

Медицински центар — Битола
 Одделение за клиничка протетика

ПРИМЕНА НА НЕКОИ ОД МЕТОДИТЕ НА ПОВРШИНСКАТА ПСИХОТЕРАПИЈА ВО КЛИНИЧКАТА ПРОТЕТИКА

Д. Илиевски, П. Петров и С. Цифкаровски

Нашата основна интенција е да укажеме на корисноста од употребата на површинските методи на психотерапија во секојдневната практика на протетичарот. Како најкорисни и практично применливи ги применуваме: методот на персуазија, слободна вентилација и сугестија. Согледувањата на југословенските и странски автори за плаузабилноста на површинската психотерапија во однос на крајниот исход од протетскиот третман, ни даде за право да ги примениме претходно наведените методи. Ги препорачуваме како ефикасно средство за подготовка на пациентите и нивно полесно адаптирање кон протетските надоместоци. Со оглед на тоа што примената на површинските методи на психотерапија не бара специјална психијатриска едукација и услови, треба да бидат составен дел во секојдневната работа на секој лекар поединец.¹¹ Работевме со хетерогена група од 100 пациенти по случаен избор од 15 — 75 години.

Современиот живот, полн со динамика во сите домени на човечката дејност, со сложеноста на изградување на нови меѓучовечки односи, не соочи со пациенти, со атипични болести, нејасно дефинирани, со неодредени состојби и разни нарушувања и реакции.⁹ Во проучувањето на сознанијата за овие состојби видна улога одиграа учењата на Фројд, Адлер, Јунг, Ранке, Рајх, Штекел, Хорнејева, Павлов, Фром, Саливен и др.

Поучена од досегашните искуства, современата едукација од медицината бара динамична обработка и пристап, како спрема болната така и спрема здравата личност. Постои тесна поврзаност помеѓу духовниот живот на лицето и мимичната мускулатура.⁷ Во нашата работа тоталната протеза мора да ја вклопиме во хармонијата на лицето и како таква да биде прифатена и од околината.¹⁰

Гербер: „Големиот успех во изработката на протези на беззабна уста, во последните години се должи на длабоките клинички испитувања и сериозното изучување на психопатогените

фактори". Правилното и константно испитување на болниот со беззабни вилицы може многу да го олесни правењето на протези и ни помага во изборот на најпогодни методи и материјали.^{1,14}

Во секојдневната работа на лекарот се воспоставува, без инсистирање од негова страна, интензивен чувствителен трансