началното училище. В тази възраст при юношите се появяват любими предмети, към които е насочено по-голяма част от усилията за усвояване на знания. Предмети, които се

очаква да им осигурят уникалните знания и поведение.

Физиологичното развитие продължава с последните, окончателни промени – тялото расте на широчина, мускулната сила се увеличава. Настъпването на половата зрялост подтиква юношите да експериментират с това ново качество. Голяма част от времето е посветено на мечти, мисли, разговори за секс и начините за намиране на партньор.

Във всички предходни периоди децата се адаптират към средата създадена от възрастните. В този период има съществена разлика – децата се адаптират към света на възрастните.

Големите аморфни групи, характерни за ранното юношество се разпадат на по-малки, но по организирани. Групите престават да приемат нови членове безпричинно и започват да изтласкват членове, които не отговарят на социалния статус на групата.

Мисълта на големия американски психолог Ерик Ериксон, описва много добре основната цел на този период: „Формирането на идентичността започва там, където свършва ползата от идентификацията.“

Днес периода между 15-18 години изцяло е зает от усвояване на общообразователни знания, усвояването на професия е изместено в следващия период – 19-24 години. Този период е наложен, поради необходимостта на съвременното общество от допълнително придобиване на знания и поведение за социална адаптация. Периода не е еволюционно и биологично закрепен, той е изцяло социално наложен.

Още от предишния период на развитие юношите започват да обръщат особено внимание на физическата привлекателност, което е мотив за подобряване на оралната хигиена и спазване на денталния профилактичен режим. По време на късното юношество при лечението им те се третират по същия начин, както и пациентите от ранната зрялост.

Късно юношество, социално съзряване

Следствие от глобалното запълване на екологичната ниша и глобалният край за екстензивна адаптация и следователно начало на непрекъснатата интензивна социална фаза на адаптация за всички хора, довежда до изключителен социалният натиск върху биологично съзрелите юноши за все по-продължително изчакване на статут на възрастен (4).

Социалната структура допуска интегриране само на младежи, съз-

дали в себе си нови уникални способности и продължава да противодейства на интеграцията на младежи, чиито способности не се различават от тези на останалите.

С началото на социалното юношество душевността на младежите в голяма степен става огледално обвърната. В периода на биологичното юношество, природата предоставя на физически съзрелите – детска психика, а след края му, социалната среда налага на младежите, вече притежаващи психика на възрастни нежеланата и необичайна за тях детска душевност.

Социалното юношество съвпада с периода закрепен от еволюцията за създаване на потомство и отглеждането му със семеен партньор. Социалната среда не позволява на младежите генетично мотивираното поведение, а изисква от тях противоположно. Това конфликтно състояние на психиката е мъчително както за младежите, които искат нещо което не им се разрешава, така и за възрастните, които изискват от младежите да правят неща, които те не желаят.

Социалното юношество не е резултат от нечий коварен план, а от природни закони, които хората все още не могат да използват или заобиколят. Затова социалното юношество е неминуем и в този смисъл необходим период в живота на всеки млад човек, макар и не за усвояване на професия, а за усилия за допълване на умственото си развитие с уникални съревнователни способности, изградени върху максимално върно разбиране на реалността и своето място в нея.

1.10.2 Ранна Зрялост – 24 -35/40 години

Разликата между детството и зрелостта е количеството натрупани знания и усвоеното поведение за околната среда /биологична и социална/ и възможностите за адаптация.

Приема се, че в началото на периода – младите хора вече са усвоили като цяло, общодостъпните знания за реалността.

Периода се характеризира с голяма динамична интелигентност (с елементи, схватливост и креативност) това позволява извличане и допълване на нови уникални знания. Въпреки това количеството общи и

професионални знания са по-малко от на повечето възрастни – липсва достатъчно натрупан опит.

Важни са социалните партньорства с по-възрастни, по-адаптивни и по-професионални, което изисква непрекъснати усилия, за създаване на съизмерими по големина способности.

Ранната зрялост е период за преодоляване на социални прегради, но не може да се разчита на достатъчна социална отговорност, тъй като приоритет на периода е биологичното съществуване и възпроизводство. Това е периода, в който основната еволюционна задача за създаване на потомство, въпреки забавянето поради социални причини е на път да се осъществи.

Известната американска психоложка Гейл Шихи (14), изследователка на възрастовата психология и особено на промените при женската възрастова психология, нарича периода между 20 – 30 години период на илюзиите. Характерно е:

- Специфична за жените илюзия е, че всеотдайността към семейството е достатъчна.
- За мъжете, че социалното и професионално издигане са достатъчни за осмисляне на живота.
- Типична за двата пола е илюзията за единствения верен път в живота.

В този период проблем пред денталното лечение е, че денталното здраве започва като ценност да се съревновава с другите ценности на младия човек /нов смартфон или нови алуминиеви джанти/ за ограничените му финансови възможности. От гледна точка на развитието на психиката и на мисленето, това е най – благоприятния период за работа с пациента.

1.10.3 Преход между ранна и късна зрялост. Криза на средната възраст.

Зрелостта е несъвместима с илюзии и душевна неустойчивост. Зрелостта е резултатът от цялостното развитие на психиката и с това – негов край. За зрелостта е характерно:

- Душевното равновесие е възстановено
- Илюзиите са минимални, критичността – максимална
- Адаптивността и професионализмът са близки до максималните жизнени големина.

Характерно за този период е редуцията на сексуалността и частичното ѝ заместване от социално-ориентирани диспозиции – т.е. в ранна зрялост сексуалността е цел на съществуването, а социалността средство за тази цел. В късна зрялост местата им се разменят

Деграцията на близката и увеличаване противодействието на цялостната социална среда. Родителите спират да са пример и подкрепа. Децата вече не са зависими от нашата помощ и наставления.

Социалната адаптация намалява – към съревнованието с връстниците се появява конкуренцията за богатата на социалната среда от следващото поколение.

Кризата на средната възраст е свързана с разсейване на илюзиите в средата на живота. Мечтите са осъществени или сме разбрали, че никога няма да бъдат осъществени – това води до: Появява се мъчителният въпрос какъв е смисълът на живота, щом най-желаното вече е осъществено (4).

Отношенията между половете се освобождават от илюзии.

Илюзиите се разсейват независимо от желанието, което прави този процес неочакван и мъчителен: „прозренията“ се наслагват и разрушават равновесието.

Средата на живота не е край му: еволюцията е оставила физиологични възможности за следващ, но без основен ориентир в него (създаване на потомство).

Периода на кризата на средната възраст от гледна точка на лекаря

по дентална медицина е благоприятен, защото той често е свързан с провеждане на редица естетични лечения, но и труден, не рядко, поради необоснованите претенции на тези пациенти.

Късна зрялост

Начална фаза на късната зрялост 40-55. Това е зрелостта без прилагателни - непродължителен момент след разсейване на илюзиите, но преди значителна редукция на най-важните качества.

В няколко години предшествващи и последващи 50, душевните възможности като цяло достигат максималната си големина

Промяна на способностите – след 45 динамичната интелигентност (възможностите за обучение) все по-забелязващо намалява. Въпреки това натрупаната интелигентност продължава да расте. Професионалният авторитет достига максималната си големина в началната фаза на късната зрялост. Най-добрия професионалист обикновено е този на 50 – 55 години.

Към края на късната зрялост (58-63) динамичната интелигентност престава да осъвременява знанията дори за тясно професионалната област. В резултат късната зрялост завършва с изместване на предшестващото поколение от следващото.

1.10.4 Същност и възрастови граници на старостта

В живота на хората се появява допълнителен период – старостта – в който поради само разрушаване на организма не е в състояние да съществуват самостоятелно.

В останалата биосфера стари животни няма.

Старостта е резултат от два валидни само за хората аспекта на взаимодействието им с реалността, различаващи ги от останалите видове:

- Социални отношения – по-важни
- Развитие на медицината.

Цивилизационната фаза на социалните отношения е по-важна, защото отсъствието ѝ изключва старостта дори при наличие на медицина.

Характерно за старостта е, редукция на работната памет – Продължителността и взаимната последователност на почти всички битови събития се редуцират до рамките на деня. С възрастта преднамерената памет става недостатъчна за обслужване дори на ежедневния бит. С напредване на старостта интелигентността намалява. Жизненият опит престава да се натрупва и става все по-неизползваем. В резултат намалява критичността към околната среда. Реалният професионализъм на 70-годишните е значително по-малък от този на 40-60-годишните им колеги.

Характерно е изравняване на емоциите по време на старостта, резките колебания на настроението намаляват.

Началото на старостта се придружава с преход от голяма социална свобода, към много малка. Социалният статус не просто намалява, а се срутва върху основата на социалната пирамида. Тази трансформация е силно внушение за социална ненужност, затова е много потискаща и често се преживява като социална смърт.

В резултат на развитието на обществото, възрастните хора заедно с децата са обособени като приоритетна група за ползване на здравни грижи.

От гледна точка на психологията загубата на социална свобода и срутването на социалния статус, създават големи трудности при мотивирането на възрастните хора за съхранение и възстановяване на денталното здраве.

С напредване на възрастта се влошава оралната хигиена и в резултат оралното здраве. При работа с възрастни хора трябва да се съобразяваме с редукцията на работната памет и да повтаряме многократно нашите указания към тях, а също и да ги помолим да ги повтарят, за да сме сигурни, че сме разбрани и че те са ги запомнили.

Библиография:

1. Енциклопедия Психология, ред. Реймънд Корсини, София; 1998
2. Ер. Ериксон, Идентичност: младост и криза, 2013, Рива; 340стр.
3. Ерих Фром, Психоанализа и религия, София; 2016
4. Маджаров Г. Психология на възрастните. 2013; В. Търново: 250с.
5. Маджаров Г. Развитие на психиката в детско-юношеската възраст. Велико Търново; 2001
6. Пиаже Ж., Избранные психологические труды: Пер. с англ. и фр., междунар. пед. акад.; 1994, стр.680); (3. Duncan J., H. Emslie, P. Williams. Intelligence and the frontal lobe: the organization of goal-directed behavior. Cognitive Psychology, 30(3), 1996 : 257-303p.
7. Скинър Б. Ф. Отвъд свободата и достойнството. София; 2017 : 216с
8. Фройд З. Психология на сексуалността., Колибри, 2015, стр.272
9. Фройд З. Тълкуване на сънищата. Колибри, 2020, стр.592
10. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. Перевод С. Меленевская, Д. Викторова. Издательство „Питер Пресс“:Санкт-Петербург;1997
11. Шульц Дюейн, Синди Шульц. История на модерната психология. София; 2006; 512 стр.
12. <https://valentinboyadzhiev.com/2016/09/01/etapi-na-psihosocialnoto-razvitiie-na-lichnostta-erik-erikson/> ; 5.03.2019 – 10:00ч
13. Ryckman, R. Theories of Personality, 10th ed. Centage Learning: London;2013
14. Sheehy G. Passages: Predictable Crises of Adult Life. New York, Ballantine Books: 2006
15. Watson J., Behavior: An Introduction to Comparative Psychology Paperback. Nabu Press, 456:2010

ВТОРА ГЛАВА

2. Личността и денталната практика

2.1 Взаимоотношения пациент – дентален екип

Основната дейност на денталната практика е лечението и то е исторически обременено с множество страхове и тревожност в потребителите на дентални услуги от една страна, а това поведение на пациентите поражда и допълнителен стрес в лекарите по дентална медицина.

Практически цялото население ползва дентални услуги. Средата, в която те се предоставят и очакванията за болка и дискомфорт по време на лечение, поставят личността на пациента в стресова ситуация, която влияе върху поведението на личността.

Спецификата на лечението в денталната практика физически ограничава възможностите за вербална комуникация на пациента, което е допълнителен стресогенен фактор.

Основна цел на денталната практика е да провежда регулярна дентална помощ на своите пациенти, за постигането и е необходимо денталният екип да може да направи контакта с тях по-лесен, достъпен и по приемлив начин (4)

Взаимоотношенията дентален екип – пациент са двупосочни, комуникацията с така наречените „трудни пациенти“ води до допълнителен стрес в екипа.

В денталната практика съществуват различни подходи за взаимодействие с пациентите, в зависимост от нивата им на стрес и личностните им характеристики. При едни модели се обръща основно внимание на комуникацията с пациентите (8), при други основни са личностните характеристики на пациентите (9 ; 3)

Според Ruth Freeman (4) трябва да се обърне специално внимание на динамиката на взаимоотношенията, тъй като те зависят от двама души (лекар-пациент), затова тя предлага **психо-динамичният модел** на вза-

имоотношения в денталната практика.

Имаме три основни варианта на взаимоотношения при психо-динамичният модел – първият е „пълноценни взаимоотношения“, втория е „лечебен алианс“ и третият е „трансферен модел“.

При „пълноценни взаимоотношения“ имаме отношения изградени на основата на емпатия. Тук взаимоотношенията са между двама възрастни. При този тип отношения пациента има пълно доверие във възможностите на зъболекаря, вярва във правилността на избрания план на лечение, търпелив е и съдейства по време на лечението. Зъболекаря комуникира лесно с пациента, а трудности и усложнения по време на лечение не могат да разрушат взаимното доверие.

Характерно за втория модел „лечебен алианс“ е, че отново имаме взаимоотношения между двама възрастни. В този случай емпатията между лекар и пациент е нарушена от съмненията на пациента, относно правилността на лечебния план, възможностите и уменията на лечителя. В този случай роля играят редица бариери за дентално лечение от страна на пациента, като дентална фобия, цена итн. Това води до изкривяване на отношенията между лекар и пациент и невъзможност за приемане на лечението. При такива пациенти, за да постигнем успешно лечение е необходимо преформулиране на целите и сроковете на лечение съобразно психологичните и лечебни нужди на пациента. Обикновено е необходимо лечението да се забави и да се върви с по-малки стъпки, особено в началото на лечебния процес, докато се изградят отношения, основани на емпатия.

„Трансферният модел“ според Ruth Freeman (4) е различен от предишните два, при него ние нямаме взаимоотношения между двама възрастни. Тези пациенти имат тежки психологически травми свързани с денталната лечение в миналото. Те обикновено са нормални хора в ежедневието, извън денталната практика те се справят с житейските предизвикателства и са успешни. Попаднали в зъболекарския кабинет, те отново преживяват случки, страхове от миналото, които са изкривени, хиперболизирани с времето, това ги изважда от равновесие.

Взаимоотношенията с такива пациенти са много трудни. При трансферния модел пациента използва защитният механизъм „регресия“ и лекаря по дентална медицина, трябва да играе ролята на възрастен, кои-

то разбира страховете на едно дете и да му помогне да ги преодолее. Обикновено вариантите са два. В единият случай зъболекаря се възприема от тревожният пациент като: „грижовен, всеотдаен родител“, които с разбирането си, с вниманието си ще помогне на пациента да преодолее страховете си. Това е по-добрият случай. При другият вариант зъболекаря се възприема като строг възрастен, които може да те нарани, в поведението си трябва да се пазим от този образ, защото той още повече затруднява взаимоотношенията.

При трансферният модел, основна цел е да се разберат и преодолеят страховете на пациента и в крайна сметка, да се преодолее защитният механизъм „регресия“, да се получи съюз между лекаря и пациента и да доведем взаимоотношенията до ниво между двама възрастни, както е в предните два модела табл. (1).

ТРИ ОСНОВНИ МОДЕЛА НА ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ МЕЖДУ ЛЕКАР ПО ДЕНТАЛНА МЕДИЦИНА И ПАЦИЕНТ.				
Модел	Роля на зъболекаря	Роля на пациента	Приложение в практиката	основа на модела
Активност - Пасивност	Патерналистичен подход	приемане на лечението	Дентално лечение	родител към дете
Ръководство – сътрудничество	Обяснява се на пациента какво да направи	Пациента се съгласява с препоръките	По време на клиничния преглед	Родител към дете
Взаимно участие	Преговаря с пациента и го съветва	равноправни партньори	по време на лечение и при спазването на профилактичния режим	Възрастен към възрастен

Табл. 1 Взаимодействие между лекар и пациент (4)

В заключение, предложените модели на взаимодействие между лекар и пациент имат за цел да изградят един лечебен съюз, които да подтикне пациента, не само да приеме необходимото му лечение, но и да поеме отговорност за собственото си дентално здраве.

2.2 Личността като дентален пациент

Поведението на личността на пациента, поставена в една различна среда каквато представлява денталната практика се определя от много групи фактори, най-важните от които са:

- ❖ Социално-икономическа и образователна среда
- ❖ Здравето като ценност в системата от ценности на личността
- ❖ Ниво на здравната култура
- ❖ Стил и начин на живот
- ❖ Достъп до дентална помощ

Като лекари по дентална медицина ние трудно можем да променим социално-икономическият статус на нашите пациенти, това към което трябва да се стремим е чрез повишаване нивото на здравната им култура да подобрим мястото на денталното здраве в системата им от ценности, в резултат на което да променим стилът им на живот към по-здоров словен по отношение на денталното здраве.

Според Manji (6) в основата на отношенията между лекаря по дентална медицина и неговите пациенти стои доверието, емпатията към лекаря, колкото доверието е по-голямо, толкова отношението на пациента към денталното му здраве е по-добро. Manji разделя личностите в пет групи, които разполага на различни нива в „пирамидата на ценностите“, като преминаването от една в друга група става, чрез промяна на доверието към лекаря.

Първа група. В тази група са пациентите с занемарена хигиена, те търсят помощ само при болка или усложнение, тук можем да прибавим и пациенти с дентална фобия, а също и агресивните пациенти. Комуникацията и мотивацията при тези пациенти е много трудна. Отношението на тези пациенти към денталното им здраве, може да се дължи на силен

страх, сериозни финансови затруднения, но най-често е в резултат на неразбиране на ролята на оралното здраве и ниското му място в системата им от ценности. Лекарят при взаимоотношения с тези пациенти, не трябва да обръща внимание на думите им, да остане спокоен и при възможност, да се опита да им разясни ситуацията. Те заемат най-ниското ниво на „пирамидата на ценностите“.

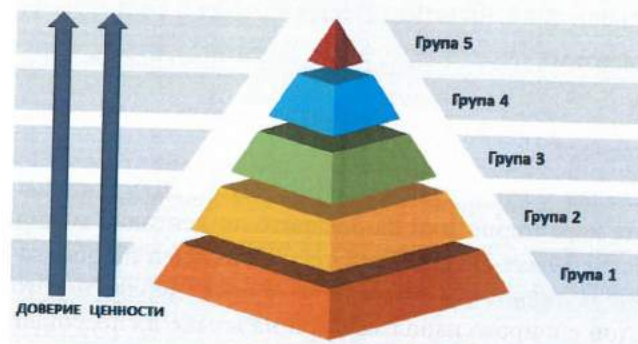
Втора група. Това са пациентите, които за неспазването на профилактичния режим се оправдават с липса на време. Те по принцип разбират важността на денталното здраве, но често са предубедени към принципите на съвременната дентална медицина. С тази група трудно се работи, поради тяхната мнителност и предварително изградени мнения и схващания относно лечебния процес. Тези пациенти могат да бъдат затворени и мълчаливи, но също така могат да бъдат и много словоохотливи. Такива пациенти затрудняват лечебния процес.

Трета група. Това са пациенти, които разбират значението на денталното здраве, опитват се да спазват профилактичния режим, по време на лечение те са стриктни към дадените им указания. Проблемите им с денталното здраве са обикновено с друго естество – финансови ограничения или минал лош опит (неуспешно лечение). При общуването с тези пациенти от денталния екип се изисква, уважение към автономността на личността, топлота, искреност, съпричастност, безусловна положителна подкрепа. Изграждането на доверие е в основата на успешното лечение при тези пациенти.

Четвърта група. Тази група включва хора с достатъчно здравни знания и изградена здравна култура, без финансови затруднения. Те обикновено идват при нас с изграден лечебен план (търсят естетични процедури), задават много въпроси, информирани са относно лечението. Проблемът при тези пациенти е, че понякога търсят свръхлечение или лечение, което не им е необходимо, а понякога и вредно за тях. При общуването с тези пациенти, зъболекарят от гледна точка на професионалната си компетентност, трябва твърдо да отстоява позицията си, дори ако е необходимо, да откаже лечение.

Пета група. Тези пациенти заемат върха в „пирамидата на ценностите“, това са така наречените „подпомагащи пациенти“. Тези хора са с висока здравна култура, спазват денталния профилактичен режим, приемат предложеното им лечение, като отчитат не само естетичният

резултат, но също така и медико-биологичният и социалният. Спазват препоръките по време на лечение, а също така понасят нормално евентуалната болка и дискомфорт. Това са най-добрите пациенти, единствено трябва да се внимава при общуването с тях, да не бъдат подведени и да се загуби доверието им. Фиг. (1)



Фиг. 1 Пирамида на ценностите и групи пациенти (6).

Разглеждайки характеристиките на личността в денталната практика, трябва да обърнем внимание и на денталния лекар, който е основата на денталната практика. Според изследвания на Цветанов Кр. (1) проведени през 2012 г. сред 1307 дентални лекари в България, 52,41% работят без помощен персонал, а 622 (47,59%) ползват различен помощен персонал.

2.3 Личностни характеристики на денталния лекар.

Какви качества притежава личността на денталния лекар?

Ние сме безкрайно различни, но обикновено притежаваме някои общи черти. Зъболекарите са много състрадателни и грижовни, детайлни, педантични личности, личности с obsесивно-компулсивни наклонности, но понякога сме дори нарцистични и егоцентрични личности.

Ежедневното общуване с голям на брой хора, поставени в стресова ситуация, общуването с така наречените „трудни пациенти“ (агресивни, пациенти с нереалистични очаквания), конфликтни, а също така неко-

ректни пациенти, от една страна и от друга стремежът към перфекционизъм и висок социален статус предразполага личността на денталният лекар към:

- ❖ Зависимости и пристрастяване (химически и поведенчески)
- ❖ Обсесивно – компулсивни наклонности
- ❖ Агресивни наклонности
- ❖ Нарцисизъм
- ❖ Страх
- ❖ Тревожност

При изследване публикувано от Bill Claytor, DDS през 2016г (5), на личностните характеристики на лекарите по дентална медицина е използван тестът Myers-Briggs. Този тест е създаден на основа теорията на Карл Юнг за личността. Въпреки че се водят дебати за неговата достоверност, той е широко използван при набиране на персонал и оценка на мотивираността на изследваните, особено ценен е при оценка възможността на личността за вземане на решение. Какво представлява тестът Myers-Briggs?

Тестът на Майерс-Бригс се състои от над 90 въпроса за „принудителен избор“, което означава, че има само един избор между две опции. Индикаторът за типологията на Майерс-Бригс е предназначен за определяне на една от 16 типа личности. Той включва в себе си 8 скали, обединени по двойки. Целта на типологиите и тестовете е да помага на човек да определи индивидуалните си предпочитания – кои полюси на скалата му съответстват „по-добре“.

1. Скала **E—I** — ориентация на съзнанието: **E** (Extraversion, екстраверсия) — ориентация на съзнанието навън към обекта, **I** (Introversion, интроверсия) — ориентация на съзнанието навътре към субекта;

2. Скала **S—N** — способ за ориентиране в ситуации: **S** (Sensing, сензитивност) — ориентиране към конкретна информация, **N** (iNtuition, интуиция) — ориентиране към обобщена информация;

3. Скала **T—F** — основа за вземане на решения: **T** (Thinking, мислене) — рационално претегляне на алтернативите; **F** (Feeling, чувстване) — вземане на решения на емоционална основа;

4. Скала **J—P** — способ за изпълнение на решенията: **J** (Judging, съждение) — предпочитание към планиране и организиране на информацията, **P** (Perceiving, възприятие) — предпочитание към действия без детайлна предварителна подготовка, насочвани повече от обстоятелствата.

Съчетанието на тези скали дава обозначение за един от 16-те типа например ENTP, ISFJ и така нататък (7)

Според изследването Bill Claytor (5) са:

- 41,2% от зъболекарите са екстровертни, а 58,8% са интровертни.
- 66,4% са **S** (ориентирани към конкретната информация), а 33,6% са **N** тип (насочени към обобщената информация).
- По отношение вземането на решение 66,7% са от типа **T** (рационално претегляне на алтернативите), а 33,3% са от типа **F** (вземат решение въз основа на емоции).
- По последната скала за начин за изпълнение на решенията, лекарите по дентална медицина са: 74,3% **J** (предпочитат планиране и организиране, преди действие) и 25,7% са **P** преминават към действие без детайлна предварителна подготовка.

Като единичен водещ фактор за лекарите по дентална медицина, можем да посочим **J**, а като личностен тип **ES-J** (зареждащи се с енергия от общуването с други хора, ориентирани към конкретна информация и предпочитат добре планирани действия).

При проучване проведено в Саудитска Арабия с помощта на теста на Майерс-Бригс сред 243 зъболекари от седем различни специалности и публикувано през 2017 година (2), е установено: При всички седем групи зъболекари (разделени по различни специалности) 54% от изследваните са личностен тип ISTJ. Личностите от този тип са ориентация на съзнанието навътре към личността, те са ориентирани към фактите, с постоянно чувство на отговорност за това, което трябва да се направи. Те са последователни, изглеждат тихи сериозни и реалистични, вземат решения логично и аналитично, фокусирани са върху възложените им задачи.

На второ място със 17% сред зъболекарите според това изследване е типът ENFP. Личностите с този тип са с богато въображение, изпълнени с ентузиазъм и доброта, Те виждат живота като изпълнен с възможности и много бързо правят връзка между събития и информация. Личностите от този тип се нуждаят от признателност и подкрепа.

В заключение трябва да подчертаем, че пациентите попаднали в денталната практика се намират в една различна среда, среда рядко свързвана с положителни емоции, това води до проява на личностни качества, които са различни от характерните за съответната личност. Проявата на тези качества, обикновено предизвикват допълнителен стрес в денталният екип.

В основата на взаимоотношенията между лекар-пациент е емпатията, изграждането, развитието на взаимното доверие между дентален лекар и пациент от една страна намалява стреса в денталния екип и от друга променя отношението на пациента към денталното му здраве, като се променя мястото му в ценностната система на пациента.

Библиография:

1. Цоков, Кр., Икономически аспекти на здравеопазването и отражението им върху развитието на Денталната практика, Дайрект сървисиз ООД, ISBN 978-619-76-71-10-0, 209, София, 2021
2. Al-Dlaigan YH, Alahmari AS, Almubarak SH, Alateeq SA, Anil S. Study on Personality Types of Dentists in different Disciplines of Dentistry. J Contemp Dent Pract 2017;18(7):554-558.
3. Burke FTJ, Freeman R. Psychological aspects of patient management in dental practice. Dental Update 1994; 21: 148-151.
4. Freeman R., A psychodynamic understanding of the dentist-patient interaction, BRITISH DENTAL JOURNAL, VOLUME 186, NO. 10, MAY 22 1999
5. <https://digitalenamel.com/personality-types-of-dentists>
6. Manji, I. Trust and Value: A Field Guide to Today's Dental Patients. CEO, Spear Education, 2012.

7. Myers, Isabel Briggs with Peter B. Myers. Gifts Differing: Understanding Personality Type. Mountain View, CA, Davies-Black Publishing, 1995. ISBN 0-89106-074-X.
8. Sondell K, Soderfeldt B. Dentistpatient communication: a review of relevant models. Acta Odontol Scand 1997; 55: 116-126.
9. ter Horst G., de Wit C.A. Review of behavioural research in dentistry 1987-1992: dental anxiety, dentistpatient relationship, compliance and dental attendance. International Dental Journal 1993; 43: 265-27

СОБСТВЕНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

2.4 ПСИХОЛОГИЧНИ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА
СТУДЕНТИТЕ ВЪВ ФДМ-СОФИЯ¹

Бойко Бонев

Резюме: Използвайки личностният въпросник на Х.Айзенк е проведено изследване сред 38 студенти по дентална медицина в МУ-София (12 мъже и 26 жени). Основна цел на проучването е да се установят психологичният тип личност сред изследваните лица, в следните измерения: екстровертност-интровертност, емоционална стабилност, психотизъм и социална желателност. В резултат на проведеното изследване установихме, че средните стойности на изследваните студенти за екстровертност – интровертност са в норма за българската популация, но впечатление прави, че 66,66% от мъжете са над нормата, а 34,62% от жените са под нормата. При изследването за социална желателност (лъжа) установихме, че стойностите (както при мъжете така и при жените) са под нормата за българската популация, което потвърждава достоверността на получените данни.

Ключови думи: Ханс Айзенк, личностна характеристика

Abstract: Using the character shaping questionnaire of Hans Eysenck a study was conducted including 38 students (12 male and 26 female) from the Faculty of Dental Medicine of Medical University – Sofia. The main objective was to establish the psychological personality type among respondents in the following dimensions: extraversion-introversion, emotional stability, psychoticism and social desirability. As a result, the study has found that the average of the surveyed students for extraversion - introversion are the norm for the Bulgarian population, but impressively enough 66.66% of the men are above the stated norm and 34.62% of the women are under it. In the

¹ Бонев Б., Психологични характеристики на студентите във ФДМ – София. Обществено дентално здраве – постижения, предизвикателства, перспективи. – тържествена научна сесия. София, 2016

study of social desirability (lie) has been found that the values (both men and women) are below the norm for the Bulgarian population, which confirms the reliability of the data.

Key words: Hans Eysenck, personality

Въпроса за психологическата характеристика на личността е основна задача на психологията. Търсейки начини за решаването и се е стигнало до създаването на редица психологически модели. Особено популярни сред теориите за личността са: „Ортодоксална психоанализа“ S. Freud; „Теория на индивидуалната психология“ Alfred Adler; „Психосоциална теория“ Erik Erikson; „Структурна теория на чертите“ Raymond Cattell; „Бихейвиорална теория“ Burrhus Skinner; „Когнативна теория“ George Kelly и редица други (3,9).

Сред изброените по-горе теории за личността достойно място заема модела на Hans Eysenck за типове личности. Eysenck е немски психолог и основните моменти в неговата теория за личността са, че личността има относително стабилна структура и трайна организация. Според него личността се състои от типове /супер черти/, те включват в себе си други черти и реакции. Например екстровеерсията се основава на взаимодействието на различни черти като: възбудимост, активност импулсивност, жизненост, вземане на спонтанни решения. Според Eysenck основните типове са екстровеерсия-интравеерсия; невротизъм-стабилност; психотизъм /свърх Аз-а/ и последния основен тип е социалната желателност /показва желанието на личността да излъже, за да се представи в по-добра социална светлина/ (4,5).

Личностните характеристики на лекарите, лекарите по дентална медицина, а също и на студентите по тези дисциплини са от особен интерес за психологията, това се дължи на характера на работа, отговорностите и стреса, с който е съпроводена (6,7).

Цел и задачи.

Основна цел на проучването е да се установят основните психологични характеристики сред изследваните лица, според личностния въпросник на Айзенк - в следните измерения:

- ❖ екстравертност – интровертност;
- ❖ емоционална стабилност;
- ❖ психотизъм;
- ❖ социална желателност

Задачи на изследването:

1. Да се проведе проучване с помощта на тестовите за личностна характеристика на Айзенк, сред студентите по дентална медицина във ФДМ – София
2. Да се определят основните психологически характеристики на изследваните студенти.

Материал и методика:

За определяне на личностните характеристики според теорията на Eysenck се използват тестове. Въпросникът му съдържа 86 затворени въпроса и е създаден през 1975 година. Въпросите са включват измерването на четири скали, екстравертност (20 въпроса), невротизъм, емоционална стабилност (23 айтема), психотизъм (24 въпроса) и социална желателност, лъжа (19 въпроса). Тестът е апробиран и валидизиран в различни държави. В България той е апробиран от Паспаланов и Щетински и те са определени нормите за българската популация (2).

Изследването е извършено в периода септември, октомври 2016 в ФДМ – София като обхвана 38 студенти (таблица 1.)

Таблица 1. Разпределение на изследваните студенти по пол и курс на обучение.

	II курс	VI курс	Общо
мъже	6	6	12
жени	16	10	26

Всеки един от изследваните след като му бе разяснена целта на изследването и бе взето съгласието му за участие попълни личностният въпросник на Х. Айзенк. Събраните данни бяха статистически обработени с помощта на SPSS.

Резултати:

Теорията за личността на Айзенк разглежда човек, като относително стабилна структура от гледна точка на личностните характеристики, тя съдържа четири скали първата, от които е екстравертност – интровертност. Нашите резултати показват, че изследваните мъже имат средни стойности над нормата за българската популация, а жените имат средни стойности в нормата, резултатите могат да се видят на фигура 1 и таблица 2.



Фиг. 1 Разпределение на изследваните лица според скалата екстравертност-интровертност

Таблица 2. Стойности на нормата на скалата за екстревъртност-интровертност и средните стойности на изследваните лица.

	Норма	Резултати
мъже	10,60 – 14,93	15,83
жени	9,84 – 14,25	12,35

Втората скала от теста на Айзенк е свързана с невротизъм и емоционалната /стабилност-неустойчивост/. Резултатите на нашите студенти показват, че са разпространени равномерно по скалата за невротизъм, а също така, че основната част от тях, както и средните стойности на изследваните са в нормите за българското население (фигура 2; таблица 3).



Фиг. 2 Разпределение на изследваните лица според скалата за невротизъм

Таблица 3 Стойности на нормата на скалата за невротизъм и средните стойности на изследваните лица.

	Норма	Резултати
Мъже	7,15-12,23	8,75
Жени	10,67-16,77	12,77

Третата скала от теста на Айзенк е психотизъм. Психотизъм се характеризира с проява на чертите егоцентризм, импулсивност, склонност за противопоставяне на обществените устои. Нашите резултати показват, че изследваните мъже са в по-голямата си част под нормата, но резултатите на цялата извадка попадат в нормата за българското население (фигура 3 ; таблица 4).



Фиг.3 Разпределение на изследваните мъже при скалата за психотизъм

Таблица 4 Стойности на нормата на скалата за психотизъм и средните стойности на изследваните лица.

	Норма	Резултати
Мъже	2,32 – 5,25	3,75
Жени	1,56 – 4,32	3,31

Четвъртата скала на Айзенк в неговия тест за оценка личностните характеристики е скалата за социална желателност. Тази скала ни показва желанието ни за висока оценка от заобикалящата ни социална среда и

способността ни да излъжем, за да получим по-висока такава. Нашите изследвани студенти дадоха много ниски резултати на тази скала. Мъжете и особено жените са далеч под средните стойности за българската популация (фигура 4; таблица 5)

Таблица 5 Стойности на нормата на скалата за социална желателност и средните стойности на изследваните лица.

	Норма	Резултати
Мъже	6,72 – 10,74	5.92
Жени	9,08 – 12,76	5.73



Фиг. 4 Разпределение на изследваните жени при скалата за социална желателност.

Дискусия:

Характеристиката на денталната професия е свързана с голямо емоционално натоварване и често се стига дори до професионално "прегаряне" още по-време на следването или в първите години на практикуването (8). Особено важно е студентите и практикуващите лекари по дентална медицина да успяват да се справят с емоционалните натоварвания и техните психологически характеристики да отговарят на нормата за българската популация.

Според М. Дилова (1) в изследване публикувано през 2014 година има тенденция за промяна на стойностите за българската популация в тестовите на Айзенк сравнение с преди тридесет години. Промяната в средните стойности са в следните направления:

- Мъжете и жените са по-екстровертни
- Мъжете са по-психотични
- Жените са по-социално желателни

Нашите изследвания потвърждават тези твърдения като при мъжете резултатите са по-високи от нормата или те са по-екстровертни.

При изследването на социалната желателност резултатите още по-категорично потвърждават данните за по-малка склонност за лъжа при жените, заради по-висока социална оценка.

Изводи:

Получените резултати на изследваните студенти са в по-голямата си степен в нормата за българската популация на тестовите за личностни характеристики на Айзенк.

Изследваните студенти потвърждават тенденцията за повишаване на екстровертността.

Стойностите на социалната желателност са ниски, което потвърждава тенденцията, за по-малка склонност към лъжа, на съвременните млади хора.

Библиография:

1. Дилова М. Съвременни изследвания с личностния въпросник на Ханс Айзенк – възрастови различия. Българско списание по психология. 4: 2014; 23-26
2. Паспаланов И., Щетински Д., Айзенк С.Б. Българска адаптация на личностния въпросник на Ханс Айзенк . Психология, №5, 1984
3. Холл К., Линдсей Г. Теории личности. Превод Гришпун И. Москва: „КСП+“, 1997
4. Eysenck, H. J., The structure of human personality. New York, NY, US: 1953; book, 348 pp.
5. Eysenck S.B.G., H.J. Eysenck, P.Barrett. A revised version of the psychoticism scale; Personality and Individual Differences: Volume 6, Issue 1, 1985, Pages 21–29
6. Gorter R., R. Freeman, S. Hammen, H. Murtomaa, A. Blinkhorn, G. Humphris. Psychological stress and health in undergraduate dental students: fifth year outcomes compared with first year baseline results from five European dental school. Eur J Dent Educ 12 (2008) 61–68
7. Hoque A., I. Ara, H. K. Talukder, S Hossain, A. R. Md Mashrur, Md. Salahuddin, N. Akhter. Personality Characteristics of Dental Students in Relation to their Academic Performance. Bangladesh Journal of Medical Education; Volume 01, Issue 1, 2010, p 1-7
8. Humphris G., A. Blinkhorn, R. Freeman, R. Gorter, G. Hoad-Reddick, H. Murtomaa, R. O'Sullivan, Chr. Splieth. Psychological stress in undergraduate dental students: baseline results from seven European dental schools: European Journal of Dental Education. Volume 06, Issue 1, 2002, p 22- 29
9. Rychman R. Theories of Personality. Thomson Wadsworth, 2008

„Щастието се крие преди всичко в здравето.“

Джордж Уилям Къртис

ГЛАВА ТРЕТА

3. ПСИХОЛОГИЯ НА БОЛЕСТТА

3.1 Възникване и развитие на психологията на болестта

Здравето като ценност е основна дилема в съвременното общество. Всеки ден ние получаваме информация кои храни са полезни за нас, как да поддържаме по-добра физическа форма, как да се предпазим от различни болести, защо тютюнопушенето и употребата на алкохол са вредни. Здравното поведение е пряко свързано с психологията на болестта.

Психологията на болестта е сравнително нов клон на психологията, която ни помага да разберем, какво хората правят, за да съхранят своето здраве, защо се разболяват и как реагират когато страдат от различни заболявания. Психологията на болестта се интересува например от това, защо хората продължават да пушат, след като знаят вредата от това.

Развитието на разбиранията на психологията на болестта е в резултат на съвременното виждане за био-психо-социалната същност на здравето. Основа, фундамент на психологията на болестта е приетото през 1948г. определение за здраве от Световната здравна организация (СЗО), което гласи: „Здравето е състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие, а не само липсата на болест или физически недъг.“ Това определение е ядрото на психологията на болестта. Най-важното на това разбиране за здравето е, че здравето се възприема като постижение, баланс между трите страни на личността (физическа, психическа, социална), в резултат, на който имаме добруване, благополучие на личността, а не само конкретно страдание.

С какво се занимава психологията на болестта? Тя акцентира основ-

но върху „промоцията на здраве“ и насърчава създаването на здравословен стил на живот. Психологията на болестта изучава психологическите аспекти на превенцията и лечението на болестите. Тя помага на хората живеещи в стрес да се борят с него. Психологията на болестта се интересува особено от връзката между здравето, боледуването и инвалидността в резултат на заболяванията. Тя се опитва да разкрие етиологичните фактори предразполагащи към появата на заболявания, като: употреба на алкохол, наркотици, тютюнопушене, стрес, физическа активност итн. Психологията на болестта се опитва да разкрие въздействието на здравните институции и здравните специалисти върху поведението на хората и в резултат има за цел подобряване системата на здравеопазването.

Развитие на био-психо-социалният модел на здравето.

Още в древността хората са обърнали внимание на влиянието на средата върху здравето. По-късно през средните векове страхът от божие наказание е било стимул за определено житейско поведение.

С развитието на съвременната психология биомедицинският подход започва да се променя. Фройд при неговите изследвания върху хистерията смята, че конфликти в подсъзнанието могат да доведат до физически страдания.

Dunbar и Alexander (6) твърдят, че ситуациите предизвикващи тревожност оказват влияние върху организма чрез вегетативната нервна система. В техните изследвания се подчертава връзката между психо-емоционалните конфликти и редица заболявания като стомашни язви, хипертиреоидизъм, ревматоиден артрит, есенциална хипертония. Техните изследвания довеждат до появява психо-соматичната медицина в средата на миналия век.

В съвременното общество фактът, че проявата на болестта предизвиква определени психологични изяви е общо приет. Изследователите в наши дни смятат, че за поява на болестта са необходими различни фактори, типът личност и различни психологични конфликти самостоятелно не са достатъчни. За появата на заболяване, са необходими комплекс от фактори, които да действат едновременно. Обикновено този комплекс включва биологична компонента, например ако разглеждаме инфекциозните за-

болявания, това са вируси и бактерии, съчетани със социални и психологични фактори като силен стрес, нисък социално-икономически статус, слаба или липсваща социална подкрепа. Виждането, че умът и тялото заедно определят здравето и болестта, логично довежда до появата на био-психо-социалния модел. Основно положение при този модел е, че здравето и болестта са последици от взаимодействието на различни биологични, психологични и социални фактори (17)

Интерес предизвиква въпросът, кои фактори повлияха появата и развитието на психологията на болестта?

На първо място това е **промяна в структурата на заболяемостта**. През втората половина на 20 век, в резултат на развитието на медицината, значимостта на острите инфекциозните болести значително намаля, за сметка на хроничните заболявания. (11)

В наши дни хроничните заболявания и особено заболяванията на сърдечно-съдовата и дихателната система са водеща причина за инвалидност и смърт. Хроничните заболявания, за разлика от акутните, протичат бавно, лечението им в голяма степен се свежда до контролиране на проявите им и състоянието на пациента, затова при тях усилията на личността, стилът на живот на човек и достиженията на медицината играят основна роля за удължаване живота на пациента и подобряването на качеството на живота му.

Друга група фактори довели до увеличаване на потребностите от психологията на болестта са **развитието на технологиите**. Развитие на медицината доведе до поява на нови методи на лечение, които удължават живота на пациентите, но в определени случаи, сериозно влошават качеството им на живот. Това довежда до много въпроси от тяхна страна, дори такива като „Какъв е смисълът на това лечение?“ и нуждата от сериозна психологическа подкрепа.

Генетиката и връзката им с редица заболявания също повдигат не малко дилеми. Редица злокачествени заболявания имат генетично предразположение, представете си как се чувства детето, ако родителят се разболее от раково заболяване, а в него се открие съответният ген, предразполагащ към появата на това заболяване.

Има още много примери, че развитието на науката изисква психологична подкрепа и отговори.

Развитие и разрастване на системата на здравеопазване е друга група фактори определящи нарастващата необходимост от психологията на болестта. В САЩ здравеопазването заема най-голям дял от сектора на услугите. Разходите за здраве нарастват стремително, като през 2014 година оборота на този сектор е надхвърлил три трилиона долара (20), за съжаление увеличаването на разходите не води до подобряване на основните показатели за здраве. Ситуацията в България е сходна.

Отговорностите на психологията на болестта, в тази ситуация, е в следните направления:

- ❖ Промоцията на здраве, превенцията и профилактиката на заболяванията са основен подход за намаляване на потребностите от медицинска помощ. Психологията на болестта играе основна роля в промяната, към по здравословен стил на живот на хората.
- ❖ Психологията на болестта знае какво прави хората удовлетворени или неудовлетворени при контакта им със системата на здравеопазването и може да я подпомогне да изглежда по-приятелски настроена към потребителите.
- ❖ В системата на здравеопазването работят много хора от една страна, а от друга почти цялото население на страната ползва услугите предоставени от нея. Следователно тези влияния са големи и познаването и управлението им е от съществено значение.

3.2 Психология на болката

Болката е част от нашия живот. Слаби по интензитет болки (дискомфорт) представляват обратна връзка за функционирането на нашите системи, пример за това е промяна в позата по време на работа или сън. Болката също така е част от инстинкта за самосъхранение и често основен симптом, който води човек при лекаря, особено в денталната медицина. За съжаление, болката често е част от диагностиката и лечението на пациента, особено при хирургични методи на лечение, а може и да затрудни възстановяването (18)

Изследвайки болката откриваме, че тя има психологическа, поведенческа и сетивна компонента. Болката, както казахме, е защитен ме-

ханизъм на организма, но по време на изпитване на болка ние не се чувстваме защитени. Преживяването на болка е свързано с редица поведенчески реакции, като например отдръпване, оттегляне, плач, смях, вербална и невербална комуникация с лица, които могат да променят преживяването на болката (14). Емоционалните фактори са силно преплетени в преживяването на болката, отрицателните емоции изострят болката и болката изостря негативните емоции (12).

Изследванията на физиологията на болката са сравнително добре познати. Съвременната медицина е възприела модела на „Gate Control Theory of Pain“ на (19) Въпреки че познанията ни за болката се базират на този сравнително стар модел, можем да отбележим, че той се развива сериозно в последното десетилетие.

Справяне с болката:

Исторически борбата с болката е основно на лекарите и другите здравни работници. Традиционните методи на борба с болката включват — фармакологичен и хирургичен подход, а също така и сензорните техники. С развитието на психологията, тя също така се включи в борбата с болката, като все по-често се използват методи като: релаксация, хипноза, разсейване, акупунктура и др.

Болката я разделяме на два основни типа — **остра и хронична болка**.

Острата болка е резултат на различни наранявания, разкъсване на тъканите, рани, счупване на крайниците, зъбобол (4) итн. Острата болка е къса по продължителност и изчезва обикновено за по-малко от шест месеца. Острата болка отшумява при възстановяване целостта на тъканите и заздравяване на раните.

Хроничната болка започва обикновено с остри епизоди, но не точно като острата, тя не се повлиява от лечение и не отшумява с времето. Характерно за хроничната болка е, че тя присъства дълго време. За хронична приемаме болка, от която човек страда повече от шест месеца и нараства с времето. Хроничната болка не е задължително да присъства постоянно, а може да представлява периодична остра болка, повтарящи се дълги периоди от време. Примери за такава болка са: мигренозно главоболие, темпоромандибуларно разстройство (включващо болки в челюстта), тригеминална невралгия със спазми на лицевите мускули. Друг тип хронична болка е нарастваща с времето и продължаваща

по-дълго от шест месеца и е свързана със злокачествени заболявания или дегенеративни разстройства, като рак или ревматоиден артрит. Най-често срещаната хронична болка е болката в гърба, като според Божинов (2) 81.87% от зъболекарите в България страдат от болки в резултат на мускулно скелетни разстройства. Трябва да се подчертае, че не е задължително хроничната болка да присъства във всеки един момент.

Психологическите фактори са твърде силно свързани с преживяването на болката и са провеждани редица изследвания за връзка между личностните особености и болката. Трябва да се отбележи, че самата болка може да доведе до промени в личността, които са следствие, а не причина от преживяването на болка. Освен това, индивидуалните усещания по време на страдание от болка са толкова разнообразни, за да бъдат свързани само с определен тип личност. Въпреки това някои личностни качества са свързани по-силно с хроничната болка, такива са: невротизъм, итровертност, използване на пасивни стратегии за справяне (21) Редица психологически състояния, могат да утежнят изпитването на болка, такива са съществуващ психологически стрес, самота, умора, депресия (16)

Основни симптоми на депресията са чувството на отчаяние и безнадеждност и може да е в резултат на дълго, неуспешно лекувана болка, което от своя страна увеличава усещането за болка, при пациенти с депресия. В такива случаи провежданото лечение трябва да обхваща, както болката така и депресията.

Хората, които потискат гнева си, изпитват по-силна болка от тези, които изпитват по-малко гняв или управляват гнева си по-добре (9)

Също така и други психологични разстройства, като тревожните разстройства, пристрастяването към медикаменти и други психични заболявания влияят върху силата на възприемането на хроничната болка.

Подходи за справяне с болката.

Фармакологичният подход за справяне с болката е най-традиционния и общоприет. Съществуват най-разнообразни медикаменти, които се използват като болкоуспокояващи. Пример за такова средство е морфинът. Проблемът при този подход е, че продължителната употреба на тези медикаменти, може да предизвика пристрастяване или предразпо-

ложение към други заболявания.

При **хирургичния подход** за справяне с болката се цели да се прекъсне пътят на предаване на болковите импулси или чрез прекъсване на сетивните нерви или чрез прекъсване на предаването от гръбначния мозък към централния. Днес ние приемаме, че нервната система има регенеративни способности, в резултат на което облекчението при този метод е временен.

Сензорен контрол на болката е друг добре известен метод за справяне с болката. В основата му е противодействие на болката. Когато ви боли определено място, чрез стимулиране, дразнене на друга част от тялото болката се разсейва и намалява. Облекчението е сравнително краткотрайно.

Биологична обратна връзка (Biofeedback) при този метод пациента се запознава със здравословни проблеми, които той не осъзнава, чрез машини му се предоставя постоянна информация за биофизиологични процеси (например сърдечен ритъм). Пациента на принципа проба грешка се опитва да контролира (оперантно обучение) съответния физиологичен процес. Този метод се използва при лечение и справяне с хронична болка в резултат на главоболие, хипертония, болестта на Рейно, а също така при болки в ТМС (13). Съществуват скромни доказателства за ефективността на този метод.

Релаксация. Какво представлява релаксацията, при този метод индивидът поставя тялото си в удобно, релаксиращо положение и отпуска различни части на тялото си, към това се добавя контролирано дишане (от относително кратки плиткы вдишвания, към по-продължителни и дълбоки вдишвания) към това можем да добавим и медитация. Релаксацията и медитацията е относително успешен метод за справяне с болката, особено в комбинация с други методи (22).

Разсейването. Разсейването е разпространен и ефективен метод за справяне с болката, особено с острата болка. Има много примери, как хора в критична ситуация са успели да преодолеят болката, за да постигнат определени резултати (спортисти, военни итн). Разсейването е техника при която вниманието се насочва към нещо различно и се отклонява вниманието от болката (10).

Има два основни подхода при разсейването. При първия човекът

трябва да се съсредоточи върху друга дейност, която не е свързана с болката, да си представи, че е на друго място или да се опита да реши някаква трудна задача. При вторият подход човек разглежда болката, като нещо от което той е по-силен и може да се справи „Боли ме, но това не може да ме спре да направя това което искам!“ (7)

Разсейването е ефективен метод за преодоляване на неприятни преживявания и остра болка. Използва се широко в денталната практика, особено при лечението на деца и хора с дентална фобия и тревожност.

Съществуват и редица други психологични подходи за справяне с болката и придобиване умения за преодоляването и. Специално искам да отбележа **Когнитивно-поведенческата терапия**, която е в основата на съвременните подходи.

3.3 Поведение по време на боледуване.

Личностните характеристики при определени ситуации предопределят поведението на индивида. Това се случва и по време на боледуване. При боледуване могат да бъдат наблюдавани различни поведенчески реакции от страна на личността. Те се определят от:

Отношение към собствената му болест (как възприема болестта) – разумно или отрицателно. При разумното поведение пациента осъзнава ситуацията, приема разумно болестта и има подпомагащо поведение. При отрицателното поведение пациента подхожда с недоверие към ситуацията, не вярва в достиженията на съвременната медицина и медицинския персонал и поведението му се ръководи от суеверия към схващанията за болестта и лечението.

Характера и тежестта на болестта също определят поведението на личността. Едно е поведението при грип и настинка, друго е при COVID, когато говорим за инфекциозни заболявания, едно е поведението при хронично заболяване, друго при сложна хирургична намеса.

Представата на човека за болестта, доколко тежко я приема. Възприемането на болестта е едно много интимно преживяване, протича интензивно, с много емоции, включват се мисли за семейството, бъдещето, за различни социални, битови и икономически проблеми.

Психичните преживявания в голяма степен се определят освен от личността на болния, също така от възрастта, социалния статус, контрола върху стреса, наличието на адаптивни модели за справяне, наличието на подкрепяща среда и други. (5).

Фактори, влияещи върху отношението към болестта.

Вл. Иванов (3) представя факторите, които според него определят поведението и отношението на личността към болестта. Всеки индивид има различен стил на поведение при болест, който в голяма степен се определя от:

- ❖ Културните вярвания за болестта и тяхното преодоляване.
- ❖ Нагласите към здравните заведения и тяхната ефективност.
- ❖ Личният опит на индивида с проблеми, свързани със здравето.

Социокултурни фактори

Те в най – голяма степен са свързани с моделите на здравните убеждения в една общност – дали определени оплаквания се приемат като болест и дали нейното лечение се свързва с медицинските служби. Определени етнически малцинства и хора с нисък социално-икономически статус имат здравни убеждения, които в голяма степен пренебрегват оплакванията на индивида. Те обикновено търсят медицинска помощ само в екстремни за здравето ситуации. Културните вярвания повлияват в голяма степен и самите здравни работници, например дали определен дискомфорт ще бъде определен като физическо или емоционално разстройство.

Индивидуално определени фактори.

За стилът на поведение при боледуване е важно да се подчертаят следните фактори: способност за разпознаване и интерпретиране на симптомите като болестни. Хората имат различна субстанционна нагласа и сензитивност към собствените усещания, включително и към болестен дискомфорт в своето тяло. Има хора, които са с нисък праг на болката, а други са с висок праг на чувствителност. От друга страна, във възприемането едни хора се фокусират към околната среда и промените

в нея, други се фокусират върху себе си и по – специално върху своето тяло или емоции. Трети се фокусират към поведението или мисловната си продукция.

Хората фокусирани върху себе си, отколкото върху околната среда, по – бързо разпознават симптомите. От друга страна хората живеещи изолирано и отнасящи се към работата си с по – малко емоции, по – често се оплакват като физически симптоми, от които горят в работата си, живеят активно в социална среда и работят във от дома с други хора.

Ситуативни фактори.

Ситуативните фактори имат изключително голямо значение за това индивидът как ще разпознае симптомите. Индивидуалният опит с боледуването в детска възраст оставя траен и силен отпечатък върху разпознаването на болестните симптоми и в по-късна възраст. От една страна, индивидите с продължителна история на боледуване може да станат по – толерантни към промените в симптомите, но ранният им опит дава възможност за по – бързото разпознаване, включително и отчитане на възможната вреда. Тук голямо значение има убеждението дали засегнатият орган е важен за тялото и живота или е от второстепенно значение.

Заседналият начин на живот прави хората по – внимателни и разпознаващи симптоматичните промени, докато тези с активно физическо натоварване по-слабо ги разпознават. От друга страна, когато хората са продължително време под хроничен стрес, започват да вярват, че са по-уязвими и застрашени от заболяване и вниманието им е насочено повече към здравето.

Познаване личността на болния, а също така културната и социалната среда, в която живее са от съществено значение за профилактиката и лечението на болестта.

Взаимоотношенията между медицински персонал – личност на болен индивид, трябва да се основава на личностните особености на пациента и динамиката на взаимоотношенията им.

Модел на здравните убеждения

Отдавна са известни моделите на Rosenstock (health belief model) и Becker&Maiman (8) за здравните убеждения, те разглеждат пет основни

елемента по отношение на пациента.

- ❖ Здравна мотивация – тя определя на загриженост и интерес към здравето.
- ❖ Податливост (предразположение, уязвимост) към определена болест от гледна точка убежденията на личността.
- ❖ Убежденията относно сериозността (тежестта) на определена болест.
- ❖ Убежденията относно цената и ползата от определено здравно действие, които могат да се разглеждат в различни аспекти – в материален аспект „Колко ще ми струва?“, в психологичен аспект „Ще ме успокои ли?; Ще има ли подобрение?“, социален аспект „Ще взема ли болничен лист?“ и чисто соматичен аспект „Ще престане ли да ме боли?“
- ❖ Убеждения относно ефективността на определено здравно действие, например – възприета заплахата, полза, неудобство, прочетена информация за заболяването или операцията итн.

Убежденията в ефективността от лечението са свързани с проблема за контрола, а именно „кои контролира“ здравето – медицинският персонал или пациентът, или така нареченият „**Локус на контрол**“

При личностите с **вътрешен локус на контрол** – те са отговорни за здравето си, по-склонни са да се грижат за себе си и да поемат отговорност за постъпките си и съответно да осъзнават ролята си за появата и развитието на болестта. Те търсят информация, съдействат, съблюдают уговореният лечебен план.

При хората с **външен локус на контрол** – те често обясняват това, което им се случва с външни влияния, с фаталистични понятия, като, че ли нямат контрол над него. Те не изискват информация, често не спазват предписанията и не смятат, че имат участие и отговорност за здравето си.

Ефективността на медицинската помощ може да намалее, ако няма или е слабо убеждението на пациента и ако не се работи с него. Хората действат в съответствие със здравните си убеждения. Всички ние сме в плен на убежденията си, те определят нашето поведение. Често

ние не ги съзнаваме или ги бъркаме с реалните факти. Убежденията са изграждани дълго, подкрепяни са на базата на опита и причинно-следствени връзки и придават смисъл на преживяванията ни, като изграждат връзки между тях. Ако се окаже, че някои от здравните убеждения са погрешни, то не е толкова лесно да бъдат променени или отменени (например създаване на мотивация за орална хигиена).

Психологични реакции по време на боледуване

Психологичните реакции на болния могат да бъдат различни:

- ❖ *Тревожна мнителност* – човек се пита какво се случва с него, проявява недоверие и мнителност като защитна реакция.
- ❖ *Дезорганизация* – смяната на средата, новата обстановка при хоспитализация може да доведе до обърканост и дезорганизация на болния, неговата интимност е нарушена, други хора се грижат за него.
- ❖ *Безпокойство и потиснатост*, това състояние може да се прояви под формата на нетърпеливост, подозрителност, може да се стигне до отчаяние. Някои болни стават твърде приказливи, като по този начин намаляват тревожността и безпокойството, който ги владеят.
- ❖ *Зависимост и регресия* – колкото по – силна е зависимостта от помощния персонал, толкова по – голяма е възможността за преминаване към другата фаза на регресия. Регресивното поведение на човека е израз на крайна дълбоко емоционално отчаяние и изчерпване на средствата за преборване с отчаянието. Човек може да преувеличава тежестта на заболяването, маже да преживее шок от диагнозата и пр., които да доведат освен до силно безпокойство, дезорганизация и дезориентираност, но и до вцепняване и потъване в зависимост и регресия.
- ❖ *Отстъпление* – състояние, в което се стимулира „себепоглъщане“, заетост с телесните усещания, физическите нужди, дълбоки страхове и самовглъбяване. Може да се стигне до пълна загуба на контакт или неприемане, несъобразяване с лечението.

Модели за справяне с болестта

Според Janis (15) съществуват няколко модела за справяне при сериозна соматична болест. Моделът включващ пет стила за справяне с болестта е широко разпространен.

- ❖ *Безконфликтна инерция* – при този тип поведение въпреки възникването на заболяване или влошаване на състоянието на вече съществуващо такова, човек продължава да живее без промяна в стила му на живот, все едно няма проява на болест и не обръща внимание на признаците и симптомите. В такива случаи лекуващите лекари имат трудна задача да убедят пациента в сериозността на състоянието му, подходът обикновено е да се даде пълна, цялостна информация за заболяването и да се предложи необходимото правилно поведение.
- ❖ *Защитно отбягване* – при този стил на поведение, пациентът проявява невнимание и отбягва поемането на отговорност по време на лечебния режим. Такъв тип поведение се наблюдава често при пациенти със сърдечни заболявания и неоплазми.
- ❖ *Необмислена (безконфликтна) промяна* – тези пациенти напълно осъзнават болестта и действат за нейната промяна. Проблемът при тях е, че те често поемат алтернативни действия или безропотно приемат препоръки от лекаря, но не осъзнават и разбират последствията от лечението и неговия резултат (например хирургическа намеса). Поради това често пъти са психологически неподготвени за последствията от предприетото лечение и това, което се изисква то тях и ги очаква.
- ❖ *Свърхбдителност* – при този модел пациентите не могат да разграничат важното от второстепенното в процеса на лечение. Те често възприемат и интерпретират неправилно информацията свързана със заболяването, оттук преценките им са неточни, проявяват крайности в поведението, свърхбдителност, възбудимост, тежка тревожност.
- ❖ *Бдителност* – Според Janis първите четири модела са неуспешни и не адаптивни, докато бдителността е модел на поведение за сп-

равяне с болестта, който е ефективен. Тези пациенти са обективни в преценката, приемат и търсят информация за заболяването, взимат правилни решения, сътрудничат в процеса на лечението.

М. Ачкова (1) определя следните видове поведение при боледуване:

- ❖ *Уравновесено, спокойно и търпеливо поведение.* Пациентът показва готовност и умение за комуникация и партниране, овладява екстремни прояви в преживяванията си.
- ❖ *Ажитирано, тревожно поведение* – Проявява се с безсмислено суетене, прекалена приказливост, охкане, тюхкане, настояване за обяснения. Тези пациенти ангажират всички да слушат техните оплаквания, психични преживявания и социални проблеми. Не са в състояние да се съобразяват с нуждите и страданието на другите.
- ❖ *Затварящи се в себе си и необщителни болни.* Този тип пациенти рядко предявяват искания или се оплакват, не търсят комуникация и преживяванията им са неразгадаеми, тъй като не са склонни да ги споделят и изразяват. Зад това изолиране могат да се крият различни мотиви: желание за проява на прекален стоицизъм; изначална трудност в комуникацията като личностна черта; сензитивност (чувствителност и ранимост) и страх да не бъдат отблъснати и уязвени; депресивност.
- ❖ *Отричане на болестта.* Това поведение може да се прояви и при високо образовани медицински кадри, особено при тежки заболявания. Дори опитен лекар може да бъде излъган, че няма рак, защото той несъзнателно желае да бъде излъган.
- ❖ *Пасивно-агресивно и враждебно агресивно поведение.* Преди всичко то се насочва към медицинските кадри. Чрез агресията се изтласква и прикрива не признаваният страх. Възможно е агресията да е резултат на съпротива спрямо прекомерно доминиращо отношение от страна на медицинския персонал.
- ❖ *Регресивно поведение.* Има пациенти, които не успяват да се справят с първоначалната дезорганизация след поставянето на диагнозата и да постигнат реорганизация на поведението си в съответствие с новите условия.

Класификацията на М. Ачкова (1) е предложена за разграничаване на поведението при хора лекувани в болнични заведения, но според мен тя е подходяща и за амбулаторни пациенти.

Когато човек боледува, индивидът навлиза в това състояние с изначално характерни за него нагласи. Това в голяма степен определя и поведението му. Медицинският персонал има нелека задача да сведе отношението на пациента към заболяването му до реалистична представа за него. За някои болни ще бъде необходимо да преминат от прекален, поне до умерен оптимизъм, за да са в състояние, ако не помагат и сътрудничат, то поне да не пречат на лечението и грижите. В противен случай при неблагоприятно развитие на болестта те могат лесно да минат към агресивност или да се стигне до разпад на защитите. Хипохондрично настроените пациенти се нуждаят от повече обяснение и успокоение. Хора с нехайно и безразлично отношение към здравето си крият рискове от ненавременно откриване и лечение на заболяването поради омаловажаването на неговите ранни симптоми. Фаталистичното и пренебрежително отношение често пъти е продиктувано от недоверие в медицината, религиозни предразсъдъци и дълбоко суеверие. Такова отношение крие рискове за търсене на алтернативни лечения и неблагоприятен изход на заболяването (5).

Познаването на факторите влияещи върху отношението на пациента към болестта, моделите здравни убеждения, психологичните реакции по време на боледуване, моделите за справяне с болестта ще подпомогнат на медицинските кадри за избор на подходящ индивидуален подход към пациента за справяне с емоциите и нагласите му и съответно предоставяне на възможност за ефективно лечение.

Библиография:

1. Ачкова, М., Приложна психология, Коти ЕООД, С., 2001
2. Божинов П. Мускулно-скелетни разстройства при лекарите по дентална медицина. Ергономични препоръки и профилактика, 2021, 199стр, ISBN:978-616-7194-79-1
3. Иванов Вл., кол., Клинична психология, МФ, София, 1976
4. Радева Е., Аспекти на ендодонтската болка. Дайрект Сървисиз, 2020; 151стр. ISBN 978-6197171-85-3
5. Савова З., Медицинска психология. Симолини 94; 319стр. ISBN 978-954-9493-16-0.
6. Alexander, F. (1950). Psychosomatic medicine. New York: Norton
7. Bandura, A. (1991). Self-efficacy mechanism in physiological activation and health-promotion behavior. In J. Madden IV (Ed.), *Neurobiology of learning, emotion, and affect* (pp. 229–269). New York: Raven Press
8. Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendations. *Medical Care*, 13, 10-24. Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2, 328–335.
9. Burns, J. W., Quartana, P., & Bruehl, S. (2008). Anger inhibition and pain: Conceptualizations, evidence and new directions. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 259–279.
10. Dahlquist, L. M., McKenna, K. D., Jones, K. K., Dillinger, L., Weiss, K. E., & Ackerman, C. S. (2007). Active and passive distraction using a headmounted display helmet: Affects on cold pressor pain in children. *Health Psychology*, 26, 794–801.
11. Friedman, H. S., & Silver, R. C. (Eds.). (2007). *Foundations of health psychology*. Oxford: Oxford University Press.
12. Gilliam, W., Burns, J. W., Quartana, P., Matsuura, J., Nappi, C., & Wolff, B. (2010). Interactive effects of catastrophizing and suppression on responses to acute pain: A test of an appraisal x emotion regulation model. *Journal of Behavioral Medicine*, 33, 191–199.
13. Glaros, A. G., & Burton, E. (2004). Parafunctional clenching, pain, and effort in temporomandibular disorders. *Journal of Behavioral Medicine*, 27, 91–100.
14. Hadjistavropoulos, T., Craig, K. D., Duck, S., Cano, A., Goubert, L., Jackson, P. L.,...Fitzgerald, T. D. (2011). A biopsychosocial formulation of pain communication. *Psychological Bulletin*, 137, 910–939
15. Janis, I. L. (1958). *Psychological stress*. New York: Wiley.
16. Jaremka, L. M., Andridge, R. R., Fagundes, C. P., Alfano, C. M., Povoski, S. P., Lipari, A. M., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2014). Pain, depression, and fatigue: Loneliness as a longitudinal risk factor. *Health Psychology*, 33, 948–957
17. Keefe, F. J. (2011). Behavioral medicine: A voyage to the future. *Annals of Behavioral Medicine*, 41, 141–151.
18. McGuire, L., Heffner, K., Glaser, R., Needleman, B., Malarkey, W., Dickinson, S.,...Kiecolt-Glaser, J. K. (2006). Pain and wound healing in surgical patients. *Annals of Behavioral Medicine*, 31, 165–172.
19. Melzack, R., & Wall, P. D. (1982). *The challenge of pain*. New York: Basic Books.
20. National Health Expenditures, 2014. Retrieved November 15, 2016 from <http://www.cms.gov/research-statistics-data-and-systems/statistics.../highlights.pdf>
21. Ramirez-Maestre, C., Lopez-Martinez, A. E., & Zarazaga, R. E. (2004). Personality characteristics as differential variables of the pain experience. *Journal of Behavioral Medicine*, 27, 147–165
22. Van Rood, Y. R., Bogaards, M., Goulmy, E., & van Houwelingen, H. C. (1993). The effects of stress and relaxation on the in vitro immune response in man: A meta-analytic study. *Journal of Behavioral Medicine*, 16, 163–182.

СОБСТВЕНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

3.4 ВЛИЯНИЕ НА БАРИЕРИТЕ ЗА ДОСТЪП ДО
ДЕНТАЛНА ПОМОЩ В БЪЛГАРИЯ²

Б.Бонев, П. Божинков, Кр. Янева

2014

Резюме:

Основна цел на това изследване бе да се определят основните бариери за достъп до дентална помощ и да се определи тяхната тежест. В изследването бяха обхванати 1636 лица над 20-годишна възраст (56% са от мъжки пол и 44% от женски) от тринадесет населени места в България, на които бе проведено стандартизирано интервю. В резултат установихме, че само 44% от изследваните спазват денталният профилактичен режим. От лицата неспазващи регулярните профилактични посещения в денталната практика – 37% посочват като основна бариера за достъп „липсата на оплаквания“; 19% - цената на лечението; 13% - страха от дентални манипулации; 9% - липсата на време; 8% - друг общ здравословен проблем. От резултатите може да се направят следните изводи - повече от 1/5 от лицата поради ниска здравна култура и липса на оплаквания не извършват профилактични прегледи. Страхът от денталното лечение в съчетание с миналия лош опит и финансовите трудности са основна пречка за дентално лечение при друга 1/5 от хората в България.

ключови думи: бариери за достъп до дентална помощ; дентално здраве

2. Бонев Б., П. Божинков, Кр. Янева. Влияние на бариерите за достъп до дентална помощ в България. Проблеми на денталната медицина, 2014, 40, 1, 41-45

Abstract:

The main aim of the study was to determinate the main barriers for access to dental care and their influence. 1636 people over the age of 20 from thirteen urban areas participated in the survey (56% male and 44% female). Interviews were conducted to all of them. As a result we established that only 44% of the people observe the preventive dental attitudes. The people without preventive dental attitudes showed as a main barrier for access to dental care: 37% - lack of complaints; 19% - the cost of treatment; 13% - dental fear; 9% - lack of time; 8% - other general health problem. As main conclusions we think that more than 20% of the people who took part in the survey don't comply with preventive dental attitudes as results of low culture of health and "lack of time". "Dental fear", "cost of dental treatment" and "lack of success" are the main barriers for the other 20% of the people.

Key words: barriers for access to dental care; dental health

Бариери за лечение

Бариерите за достъп до дентална помощ имат психо-социален характер и са в резултат от взаимоотношенията между лечител (лекар по дентална медицина) и пациент (7).

Бариерите от страна на пациента възникват най-често като резултат от минали преживявания или са наложени от психо-социалната среда. Психо-социалната среда може да влияе както положително, така и отрицателно на лечението. В денталната литература има много опити, чрез психо-социалните фактори да се обясни отбягването на лечението и да се предвидят причините за неспазване на инструкциите по време на лечението, а също и неспазването на превантивният режим. Според N Nuttall (14) тези фактори включват: социално-икономически статус, възраст, пол, етнос, преценка на нуждите, страх, чувство на уязвимост. Изучавайки бариерите за достъп до дентална помощ L. K Cohen (4) стига до извода, че четири от тези фактори са основни Това са :

1. Страх от дентални манипулации
2. Цена на лечението
3. Липса на оплаквания
4. Липса на достъп

Страх от дентални манипулации

Една от най-важните бариери за регулярни посещения в денталната практика е страха от денталните манипулации (1,16). Когато интензивността на страхът от зъболекар е голяма се стига до отлагане, избягване на посещението в денталната практика. R. Freeman (8) определя пациенти с висок интензитет на страха и обременени с минал лош опит като лица с “дентална фобия”.

Чрез обяснение и разясняване на потребностите от лечение пациенти със силен страх могат да бъдат лекувани (5), докато тези с “дентална фобия” имат специални психологични нужди. Пациентите с “дентална фобия” се откриват, чрез използване на психологически тестове. Примери за такива са тези на: G.M Humphris или I. Eli (11, 6)

Една от най-правилните стратегии за борба с денталният страх в ежедневната практика е на P. Carson “Tell-show-do”; “казвам-показвам-права” (3)

Цена на лечението

Финансовата страна на зъболечението остава важна бариера за провеждане на лечението. Статистиката навсякъде по света показва, че възможността да водят регулярно лечение е пряко свързано с техният доход (1,16)

Трудностите и проблемите, с които се сблъскват хората с ниски доходи води до съревнование между приоритетите за оставащите семейни средства. При тази ситуация нерядко зъболечението се приема като невъзможен лукс и води до инверсия на ценостите, като денталната помощ остава на ниско ниво сред приоритетите (2)

Липса на оплаквания

Хората са различни по отношение към денталното си здраве, от такива, които внимават за профилактичните си посещения, до такива които се обръщат за помощ единствено при болка. Отношението на човека към профилактичния преглед всъщност се влияе от страха, миналия опит и ежедневните ангажименти (9.) E. K Adams, а също и O. Vassend (1,16) смятат, че психо-социалните фактори могат да помагат, а също така да пречат за регулярното дентално лечение. Според тях хората с

по-високо социално-икономическо положение повече от тези с ниско социално-икономическо положение, жените повече от мъжете, по-младите от по-старите, тези със собствен транспорт повече от ползващите обществен транспорт внимават за регулярните профилактични посещения в денталната практика.

Липса на достъп

Липсата на достъп не трябва да се възприема само като липса или голяма отдалеченост на дентални практики. Тя много често се свежда до проблеми с езика и комуникацията. S.A Williams (17) установява, че в допълнение към страха от зъболекар, цената на лечението хората от етническите малцинства цитират езика и трудностите в комуникацията, като голяма бариера за приемането на лечението.

Важно е да се знае, че бариерите за приемане на дентална помощ имат психо-социална същност и те се потенцират от миналия опит. Това заедно с бариерите възпрепятстващи достъпа до дентална помощ могат да доведат до отказ, избягване на лечението (8).

Цел и задачи

Основна цел на проведеното изследване бе да се установи влиянието на бариерите за достъп до дентална помощ сред зрелите хора в Р. България

За изпълнение на поставената цел бяха формулирани следните задачи:

1. Да се установят лицата, които спазват денталният профилактичен режим.
2. Да се установи влиянието на основните бариери за достъп до дентална помощ сред зрелите хора.

Материал и методика

За изпълнение на поставените задачи, беше проведено проучване сред 1636 лица над 20-годишна възраст от тринадесет населени места в България. От изследваните 766 (47%) живеят в малки населени места, а останалите 870 (53%) в София и големите областни градове. Средната

възраст на изследваните лица е 39.6г., 894 (54,6%) са от мъжки пол, а 742 (45,4%) са женски пол. Данните за проучването бяха събрани през периода 2006 – 2009 г.

С всеки участник бе проведено стандартизирано интервю, включващо въпроси отнасящи се до възраст, пол, социално-демографски статус, орално хигиенни и вредни навици. Въпросите за честотата на денталните посещения и причините за отбягване на денталното лечение, бяха следните:

6. Основни причини за отказ от лечение.

- 0- желание за лечение
- 1- сериозни здравословни проблеми
- 2- финансови проблеми
- 3- минал лош опит
- 4- страх от дентални манипулации
- 5- липса на оплаквания
- 6- липса на време

7. Достъпност на дентална помощ

- 0- лесен достъп
- 1- труден достъп

Събраните данни бяха обработени с помощта на алтернативния анализ и програмния продукт за статистически анализ на епидемиологични и клинични проучвания SSPS.

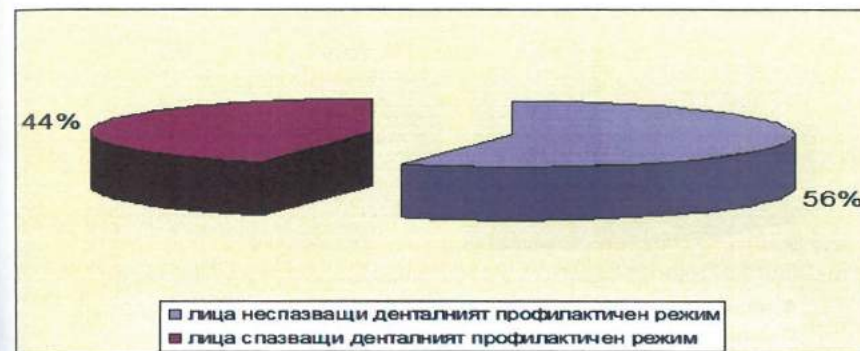
Резултати

При разглеждане на бариерите за дентално лечение, само 4,2% (69) от изследваните имат трудности с достъпа до дентална помощ, поради липса на практика в близост. Липса на дентални практики има най-често в селата. Затова и 96% (66) от лицата с затруднен достъп до дентална помощ живеят на село, табл.1

Таблица 1. Разпределение на лицата по брой и процент според наличието на достъп до дентална помощ и вида населено място сред изследваните 1636 лица

Достъп \ Населено място	Труден достъп	Лесен достъп
Град	0,2% (3)	53% (867)
Село	4% (66)	42,8% 700

В резултат на нашето изследване установихме, че 44% (744) от изследваните посещават лекар по дентална медицина профилактично. Останалите 56% (962) от изследваните не спазват денталният профилактичен режим вследствие влиянието на различни бариери (фиг.1).



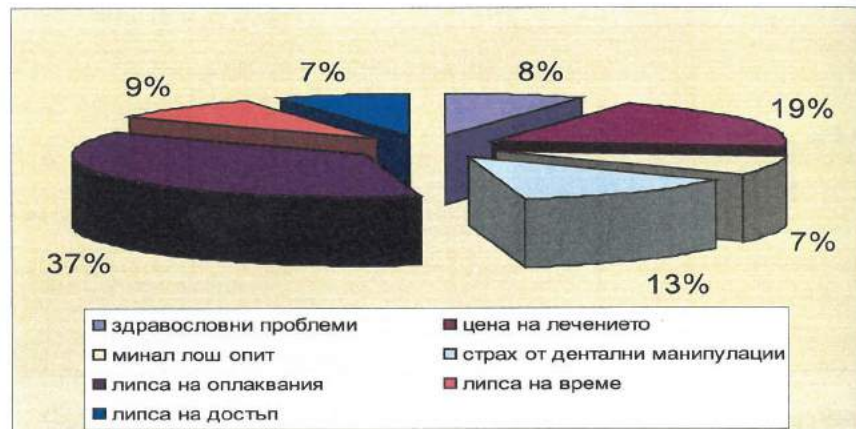
Фиг. 1 Процентно разпределение на изследваните лица според отношението им към спазването на денталният профилактичен режим.

Като основни бариери за спазване на профилактичния режим за дентална профилактика, освен достъпа ние определихме:

1. Сериозен здравословен проблем
2. финансови проблеми (цена на лечението)
3. минал лош опит

4. страх от дентални манипулации
5. липса на оплаквания
6. липса на време за профилактика и лечение

Липсата на оплаквания, са основна причина за 37% (356) от тези лица. Финансовите проблеми спират - 19% (187), а страха от денталните манипулации - 13% (123), минал лош опит (неприятни преживявания при предишни посещения и/или неуспешно лечение) посочват като основна бариера 7% (66). Други сериозни здравословни проблеми са бариера за 8% (75), а за други 9% (86) характера на работата им и стила им на живот водят до липса на време за извършване на профилактични прегледи. 7% (69) от не спазващите профилактичния режим имат проблеми с достъпа до дентална помощ. Тези резултати се виждат на фиг.2.



Фиг.2 Процентно разпределение на лицата неспазващи денталният профилактичен режим, според вида бариера за достъп до дентална помощ.

Дискусия

Така получените резултати са съпоставими с резултатите на Manski (13) в САЩ, където той е установил през 1996г. - 43,19% от лицата над

16 години са посетили поне веднъж годишно своя лекар по дентална медицина, а така също и с тези на Gomes (10), който при проведено изследване сред зрелите хора в района на Порто (Португалия), установява, че 51,1% от изследваните са ходили на зъболекар през последната година (10).

Нашите резултати са близки, но все пак по-добри от тези в Гърция, където проучване през 2006 година установява, че 31,7% са посетили зъболекар профилактично (12).

Нивото на здравната култура в България е все още много далече от нивото и в страните с развита профилактика като Скандинавските страни. Потвърждение на това е изследването на Peterson at all (15), той е установил, че през 2000г. в Дания 80% от лицата над 20год. поне веднъж годишно са посетили зъболекар, като по-често това правят хората с по-високо образование и доходи.

Изводи и заключение

В резултат от проведеното проучване можем да направим следните изводи:

1. 44% от хората спазват необходимия профилактичен режим и посещават лекар по дентална медицина поне веднъж на шест месеца.
2. Повече от 1/5 от лицата поради ниска здравна култура и липса на оплаквания не извършват профилактични прегледи.
3. Страх от денталното лечение в съчетание с миналия лош опит и финансовите трудности са основна пречка за дентално лечение при друга 1/5 от хората в България.

В заключение можем да направим следните препоръки:

Необходими са допълнителни знания и умения от лекарите по дентална медицина за откриване и преодоляване на бариерите за достъп до дентална помощ.

Нивото на денталната здравна култура у нас е незадоволително и повишаването и, би допринесло, денталното здраве да заеме по-значимо място в ценностната ситема на хората.

Библиография:

1. Adams E. K., R. Freeman, Gelbier, B.J. Gibson. Accessing primary dental care in three inner city boroughs. *Comm. Dent. Health* 1997; 14: 108-112
2. Call R. L. The effects of poverty on children's dental health. *Pediatrician*. 1989;16:200-206
3. Carson P., R. Freeman. Tell-show-do: reducing anticipatory anxiety in emergency paediatric dental patients. *Int. J. Health Prom. Edu.* 1998; 36: 87-90
4. Cohen L. K. Converting unmet need for care to effective demand. *Int. Dent. J.* 1987; 37: 114-116
5. Corah N.L., Development of dental anxiety scale. *J Dent Res.* 1969; 48: 569
6. Eli I., R. Baht, S. Blacher. Prediction of success and failure of behavior modification as treatment for dental anxiety. *European Journal of Oral Sciences.* 2004; 112: 311-315
7. Freeman, R. Barriers to accessing and accepting dental care. *British Dental Journal*, 1999,187:81-84
8. Freeman, R. Barriers to accessing dental care: patient Factors. *British Dental Journal*, 1999,187:141-144
9. Gibson B. J., J. Drennan, S. Hanna, R. Freeman, Routine dentaling and the six monthly check-up. *J. Dent. Res.* 1997;76:1046
10. Gomes, A., N. Lunet, A. C. Santos, H. Barros. Social, demographic, clinical and lifestyle determinants of dental care visit in an urban sample of Portuguese adults. *Oral Health & Preventive Dentistry.* 2008;6:3-11
11. Humphris G.M., T. Morrison, S.J.Lindsay. The Modified Dental Anxiety Scale: validation and United Kingdom norms. *Comm. Dent. Health.* 1995;12: 143-150
12. Koletsi-Kounari H., C. Tzavara, Y. Tountas. Health-related lifestyle

- behaviours, socio-demographic characteristics and use of dental health services in Greek adults. *Community Dental Health.* 2011;28: 47-52
13. Manski, R.J., J. F.Moeller, W. R. Maas. Dental services: An analysis of utilization over 20 years. *Journal of American Dental Association,* 2001;132: 655-664
 14. Nuttall N. Review of attendance behaviour. *Dental Update.* 1997; 24:111-113
 15. Petersen, P.E., M. Kjoler, L. B. Christensen, U. Krustup. Changing dentate status of adults, use of dental health services, and achievement of national dental health goals in Denmark by year 2000. *Jurnal of Public Health Dentistry.* 2004;64: 127-135
 16. Vassend O. Anxiety, pain and discomfort associated with dental treatment. *Behav. Res. Ther.* 1993;31:659-666
 17. Williams S.A., S. Gelbier. Dentists and ethnic minority communities. *Br. Dent. J.* 1989;166:194-195

*"I cannot and should not be cured of my stress,
but merely taught to enjoy it."*

*„Не можеш да се излекуваш от стреса,
но може просто да му се насладиш“*

Hans Selye

ГЛАВА ЧЕТВЪРТА

4. СТРЕС, СТРЕСЪТ В ДЕНТАЛНАТА ПРАКТИКА, ПРОФЕСИОНАЛНО ПРЕГАРЯНЕ.

4.1 Стрес

4.1.1 Произход и развитие на стреса

Ханс Селие /1907-1982/ - канадски физиолог от унгарски произход, използва за първи път термина стрес, в познатия ни смисъл, в средата на 20 век.

- През 1960 г. Селие смята, че стресът е част от живота.
- През 1990 г. СЗО алармира, че стреса е „Глобална епидемия“.
- През XXI век приемаме, че стресът е начин на живот.

Защо XXI век е векът на стреса ? Това 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 човек е достъпен, открит, работи постоянно, 24 часа, 7 дни седмично.
- ❖ Бързо развитие на технологиите – води до промяна в динамиката, до промяна в отношенията в семейството, в начина на развитие на семейните отношения.

- ❖ Нови нарастващи Световни заплахи – с които съвременния човек трябва да приеме и да свикне да живее: тероризъм, глобално затопляне, миграционни процеси и т.н.
- ❖ Съвременния свят е свързан с все повече отговорности и все по-малка свобода.
- ❖ Броят на стресогенните агенти се увеличава постоянно и в резултат свободното време намалява.
- ❖ Съвременният начин на живот е свързан с размити граници между дома и работата.
- ❖ Технологиите доведоха до премахване на поверителността. Съвременното е характерно с глобално следене, за всеки един от нас се знае къде се намира, къде смята да почива следващата година и какво търси да купи като подарък за приятелката си, например.
- ❖ В съвременното при повечето хора има свършено нов начин на живот, създаден от финансовите институции – живот на кредит.
- ❖ Телевизия, интернет, храна, взаимоотношения, и т.н.

Всички тези стресогенни фактори, появили се в резултат на размитите граници при съвременния начин на живот те принуждават да се чувстваш като жертва, а това е друг начин да определим стреса.

В резултат от превръщането на стреса в начин на живот изследванията показват солидна връзка между стреса и редица заболявания.

Според различни изследвания, в наши дни се приема, че между 70% до 85% от заболяванията са пряко свързани със стреса – от рак до настинка и от херпес до хемороиди. При едни заболявания стреса е причина за появата на болестта, при други е предразполагащ фактор, при трети влияе върху протичането на самото заболяване.

В съвременното общество, съществуват различни популярни виждания за стреса:

- ❖ 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 проблеми.

Видове стрес:

Съществуват различни видове стрес според влиянието им върху организма (2):

- ❖ Добър стрес, еустрес – положителна форма на стреса, при него се тонизираме /например влюбване/
- ❖ Неутрален стрес – форма на стреса, която не влияе директно върху организма /природно бедствие в отдалечен край на Земята/
- ❖ Отрицателен стрес, дистрес – форма на стреса, която влияе отрицателно върху организма:
 - Остър стрес – висока интензивност за къс период
 - Хроничен стрес – слаба интензивност, продължителен период – причинява най-много заболявания

Според произхода на стресора имаме:

- Екологични влияния (например слънчеви изригвания, ГМО-та)
- Психосоциални въздействия (например взаимоотношения, самочувствие, его и т.н.)
- Обществено влияние (например разрастването на града, трафик, политика и т.н.)

4.1.2 General Adaption Syndrome

Определение:

От стрес се интересуват различни науки, например – психология, физиология, различни клинични медицински дисциплини, а също така социология, антропология, теология. Това предразполага наличието на различни определения за стреса в зависимост от науката, която го е създала.

Според едни стрес е: „загуба на емоционален контрол“, според други „износване на тялото“, а според трети „неспособност за справяне с проблемите“.

От историческа гледна точка първото определение за стрес е дадено от канадския физиолог Ханс Селие. Според Селие (8):

„Стресът е неспецифичен отговор на организма, подложен на дразнене и опитите му за адаптация, независимо дали дразненето води до болка или удоволствие.“

Както казахме Ханс Селие е канадски физиолог от унгарски произход, той първи употребява термина стрес, а също така работата му и живота му са тясно свързани с изследването на стреса.

При изследването на стреса той формулира теорията за биологичния стрес. В основата на теорията е „Общия синдром за адаптация“ (фиг.1)



Фиг. 1 General Adaption Syndrome

Какво става с организъм, който е в състояние на стрес?

Ние сме наследили от прадедите ни начина, по който реагираме на проблемите и опасностите по пътя на естествения подбор. Психологичните отговори са универсални. Основната емоция, съпровождаща стрес-

са, е страх, съпътстван от блокиране 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“. Следва момента на избор – „борба“ или „бягство“. Когато стимулите бъдат оценени като заплаха, различни центрове от мозъка дават нареждания на тялото да ускори подготовката за „борба или бягство“ от заплахата. Зениците се уголемяват, за да се вижда по-добре, слухът се изостря. Мускулите се напрягат, за да се справят със заплахата. Сърдечния и дихателният ритъм се увеличават. Краката и ръцете изстиват и се изпотяват. Кръвта започва да пулсира по-бързо към главата, така че повече кислород да достигне мозъка и да стимулира мисловните процеси. Ако тялото не се освободи от биохимичните промени, които се случват през време на отговора, резултата може да бъде „хроничен стрес“. А когато човек вече е под стрес и стресът се увеличава, регулаторните центрове на мозъка започват да реагират неадекватно. Това изтощава организма и може да е причина за тежко заболяване и дори смърт. Например, хроничната възбуда при стресова реакция може да превърне временното повишаване на кръвното налягане в постоянно високо кръвно.

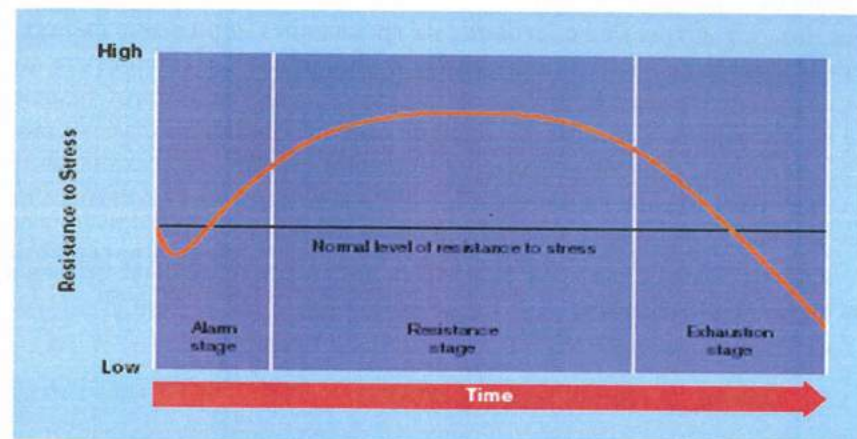
Общия неспецифичен адаптационен синдром, известен още в медицинската наука като „синдром на биологичния стрес“ има както казахме три стадия на развитие.

I стадий /реакция/ на тревога – организмът показва признаци на промяна, т.е. налице е мобилизация на адаптационните механизми. Жлезите с вътрешна секреция отделят адреналин и кортизол, които мобилизира тялото. Селие предполага, че адаптационните възможности на организма са ограничени и това се появява в тази първа фаза. Нито един организъм не може да се намира постоянно в състояние на тревога. Ако стресорът е толкова силен, че въздействието му стане несъвместимо с живота – организмът загива още в тази първа фаза.

II стадий – Втория етап е, наличие на интензивни опити на организма да се противопостави или адаптира към стресовия фактор. През тази фаза секрецията на адреналин и кортизол намалява, като „борбата“ се води само от най-подходящите за случая органи и системи.

III стадий на изтощение: в резултат на продължителното въз-

действие на стресорът се изчерпват адаптационните възможности на организма. Тялото не може да понася повече физиологичната промяна, имунната система отслабва и ако симптомите от първата фаза се появят наново, могат да настъпят болести и дори смърт. Получава се често свиване на тимусната жлеза, далака и лимфните възли. Обикновено намалява броят на белите кръвни телца. Отделя се излишък от стомашна киселина, увеличава се кръвното налягане, половите хормони намаляват. Изходът от този стадий е или чрез външна намеса – отстраняване на действието на стресора и подпомагане на организма, или пълно, необратимо изтощение, водещо до смърт (фиг.2).



Фиг. 2 Диаграма на общия неспецифичен адаптационен синдром (9)

Благодарение на Селие, връзката между екстремално, продължителен стрес и определени заболявания сега е широко приет от медицинските експерти.

Въпреки това теорията на Селие има редица критики. Според критиките основен недостатък на модела на Селие е, че първоначално е бил формулиран при изследване на лабораторни плъхове. При плъховете психологичната компонента на реакцията, далеч не е толкова разнообразна както при хората.

Друга основната критика е заявлението на Селие, че интензивността на стреса определя физическата реакция към него.

Неговата теория не предвижда психологически компонент - как човек възприема и оценява стресиращия фактор.

4.1.3 Когнитивна теория за стреса

В резултат на критиките се е появила когнитивната теория за стреса. Ричард Лазарус /1922-2002/ - Професор в Калифорнийския университет е един от основните създатели на когнитивната теория за стреса. Според Лазарус „Стресът е състояние на тревожност –при което събитията и възможностите на организма надвишават способностите му за справяне с него.“ В отговор на теорията на Селие, Lazarus твърди, че не дразненето е това, което само по себе си причинява стрес, а възприемането на стресовия фактор. Също така стресовата реакция може да бъде разглеждана единствено и само в контекста на структурата на личността, която взаимодейства с външни ситуации.

Според Лазарус имаме четири етапа, през които преминава отговора на стресогенния фактор:

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

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

Втория етап след наличието на стресов фактор е оценката на организма. Две са основните оценки – организма възприема стресовия фактор **като опасност или като предизвикателство.**

Томака и кол. през 1993 (32) откриват че:

- Възприемането на стресора като предизвикателство се асоциира с ускорен сърдечен ритъм, подобрена изява, представяне и позитивни емоции.

- Възприемането на стресора като заплаха води до: увеличено кръвно налягане, по-лоша изява, представяне и негативни емоции.

Третия етап при отговора на стресовия фактор е изработване на система от действия и мероприятия за постигане на сделка със стресовия фактор.

Последния етап е отговора, който представлява сложен модел на взаимодействие между ума и тялото.

В последствие Лазарус и Фолкман (24), доразвиват модела за когнитивния стрес. Според тях отговора на стреса зависи от първичната и вторичната оценка и възможностите /ресурсите/ на организма за справяне със заплахата.

Какво представлява **първичната оценка**?

Първичната оценка е оценка на ситуацията (28). Тя зависи от психологичните характеристики на човека и най-общо можем да я свържем с въпросите „Какво означава този стресор, тази ситуация за мен?“ или „Как тази ситуация може да ми повлияе?“. Най-общо възможните отговори на организма се свързват със следните възможности:

1. Това не е важно за мен
2. Това е добро за мен
3. Това е лошо, опасно за мен.

В резултат от преценката индивида класифицира стресора като: **опасност, предизвикателство или вреда.**

Вторична оценка – е оценка на възможностите на човека. Вторичната оценка може да бъде позитивна и да води до справяне със стреса, ако в резултат на нея имаме твърдения от рода: „Мога да се справя!“; „Ще проверя шансовете ми за успех!“; „Ако сега се проваля, винаги мога да опитам друго нещо!“ и т.н.. За разлика от тях твърдения като „Не мога да го направя; Знам, че ще се проваля “; „Няма да го направя, защото никой не вярва, че мога “и” Няма да опитам, защото шансовете ми са ниски “, показват негативна вторична оценка (28).

За разлика от общоприетите правила, вторичната оценка се появява едновременно с първичната, а често я предшества и е причина за първичната оценка (фиг.3).



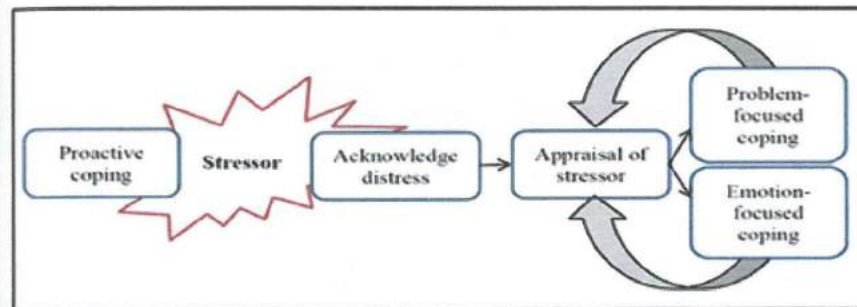
Фиг.3 Когнитивна теория за стреса (29)

Справяне, отговор на стреса:

Разглеждайки когнитивната теория за стреса на Р. Лазарус (23), виждаме че основната и цел е справяне или минимизиране на дистреса. Ако нашите навици, стилът ни на живот (хранене, физически упраж-

нения, добър сън, итн) не позволяват минимизиране на стресора се използват два основни подхода за справяне (30) : фиг. 4

- ❖ **Проблемно-фокусиран копинг** – този подход е свързан с реорганизация на вътрешните сили на индивида и промяна на подхода към стресора, с цел да се моделира, промени силата му (започване от рано на подготовката за изпит, спазване на графика за подготовка, реалистична оценка на необходимите ресурси за подготовка). Това е позитивният подход към стресора.
- ❖ **Емоционално-фокусиран копинг** – При този подход се разчита на външни за организма сили и обстоятелства за намаляване на силата на стресора. При този подход е възможно временно отлагане на влиянието на стресора, но с цената на усилване на дистреса (Ситуацията е виновна за създалата се ситуация, изпитващия беше зле настроен към мен, инт). Избягването е чест защитен механизъм при емоционално фокусирания копинг.



Фиг. 4 | Lazarus' model of stress, appraisal, and coping (24)

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.

4.1.4 Подходи за справяне със стреса

От гледна точка на Био-психо-социалният модел на здравето (7), можем да кажем, че ефективен подход за справяне със стреса е чрез (фиг.5):

- Физическото благосъстояние, т.е. способността на физиологичните системи на всички сили на организма да функционира оптимално
- Интелектуално благополучие – това е способността на индивида да събира, обработва, използва, и предава информация.
- Емоционалното благополучие - състояние, т.е. способността на индивида да признава, чувства, и контролира цялата гама от човешки емоции
- Духовното благополучие, еволюцията на висшето съзнание чрез отношения, ценности, и цели в живота



Фиг. 5 Подходи за справяне със стреса. (8)

В заключение можем да заявим, че Оптималното съотношение, интеграцията, баланса и хармонията на съзнанието, на тялото, духът и емоциите на човек са много повече от сумата на всяко едно от тях по отделно и постигане на това оптимално съотношение е основния път за справяне със стреса.

Ние можем да управляваме ефективно стреса, като се научим да живеем в настоящето. Като успеем да интегрираме, балансираме, и хармонизираме всички аспекти на ума, тялото, духа и емоциите.

Важно е да се премине от мотивация на страх към мотивация на любов/състрадание, а също да се балансира силата на егото с възможностите на душата.

4.2 Стресът в ежедневната дентална практика

В публикуваното през 2017 година (18); (22) изследване за най-вредните за вашето здраве професии по данни на службите по заетостта в Съединените Щати, на второ място е поставена професията на общо-практикуващия лекар по дентална медицина. Факторите определящи това място са:

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

На първо място в същото изследване се посочва професията на денталния хигиенист, като най-вредни фактори са същите, но с по-висок резултат. Ние в нашата страна, в нашата практика съвместяваме двете най-вредни за здравето професии.

Тази информация предоставям на лекарите по-дентална медицина в началото на описанието на работната среда от гледна точка на психологията и най-вече от гледна точка на източниците на психологичен стрес.

4.2.1 Източници на стрес в денталната практика

Още от средата на миналия век са проведени редица изследвания за нивата на стрес в денталната практика (11); (13); (12)

Основни източници на стрес в денталната практика според Randy Lang (19) са :

1. Денталната практика

Лекарите по дентална медицина прекарват по-голяма част от живота си в помещения от 12 до 14 кв. м., най-често без прозорци или със затъмнени, изолирани от външния свят. Обикновено в това пространство се намират и пациента и денталния асистент, затова спокойно можем да посочим, че лекарите по дентална медицина разполагат с по-малко жизнено пространство от изтърпяващите наказания в затворите.

2. Изолацията

Огромна част от лекарите по дентална медицина практикуват сами или в малки групови практики и за разлика от други професионални групи нямат възможност да споделят и дискутират проблемите си. В допълнение, още от студентската скамейка бъдещите лекари по-дентална медицина се възпитават в дух на съревнование по между им, което допълнително затруднява споделянето и увеличава изолацията. Един от съвременните методи за споделяне са социалните мрежи, но моето впечатление е, че те много по-често се използват за изтъкване на професионални постижения, отколкото за споделяне на проблеми и затруднения.

3. Стремез към перфектност.

Стремезът към перфектност е една от основните цели, в която се възпитават студентите още в университета.

Къде се опитваме да постигнем това съвършенство? Каква е нашата работна зона? Ние работим в малко пространство, с труден достъп и лошо осветено. Процедурите изискват голямо физическо и умствено усилие и в резултат ние получаваме редица професионални заболявания.

В заключение, описвайки стремезът към перфектност в работата искам само да добавя, че дори и най-съвършеното възстановяване, ще бъде разрушено от времето и, или пациента.

4. Икономически натиск.

Повече от 90 % от лекарите по дентална медицина в България, а и в повечето страни от ЕС работят в малки индивидуални или групови практики, където освен уменията си на лечители, те упражняват и лидерски, управленски функции, затова и стресът от несвързани с лечението дейности е огромен, само за пример можем да посочим някои източници на стрес като:

- Държавни контролни органи – РЗИ; НЗОК; Данъчни служби и т.н.
- Кредити и финанси
- Данъчни срокове и счетоводство
- Заплати, осигуровки и персонал
- Некоректни пациенти

5. Недостиг на време.

Всеки лекар по дентална медицина знае колко трудно нещо е спазването на работния график, прогнозирането на продължителността на денталните манипулации е практически невъзможна мисия, всеки един момент ние сме застрашени от появата на неочаквани усложнения, които отнемат допълнително време. В допълнение трябва да добавим спешните пациенти. Естествено трябва да се съобразим и с личностните особености на всеки наш пациент /например когато имаме записан час в 16:00 за един пациент това означава, че трябва да е в клиниката в 15:15, а за друг в 16:15/. Не бива да пренебрегваме влиянието върху нашия работен график на социалните фактори /например трафика/ и климато-географските фактори /например – дъжд, снеговалеж и т.н./. Всичко изброено до тук потвърждава нашия извод, че недостига на време, трудното планиране на работното време са източник на непрекъснат хроничен стрес.

6. Пациентите и особено страхливите пациенти

Пациентите са основен източник на стрес, особено работата със страхливи пациенти. Няма да разглеждаме задълбочено тези проблеми, защото имаме отделна глава за денталната фобия, но все пак ще посоча, че е особено важно да можем да различим – страхливите пациенти от тези с дентална фобия.

Редица изследвания показват, че съществува психологически отговор в ЛДМ в резултат от работата със „страхливи пациенти“ – повишаване на кръвното налягане, ускоряване на пулса, потене и т.н. В заключение ще посоча, че страхливите пациенти са една от причините за ранният инфаркт на миокарда при ЛДМ.

7. Разминаване с реалността

Студентите по дентална медицина се обучават да търсят, да искат и да предлагат най-доброто, което знаят на своите пациенти. Навлизайки в реалната дентална практика, те често губят мотивация сблъсквайки се с нивото на здравната култура на техните пациенти, откривайки, че в съревнованието на приоритетите за финансиране, често потребностите на денталното здраве са изместени от други по важни приоритети, например – / Не сега не мога да се занимавам с този зъб. Трябва да си боядисам бронята на колата./

Ситуацията, в която често се изпада в денталната практика, да направите и закрепите положението, вместо да изпълните блестящия си лечебен план или обезсмислянето на вашите усилия от пациента / например, чрез лоша орална хигиена/, са съществен източник на стрес.

8. Липса на движение.

Разглеждайки различни характеристики на работния процес в денталната медицина, като основни източници на стрес за организма на лекаря по дентална медицина се описва неправилната работна стойка и липсата на движение. В резултат ние страдаме от редица професионални заболявания.

От болки в резултат на мускулно скелетни разстройства, се оплакват по данни на Божинов (3.), (4), (5), 81.87% от лекарите по дентална

медицина, и или от проблеми със съдовата циркулация и психическо изтощение.

Изследователите са открили, че много персонални черти, характеризиращи добрия лекар по дентална медицина като:

1. Прецизност, достигаща до вманиаченост в детайлите
2. Добросъвестност
3. Пълен контрол над емоциите
4. Необосновани и свръх очаквания на другите към нас
5. Подчертана зависимост между индивидуалните постижения и социалния престиж.

Тези черти са предпоставка за депресия в средна възраст, злоупотреба с алкохол и наркотици и увеличава риска от самоубийство.

Как да се справим със стреса?

4.2.2 Подходи за справяне със стреса в денталната практика.

Първа стъпка за справяне със стреса е познаване на неговите източници и техния произход.

Стресът в денталната практика никога не може да бъде елиминиран напълно, но нашата цел е да сведем нивата, особено на хроничния стрес, до състояние не застрашаващо здравето ни.

Как да се постигне това? Ще повторя някои известни и прости правила, които ни помагат да понижим нивата на стрес в денталната практика:

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 стрес – от 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 и т.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!

4.3 Професионално прегаряне - „Бърнаут“.

4.3.1 Възникване и развитие на понятието “Burnout”

Високи нива на стрес в ежедневната дентална практика, най-често водят до появата на психологични проблеми, голяма част от тях често са свързани с така нареченото „Професионално прегаряне“ или „Бърнаут синдром“

Какво представлява „Бърнаут синдром“? Терминът “Burnout” или „Професионалното прегаряне“; „Професионално изпепеляване“ е въведен от Американския психиатър Herbert Freudenberg и от социалния психолог Cristina Maslach (16).

Не съществува единна дефиниция на термина “Burnout”, която да е приета като стандарт, както и не съществува консенсус между учени, психолози и лекари. Най-често “Burnout” се описва като **душевно състояние настъпващо често при хора работещи с други хора и в отношенията си с тях с началниците и с колегите си са даващи.**

Това състояние се описва със следните симптоми: влошено общо състояние, физически болки, апатия, психическа и физическа умора,

чувство за безполезност и деперсонализация, никакво желание за работа и радост от живота, страдат семейните отношения и в краен етап се появяват суицидни мисли. Трагичното е, че това състояние засяга преди всичко личности, които са били особено ентусиазирани в началото на кариерата си, идеалисти. Това са най-добрите в определена професионална група, чиято ефективност намалява. С други думи трябва да „гориш“ в работата, за да „изгориш“.

Pines et al. (26) разглежда като причина за “Burnout” постоянното напрежение и „всекидневния“ стрес, чийто последствия са особено неблагоприятни, когато изнурителната работа и продължителното натоварване са свързани с липса на признание и социална подкрепа. Изтощения човек в състояние на “Burnout” се чувства изолиран, онеправдан, срамува се от своето състояние и с това още повече се влошават нещата

В. В. Бойко (6) определя “Burnout” като изработен личностен механизъм на психологическа защита във форма на пълно или частично изключване на емоциите в отговор на психо травмиращо въздействие. Според него изгарянето е функционален стереотип, доколкото позволява на човек да дозира и икономично да изразходва своите енергийни ресурси. В същото време прегарянето води до влошаване на професионалните резултати и отношенията с колегите.

Според него нашата нервна система има „лимит на общуване“, т.е. ние за деня, човек може пълноценно да обърне внимание на определен брой хора, ако те са повече за деня настъпва изтощение и в крайна сметка с времето – изгаряне.

4.3.2 Симптоми и етапи в протичането на “Burnout”

Моделът на синдрома на “Burnout” може да бъде представен като емоционално-когнитивен комплекс от симптоми и поведение, които са групирани в три основни групи:

- Емоционално изтощение и умора – тревожност, депресия, фрустрация, безпомощност, апатия, суицидни мисли, параноя и др.
- Тенденция за равнодушно, отрицателно отношение към зависимите от професията – деперсонализация, враждебност, не сензитивност, негативизъм, конфликт с колегите.

- Тенденция за отрицателна самооценка – особено по отношение на собствената работа, неудовлетвореност от дейността, грешки в работата, намалена продуктивност, проблеми в семейството

Симптомите на синдрома “Burnout” могат да бъдат групирани в четири групи:

- ❖ **Когнитивни** – включва основно ригидност в мисленето, дистанциране и песимизъм до параноя, а също така суицидни мисли.
- ❖ **Афективни** – обхваща объркващи и конфликтни емоции, депресия, чувство на вина по отношение на търсещите помощ поради отклоняване на контактите с тях, раздразнителност, чувство на безпомощност и загуба на контрол.
- ❖ **Поведенчески** – постоянни оплаквания, превръщат се в мърморковци, при други се повишава склонността от рисково поведение /прием на опиати, алкохол/, общо работят по-малко от преди, но с по-ниска ефективност.
- ❖ **Физически** – изтощение, липса на ентузиазъм, липса на енергия, хронична умора, снижен имунитет, мигрена, влошена координация на движенията, болки в различни части на тялото.

Основния аспект на този синдром е повишеното чувство на емоционално изтощение.

Отличителна характеристика на “Burnout” е факта, че последствията му са само подхранващи се. Ако този процес се разгърне без да бъдат предприети мерки, прекъсването му става трудно. “Burnout” може да се разглежда като последна фаза от един процес от неуспешни опити за справяне с отрицателни стресиращи условия, т.е. резултат от непреодолян социален стрес.

Етапи в развитието на “Burnout”:

В началото на своите изследвания Фройденбергер различава само два стадия – ранен (чувствата са запазени) и късен (пълна липса на емоция). След това той откроява 12 стадия. В началото е obsесивното желание за доказване на самия себе си. В следващия етап собствени-те нужди се пренебрегват, ценностите се преосмислят, проблемите се

отричат. Накрая настъпва апатия (отстъпление), деперсонализация до пълно емоционално и физическо изчерпване (9).

Според Американската психологична асоциация имаме четири основни стадия в развитието на “Burnout”. Според тях началните етапи на развитието на “Burnout” са трудно различими и те ги определят като pre-burnout stage или “brownout”, характеризират се с намалена ефективност, липса на интерес към работата, намалена концентрация, често допускане на грешки и отегченост.

Етапите в развитието на “Burnout” започват с „меден месец“, “The Honeymoon” в този етап човек работи с желание и е изпълнен с надежди, че по този начин ще постигне сериозни професионални успехи, изпълнен е с енергия, с охота приема допълнителни задачи, има голяма творческа свобода.

През втория стадий „пробуждането“, “The Awakening” засегнатият започва да осъзнава, че неговите надежди са били леко прибързани и донякъде излъгани, но той отново полага големи усилия да се справи с поставените задачи. Работи още повече, но ефективността му намалява, появява се умора, фрустрация и загуба на увереност.

Третият стадий е цялостен, същински “Burnout” (“Full-scale Burnout”). Този стадий се характеризира с намаляване на интересът към работата, постепенно работният тонус намалява и се замества от раздразнителност, често чувство на умора. Тук се наблюдава целият комплекс от симптоми при “Burnout”, особено характерни са промените в съня и храненето, често страдащите посягат към алкохол и опиати и други страсти. Страдат семейните взаимоотношения. Интересът към работата намалява, но се засилва критичността към работодателя.

Стадий на „пълното изгаряне“ (“The Phoenix Phenomenon”) – четвърти последен стадий. В този стадий се характеризира с пълно нервно-психично изтощение, появяват се проблеми със сърдечно-съдовата система (хипертония, дори инфаркти, инсулти). Характерни за този стадий са мислите за самоубийство и пълното отчаяние. Страдащите изпитват чувство на вина, за създамата се ситуация, но не виждат изход от нея.

От първата до последната фаза на “Burnout” обикновено минават години (средно 3-4), но са описани редица случаи на развитието на “Burnout” само за няколко месеца (15).

В.В. Бойко описва три етапа на процеса на "Burnout" (5):

1. Стрес – усещане за дисбаланс между ресурси и изисквания
2. Напрежение – непосредствен емоционален отговор на този дисбаланс, характеризиращ се с чувство на безпокойство, тревожност, умора изтощение.
3. Защитен копинг – тенденция да се третират пациенти, клиенти, граждани с подчертано безразличие, механично, индиферентно.

4.3.3 Подходи за справяне с "Burnout".

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.

4.4 „Burnout“ и денталната професия:

В началото на главата подробно разгледахме източниците на стрес в денталната практика, а също така и споменахме професионалните вредности, безспорна е връзката между дистреса и Burnout. К. Маслач (1978) (8) още през далечната 1978 година смята емоционалното прегаряне като резултат на дистреса и като част от последния стадии на Общия адаптационен синдром – фазата на изтощението.

Проблемите на стресът и професионалното прегаряне при лекарите по дентална медицина е разгледан в редица изследвания в края на миналия век и началото на нашия. (20), (14), (17), (25), (29), (33)

Определено работата на денталните лекари е под влияние на множество психо-социални, емоционални вредности. Според Randy Lang (20) нивата на стрес в денталната практика са много високи, както и източниците на стрес са разнообразни, което води до в пъти по високи нива на психични разстройства и сърдечно-съдови заболявания сред зъболекарите. Той посочва, че честотата на самоубийствата сред лекарите по дентална медицина са два пъти повече отколкото при лекарите. Според други изследвания денталните лекари не страдат по-често от Burnout, а са също толкова доволни и щастливи, колкото и представителите на други професии (21), (31) Според Sancho & Ruiz (2010) (27) нивата на самоубийства сред денталните лекари са по-високи, но са необходими допълнителни изследвания за връзката между самоубийствата и денталната професия. Проблемът със самоубийствата сред лекарите по дентална медицина е разгледан и от R. E. Alexander (10).

Според Аврамова (1) при изследване сред 387 зъболекари, използвайки въпросника на Маслач за оценка на риска от Burnout са установени, че според средните си стойности и по трите подскали, изследваните, попадат в интервала на умерено ниво на Burnout (Емоционално изтощение средна стойност – $21,29 \pm 12,49$; Деперсонализация средна стойност – $10,17 \pm 6,20$; Персонални постижения – $34,76 \pm 7,87$).

В заключение искам да посоча, че цитираните данни потвърждават високите нива на стрес в нашата професия и риска от професионално прегаряне на денталният екип.

Библиография:

1. Аврамова Н. Медико-психологични проблеми в денталната практика и тяхното отражение върху личността и професионалната дейност на лекаря по дентална медицина. 2021; Дайрект Сървисиз: 218 стр. ISBN 978-619-7671-33-9
2. Балканска П. Приложна психология в медицинската практика. София; 2010: 163 стр.
3. Божинов П. Мускулно-скелетни разстройства при лекарите по дентална медицина, свързани с денталната практика и тяхната профилактика. 2016, София: 98 с
4. Божинов П. Мускулно-скелетни разстройства при лекарите по дентална медицина, свързани с денталната практика, дисертация, 2014, София: 172стр.
5. Божинов П. Мускулно-скелетни разстройства при лекарите по дентална медицина. Ергономични препоръки и профилактика, 2021, 199стр, ISBN:978-616-7194-79-1
6. Бойко В. Методика диагностики уровня эмоционального выгорания. В: Д. Райгородский (ред.) Практическая психодиагностика: Методики тесты. Самара, 1999
7. Савова З. Превенция на стреса и професионално изчерпване. София; 2012 152 стр.
8. Селие Ханс. Стрес без дистрес. София; 1982: 138 стр
9. Харизанова, С. Бърнаут синдром при работещи в места за лишаване от свобода. Дисертационен труд за придобиване на ОНС „доктор“. МУ - Пловдив, 2014.
10. Alexander RE. Stress-related suicide by dentists and other health care workers: fact or folklore? JADA 2001; 132:786-94.
11. Atkinson JM, Millar K, Kay EJ, Blinkhorn AS. Stress in dental practice. Dent Update 1991; 18 (2):60-4
12. Blinkhorn AS. Stress and the dental team: a qualitative investigation of the causes of stress in general dental practice. Dent Update 1992; 19:385-7.

13. Bourassa M, Baylard JF. Stress situations in dental practice. J Can Dent Assn 1994; 60:65-71
14. Cooper C, Watts J, Kelly M. Job satisfaction, mental health, and job stressors among general dental practitioners in the UK. Br Dent J 1987; 162:77-81
15. Couper ID. Approaching burnout. SA Fam Pract 2005; 47(2):5-8
16. Freudenberg HJ, Richelson G. Burn Out: The High Cost of Success - and How to Cope with It. USA, Doubleday & Co., Inc. 1980, 213pp
17. Gale EN. Stress in dentistry. N Y State Dent J 1998; 64(8):30-4
18. <https://www.insider.com/most-unhealthy-jobs-in-america-2017-4#2-general-dentist-36>
19. <https://www.oralhealthgroup.com/features/stress-in-dentistry-it-could-kill-you/>
20. Humphris G. A review of burnout in dentists. Dent Update 1998; 25:392-6.
21. Kay EJ, Lowe JC. A survey of stress levels, self-perceived health and health-related behaviours of UK dental practitioners in 2005. Br Dent J. 2008; 204(11):E19; discussion 622-3
22. Kiersz A., R. Gillett The 37 jobs that are most damaging to your health. Business insider; Apr. 27, 2017, 9:54 AM
23. Lazarus, R., and Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal and Coping. Berlin: Springer Publishing Company.
24. Lazarus R., S. Folkman. Stress, Appraisal, and Coping. Springer Publishing Company; 1984: 460стр.
25. Moore R, Brodsgaard I. Dentists' perceived stress and its relation to perceptions about anxious patients. Community Dent Oral Epidemiol 2001;29:73-80
26. Pines, A. M., Aronson, E., & Kafry, D. Burnout: From Tedium to Personal Growth. The Free Press : New York ; 1981
27. Sancho FM, Ruiz CN. Risk of suicide amongst dentists: myth or reality? Int Dent J. 2010; 60(6):411-8.
28. Sarah Mae Sincero (May 24, 2012). Stress and Cognitive Appraisal. Retrieved Sep 08, 2017 from Explorable.com: <https://explorable.com/stress-and-cognitive-appraisal/>

29. Schaufeli W. Burnout. In: Firth-Cozens J, Payne RL, eds. Stress in health professionals: Psychological and organisational causes and interviews. New York: Wiley; 1999:16-32.
30. Snooks, M. (2009). Health Psychology: Biological, Psychological, and Sociocultural Perspectives. Boston, MA: Jones & Bartlett Learning.
31. Te Brake H, Bouman AM, Gorter R, Hoogstraten J, Eijkman M. Professional burnout and work engagement among dentists. Eur J Oral Sci. 2007; 115(3):180-5.
32. Tomaka, J., Blascovich, J., Kelsey, R. M., & Leitten, C. L. (1993). Subjective, physiological, and behavioral effects of threat and challenge appraisal. Journal of Personality and Social Psychology, 65(2), 248-260
33. Wilson, RF, Coward PY, Capewell J, Laidler TL, Rigby AC, Shaw TJ. Perceived sources of occupational stress in general dental practitioners. BR Dent J 1998; 184:499-502.

„Всеки нормален човек в крайна сметка
е нормален само отчасти.“

Зигмунд Фройд

ГЛАВА ПЕТА

5. ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

5.1 Психопатология

В началото на разглеждането на раздела за психопатология искам да направим две важни уточнения:

- Психологията и психотерапията се занимават със здрави хора, които имат психологични проблеми в рамките на нормалното.
- Психотерапията и различните психотерапевтични школи използват различни методи и средства за разрешаване на психологичния проблем /разговори, беседи, дискусии, аудио и видео методи, физически упражнения и т.н./, но те не използват и не предписват медикаменти, това е в доменна на психиатрията, като част от медицината.

Психопатологията е наука за същността, за закономерностите на възникване на психичните разстройства. Тя възниква като клон на медицинските науки и по-конкретно на психиатрията.

В първите изследвания на психичните разстройства се прилага общата концепция за болестта. Това предполага търсене на верига от причини. Болестта на психиката, на духа, през XIX в. категорично се обявява за болест на мозъка. Психичните разстройства се разглеждат главно като соматични по произход. Тази теория се разгръща в школата на немския психиатър Емил Крепелин. В началото на XX в. в рамките на психоанализата се предлага нов модел на психичната болест. Зигмунд Фройд счита, че психичното разстройство следва да се обяснява с централен дефицит, локализиран в индивида, но който е в психичната сфе-

ра, а не в биологичната. Така в допълнение към вече известните вируси, бактерии и инфекции на мозъка психоанализата добавя още една причина за психичните болести, а именно несъзнателния и непреработен конфликт в психиката.

В съвременната психопатология моделът за болестта все повече се изоставя и се утвърждава биопсихосоциален модел на изследване на психичните разстройства. Отчитат се влиянията както на биологичните фактори, така и на психичните и социалните причини за появата и разгръщането на психичното разстройство. Моделът за психичното разстройство в психиатрията все повече се доближава до моделите за психично функциониране в норма и патология от психологията. В центъра на вниманието са главно етиологията и условията за възникване на психичните разстройства и тяхната класификация.

Ще разгледаме само тези психични разстройства, с които по-често ще се срещаме в нашата практика на дентални лекари

От гледна точка на етиологията повечето от тях са многофакторни или полиетиологични.

5.1.1 Тревожни разстройства.

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.

Етиологията на тревожността е многофакторна и произхода ѝ е свързан с инстинкта за самосъхранение, характерно за патологичната тревожност е, че източника, стресора е нереален, въображаем.

Въпреки различните видове тревожност, които наблюдаваме, симптомите можем да групираме в четири основни групи:

- ❖ **Емоционални** – страх, нервността отразява ниските степени на тревожността, а високите – паника
- ❖ **Физически симптоми** – недостиг на въздух, изпотяване, замайване, треперене и т.н.
- ❖ **Когнитивни симптоми** – вниманието се фокусира върху опасността, другите части на паметта, не свързани с опасността са блокирани.
- ❖ **Поведенчески** – безплодно суетене, изразена психомоторна затормозеност, променливо поведение.

Тревожните разстройства биват различни видове, като основни можем да посочим (17):

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

5.1.1.1 Фобии

Да разгледаме първо фобиите. Термина фобия идва от гръцката дума „фобус“, която означава страх.

Фобиите не са вродени, те винаги са придобити, но средата често може да окаже силно влияние за появата им.

Състоянието при фобия се изразява в изживяване на необоснован, неадекватен или несъразмерно голям страх пред различните обекти:

лица, животни, явления или ситуации, които за останалите индивиди не възбуждат чувство на страх, а и сам страдащият от фобия не е чувствал такъв страх, преди да се разболе.

Страхът при фобия възниква най-често на принципа на условия рефлекс след преживяна психотравма, съпроводена със страхова емоция, или по-рядко възниква без никаква видима връзка между предишните психотравмени преживявания и обекта на фобията. Когато не е в конфронтация с обекта предизвикващ фобията, страдащият е спокоен и самокритичен, оценява правилно обстановката, в която се намира, и постъпва адекватно, но 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 реално, макар и с по-малка интензивност, когато страдащият от фобия само си представя обекта, свързан със страха.

Характерно за фобиите е, че винаги може да се открие както поводът за появата на страха, така и обекта на страха. Почти винаги фобията възниква на принципа на условия рефлекс, тоест в съзнанието на болния се свързват в една асоциация, в една неделима връзка чувството на страх с някакво събитие, което е извън индивида или в самия него.

Видове фобии:

Фобиите са много и различни, техния брой постоянно се увеличава, ние ще посочим само най-честите фобии.

❖ Агорафобия

Това е страх от места и ситуации, от които трудно може да избягате. От латински термина се превежда като „страх от открити пространства“. Хората, страдащи от агорафобия се страхуват да бъдат сред тълпи и прекарват повечето време, затворени в дома си.

❖ Социална фобия

Този вид фобия се нарича още „социално тревожно разстройство“. Хората, които са диагностицирани с такова разстройство, изпитват силен страх от много ситуации в обществото, които често водят до тяхната пълна изолация. Те се страхуват например да поръчат в ресторант или да вдигнат телефона.

❖ Специфични фобии:

Много пациенти се страхуват от определени ситуации или обекти, но за да бъде фобия този страх трябва да пречи на ежедневието ви. Някои от по-честите специфични фобии включват:

❖ Акрофобия

Страх от високо. Хората с такава фобия избягват да посещават планини, мостове или последните етажи на високи сгради. Симптомите при тази фобия по-често са световъртеж, изпотяване и чувство, че всеки момент ще припаднете.

❖ Глосифобия

Страх от говорене пред публика. Хората с такъв страх, често имат симптоми като изпотяване и силна тревожност само като си помислят за ситуацията, в която трябва да говорят пред повече хора.

❖ Клаустрофобия

Страх от тесни, затворени пространства. Този вид фобия може силно да затрудни ежедневието на пациентите, ако те не могат да се возят в коли или асансьори например, поради изпитването на страх.

❖ Хемофобия

Страх от кръв. При хемофобия хората много често губят съзнание, когато видят кръв.

❖ Арахнофобия

Страх от паяци – най-разпространената фобия.

Вид специфична фобия е и **денталната фобия**, която ние ще разгледаме отделно.

Лечение:

За лечение на фобиите се използват различни психотерапевтични методи. Много често и много успешно при фобии се прилага когнитивно-поведенческа терапия. При нея пациентите се излагат на източника на техния страх контролирано и постепенно. Терапията цели да покаже на пациентите, че техният страх е необоснован и да им помогне да си изградят стратегии за справяне с проблема.

Антидепресантите могат да помогнат за облекчаване на физически-

те и емоционалните симптоми при фобии. Много често комбинацията от медикаменти и помощ от специалист имат много добър ефект.

5.1.1.2 Дентална фобия

Денталната фобия е вид специфична фобия. Денталната фобия е реален страх, страх от провеждане на дентално лечение.

Денталната фобия е широко разпространена, според J Gordon Rubin и кол. (15) при изследване проведено през 80^{те} години на 20 век 85-90% от американците имат страх от дентални манипулации, а 15% страдат от дентална фобия.

При денталната фобия имаме характерните групи симптоми, както и за всички останали видове фобии: емоционални, физически, когнитивни и поведенчески. Характеризира се, както и другите фобии със силен ирационален страх от мисълта за посещение при дентален лекар. 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. Обикновено повече от час, всеки ден мислите им са ангажирани с предстоящото посещение, дори съня им се нарушава. Хората страдащи от дентална фобия 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. Описани са и много случаи, в които дори след прегледа и изработването на план за лечение пациентите с дентална фобия го отлагат и отказват. **В следствие на това поведение страдащите от дентална фобия имат влошен зъбен статус и избягват денталното лечение (16).**

Денталната фобия е придобита фобия, основни причини за появата и са:

- ❖ Притеснение от потенциална болка или дискомфорт – денталното лечение е свързано с неприятни емоции, а често и различна по интензивност болка, тревожността появяваща се в резултат е основна причина за появата на дентална фобия.

- ❖ Притеснение от състоянието на зъбите – на второ място като основна причина за появата на дентална фобия пациентите посочват притеснението, тревожността породена от оценката, която ще получат за съзъбието си от денталния лекар.
- ❖ Минал лош опит с денталното лечение – неуспешно лечение в миналото или лошо отношение при предишно дентално лечение.
- ❖ Загуба на контрол/ Чувство на безпомощност – поражда се при всяка медицинска интервенция, но особено при денталното лечение, вследствие позата на пациента при лечение и разположението на персонала.

Как да се справим с пациенти с дентална фобия?

Най – важното е да успеем да разграничим пациентите с ниски и умерени нива на дентална тревожност от тези с дентална фобия. За целта съществуват редица скали за определяне на нивата на дентална тревожност, както на деца така и на възрастни (9).

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.

Първо ще разгледаме начините за справяне с деца с ниски и умерени нива на дентална тревожност.

- ❖ Много успешни са използването на различни **магически трикове**, с които да привлечем вниманието им и да демонстрираме нашите действия, свързани с лечението. Очаква се, че по този начин лечебния процес ще бъде в техните очи по-привлекателен и страха от болката ще намалее. Целта е създаване на доверие в децата.
- ❖ **Контролът на гласа** – Установено е, че при използване от персонала на умерено силен глас с дълбок тон, децата са по-спокойни. В никакъв случай не трябва да се крещи и гласът да бъде с високи тонове.

❖ **Отвличане на вниманието** – Целта е мисленето на детето да се промени в друга посока, а не да е съсредоточено върху очакваното лечение. Най-лесните начини за отвличане на вниманието е чрез аудио записи /слушане на музика/ или чрез гледане на видео файлове /най-често анимационни филми/. Оказва се че слушането на музика /аудио файлове/ е по-успешно, защото позволява на пациента да затвори очите си и по този начин да се пренесе на друго „по-приятно място“.

❖ **Промяна в обстановката** – Съществуват редица насоки в каква посока трябва да се промени обстановката в денталната практика. Основните от тях са:

- Чакалнята трябва да наподобява хотелска рецепция, а още по-добре да демонстрира домашен уют. При работа с деца може да наподобява детска стая.
- Денталните кабинети, амбулатории, когато са предназначени за работа с деца също трябва да бъдат променени – повечето дентални фирми предлагат юнити и мебели наподобяващи приказни герои.

❖ Работното облекло на персонала също трябва да бъде съобразено с нашите малки пациенти – конкуренцията между фирмите за работно облекло ни дава възможност на богат избор в тази насока.

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

❖ **Засилване на чувството на контрол** върху ситуацията. Характера на процеса на лечение, заедно с обстановката и позицията на пациента по време на манипулациите са основен източник на страх. 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, както 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 злостовни обществени проблеми /политически, спортни и т.н./ или важни семейни проблеми. Много добро е също така разсейването с аудио или видео средства /при съвременния начин на живот, особено младите хора трябва да бъдат окуражени да си поставят слушалките и да слушат любимата си музика/

❖ **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, нямат 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. Ще посоча два подхода за справяне:

❖ **Фармакологичен подход** – Фармакологичните подходи за справяне с високите нива на дентален страх са добре известни и те включват от употребата успокоителни медикаменти до премедикация, невролепт-аналгезия и дори обща анестезия.

❖ **Психологическа терапия** – Съществуват редица различни школи, които имат добри резултати за справяне с денталния страх, но аз ще посоча като пример Когнитивно-поведенческа теория (СВТ), за която има редица изследвания потвърждаващи ефективността за справяне с денталната фобия (14).

5.1.1.3 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 (6).

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.

5.1.1.4 Панически атаки.

В съвременното средно 15 човека на 1000 страдат от панически атаки. Като броя им както в България така и по света се увеличава.

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 (4).

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

Друго определение което можем да дадем е: Внезапни епизоди на интензивен страх, дискомфорт, който достига максимума си за около

10 минути и състояние включващо поне четири 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, можем основно да разделим на три основни вида:

- ❖ Неочаквана – появява се внезапно, от нищо, без видима причина, поне страдащия не може да свърже появата и с някаква конкретна ситуация или причина.
- ❖ Ситуационна – Определени ситуации я предизвикват. Страдащия при определена ситуация усеща, предсеща появата на паническата атака. Ситуациите могат да бъдат най-различни от навлизане в тунел например, през различни природни явления, например буря със светкавици, до различни социални събития – например много хора на едно място или силни рекламни светлини и т.н.

- ❖ 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) и **лечение в дълбочина** (терапии от психотерапевт насочени към себепознанието).

5.1.1.5 Обсесивно-компулсивно разстройство.

Обсесивно-компулсивното разстройство е много често тревожно състояние, което се характеризира с непрекъснато повтарящи се натрапливи мисли (обсесии) и/или натрапливи действия (компулсии) (4). В българската терминология вместо „обсесии“ и „компулсии“ често използваме понятията „натрапливи мисли“ и „натрапливи действия“. Затова в миналото обсесивно-компулсивното разстройство се е наричала натраплива невроза.

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 със страха от:

- ❖ Мании свързани с заразяване и замърсяване - страха на индивида произхожда от притеснение за възможен контакт с микроби, мърсотия и т.н.;
- ❖ Преследващи мисли - например дали не е забравена включена ютията, заключена вратата и т.н.
- ❖ 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 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.

5.1.2 Депресия.

Депресия-определение: 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 (17).

Хората, страдащи от депресия губят контрол върху настроението и чувствата си и са отпаднали през по-голямата част от времето. В последиствие те могат да изпитат трудности да се задържат на работа, да продължат образованието си, и/или да поддържат семеен живот и социални контакти (5).

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 отключат това състояние при някои хора.

Видове депресия:

Според протичането:

- ❖ Униполярна депресия – протича само с наличие на депресивни епизоди
- ❖ Биполарна депресия - Нарича се още манийно-депресивно разстройство и се характеризира със сменящите се състояния на приповдигнатост и спад в настроението.

Според тежестта на протичането:

- ❖ Лека
- ❖ Умерена
- ❖ Тежка - тежка форма на заболяването, характеризираща 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 - Касая 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. Болките в гърдите или други вътрешни органи, както и проблемите със съня, обикновено отзвучават след проведено лечение.
- ❖ Депресия с органна генеза - Това е депресия, причинена от соматично заболяване или медикаментозно лечение.
- ❖ Сезонна депресия - Тази депресия се развива в зависимост от сезонността и климатичните условия. Влияе се от наличието на дневна светлина. Позитивно въздействие оказва приемането на витамин D 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 продължително 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.

Разпространение:

Депресията е разпространена по целия свят сред хора от всички възрастови групи и социален произход, сред мъже и жени. Депресията обикновено се проявява за пръв път при хора на възраст 20-25 години. Оценката за честотата варира в широк диапазон, но в повечето страни 8-12 % от населението страдат от депресия в някакъв период от живота си.

Световната Здравна Организация (17) поставя депресията сред най-инвалидизиращите заболявания в света, като тежката депресия е оценена в същата инвалидизираща категория като терминалния стадий на рак. Депресията е болест с голяма тежест в страните, както със среден, така и с висок доход. При провеждане на проучване е установено, че 65% от хората, страдащи от депресия са оценили състоянието си като тежко инвалидизиращо ги. Въпреки това, много хора с депресия остават нелекувани.

Скорошно изследване проведено от Психично Здрава Америка (3), твърди че 20% от тийнейджърите страдат от депресия, която води до това, че всяка година почти 5000 млади хора на възраст между 15-24 години извършват самоубийство. От 1960г. до наши дни три пъти са се увеличили самоубийствата и те са третата главна причина за смърт през юношеството и втората при колежанската възраст.

Депресията е болестта на 21 век, според различни проучвания в световен мащаб от депресия страдат над 400 милиона души.

Диагноза и лечение:



Фиг. 1 Симптоми при депресия (3)

Много важно е хората, които проявяват симптоми на депресия да потърсят професионална помощ (фиг.1).

Депресията може да се диагностицира от лекар или психолог, който разпитва за симптомите, всекидневния живот и фамилната обремененост на пациента. Може да се наложи и преглед на физическото състояние, за да се изключи друго заболяване. След като се постави диагноза обикновено се предлага комбинирано лечение, включващо медикаменти, консултиране, социална подкрепа, упражнения и техники за самопомощ. Подкрепата на приятелите или член от семейството също са много важна част от цялостното лечение. Най-близките на страдащите от депресия трябва да ги поощряват да потърсят помощ и да бъдат в тяхна подкрепа, когато това се случи.

5.1.3 Основни психични заболявания – Шизофрения, деменция:

Шизофрения:

Шизофренията е вид психоза с многобройни прояви (бълнуване, халюцинации, 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, параноични или фантасмагорични налудности или дезорганизираност на говора и мисленето и е придружено от значителна социална дисфункция и нарушена работоспособност. Първоначалните симптоми обикновено 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.

Деменция:

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.

5.2 Психотерапия

Психотерапията е методично прилагане на определени психологически техники за възстановяване главно на психичното равновесие на личността.

Искам да подчертая, че психологията се занимава със здрави хора, с нарушено личностно равновесие или с трудности при тяхната социална реализация, за разлика от психиатрията, която се занимава с основните ментални заболявания, които повлиява, чрез медикаменти и други медицински техники.

Психологията използва различни индивидуални и групови техники, за възстановяване на личностното равновесие, без използване на медикаменти.

Още от времето на Фройд, една от основните задачи на психологията е подпомагане на личността, за възстановяване на личностното равновесие и по този начин постигане на най-пълноценна социална реализация.

В днешно време съществуват над 5000 различни психотерапевтични метода, ще изброя само някои от най-широко разпространените (1).

- Психоанализа, въведена от Фройд в 1890
- Адлер (1930) и други нео-фройдисти
- Разнообразие от нови подходи, въведени през 1950 г.
- Бихейвиоризъм (Wolpe, Уотсън, Скинър)

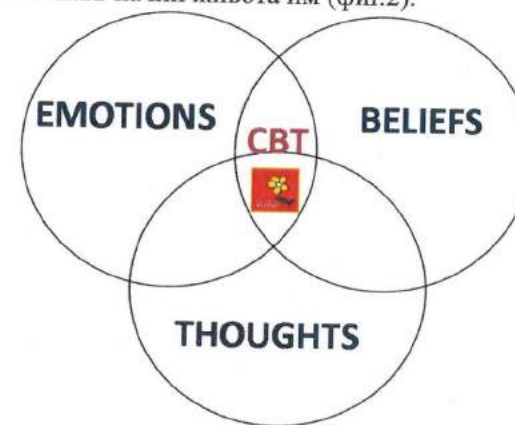
- Рационално-емоционалната терапия (RET, Ellis)
- Хуманистична психология (Rogers)
- Екзистенциалната (Май)
- Гешалт (Пърлс)

- Когнитивна терапия, въведена през 1960 (Beck)
- Груповата терапия печели популярност през 1960те
- Семейната психотерапия 1970те г.
- Мотивационно интервюиране (1983)

Ще разгледаме съвсем бегло Когнитивната психотерапия, защото тя е с доказана ефективност при лечение на различни фобии и тревожност, а също така е съвременна и широко разпространена (2).

Когнитивната психотерапия е въведена от Аарон Бек през 1960г. с цел лечение на депресия (7).

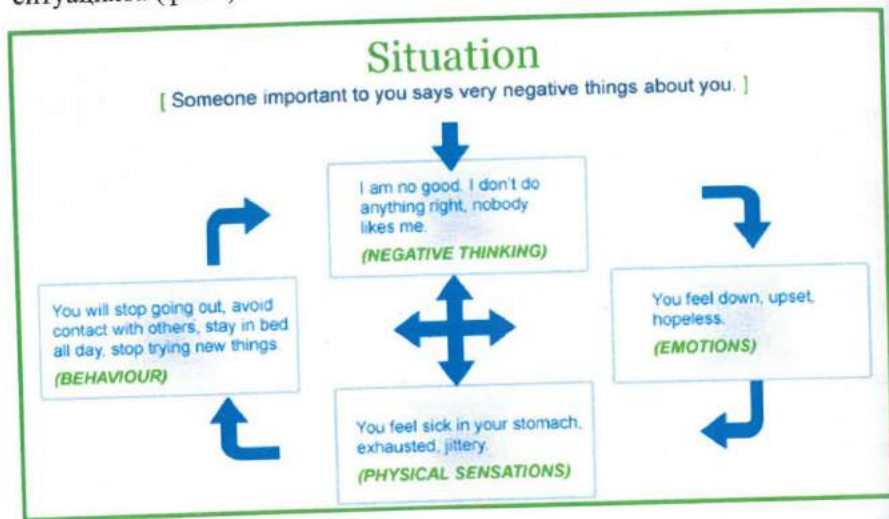
Когнитивна теория, която подчертава ролята на когнитивни (мисли, предположения и основни убеждения) при обяснението на начина, по който хората се чувстват. Например, когато хората се чувстват притеснени, това е така, защото те смятат, че непосредствената ситуация застрашава по някакъв начин живота им (фиг.2).



Фиг. 2 Когнитивно поведенческа психотерапия (7)

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. Дългосрочно решение може да се постигне с КПТ.

Една от първите задачи, с които трябва да се справим по време на лечение е да открием връзката между техните мисли, чувства, психологически реакции и поведенчески отговори, да предложим концепция за излизане от омагьосания кръг и да предложим изход за излизане от ситуацията (фиг.3).



Фиг. 3 Влияние и взаимовръзки в личността според когнитивно-поведенческата психотерапия (7)

Когнитивните терапевти използват въпроси, за да помагат на клиентите да открият други гледни точки, и достигат до свои собствени заключения. Особено важно е да се внимава по време на психотерапията и да се избегне всякакво чувство в клиентите, че се дават инструкции.

Едно от реалните предимства на този подход е това че е фокусиран върху изграждане на умения да се справя човек с проблемите си, така че мисленето му да стане по-гъвкаво и да бъде по-емоционално устойчиво, когато нещата не са перфектни.

Когнитивната терапия не учи клиентите да „МИСЛЯТ ПОЗИТИВНО“ или да бъдат „ПО-РАЦИОНАЛНИ“. Тя подпомага хората да разберат начина по който тяхното мислене им влияе всеки ден и как да се справят с трудностите си по-ефективно.

5.2.2 Когнитивно – поведенческа психотерапия в едно посещение за лечение на дентална фобия.

Тук искам на кратко да ви представя Когнитивно – поведенческа психотерапия в едно посещение.

Терапевтични принципи на КП психотерапия при лечение на емоционални разстройства (8):

1. Корекция на ирационалните и контра-продуктивни убеждения и мисли.
2. Обучение и тестване на алтернативни пътища за тълкуване, интерпретиране на натрупаният собствен опит.
3. Да се подпомогне пациента да промени начина си на поведение в тази ситуация.
4. Пациента да се обучи да приема и изпробва новият подход на възприемане на себе си и собствения опит и това да се утвърди при бъдещи ситуации.

КП психотерапия започва с предварително интервю, при което се доказва наличието на съответната фобия, в нашия случай страдание от дентална фобия. Обикновено се използва разделът за специфични фобии на Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM – IV, (10) ако е необходимо се използват и допълнителни тестове. След установяването на съответната фобия, трябва да се предложи на пациента да се поговори честно и открито за неговия проблем и да се насрочи време за провеждане на терапевтичния сеанс, обикновено след седмица.

Този психотерапевтичен метод се състои от три компонента. Първо терапевта демонстрира как взаимодейства с обекта, причината за фобията. Вторият етап терапевта подпомага страдащият постепенно да осъществи близък физически контакт с обекта на фобията и в заключителният етап пациента сам взаимодейства с обекта на фобията, само с помощта на инструкциите на терапевта. (13), (14)

КП психотерапия в един сеанс може лесно да се прилага в денталната практика за лечение на дентална фобия следвайки следните стъпки (12).

- ❖ Създайте отношения на доверие с пациента – Пациента трябва да възприема терапевта като експерт, които знае какво прави и как да помогне на страдащия. Пациента трябва да е убеден, че терапевта няма да направи нищо без неговото съгласие.
- ❖ Основни инструкции – Повтарят се инструкциите от предварителното интервю. Разговора не трябва да изглежда като проверка на паметта на пациента. Искане се съгласие да се продължи нататък.
- ❖ Специфични инструкции – Когато личността е подложена на екстремни нива на стрес, е нормално да се забравят важни препоръки, затова е необходимо преди старта на сеанса основните моменти да бъдат повторени.
- ❖ Подробна фактическа информация за причината (обект или ситуация) за фобията – Специфичните фобии обикновено започват от конкретна случка или обект, в този етап на сеанса е необходимо по разбираем начин, да се обясни на страдащия, колко нереални са неговите страхове. Трябва да му се покаже как този страх променя живота му. Могат да се използват освен думи и картинки, филмчета, да му се демонстрира съответната манипулация итн. Бъдете убедени, че страдащият от фобия възприема информацията коректно и осъзнава доводите Ви.
- ❖ Отговаряне на въпроси – Добрият терапевт винаги е готов да отговаря на въпросите на своите клиенти. Този етап е продължение на предишният и тук е мястото за подаване на необходимата информация, отговаряйки на въпросите му, подробно и същевременно

конкретно, като по този начин се стремим да покажем необосноваността на страховете му.

- ❖ Продължаване на изложението – КП психотерапия в един сеанс, не може да продължава повече от три часа, като се провежда без прекъсване и почивки. В нито един момент клиента не се оставя да не е в близост до причината за неговата фобия. В случая на дентална фобия, в този етап продължава да му се демонстрира безопасността на денталните процедури.
- ❖ Водене на пациента към причината за фобията – Въпреки дадените детайлни инструкции на пациента има опасност той да не пристъпи към следващия етап на сеанса, затова е необходимо той да бъде ръководен и потикван непрекъснато към скъсяване на дистанцията с причината за фобията му.
- ❖ Моделиране на поведението на пациента – В този етап трябва да се опитаме да създадем ново отношение, поведение на пациента, към причината за дентална фобия. Важно е пациента да се чувства независим в поведението си, а не зависим от нас.
- ❖ Вербално подкрепление – Пациента трябва да бъде подкрепен, похвален, награден за промяната в поведението към причината за фобията и това трябва да се повтаря толкова често, колкото пациента демонстрира ново отношение към обекта.
- ❖ Повлияване на тревожните мисли на пациента – Тук трябва да се укрепят постигнатите резултати и да се сравни доколко тревожните мисли установени при предварителното интервю са променени, редуцирани.
- ❖ Ефективно използване на времето – Говорим за психотерапия в една сесия, която не може да продължава повече от три часа, затова трябва времето да се пести. Трябва да се преминава през етапите и да се внимава да не се отделя прекалено много време, особено на първите етапи.
- ❖ Препоръки към пациента, какви самостоятелни действия са необходими след сесията – При условие, че имаме успех по време на сесията и имаме редукация на тревожността, ние трябва да оку-

ражим пациента да мисли по новия начин и да се придържа към промененото поведение.

- ❖ Трудности при провеждане на психотерапията – Пациентите са различни, затова е необходим индивидуален подход при провеждане на сеанса. Необходимо е да се използва цялата креативност, която притежаваме, за да постигнем напредък. Ако въпреки това не успеем е необходимо да насърчим пациента да продължи с други видове психотерапия (14).

В заключение отново искам да подчертая значението на денталната фобия за денталната практика, тя изключително много затруднява работата на денталният екип, повишава нивата на стрес, създава предпоставки за ниско качество на лечението и невъзможност за неговото цялостно извършване. От страна на пациента „денталната фобия“ е основна бариера за достъп до дентално лечение, което в резултат води до нарушаване на денталният профилактичен режим, влошаване на денталното здраве и качеството на живот на пациентите. Затова всички усилия за снижаване нивата на тревожност при пациентите с „дентална фобия“ са обосновани, защото те дават като резултат по-добър достъп до дентални услуги, лечение извършвано в по-спокойна и нормална атмосфера и в крайна сметка по-добро дентално здраве за нашите пациенти.

Библиография:

1. Радев П., История на психологията, FastPrintBooks; 2014 : 298 стр.
2. Стърнбърг Р. Когнитивна психология. София; 2012 : 623с
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition, text revision, DSM-IV-TR. Washington, DC: 2000.
4. Anderson DJ, Noyes R, Crowe RR (1984) A comparison of panic disorder and generalized anxiety disorder. Am J Psychiatry 141:572–575
5. Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, et al. The epidemiology

- of major depressive episodes: Results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. Int J Methods Psychiatr Res 2003; 12(1): 3–21. Erratum in: Int J Methods Psychiatr Res 2003; 12(3): 165
6. Barlow DH, Cohen AS, Waddell MT, Vermilyea BB, Klosko JS, Blanchard EB, di Nardo PA (1984) Panic and generalized anxiety disorders: Nature and treatment. Beh Ther 15: 431–449./
 7. Beck, A. T. (1967). Depression: Causes and treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
 8. Beck, Aaron T., Emery, Gary and Greenberg, Ruth L. (1985). Anxiety Disorder and Phobias. New York: Basic Books
 9. Corah NL, EN Gale, SJ Illig., Assessment of a dental anxiety scale. JADA. Volume 97: Issue 5; November 1978, Pages 816–819/.
 10. DiNardo, Peter A., Brown, Timothy A. and Barlow, David H., Anxiety Disorder Interview Schedule for DSM – IV: Live Time Version: Client Interview Schedule. Boston: Graywind. 1994
 11. Kessler R, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, et al. The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. Epidemiol Psychiatr Soc 2009; 18(1): 23–33. 123стр.
 12. Öst Lars-Göran (2010) One-Session Treatment of Specific Phobias: A Meta-Analysis. Keynote at the World Congress of Behavioral and Cognitive Therapist, Boston).
 13. Öst Lars-Göran (2012) One-Session treatment: Principles and procedures. In T. Davis III, T. Ollendick and L-D Öst (eds), Intensive One-Session Treatment of Specific Phobias. New York: Springer
 14. Öst Lars-Göran, Erik Skaret. Cognitive Behaviour Therapy for Dental Phobia and Anxiety. UK; 234 стр; 2013
 15. Rubin J.G., M. Solvin, M. Krochak, The psychodynamics of Dental Anxiety and dental Phobia. Dental Clinics of North America. Vol.32; 4: 647-656; 1988/

16. S. EITNER S., M. WICHMANN, A. PAULSEN, S. HOLST. Dental anxiety – an epidemiological study on its clinical correlation and effects on oral health. Journal of Oral Rehabilitation, Volume 33, Issue 8: August 2006; Pages 588-593
17. World Health Organization. The Global Burden of Disease: 2004 Update. Available at www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html (accessed 6 September 2011)

*„Съществува език, който е отвъд думите!
Ако успее да разгадае този език без думи,
ще успее да разгадае и света.“*

Паулу Коелю

ГЛАВА ШЕСТА

6. ОСНОВИ НА КОМУНИКАЦИЯТА.

Добрата комуникация във всичките и форми е основата, гръбнака на една добре функционираща организация. Под различни форми на комуникация, разбираме, както комуникацията вътре, между членовете на колектива в денталната практика, така и комуникацията с потребителите на дентална помощ, нашите пациенти (1).

Обучението по междуличностно общуване, ни позволява да разбираме и тълкуваме правилно мислите и поведението на другите и е в основата на успешната реализация.

Определение:

Комуникацията е процес на обмяна на информация и идеи.

Тя представлява активен процес, който включва: кодиране, пренасяне и размяна, а също и декодиране на насочени съобщения. При липсата или не осъществяването, на която и да е част от този процес имаме неуспешна комуникация.

Защо общуването е важно?

- ❖ Уменията в общуването – в говоренето (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 установяване на социални контакти и подобряване на междуличностните ни взаимоотношения.
- ❖ Работодателите определят възможностите за общуване като основни, базисни умения за намиране на работа и успешна кариера.

- ❖ При работата в екип, ефективното общуване ни помага за справяне с конфликтите и разрешаване на проблемите.
- ❖ Ефективната комуникация е от съществено значение за подобряване на бизнеса – както организациите така и в личностен план.
- ❖ Ефективното общуване е ключово умение за добрия мениджмънт (3).

Процеса на общуване, комуникацията разделяме на следните основни съставни части:

1. Вербална комуникация.
 - ❖ Писмена комуникация
 - ❖ Говорна, устна комуникация
2. Невербална комуникация – някои от основните и компоненти са:
 - ❖ Език на тялото
 - ❖ Стойка и начина на движението
 - ❖ Жестовите
 - ❖ Сила и тембър на гласа
 - ❖ Мимика и изражението на лицето
 - ❖ Артефакти и заобикаляща ни среда

6.1 Вербална комуникация.

Вербалната комуникация използва речта като знакова система. Следователно под вербална комуникация ние разбираме естествения звуков език, т.е. системата от фонетични знаци. Процесът на кодиране на информацията се предшества от изработване на замисъл, който впоследствие се облича в система от знаци. За приемащата информацията смисълът се разкрива в процеса на декодирането.

Вербалната комуникация притежава следните свойства:

Съдържателността на вербалната комуникация се определя от ко-

личеството изказани мисли. Може да се произнесат много думи, но да се каже много малко. Съдържателността на речта се детерминира от яснотата и дълбочината на мисленето на говорещия.

Понятността на вербалната комуникация се определя от достъпността за получателя на съобщението. Понятното за един е неразбираемо за друг.

Изразителността на вербалната комуникация се определя от нейната ясност, страстност, енергичност или на другия полюс от нейната монотонност, вялост. Съществено значение за изразителността на речта има използването на невербалните знаци (2).

Основни видове вербална комуникация са:

Писмената комуникация има като положителен елемент, че в процеса на общуване може да се обмисли отговора, като отрицателен, че не може да се използва помощта на невербалната комуникация. Писмената, вербална комуникация се използва широко при официалното общуване – както между фирми, така и с държавните институции.

В съвременния свят и при все по-широкото използване на смартфони и таблети и при увеличаваща се популярност на различните социални мрежи писмената комуникация /чатът/ става все по-широко разпространен, особено сред младите хора.

Устната вербална комуникация /говора/ е висша нервна дейност, единствено човек може да общува по този начин. Положителното при говора 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, наличието на жаргон или диалект, наличието на говорни проблеми и богатството на езика.

Добре подбраните думи в денталния кабинет, ще намалят значително тревожността на пациентите. В тази връзка искам да дам пример с някои думи, които трябва да използваме в денталната практика и съответните им синоними, които трябва да избягваме:

да избягваме употребата на:	да употребяваме:
Болка	дискомфорт
Инжекция	анестезия
дърпам, режа, чупя	премахвам, екстрахирам
Дълбая	зъбна препарация
операционно поле	лечебно поле

6.2 Невербална комуникация.

Невербалната комуникация възниква първа, тя се среща и при животните, според редица изследователи усмивката възниква при човекоподобните, за да покаже при общуването със себеподобните, че дъвкателната мускулатура е отпусната и не се подготвяме за атака, т.е. усмивката може да приемем като първична форма на невербална комуникация.

Принципи на невербалната комуникация:

Четири са по-съществените принципи в осъществяването на невербалната комуникация между хората:

- ❖ Невербалната комуникация е културно детерминирана;
- ❖ Невербалните съобщения могат да се конфронтират с вербалните съобщения;
- ❖ Невербалните съобщения са до голяма степен безсъзнателни /подсъзнателни/;
- ❖ Невербалните канали са важни за комуникационните отношения и нагласи.

Културната предопределеност на типа невербални символи, с които си служи човекът започва още от детството (1). Стана ясно и това, че голяма част от тези сигнали, от тези изражения имат и автоматизиран характер - предават се по генетичен път. Да вземем едно познато движение с показалеца - потриването на носа в долната му част. Ако този жест се направи във Франция той би означавал „Внимание, тука има нещо

нередно!"; ако се срещне в Италия - вече е знак за някаква опасност; ако пък го видим в Холандия би следвало да стигнем до заключението, че човекът, който го прави, или за когото се отнася това движение, е пиан; ако обаче знакът е инкасиран в Англия, това вече ще означава повик за конспирация, за секретност. Тези вариации показват, че етническата и националната идентичност изискват специфичен набор от неезикови средства и знаци.

Често безмълвните сигнали влизат в противоречие с казаното (4). Много са нещата, които могат да ни издадат - очите, ръцете, раменете, главата като цяло. Защо става така? Защото забравяме, че колкото и убедително да се опитваме да говорим на своя събеседник има кодове, които тялото ни изпраща и които не потвърждават словата ни. Например, уверяваме своя колега, че сме готови да му помогнем и да го сменим в работата, а очите ни играят встрани, нагоре и надолу, но не се задържат върху неговите. Ако той има тренирани рецептори за невербално общуване, няма да му бъде трудно да схване неискреността.

Безсъзнателната (или подсъзнателната) природа на невербалните символи проличава в така баналните случаи на разговори по телефона, когато машинално отговаряме, че сме много добре, а всъщност отпадналият ни глас издава съвсем друго - угриженост, умора или отегчение. Отпуснатите рамене, прегърбеността или набръчканото чело също могат да сигнализират за отпадналост, апатия, липса на ентузиазъм. Така че телесните движения са по-близо до това, което става в подсъзнание-то ни – по близо до реалните чувства и мисли, отколкото до онова, което било поради добра възпитаност, било поради външните обстоятелства се опитваме (уви - обикновено безуспешно) да покажем на околните (7).

Невербалните канали са чудесни средства за предаване на емоционални състояния, усещания и нагласи, тъй като - къде интуитивно, къде целенасочено, хората са ги опознали и си служат с тях. На какво е израз една въздушна целувка? Кого респектира размаханият юмрук във въздуха? Какво символизируют сключените пред главата длани, опрени една в друга? За какво намеква показалецът, завъртян на слепоочието?...

Изражение на лицето: Нашето лице е особено изразително по време на общуване. Комбинацията от съкращенията на лицевата мускулатура може да ни представи над 1000 различни мимики, естествено при

различните хора изразителността на лицето е различна, като особено политиците тренират, за да могат да прикрият естествената реакция на лицето по време на общуване (2).

Говорейки за изражението на лицето, не може да не отбележим очите, не случайно те са наречени „прозорец на душата“. Очите са особено изразителни и те най-трудно се подават на тренировка, много често хората успяват да овладеят мимиките си, но очите им издават действителното им отношение към ситуацията.

Лицата на мъжете и жените са еднакво изразителни, но те предават изразителността по различен начин.

Мъжете например изразяват повече емоции с долния ляв квадрант на лицето си, а при жените за разлика, няма по-изразителна част на тяхното лице. Те изразяват емоциите си с цялото си лице.

Стойка на тялото. Стойката на тялото ни показва много, показва ни увереност, показва ни решителност, увереност в действията ни, а също така може да ни показва липсата на тези елементи. При общуване с пациенти, ние трябва да сме с изправени рамене, главата трябва да е също изправена и погледа да търси контакт с очите на пациента, ръцете не трябва да са скръстени, а леко отворени към пациента, ако сме седнали краката не трябва да са скръстени, а да склучват ъгъл между 30 и 45 градуса – разбира се това не се отнася за жените когато са с рокля.

Жестове и реакции: Жестовите са основна част от невербалната комуникация, те могат да ни показват контрол върху ситуацията или липсата на такъв, жестовите могат да показват пренебрежение и превъзходство, а също така уважение и респект (3). Има изследвания върху престъпници /изнасилвачи/ и се установява, че те подбират най-често жертвите си следйки техните жестове – търсели жертви, стойката на тялото и жестовите им да показват пасивност.

В денталната практика нашите жестове трябва да бъдат плавни и завършени и да показват увереност в действията ни и контрол върху ситуацията.

Докосването по време на общуване също така е част от невербалната комуникация и продължение на жестовите. Докосването не е задължително, но то показва отношение. Докосването влияе на оценката и отношението на другите към нас, то ни показва интимност, но също така и

контрол. Интересно е, че хората с висок социален статус се докосват с другите повече от хората с нисък социален статус.

Глас и тембър: Гласът и тембъра са също част от невербалната комуникация гласът се характеризира с вокален тон, скорост, наклон, обем, брой и дължина на паузите, честота на използването на паразитни срички /ах, ох, хм, такова и т.н. / . Тембъра характеризира мощността и дълбочината на гласа. Посочехме, че за справяне със страха в денталната практика, лекарите по дентална медицина трябва да използват умерена силен глас с дълбок тон.

Речта е силно повлияна от културата, пола, възрастта, социалния статус. Акцента, диалекта, спазването на граматическите правила също оказват влияние при общуването.

В потвърждение на казаното искам да дам следния пример с фразата „Обичам те!“ – помислете колко различни значения могат да се предават с нея:

- ✓ Наистина те обичам!
- ✓ Извинявай! След това което направих.
- ✓ Мислиш ли, че е възможно?
- ✓ Не аз, ти ме обичаш!
- ✓ Моля те, направи това за мен!

Сигурен съм, че сте се сетили и за още значения на фразата.

Мълчанието е друг елемент от невербалната комуникация, чрез който могат да се предават различни чувства и да окаже съществено влияние в определени ситуации (5). Като пример ще посоча, че мълчанието може да изразява:

- ✓ Удоволствие
- ✓ Може да бъде неловко
- ✓ Респект
- ✓ Гняв
- ✓ Дискомфорт, болка и т.н.

Външният вид. Физически привлекателните хора се възприемат по-добре и имат определено предимство при осъществяване на първоначалния контакт на общуването. „Красотата е в очите на наблюдаващия“. При общуване първо се забелязват очевидни неща, като пол и раса, а след това привлекателността. Трябва да се има предвид, че оценка за хората направена основно върху външния вид е възможно да бъде подвеждаща и опасна.

Дрехи и аксесоари: При общуването първото впечатление е важно и улеснява комуникацията. За първото впечатление от особено значение са дрехите, те трябва да показват чистота и спретнатост, елегантност и да бъдат подходящи за съответната ситуация – работна среда, делова, бизнес среда, спортна и т.н. Освен дрехите тук включваме и аксесоарите, като бижута, чанти, часовници, писалки и т.н. Чрез дрехите и аксесоарите ние можем да определим по-лесно социалния статус, икономическия, образователния статус, семейното положение, принадлежност към тайни общества и т.н. и така да създадем по-позитивно впечатление при комуникацията.

Заобикаляща среда. Средата влияе върху впечатлението което създаваме. При комуникацията средата е важна, защото ние се заобикаляме с неща, които са важни за нас, използваме различни артефакти, за да маркираме територия, образно казано. Средата влияе и върху решенията, които вземаме. Като пример можем да посочим, че големите шефове стоят зад огромни бюра, поставени обикновено върху подиум, за да вдъхват респект, към това трябва да добавим големите лимузини и охраната, която ограничава достъпа до тях и внушава уважение. При един разговор в зависимост от това дали разговарящите стоят от двете страна на бюро или маса или са седнали един до друг показва отношенията им.

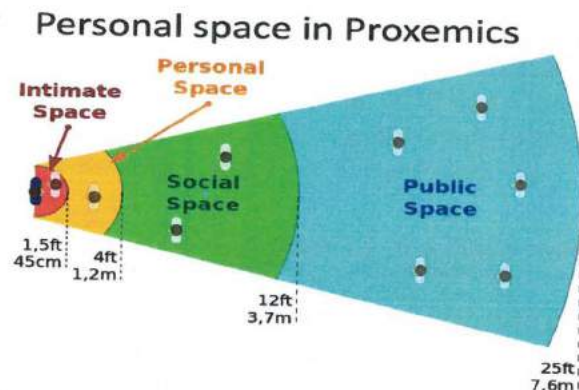
В потвърждение за влиянието на средата и аксесоарите при общуването, ще посоча, че когато разговаряме с нашите пациенти за пари, те трябва да са седнали на денталното кресло, ние да сме изправени, така имаме най-голямо влияние върху тях.

6.3 ПРОКСЕМИКА

Накрая искам да представя различните зони на общуване, които в голяма степен предопределят психо-травмиращия ефект на денталното лечение.

Човек има четири зони, отстояния при общуване.

1. **Интимна 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)

Библиография:

1. Алексиева С., Бизнес комуникации. Нов български университет; 2011: 184 стр. ISBN-9789545354397
2. Герчева-Несторова, Психология в управлението. Комуникативен разрез. ВСУ Ч. Храбър; 1999: 145 стр.
3. Кюнке Ел., Основи на комуникацията For Dummies. Алексофт; 2021: 232 стр. ISBN - 9789546564160
4. Стойков, Л. Човекът отвън и отвътре. Партиздат; 1990: 214 стр.
5. Чалдини Р. Влиянието. Психология на убеждаването. 2005, София; 512с.
6. <https://4brain.ru/blog/%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%BA%D1%81%D0%B5%D0%BC%D0%B8%D0%BA%D0%B0/> - 12.11.2022 -9:45
7. Matsumoto D. R., M. G. Frank, H. S. Hwang. Nonverbal Communication: Science and Applications. 2012, SAGE Publ.; 336p.

*„Ако на болния след разговор с лекаря
не му е станало по-добре,
то това не е лекар.“*

В. М. БЕХТЕРЕВ

ГЛАВА СЕДМА**7. КОМУНИКАЦИЯ В ДЕНТАЛНАТА ПРАКТИКА**

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 помощният персонал, възможностите за предоставяне на бърза и качествена помощ итн (3). 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 (9).

Добрата комуникация с пациентите и уелото презентирание на възможностите на денталната практика са в основата на успеха, затова искам да представя един лесен алгоритъм за провеждане на успешна комуникация в денталната практика. Този алгоритъм съставлява лесни стратегии и прости трикове, повечето от които са ви известни, но тяхното повторение ще Ви обърне внимание на значението им.

7.1 Принципи на комуникацията в денталната практика

Чрез комуникацията с вашия пациент, вашето експертно мнение, може да подпомогне пациента, да определи кое е най-правилното лечение за него. **Целта на ефективната комуникация с вашия пациент е чрез увеличаване на знанията и разбиранията на пациента за орал-**

ното 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 във вас (4).

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 пациента усеща 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 и на практиката ви 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.

Споменах, че успеха и оценката на денталната практика се дава от пациентите, а тяхната оценка зависи от удовлетворението им по време и в резултат на лечението, затова тук ще посоча първия и основен закон за удовлетворение на пациента:

Удовлетворение на пациента = Възприемане – Очаквания

Това означава, че за да бъде едно лечение успешно, резултата, възприемането на резултата от пациента трябва да е по-голямо от очакванията, с които е дошъл. Под възприемане на резултата ние разбираме

както добрите лечебни /медико-биологични; функционални; естетични/ резултати, така и удовлетворението му от приятната атмосфера в клиниката, добрата комуникация и т. н. Успешната комуникация с пациента е много важна, за да можем ние да създадем у пациента очаквания, които в крайна сметка ще отговорят на крайния резултат (2).

Говорейки за успешна комуникация ние трябва да сме наясно какво очакват от нас пациентите. **Пациентите 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 (8).
- ❖ 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, които е много информиран, не казвам правилно информиран, тези пациенти идват при нас седат 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 почистваме, какво учат децата ни и т. н./

Преди да премина към представянето на един лесен алгоритъм за комуникация с нашите пациенти искам да представя няколко постулата, които трябва да бъдат в основата на нашите отношения с пациентите. Пациентите са тези, които определят успеха на практиката, те са в основата на нашия социален престиж и нашето благополучие. Затова мисля, че следните принципи са много важни и трябва да бъдат изповядвани от всеки колега, който иска за бъде успешен зъболекар (4):

- ❖ *Пациентите са личности и те искат да бъдат лекувани като личности, не като диагнози.*
- ❖ *Пациентите никога не прекъсват своята работа – Те са 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.*

7.2 Основни етапи при комуникацията с пациента в денталната практика.

При комуникацията в денталната практика с пациента определяме пет основни момента:

1. Първоначален контакт – записване на част и първи контакт в практиката
2. Клиничен преглед
3. Обсъждане на лечебния план
4. Цена на лечението
5. Приключване на визитата.

Първоначален контакт: В днешния динамичен свят записването на час обикновено се извършва чрез обаждане по телефона или чрез интернет. При комуникацията през интернет е свързана с изработване на сайтове и участия в различни социални мрежи и тъй като това е по-

вече в сферата на маркетинга, ще обърне внимание на записването на час по телефона.

Важно условие, както ние така и нашия персонал да бъдем ведри и усмихнати, абсолютно забранено е дъвченето на дъвка или храненето при разговор с пациент, а особено с потенциален пациент. Тонът и тембъра на гласа трябва да са 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 лекаря по дентална медицина да се срещне първо в чакалнята с пациента и той лично да го заведе до амбулаторията, кабинета, където ще се проведе прегледа. Естествено важи правилото, че зъболекаря 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 разговор с пациента по важни за него теми /семејство, 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. Мога да споделя от мой опит,

каква тревога поражда в пациента употребата на термина – обтурация, ако не сме го изяснили преди това. 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. Също така 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:

Информираното съгласие 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 използвани при лечението, лабораторна работа, разходи за обучение, разходи за персонал, режимни 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 визитата:

Последните няколко минути от визитата са също толкова важни, както 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 редуцията 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:

„Звънете ако нещо Ви притеснява!“

Пациента трябва да е уверен, че сте ангажиран с проблемите му и може да разчита на вас (4).

7.3 Конфликти в денталната практика

За жалост, в денталната практика като във всяка функционираща организация се получават конфликтни ситуации. Конфликтите в денталната практика могат да бъдат вътрешни, между членовете на колектива, а също така и с потребителите на дентални услуги, нашите пациенти.

7.3.1 Подходи за справяне с трудни, некоректни пациенти.

Първо ще разгледаме на кратко, подходите за справяне с конфликтните ситуации с пациентите.

Такива ситуации обикновено предизвикват така наречените „трудни пациенти“. Какво разбираме под трудни пациенти тук разбираме – недоволни пациенти, пациенти, при които имаме разминаване между оч-

акванията от лечението и резултата.

Първо и основно правило - Бъдете добри слушатели:

Много хора не разбират, че по-важния аспект на комуникацията не е говоренето. В процеса на лечението, ние трябва да се опитаме да разберем пациента си в дълбочина, да се опитаме да го окуражим да придобие чувство на автономия. Когато умеем да изслушваме нашите пациенти разбираме мислите и притесненията им и създаваме по-силна връзка с тях. Ако пациента те възприема като добър слушател, вероятността да остане с добро впечатление от теб е по-голяма. Като извод мога да посоча, че слушането и ученето трябва да идват преди говоренето.

Силата на извинението:

Греша всеки един от нас. Възникналите проблеми трябва да бъдат разрешавани 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 вината обстоятелство.

Разрешаване на проблеми възникнали при лечението:

Трудни пациенти или пациенти, които са предизвикателство – всяка практика ги има. Това са тези пациенти, които проверяват вашата добра воля, ускоряват сърдечният Ви пулс когато ги видите в графика, предизвикват стрес и изчерпват търпението Ви.

Според проучване сред зъболекарите в Южна Африка през 2018 (1) 50% от тях са подложени на стрес, вследствие на лечението на трудни пациенти, 80% смятат, че генерално очакванията, за резултата от лечението, се е увеличил сред пациентите. Това се потвърждава и от данните на HPCSA (Health Professions Council of South Africa) и SADA (SOUTH AFRICAN DENTAL ASSOCIATION) за увеличен брой на жалбите от пациенти неудовлетворени от резултатите от лечението (5).

Различни са причините, които превръщат пациентите в трудни. Не бива да се забравя, че дори и най-добрите ни пациенти не сядат с желание на зъболекарския стол. Повече от 60% от пациентите са тревожни по време на визита в денталната практика, много от тях страдат от дентална фобия. Възрастните пациенти е възможно да са придобили

минал лош опит, при предишни лечения (преживяна болка или неуспешно лечение). Възможно е пациентите да не приемат, да не са съгласни с констатациите за денталното им здраве, а също така да не приемат предложеният им план за лечение.

Според Брус Пелтие трябва да разглеждаме трудни ситуации с пациентите, а не пациентите като трудни (6).

Когато разглеждаме подходите за справяне с трудни пациенти, на първо място трябва да кажем, че не бива да се поставя етикета на даден пациент като труден, въз основа на предишна комуникация с него. Процеса на взаимодействие между лекар и пациент е двупосочен, основан на взаимно доверие, затова още при първите затруднения в комуникацията, ние трябва да променим подхода си към пациента.

Пациентите, които са недоволни от резултатите от лечението най-общо можем да разделим на два вида. Първите веднага демонстрират недоволство, но има и такива, които открито не споделят разочарованието си. В този случай трябва да сме много наблюдателни, да дешифрираме невербалните сигнали, които изпраща пациента, за да можем да разрешим проблема.

Откривайки проблема ние трябва да престъпим към неговото разрешаване (4).

Никога не омаловажавайте оплакванията на пациента. Нека пациента разкаже своята гледна точка, без прекъсване, често те се нуждаят само от това. Казахме, че в основата на комуникацията е умението за слушане. Често пациентите не назовават точно проблема и е необходимо да се вникне в думите им, за да открием точната причина.

Показвай доверие. Нека пациента знае, че вие разбирате неговия проблем и му съчувствате. Многократно казахме, взаимното доверие, емпатията е в основата на взаимоотношенията лекар – пациент. Необходимо е емпатията да се съхранява и развива постоянно. Наличието и не е константа. Пациента се нуждае да чува, че вие сте на негова страна и желаете да решите проблема му.

Не преминавайте в защита. Вие сте на път да загубите пациента, ако се конфронтирате с него. Никога не се карайте с пациент.

Най-важното е да се опитате да поемете контрол над ситуацията.

След като сте чули неговата страна, предприемете необходимите действия за решаване на пациентския проблем, дори да не сте сигурни кои са необходимите действия, създайте впечатление, че работите за отстраняване на проблема.

Попитайте пациента „какво иска“. Може да бъдете изненадани, че решението е лесно и просто.

Веднъж изработен плана за действие предложете го. Обяснете на пациента как вашия план ще реши проблема му. Бъдете сигурни, че планът ще бъде извършен и резултатите ще бъдат приемливи за вашия пациент. Следвайте плана и се уверете, че пациента ви е все по-щастлив.

7.3.2 Конфликти в денталния екип.

Както във всяка бизнес организация и в денталната практика се появяват конфликтни ситуации. Според участниците в конфликта можем да ги разделим на няколко вида – между дентални лекари, между дентален лекар и членове на персонала, между помощният персонал, между менажера и членове на персонала, а също така може някой да не си върши съвестно работата.

Когато има конфликт на работното място, най-лошото е, че членовете на екипа се чувстват демотивирани, стресът на работното място се увеличава, зачестяват болничните и отсъствията, в крайна сметка може да се стигне до загуба на ценни служители (2).

Каквото и да е естеството на конфликта трябва бързо да се пристъпи към неговото разрешаване, защото отлагането на проблема, води до неговото задълбочаване и може да се стигне до такъв етап, при взаимоотношенията между участниците са разрушени необратимо. Въпреки тежестта и неприятните очаквания от такъв разговор е необходимо, към него да се пристъпи възможно най-бързо. Важно е по време на разговора да не се съдят участниците и да им се внушава чувство на вина, а да се излага гледна точка, никой не бива да се сочи с пръст (7).

Разрешаването на конфликта е чудесна възможност за откриване на свежи идеи и различни гледни точки, а също така за подобряване на междуличностните взаимоотношения и формулиране на нови цели в работата.

Как най-лесно да потушим конфликта.

1. Първо трябва да се открие източника на конфликта.

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

Във денталната практика е най-добре всички членове на колектива да имат общи професионални цели и приоритети, като всеки ясно трябва да знае своите отговорности. Липсата или не разбирането на тези общи цели води до повишаване нивата на стрес и е предпоставка за възникване на конфликти.

2. Създайте условия за честна и открита комуникация в колектива.

При възникване на конфликт в практиката вие трябва да създадете условия за открит и честен разговор с участие на всички засегнати страни. Диалога трябва да бъде при ясни условия и да се даде възможност на всяка страна да изложи позицията си без предварителни условия, а вие не трябва да влизате в ролята на съдия. Трябва да се има предвид, че груповият диалог работи само тогава когато участието е доброволно и целите му са прозрачни, а също така е ясно как ръководството ще използва получената информация.

3. Бъдете уверени, че на всички страни са осигурени условия да изразят вижданията си за проблема.

Един от най-важните моменти осигуряващи ефективно разрешаване на конфликтни ситуации е увереността на участниците, че са третирани справедливо и им се дава равна възможност да изразят мнението си. Обикновено в основата на конфликта стоят емоциите и това осигурява на участниците възможност да осъзнаят какво чувстват – може би безпокойство, чувство на неудовлетвореност, раздразненост, умора.

Взаимното уважение е ключово условие за разрешаване на проблеми и конфликти. Това изисква участниците да се изслушват и да се въздържат от оценки на ситуацията и участниците.

4. Да се установи истинската причина за конфликта.

Разрешаването на конфликта не е състезание по риторика, където печели най-убедителното изказване. Много често реалната причина за конфликт е коренно различна от разказите за него. Съберете необходимата информация, ако е необходимо говорете не само със засегнатите лица, но и други присъствали на ситуацията или засегнати от нея.

Избягвайте оценки основани на предположения и слухове. Разберете какво всъщност се е случило. Ако това е постоянен проблем искайте конкретни примери за използвания език и тон.

Документирайте всичко старателно.

5. Намерете общите цели на засегнатите страни, които да са в основата на намиране на решение.

Независимо от индивидуалните различия трябва да се открият общите интереси на засегнатите страни. Намирането на общ език е по-лесно, когато всички проблеми са излезли наяве. Поемете отговорност за защитата интересите на всички страни и помислете за постигане на взаимноприемливо решение.

Обикновено компромисът е единственият възможен път за намиране на решение в една конфликтна ситуация, особено когато целта на всички участници е една – осигуряване развитието на денталната практика.

6. Определете отговорностите на всички замесени страни.

Една от основните цели на мениджмънта на денталната практика е създаване на хармония на работното място. За разрешаване на конфликта, след намиране на компромис между засегнатите страни, е необходимо да се изработи план за действие с ясно описани роли.

Обикновено при постигане на компромис нито една от засегнатите страни не е напълно удовлетворена, затова изработването на ясен план с конкретни ангажменти на всички страни участващи в конфликта е особено важно.

Необходимо е да се подчертае постигнатото и да се посочи потенциала за развитие, за да се стимулират страните да спазват постигнатия компромис.

7. Следете как върви 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 напомнянето 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 (7).

Библиография:

1. Dealing with a difficult patient, 15 October 2018, Available from: <https://www.dentalprotection.org/ireland/publications-resources/articles/article/dealing-with-a-difficult-patient>
2. Dietz E. Dental office management.2000; Canada: 423p
3. Hislop J. M., Designing Your Perfect Dental Practice: Foundations of Clinical Success.1999; USA: 299p
4. https://www.cdaadc.ca/_files/practice/practice_management/patient_communications/guides/dentalguide-ns.pdf ; 10.11.2022; 9:45
5. <https://www.dentalprotection.org/south-africa/publications-resources/articles/articles-display-page/dealing-with-difficult-patient-interactions>
6. <https://www.dentistry.co.uk/2017/11/23/dealing-difficult-patients/>
7. <https://www.revenuewell.com/article/dental-practice-team-management-resolve-office-conflicts-tips>
8. Pendleton D., J. Hasler, Doctor-patient Communication. 1983; 293p
9. Wener M. E., Schönwetter D. J., Mazurat N. Developing New Dental Communication Skills Assessment Tools by Including Patients and Other Stakeholders. J D E. Vol. 75; (12): 1527-1541

СОБСТВЕНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ**7.4.1 КОНФЛИКТИ В ДЕНТАЛНАТА ПРАКТИКА³**

Станислав М. Ненов, Бойко К. Бонев

2019

Резюме: Ежедневната работа с пациенти, многообразието от клинични картини и диагнози, натоварения работен график, предразполагат появата на конфликти в денталната медицина. Целта на проучването е да се дефинират и изучат конфликтите в денталната практика. За изпълнението и бе изработена анкетна карта и бе проведено анонимно анкетно проучване сред 50 дентални лекари. Резултатите от проучването показват липса на конфликти в практиката при 62% от анкетираните дентални лекари, наличие на конфликти веднъж месечно - 16%, веднъж седмично - 14%, поне веднъж дневно - 8%. Преобладаващият вид конфликти е между дентален лекар и пациент, последван от конфликта между дентален лекар и помощен персонал. Проучени са причините за възникване на различните видове конфликти. Респондентите определят конфликтите в практиката по-често като деструктивни (34%), отколкото като конструктивни (6%). Заключение от проучването е, че денталната практика се характеризира с ниска степен на наличие на конфликти.

Ключови думи: Дентална практика, конфликт, комуникация

Summary: Daily work with patients, the variety of clinical conditions and diagnoses, busy work schedule, predispose the emergence of conflicts in dental medicine. Aim of research is to define and study conflicts occurring in dental practice. A questionnaire was prepared for the purpose of the survey and an anonymous survey was conducted among 50 dentists. Results of the survey show lack of conflicts in practice indicated by 62% of the dentists,

3. Ненов Ст., Б. Бонев. Конфликти в денталната практика. Здравна политика и мениджмънт. 2019, 19, 2, 99-104;

conflicts occur once a month - 16%, once a week - 14%, at least once a day - 8%. The main type of conflict is between the dentist and the patient, followed by the conflict between the dentist and the auxiliary staff. Reasons for the different type of conflicts have been explored. Respondents define conflicts in practice more often as destructive (34%) than constructive (6%). The conclusion of the study is that dental practice is characterized by a low level of conflict.

Key words: Communication, conflict, dental practice

Увод

Конфликтът е вечно социално явление, което е характерно за всички общества, култури и народи. Той има универсална природа – присъщ е както на общия човешки социум, така и на всеки отделен индивид [1]. Някои известни специалисти смятат, че конфликтът е краен резултат от развитието на дадено противоречие, при което неизбежно настъпва разкъсване на връзките между отделните индивиди или социални групи [4]. В здравния мениджмънт, както и във всеки друг тип мениджмънт, конфликтите са неизбежни и следва да бъдат отчитани както като нещо отрицателно, когато пречат на работния процес и усложняват психологичния климат в здравната организация, така и като нещо положително, когато имат конструктивен характер. Дисфункционалните последици от конфликтите оказват пряко влияние върху психоемоционалното състояние и физическото здраве на медицинските специалисти. От друга страна конфликтите спомагат за стабилизиране на екипните взаимоотношения, осигуряват възможност за сближаване на интересите на страните и взаимноизгодно сътрудничество, което дава основание да бъдат разглеждани като съвременни детерминанти за социална промяна. [3]

Новите законови разпоредби, развитието на частното здравеопазване, все още не регламентирани изисквания, водят до противоречия, които прерастват в конфликти. Трудното възприемане на нововъведенията, липсата на яснота по отношение на провежданата здравна реформа и нарушената комуникация между всички нива в йерархията, доведоха до възникване на конфликти между предлагащите здравни услуги (болници, диагностично-консултативни центрове, кабинети, здравни

центрове) и потребителите (пациенти, нуждаещи се от консултация, общество) [2].

На базата на резултатите от свое научно изследване Маринова [2] прави следните изводи за конфликтите в сферата на здравеопазването:

- Най-честият тип конфликти са „лекар – лекар” и „лекар – пациент” в доболничната и болничната помощ;
- Конфликтите в здравеопазването според типа на противоречията се характеризират като съществени, относително-постоянни и неантагонистични [2].

Гатева [6] разглежда конфликтите в здравеопазването от етична гледна точка, групирайки ги в:

- Конфликти с пациента;
- Конфликти в екипа, поради нарушаване на етични норми;
- Конфликти, поради липса на морал;
- Морални конфликти, поради възражения по съвест;
- Морален конфликт, поради неподходяща инструкция;
- Други видове морални конфликти [6].

Стамболова и Чанева [5], изследвайки конфликтните ситуации при медицинските специалисти, сочат, че анкетираните студенти определят като страни в конфликтите:

На първо място самите медицински специалисти (медицинска сестра – медицинска сестра; акушерка);

- На второ място – медицински специалисти – санитарни;
- На трето място – медицински специалисти – лекари;
- На четвърто място – медицински специалисти – пациенти [5].

Райкова [3] посочва, че в болничната сфера преобладават конфликтите на хоризонтално ниво – между самите медицински лица, следвани от тези с пациенти и колеги на по-ниско йерархично ниво. Водещи причини за конфликти от страна на болницата са неадекватното заплащане на положения труд, прояви на дискриминация и стресът на работното

място, липсата на професионални взаимоотношения между медицинските специалисти и неетично поведение спрямо колеги и пациенти.[3]

Особено често в медицинските среди възникват конфликти на основата на личностни причини. Към тях спада грубото и некоректно поведение, размяната на обиди по различни поводи, мнителност, несправедливост, неколегиалност. Такива конфликти се решават трудно като влиянието на мениджъра е органичено и диалогът между него и участниците в конфликта понякога е невъзможен [2]. Често разлики в обучението, опита и перспективата причиняват различия в мненията между колегите от различни специалности, независимо от съществуващото преди това качество на взаимоотношенията между лекарите.[8]

Конфликтите на работното място влияят отрицателно върху удовлетвореността, мотивацията и ефективността на медицинските специалисти при изпълнение на професионалните им задължения. [3]

Като част от системата на здравеопазване, денталната медицина също се характеризира с наличието на конфликти. Както посочва М. О'Neill: „Под влияние на стреса и напрежението през работния ден, комплексността на задачите, забързания график и близостта, в която хората работят един с друг, конфликтите се случват.”[7]

Като най-чести причини за възникване на конфликт тя посочва:

- Лошо отношение, което засяга другите;
- Редовната употреба на гневен тон или враждебен език на тялото;
- Прибързани заключения и оплаквания;
- Хронично закъсняване;
- Обвиняване на другите за грешки;
- Неравномерно разпределение на натовареността [7].

Цел и задачи

Целта на изследването е да се определят основните конфликти в денталната практика и причините за възникването им.

За осъществяването и формулирахме следните задачи:

1. Да се определят основните конфликти в денталната практика.

2. Да се определят причините за възникването им
3. Да се определи влиянието им върху функционирането на денталната практика.

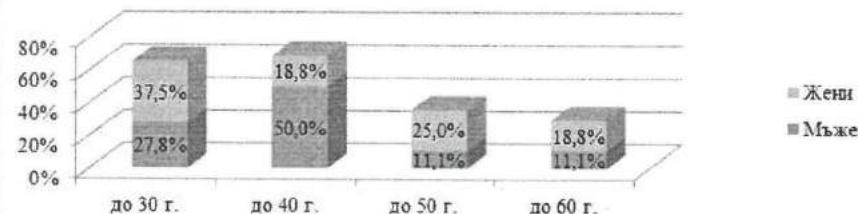
Методика на проучването

Използваните методи са подбрани така, че да съответстват на целите и задачите на изследването. В изследването са използвани следните методи:

А/ Анкетен метод. Анкетната карта, съдържа въпроси, които са насочени към събиране на информация за конфликтогенните фактори в денталната практика и използваните управленски подходи на денталните лекари - мениджъри. Анкетната карта съдържа 27 предимно закрити въпроси с готови варианти на отговори с оглед по-доброто стандартизиране и обработка на получената първична информация. Проучването отговаря на всички етични стандарти за провеждане. В него взеха участие 50 случайно подбрани лекари по дентална медицина от гр. София, като процента на респондентност е 100%.

Разпределението по пол е 18 (36%) от участниците са мъже и 32 (64%) са жени. Процентното разпределение показва, че сред представителите от мъжки пол преобладават тези във възрастта от 30 до 40 години, докато при представителите от женски пол – тези до 30 годишна възраст (фиг.1).

Фиг. 1 Разпределение на респондентите по пол и възраст



Б/ Математико-статистически методи за обработка на данните. Събраната информация е обработена и анализирана статистически, чрез сортиране в статистически таблици, отразяващи търсените закономер-

ности и степен на вероятност 95 % ($p \leq 0,05$). При обработката на данните е използван статистическият пакет SPSS.

Резултати

В резултат на проведеното изследване установихме, че 31 (62%) от анкетираните са посочили, че почти никога не се случват конфликти в тяхната практика, а 8 (16%) са посочили веднъж месечно, веднъж седмично - 7 (14%) и само 4 /8%/ поне веднъж дневно имат конфликт (фиг. 2).

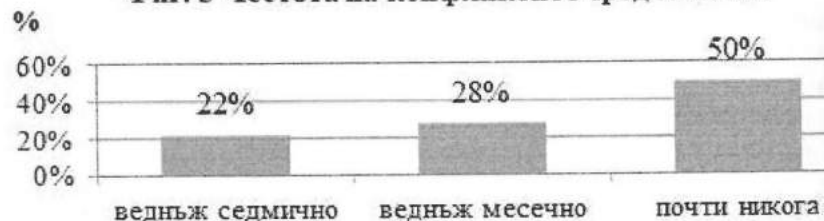
Фиг. 2 Честота на конфликтите в денталната практика



Разпределението по пол показва следните резултати:

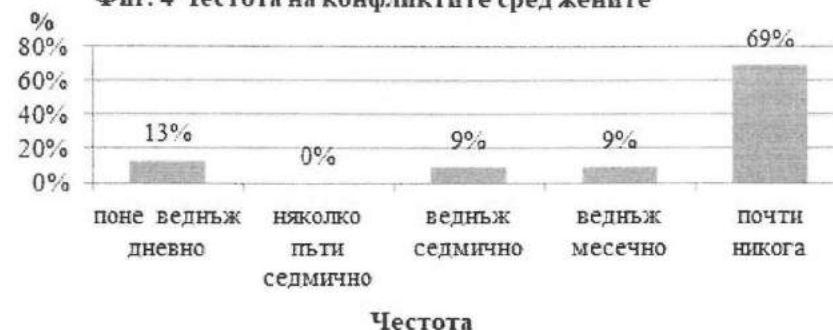
- При мъжете – отговор „почти никога” са посочили 9 (50%) от анкетираните лица, „веднъж месечно” – 5 (28%), „веднъж седмично” – 4 (22%) (фиг. 3);

Фиг. 3 Честота на конфликтите сред мъжете



- При жените – отговор „почти никога” са посочили 22 (69%) от анкетираните лица, „веднъж месечно” и „веднъж седмично” – по 3 (9%), поне веднъж дневно – 4 (13%) (фиг. 4).

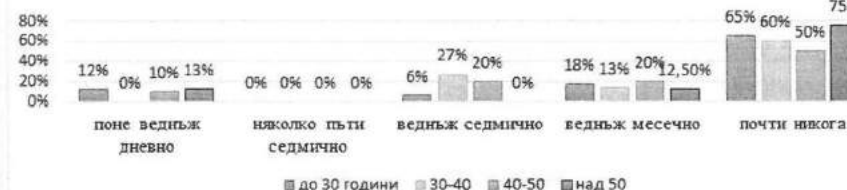
Фиг. 4 Честота на конфликтите сред жените



Анализът на честотата на конфликтите по възрастови групи показва следните резултати (фиг. 5):

- Във възрастта до 30 години – 11 (65%) от анкетираните отговарят „почти никога”, „веднъж месечно” – 3 (18%), „веднъж седмично” – 1 (6%), „поне веднъж дневно” – 2 (12%);
- Във възрастта между 30 и 40 години – 9 (60%) от анкетираните отговарят „почти никога”, „веднъж месечно” – 2 (20%), „веднъж седмично” – 4 (27%);
- Във възрастта между 40 и 50 години – 5 (50%) от анкетираните отговарят „почти никога”, „веднъж месечно” – 2 (20%), „веднъж седмично” – 2 (20%), „поне веднъж дневно” – 1 (10%);
- Във възрастта над 50 години – 6 (75%) от анкетираните отговарят „почти никога”, „веднъж месечно” – 1 (13%), „поне веднъж дневно” – 1 (13%).

Фиг. 5 Честота на конфликтите по възрастови групи



От получените резултати е видно, че преобладаващата част от анкетираните не изпадат в конфликтни ситуации с околните. Средно между един и пет пъти месечно в конфликт изпадат 4 (8%) от анкетираните във възрастта до 30 години и по 3 (6 %) в останалите възрастови групи. До 10 пъти в конфликтна ситуация изпада едва един (2 %) от анкетираните. Анализът на резултатите може да ни убеди в ниската степен на конфликтност на лекарите по дентална медицина. (фиг. 6)



Проучихме най-често наблюдаваните видове конфликти в денталната практика и техните характеристики. Според респондентите преобладаващият вид конфликти е между дентален лекар и пациент – 18 (36,5%) от всички анкетирани, следван от конфликтите между дентален лекар и помощен персонал – 16 (32,7%), дентални лекари помежду си – 7 (13,5%), помощен персонал помежду си – 6 (11,5%), и помощен персонал и пациент – 3 (5,8%) (фиг.7). Анализът на получените данни показва, че преобладаващите конфликти в денталната практика по възрастови групи показва следните характеристики:

Във възрастовите групи „до 30 години“ и „между 30 и 40 години“ най-често срещаните конфликти са между дентален лекар и пациент – 7 (43,8%) от анкетираните в първата група и 8 (50%) във втората. По честота на проявление следват конфликтите между дентален лекар и помощен персонал – 4 (25%) в групата „до 30 години“ и 7 (43,8%) в групата „между 30 и 40 години“. В групата „до 30 години“ се наблюдават и конфликти от типовете „дентални лекари помежду си“ – 3 (18,8%) и „помощен персонал помежду си“ – 2 (12,5%). Анкетираните не посочват наличие на конфликти между помощния персонал и пациентите.

Във възрастта от 30 до 40 години се посочва конфликт между помощен персонал и пациент – един (6,3%). Анкетираните в тази възрастова група не посочват наличие на конфликти между денталните лекари, както и между представителите на помощния персонал;

Във възрастта от 40 до 50 години най-често срещаните конфликти са между дентален лекар и помощен персонал – 4 (40%) от анкетираните в тази възрастова група; следват конфликтите между дентални лекари, дентален лекар и пациент, и помощен персонал помежду си – по 2 (20%). Анкетираните не посочват наличие на конфликт между помощен персонал и пациент;

Във възрастта над 50 години има равномерно разпределение на конфликтите – по 2 (20%) за всеки тип конфликт;



Анализирахме причините за възникване на всеки от типовете конфликти като респондентите можеха да посочват повече от един отговор. Като най-честа причина за възникване на конфликт помежду си денталните лекари посочват различия в характера – 21 (35%) от всички анкетирани, 6 (22,2%) при мъжете и 15 (45,5%) при жените. Следват „лоша комуникация“ – 17 (28,3%) от всички анкетирани, 10 (37%) при мъжете и 7 (21,2%) при жените и „разликите във възрастта и квалификацията“ – по 5 (8,3%) от всички респонденти, 2 (7,4%) при мъжете и 3 (9,1%) при жените (табл.1).

Причини \ Пол	Общо	мъже	жени
разлика в квалификацията	8,3%	7,4%	9,1%
разлика във възрастта	8,3%	7,4%	9,1%
разлика в пола	0%	0%	0%
разлика в заплащането	5%	7,4%	3%
недостиг на материали/ техника	3,3%	3,7%	3%
нови технологии/ материали/методи	1,7%	3,7%	0%
работен график	6,7%	7,4%	6,1%
различия в характера	35%	22,2%	45,5%
лоша комуникация	28,3%	37%	21,2%
Друго	3,3%	3,7%	3%

Таблица 1 Причини за конфликт между денталните лекари

Анализът на причините за конфликти по възрастови групи показва като водеща причина „различия в характера“ в групите „до 30 години“ – 10 (41,7%), „между 30 и 40 години“ – 6 (27,3%) и „над 50 години“ – 3 (37,5%). В групата „между 40 и 50 години“ водещата причина за конфликт е „лоша комуникация“ – 3 (50%) (табл. 2).

Възрастова група \ Причини	до 30 години	до 40 години	до 50 години	над 50 години
разлика в квалификацията	8,3%	4,5%	0%	25%
разлика във възрастта	12,5%	9,1%	0%	0%

разлика в пола	0%	0%	0%	0%
разлика в заплащането	4,2%	9,1%	0%	0%
недостиг на материали/техника	4,2%	0%	16,7%	0%
нови технологии/ материали/методи	4,2%	0%	0%	0%
работен график	4,2%	13,6%	0%	0%
различия в характера	41,7%	27,3%	33,3%	37,5%
лоша комуникация	20,8%	31,8%	50%	25%
Друго	0%	4,5%	0%	12,5%

Таблица 2 Причини за конфликт между денталните лекари по възрастови групи

Като най-честа причина за възникване на конфликт между дентален лекар и помощен персонал зъболекарите посочват „некачествено изпълнение на служебните задължения от страна на персонала“ – 20 (34,5%), следвана от „нарушена комуникация“ – 18 (31%) (табл. 3). Такава зависимост се наблюдава и при анкетираните лица от женски пол – 13 (37,1%) посочват „некачествено изпълнение на служебните задължения“ и 9 (25,7%) – „нарушена комуникация“. При анкетираните лица от мъжки пол преобладаващата посочена причина е „нарушена комуникация“ – 9 (39,1%), следвана от „некачествено изпълнение на служебните задължения“ – 7 (30,4%).

Групи Причини	общо	Мъже	жени	до 30 годи- ни	до 40 годи- ни	до 50 годи- ни	над 50 годи- ни
липса на професионална квалификация	8,6%	0%	14,3%	15,8%	0%	12,5%	11,1%
некачествено изпълнение на задълженията	34,5%	30,4%	37,1%	47,4%	36,4%	12,5%	22,2%
нарушена комуникация	31%	39,1%	25,7%	10,5%	36,4%	62,5%	33,3%
неприемливо отношение към пациентите	10,3%	4,3%	14,3%	5,3%	13,6%	0%	22,2%
субективни причини	12,1%	21,7%	5,7%	10,5%	13,6%	12,5%	11,1%
Друго	3,4%	4,3%	2,9%	10,5%	0%	0%	0%

Таблица 3 Причини за конфликт между дентален лекар и помощен персонал

Анкетираните посочват като най-важна причина за възникване на конфликт между дентален лекар и пациент са нереалните и неадекватните му очаквания – 25 (25,8%). Тази причина е водеща както за респондентите от мъжки пол – 8 (23,5%), така и при тези от женски – 17 (27%). Тя е основна за възрастовите групи „между 30 и 40 години“ - 11 (28,9%) и „между 40 и 50 години“ - 5 (33,3%). Следващата по важност причина за възникване на конфликт е неспазването на часове - 22 (22,7%). Тя е водеща във групата „над 50 годишна възраст“ - 5 (41,7%). Неуважително/ грубо поведение на пациента е причина за конфликт за 17 (17,5%) от респондентите. Тя е водеща причина в групата „до 30 години“ - 8

(25%). Впечатление прави, че цената на лечението - 9 (9,3%) и характера на предложеното/ проведено лечение - 3 (3,1%) не са сред водещите причини за конфликт. (табл. 4)

Групи Причини	Общо	мъже	жени	до 30 годи- ни	до 40 годи- ни	до 50 годи- ни	над 50 годи- ни
предложено/ проведено лечение	3,1%	5,9%	1,6%	0%	7,9%	0%	0%
цена на лечение	9,3%	11,8%	7,9%	18,8%	5,3%	0%	8,3%
лечение по НЗОК	4,1%	0,0%	6,3%	6,3%	0%	6,7%	8,3%
график на посещения	12,4%	14,7%	11,1%	9,4%	18,4%	13,3%	0%
нереални/ неадекватни очаквания на пациента	25,8%	23,5%	27,0%	15,6%	28,9%	33,3%	33,3%
неуважител- но/грубо поведение на пациента	17,5%	17,6%	17,5%	25,0%	15,8%	13,3%	8,3%
неспазване на часове	22,7%	17,6%	25,4%	21,9%	13,2%	33,3%	41,7%
неподходящо поведение на зъболекаря	3,1%	5,9%	1,6%	0%	7,9%	0%	0%
Друго	2,1%	2,9%	1,6%	3,1%	2,6%	0%	0%

Таблица 4 Причини за конфликт между дентален лекар и пациент

Според 35 (70%) от респондентите възникването на конфликт в денталната практика е крайно нежелателно, за 11 (22%) те са донякъде приемливи, докато за едва 2 (4%) от анкетираните лица е съвсем приемливо (фиг.8).

Фиг. 8 Място на конфликтите в денталната практика



Преобладава мнението, че резултатът от конфликта зависи най-вече от характеристиките на страните в него – 29 (58%) от анкетираните. Интересен е и фактът, че респондентите определят конфликтите по-често като деструктивни – 17 (34%), отколкото като конструктивни – 3 (6%) (фиг.9).

Фиг. 9 Последствия от конфликта



Изводи

В резултат от направения анализ на данните можем да направим заключение, че денталната практика се характеризира с ниска степен на конфликти като денталните лекари са слабоконфликтни личности и с напредване на възрастта конфликтността им намалява. Преобладаващото мнение е, че възникването на конфликти в практиката е крайно нежелателно. По-голяма част от денталните лекари смятат, че те имат негативни последствия за практиката. Преобладаващият вид конфликти е между дентален лекар и пациент, като водещите причини за възникването му са нереалните очаквания на пациента и пропускането на часове от негова страна. Втори по значимост е конфликта между дентален лекар и помощен персонал. Основните причини за възникването му са неизпълнението на служебните задължения от страна на персонала и нарушената комуникация. Най-честите причини за възникване на конфликт между денталните лекари са различия в характера и лоша комуникация.

На базата на посочените изводи могат да се направят следните препоръки за подобряване на работната среда и намаляване предпоставките за конфликти в денталната практика:

- Да се оптимизира работния процес и повиши квалификацията на персонала за поведение в ситуация на конфликт;
- Да се подобри комуникацията вътре в денталните екипи, а също така и комуникацията с пациентите. Това ще подпомогне запазването на ниското ниво на конфликтност в денталната практика;

Библиография:

1. Димитров Д. Конфликтология. Университетско издателство „Стопанство“. София, 2004
2. Маринова П. Конфликти в здравеопазването – възникване, причини и управление. ЕТ „Тодоров-В“. Враца, 2002
3. Райкова Е. Управление на конфликти в лечебните заведения за болнична помощ – автореферат на дисертационен труд за присъждане на ОНС „Доктор“. Пловдив, 2019
4. Симеонов С. Социален климат и производителност. София, 1976
5. Стамболова И., Г. Чанева. „Конфликтните ситуации при медицинските специалисти“. Здравен мениджмънт, бр.2. София, 2002
6. Чакърова – Гатева Л. Професионална етика за специалисти по здравни грижи. Екс-Прес. Габрово, 2011
7. Flax H. Conflict in the Dental Office: An Interview with Mary O'Neill. The Journal of Cosmetic Dentistry. 2008, spring 2008; vol.24 (1): 18-23
8. Graves H. Physician-physician relationships. Foresight. June 1990

7.4.2 КОМУНИКАЦИЯ В ДЕНТАЛНАТА ПРАКТИКА: ПРОПЕДЕВТИЧЕН ТРЕНИНГ⁴

Иванка Василева Михайлова, Бойко Костов Бонев

2022

Abstract: Communication can be defined as the process by which people share ideas, experiences, attitudes and knowledge by symbolic messages transmission. Dental medicine is an area where technical skills are not the only prerequisites for being a good health care deliverer. Soft skills concerning active listening to the patient, appropriate verbal and non-verbal communication, empathy, respecting ethical rules are significant in dentist – patient communication process. Consequently they impact patients' attitudes, satisfaction and ongoing health related behavior. Therefore a training course on communication skills was set in the Faculty of Dental Medicine, Medical University-Sofia. The aim was improvement of students' soft skills and forming behavior design pattern concerning dentist-patient interactions.

Keywords: dental students, communication skills, dentist-patient interaction

Въведение:

Комуникацията би могла да се дефинира като процес, чрез който личностите споделят идеи, опит, знания и чувства чрез предаването на вербални и невербални съобщения. Четири аспекта на комуникацията са от особено значение, а именно: тя е процес, характеризира се с многофункционалност, многоканална е и не винаги е преднамерена или съзнателна. (Young 2019:4)

В областта на денталната медицина знанията и техническите умения не са единствените предпоставки за висок професионализъм. От съществено значение са способността за ефективна комуникация, в това число умението за активно слушане, пълноценното събиране и предоставяне на информация, чувствителност спрямо емоциите на па-

⁴ Василева Ив. Б. Бонев, Комуникация в денталната практика: пропедевтичен тренинг. Библиотека „Диоген“. 2022, 30, (1), 127-138;

циентите, проявата на емпатично отношение, разбирателство, спазване на етичните норми, професионализъм. Сред ползите от ефективната комуникация могат да бъдат отбелязани повишената удовлетвореност на пациента, по-точното спазване на дадените му препоръки, намаляване на тревожността.

Погледнато през рамката на денталната медицина, общуването в тази сфера има своите отличителни черти. Въпреки напредъкът на комуникационните технологии, в повечето случаи контактът между лекаря и пациента се осъществява в специфичната обстановка на денталното лечебно заведение; поддържат се взаимоотношения между пациента и членове на екипа – дентален помощник, рецепционист, и не на последно място – основната задача на комуникацията е свързана със здравето на пациента.

В допълнение към споменатото е от значение да се отбележи факта, че комуникацията в денталната практика се различава от класическото двучленно (диадично) общуване в рамките на социалните отношения.

Контактът пациент–дентален лекар се характеризира с асиметричност. В социалните взаимодействия се очаква двустранно предоставяне на информация от участниците, докато в хода на общуването с пациента се достига до бързото (в рамките на едно посещение) и едностранно споделяне на лични и свързани със здравословното състояние и навици данни, касаещи пациента. Професионалното ежедневие на денталните медици е съпроводено от срещи с различни типове и възрасти личности, с тревожни, изискващи, понякога конфликтни пациенти.

Въпреки широкото признаване на значимостта от обучението областта на развиване на комуникационните умения, реалната картина за случващото се на практика е доста различна. Не само у нас, но и в други дентални училища е видно, че обучението в областта на комуникационните умения налага промени. Yoshida (Yoshida 2002:1281-7) провежда проучване в 40 северноамерикански и канадски дентални училища и установява, че едва в една трета от тях се провеждат курсове специално по междуличностно общуване. Там, където има такива програми, обучението е предимно пасивно, а не с участието на реални или симулационни пациенти. Подготовката е в един базов курс, с оскъдни възможности студентите да придобиват надграждане на познанията чрез

систематично усложняване на материала. McGoldrick и Pine проучват преподаването по поведенчески науки във всички 14 дентални училища във Великобритания (McGoldrick 1999:576-80). Много от програмите в тях са теоретично ориентирани в дидактичен стил, в големи групи от студенти, а преподавателските кадри са предимно от една специалност, вместо интердисциплинарно подготвени специалисти като социолози, психолози и зъболекари.

В областта на медицината проучванията за оценка на ефекта от прилагането на различни методи за придобиването на комуникационни умения се провеждат от десетилетия (Roter 1995: 1877-84). Така биват установени някои значими принципи за ефективно обучение: 1) подход, базиран на придобиването на умения вместо дидактично преподаване; 2) свързани с клиничната практика сценарии; 3) самооценяване от страна на студентите; 4) преподаване с използването на видеозаписи; 5) симулационни пациенти, които са подготвени в изпълнението на различни клинични роли и в проследяването на представянето на студентите с възможност за съответната обратна връзка; 6) интегрирано преподаване от екип и 7) работа в малки групи за оптимално обучение на студентите. (Silverman 1998:1-16)

В Otago School of Dentistry, Dunedin, New Zealand се въвежда обучение на студенти от трети курс за придобиване на комуникационни умения. Тази програма е заимствана от образователен формат, прилаган в обучението на студенти по медицина в Dunedin School of Medicine, Otago University, New Zealand и е базирана на изследователски открития за ефективното преподаване при придобиването на комуникационни умения. Разработени са нови ролеви сценарии, които се представят предизвикателствата в денталната практика. Като компоненти на програмата са включени филмирани интервюта, работа със симулационни пациенти, интервюиране на хора, самооценка, интердисциплинарен екип от преподаватели и групова или персонална обратна връзка. (Hannah 2004:970)

За теоретичната и практическа подготовка на студентите за усвояването на знания и развиването на специфични комуникационни умения, във Факултета по дентална медицина – София бе организиран свободно избираем курс по „Медицинска психология“ на тема „Комуникация в

денталната практика“. Той се проведе под ръководството на преподаватели, притежаващи професионална квалификация по дентална медицина и психология.

Целта на курса на обучение бе придобиването на теоретични познания и комуникационни умения у студентите преди или в началото на клиничното им обучение, в което срещат реални пациенти.

Задачи:

1. Придобиване на теоретични познания относно процеса на комуникация в аспекта на денталната практика;
2. Практическо структуриране на протокол на поведение и общуване в отделните етапи на денталното посещение;
3. Създаване на умения за гъвкави индивидуално насочени комуникационни умения при общуването с дентални пациенти;
4. Установяване на сходни характеристики в поведението на участниците според типа темперамент.

Материал и методи

Курсът за придобиване на комуникационни умения бе предназначен за студенти от всички курсове, с поставено изискване за успешно положен изпит по „Медицинска психология“. Преподаването бе осъществено под формата на лекции, семинарни занятия, самоподготовка свързана с изпълнението на поставени задачи.

Първоначалният брой на участниците в тази свободно избираема дисциплина бе 30 студента от втори, трети и четвърти курс на обучение във Факултета по дентална медицина – София. До финалния етап и признаването на курса достигнаха 21 студента – 6 мъже и 15 жени, 16 от втори и 5 от четвърти курс на обучение.

Практическа подготовка:

Първото двучасово занятие бе под формата на въвеждащ семинар, в началото на който участниците попълниха въпросник, който цели да установи отношението и оценката за нивото им на подготовка за общуване с пациенти. В хода на тази първа среща преподавателят очерта рамката

на курса и дискутира с участниците какво представлява комуникацията и каква е спецификата на общуването с пациентите в денталната практика. Обсъдиха се етапите на денталното посещение и съответните комуникационни подходи през всеки от тях.

След тази среща по електронен път на учащите беше изпратен Въпросник за изследване на темперамента на Г. Бергер, придружен от съответния ключ за обработка на резултатите и описание на скалите (Иванов, 1999:26)

Второто упражнение бе фокусирано върху дискусия в групата относно специфични умения за справяне с емоциите – на персонала и на пациентите, работа върху вербалната комуникация и използваните терминологични фрази, невербалната комуникация както и интервю лекар-пациент, в което всички студенти участваха на ротационен принцип.

По време на следващия семинар на участниците бяха представени четири различни клинични случая. Поради факта, че повечето от тях все още не са имали професионален контакт с реален пациент, преподавателят разясни всеки един от казусите по отношение на патологията и плана на лечение.

През четвъртото занятие всеки от учащите беше записан с видео камера, докато провежда интервю със симулационен пациент – професионален актьор. Актьорите, които предварително бяха запознати с клиничните случаи, влязоха в ролята на следните типажии – тревожни, агресивни, прекомерно изискващи и капризни, и напълно неосведомени и неподготвени пациенти. Студентите не знаеха предварително какъв тип пациент ще ги очаква и че се срещат с актьори.

През последното занятие участниците гледаха заедно видео записите и съвместно с преподавателите обсъдиха представянето на всеки един. Основните аспекти на дискусията бяха спазване протокола на работа в съответния етап, пропуски и грешки в хода на вербалната и невербална комуникация.

Резултати:

1. Резултати от въпросник, който цели да установи отношението към темата за комуникационните умения и оценката за нивото

на подготовка за общуване с пациенти. Въпросникът се състои от 7 айтема, на които анкетираният трябва да отговори като се позовава Ликертовата скала, като отбележи своето мнение по скала от 1 до 5.

Всички участници считат, че за денталните лекари е от особено значение да преминават през обучение в областта на общуването в професионалната им среда имат нужда от допълнителна подготовка.

Отговорите на въпросите относно интереса към темата за комуникационните умения и самооценката за необходимост на придобиване на по-голяма самоувереност показват, че в най – голяма степен – 76% (n=16) участниците са посочили отговорите „много голям интерес“ и „много голяма нужда от сигурност в себе си“. Значителна част от студентите – 66.67% (n=14) посочват, че не са срещали никакви затруднения при общуването си с пациенти или при социални контакти. Това вероятно се дължи на факта, че по-голямата част от участниците в курса не са имали никакъв или почти никакъв контакт с пациенти, а резултатът е на база на социалните взаимоотношения.

Въпрос	Брой отговори/студенти				
	1	2	3	4	5
1. Считате ли, че комуникационните умения са важна част от обучението ви? Никак/много важни					21
2. Смятате ли, че денталните лекари имат нужда от допълнителна подготовка от гледна точка на развиването на нови умения за общуване? Никак/много ценен					21
3. Мислите ли, че този курс ще повиши интереса ви към темата за комуникацията? Изобщо/много				5	16

4. Имате ли нужда да развиете повече сигурност в себе си при общуване с пациентите? Изобщо/много			2	3	16
5. Имали ли сте досега специална подготовка как да общувате с пациенти по някоя от клиничните/ предклинични дисциплини? Никаква/ ефективна	8	3	6	4	
6. Срещали ли сте затруднения при общуването си с пациенти / хора при социални контакти? Никакви/ много	14	2	2	3	
7. Какви за Вас са комуникационните умения? От никакво значение/много важни				4	17
8. Когато кандидатствахте, дентална медицина беше Вашето първо желание ☐ да медицина ☐ ☐ фармация	18 Дентална медицина	3 Медицина			

Таблица 1.

2. Резултати от Въпросникът за изследване на темперамента на Г. Бергер. Този тест определя три основни диспозиции, които могат да се съчетават по различен начин помежду си:

- **Емоционалност – неемоционалност**

Емоционалността е проява на разнообразни чувства, вариращи по насоченост. Някои автори наричат тази дименсия импресивност, емоционална изразеност, чувствена лабилност. При всички случаи се изра-

ява в разнородни емоции и чувства - слаби и силни, моно- и поливалентни. Емоционалността на човека се определя от честотата и силата на емоционалната реакция към ситуация, която я предизвиква.

• Активност-неактивност

Активността е диспозиция за насочване на спонтанните желания към цел, свързана с преодоляването на някои трудности. Означава приложение на много енергия, сила на волята, преднамереност на психическата дейност, устременост, мобилизираност, организираност. Трудностите стимулират активните хора. Те харесват плановостта и се стремят да планират работите си.

• Отзвучаване (функция) - първична или вторична

Дименсия, основана на физиологичната структура на нервната система - бързо или бавно отзвучаване на реакциите, главно емоционални, към външните и вътрешни дразнения на организма. Изразява се с продължителността на следите от тези дразнения, от предишната дейност върху следващата и пр. **Първичното отзвучаване (функция)** е характерно за импулсивните, живеещи на момента личности. Те бързо реагират на стимулите на средата, незабавно и силно, при това ефектът от реакцията бързо угасва. Тази реакция е еластична, незабавна, бурна. Проявяват склонност към промяна на реакцията, малко стереотипни са. Те лесно установяват контакт с другите хора. Интересуват се от настоящи събития. **Вторично отзвучаване (функция).** Описва се като психична инертност при реагиране, хладност, стереотипност, голяма латентност. Такива хора са в началото със слаба реакция на дразнителите, но след това непрекъснато усилваща се и съхраняема продължително време. Това са сериозни, спокойни, издържливи, добросъвестни, проявяващи постоянство. Дълго преживяват дадено чувство или настроение. Имат установени навици и стабилен светоглед.

Резултатите (фиг.1) обособяват участниците в четири основни групи темперамент със съответното дялово разпределение:



Фиг.1 Процентно разпределение на участниците според типа темперамент

Основната цел за определяне типа темперамент на участниците бе да се открият общите поведенчески прояви на отделната личност в хода на срещата й със симуляционния пациент. След анализ на видео записите бяха установени следните сходни характеристики на общуването:

• Темперамент **холерик**:

- провеждат интервюто в изправено положение, което възпрепятства равнопоставеността на зрителния контакт;

- проявяват склонност към прекомерно жестикулиране; използват професионална терминология, което води до задаване на допълнителни въпроси от страна на пациента;

проявяват уклончивост и колебливост при предлагане план на лечение и последващо насочено към здравето поведение от страна на пациента.

• Темперамент **флегматик**:

- По време на разговора с пациента са в седнало положение, което е в съответствие с правилата за общуване, обусловени от партньорски типа на взаимоотношения в съвременната дентална практика;

- Изслушват активно пациента;

- Обясняват ясно, спокойно и категорично като поясняват своевременно

РЕЦЕНЗИИ

РЕЦЕНЗИЯ №1

Монографията „Психологични подходи в денталната практика“ с автор доц. д-р Бойко Бонев е многокомпонентен труд, който може да служи едновременно като учебник и практическо ръководство. Това е труд, който разширява и обогатява темата за мястото и нуждата от психологични знания в професионалното развитие на всеки дентален лекар. Интересите на доц. Бонев към възможностите на приложната психология в денталната практика, дългогодишната преподавателска и клинична практика подтикват автора да сподели ценен опит и знания, които да развият и обогатят психологичната компетентност в работата с пациентите.

Придобиването на психологични знания и умения е съставна част и необходима предпоставка за осъществяване на холистичен подход в терапевтичния процес. Съдържанието на монографията е отговор на образователните потребности и може да бъде полезно ръководство както на студентите така и на всички професионалисти работещи в сферата на денталното здраве.

В монографията са представени по достъпен начин основните теории и съвременни разбиращения за развитието на личността. На тази основа се разглежда личността на пациента и лекарят в денталната практика. Интерес представляват избрани данни от различни проучвания разкриващи психологичния тип личност на денталния лекар. Направен е анализ на основните модели и специфики във взаимоотношенията Лекар - Пациент в денталната практика. (първа и втора глава)

Монографията предоставя възможност за по-дълбоко навлизане в психичните механизми на човешкото поведение в здраве и болест. Постигане на високо качество на дентални услуги означава и изграждане на индивидуален подход съобразен с типа пациент, отношението му към поддържане на дентално здраве, специфично поведение по време на боледуване, разпознаване на симптоми на висока тревожност, дентофобия, психология на болката и някои симптоми на психична симптоматика и заболяемост. (трета и четвърта глава)

Отделено е внимание и на една изключително актуална и широко дискутирана тема – професионален стрес и бърнаут. Авторът синтезира знанията и добрите практики в областта на превенция на стреса в денталната практика.

В съдържанието на монографията е включена темата „Психопатология и психотерапия“. Познанието в тази област дава възможност да се разберат етиологията и поведенческите симптоми при някои заболявания и да се избере най-правилния подход на комуникация и изграждане на доверие при пациенти с такъв проблем.

В шеста глава „Основи на комуникацията“ и седма глава „Комуникация в денталната практика“ ясно и последователно са представени принципите и етапите на комуникация в денталната практика. Разгледани са причините и ефективни техники за преодоляване на трудности в общуването.

Изданието е ценно със своята практическа насоченост и представените собствени проучвания на автора: във втора глава „Личността в денталната практика“ 2.4. „Психологични характеристики на студентите във ФДМ-София“; в трета глава „Психология на болестта“ 3.4. „Влияние на бариерите за достъп до дентална помощ в България“; в седма глава „Комуникация в денталната практика“ 7.3.1. „Конфликти в денталната практика. В същата глава е представена и разработена от доц. Бонев програма „Комуникация в денталната практика: пропедевтичен тренинг“. Това е свободно избираем курс за теоретичната и практическа подготовка насочен към усвояване на знания и развиване на специфични комуникационни умения на студентите във Факултета по дентална медицина – София.

В цялостното съдържание на монографията е включен собственият опит на автора, който е утвърден академичен преподавател, има издаден учебник „Приложна психология за студенти и лекари по дентална медицина“ и съответен практически опит в обсъжданата проблематика. Прави впечатление новаторският подход и умението на доц. д-р Бойко Бонев да изложи достъпно и ясно фундаментални теоретични постановки и да ги конкретизира в областта на денталната практика. Монографията предоставя възможност за по-дълбоко навлизане в тази област на научното познание и е ценен психологичен наръчник за всички настоящи и бъдещи лекари по дентална медицина.


Рецензент:
проф. Захарина Савова, д.м.

РЕЦЕНЗИЯ №2

На монография на тема:

„Психологични подходи в денталната практика“

Автор: Доц.д-р Бойко Костов Бонев, доктор

Рецензент: Доц.д-р Петър Георгиев Божинов, доктор,

Катедра „Обществено дентално здраве“, ФДМ, МУ-София

Предоставеният ми за рецензия проект на монография със заглавие „Психологични подходи в денталната практика“ с автор Доц.д-р Бойко Бонев, д.м с решение на Факултетен съвет № 2518/25.11.2022г. съдържа 7 глави и обем от 202 страници.

Проектът за монография отговаря на изискванията на МУ- София като обем (брой страници), шрифт и размер на знаците. Текстът е написан на правилен, литературен български език и се отличава с добър и разбираем изказ на автора, като същевременно е на високо научно ниво и са представени множество научни данни от собствените изследвания на автора.

Представеният ми за рецензия труд е предназначен основно за лекарите по дентална медицина, но е полезен и за други професионалисти, работещи с пациенти и интересувачи се от познаването на психологичните типове пациенти, методите за овладяване на фобиите и възможностите да се избягват конфликтни ситуации на работното място.

Още в древността възникват различни философски течения, като част от тях се опитват да обяснят устройството и начина на функциониране на душата. Съвременната психология започва развитието си през 19 век в Германия, за кратко време претърпява бурно развитие, като по целия свят се разкриват десетки лаборатории и школи, започва издаването на редица научни списания.

Литературния обзор е структуриран в няколко раздела. В първа глава авторът е описал основните теории в развитието на личността- бихевиоризъм, теория за типовете личности на Hans Eysenck, теория за

психоанализа на Зигмунд Фройд, теория за обективните отношения на Карл Густав Юнг, индивидуална психология на Алфред Адлер, теория на Карен Хорни, теория за психо-социално развитие на Ерик Ериксон, хуманистична психология на Ейбрахам Маслоу и когнитивна психология. Той е описал основните елементи и акцентите на всяка от тези теории. Особено внимание е обърнато върху съвременните разбирания за развитието на личността и най-вече върху детско-юношеското развитие предвид факта, че основен проблем в денталната практика е работата с деца, вероятно поради факта, че денталните лекари не познават добре основните психологични подходи за работа с този контингент пациенти.

Доц.Бонев е обърнал особено внимание на периодизацията на развитието в детско-юношеската възраст, основните моменти, характерни за всеки един от тези периоди с акцент върху психологическите изменения през конкретния възрастов период.

В обзора, авторът е обърнал особено внимание на взаимоотношенията пациент- дентален екип, които са в основата на конфликтите в денталната практика. Той описва трите им основни варианта- „пълноценни взаимоотношения“, „лечебен алианс“ и „трансферен модел“. Познаването на особеностите на всеки един от тях и подходите с пациентите при всеки модел биха ни помогнали да избегнем конфликтни ситуации в денталните ни практики. Другите два елемента (личността като дентален пациент и личността на денталния лекар) са също застъпени и подробно описани като потенциален елемент за конфликти.

В глава „собствени изследвания“, авторът е публикувал резултати от изследвания сред студенти посредством въпросника на Айзенк, според което се наблюдава тенденция за повишаване на екстремността, стойностите на социалната желателност са ниски, което потвърждава тенденцията за по-малка склонност към лъжа на съвременните млади хора, както и това, че студентите са в норма за българската популация според личностните характеристики на Айзенк.

В следващия раздел е разгледана подробно психологията на болестта. В дълбочина са описани видовете болка и основните подходи за справяне с нея, както и факторите, влияещи върху отношението на па-

циента към болестта. В помощ на практикуващия подробно са описани отделните елементи на модела на здравните убеждения, психологическите реакции по време на боледуването и особено важно са моделите за справяне с болестта според Ачкова и Janis.

Авторът е публикувал собствени резултати при изследване на бариерите за достъп до денталната практика в България, според което само 44% от хората спазват профилактичен режим и посещават дентален лекар поне веднъж на 6 месеца, 1/5 от хората не извършват профилактични прегледи поради липса на оплаквания и 1/5 не се лекуват заради страха от денталното лечение миналия лош опит и финансови затруднения.

В следващата глава Доц.Бонев е акцентирал върху стреса в денталната практика и професионалното прегаряне, което СЗО нарича „глобална епидемия“. Описани са видовете стрес и общия адаптивен синдром с отделните му стадии. Особено внимание е обърнато на подходите за справяне със стреса в ежедневието на практика, кои са източниците на стрес и какво представлява „професионалното прегаряне- т.нар Бърнаут“.

Един от основните проблеми в денталната практика са фобиите и в частност денталните фобии, които са разгледани подробно заедно с паническите атаки и обесивно-кумулятивното разстройство и депресиите. Описани са и основните психични заболявания-шизофрения и деменция и е обърнато особено внимание на денталната фобия и поведенческата психотерапия за лечението и.

В дълбочина е разработен въпроса за комуникацията и по-конкретно видовете вербална и невербална комуникация. Има практически съвети и подходи за подобряването им, което ще подобри климата в денталния кабинет. Особено ценни са съветите при снемане на клиничен преглед, обсъждане на лечебен план и информираното съгласие, както и конфликтите в денталната практика- правила и решения. В собствено изследване на конфликтите между лекар и пациент, авторът е посочил като водеща причина за тях нереалните очаквания от страна на пациентите и пропуснатите часове. Конфликтите в денталния екип са заради неизпълнение на задълженията им.

Смятам, че монографията на тема „Психологични подходи в денталната практика“ има висока теоретична и практическа стойност и би била много полезен инструмент в ръцете на всеки практикуващ дентален лекар за изучаването на типовете пациенти и начините за избягване и справяне с конфликтните ситуации.



09.01.2023 г.

/Доц.д-р Петър Божинов/

ПСИХОЛОГИЧНИ ПОДХОДИ В
ДЕНТАЛНАТА ПРАКТИКА

© Бойко Бонев

© Спектър

София 2023

ISBN 978-954-9467-62-8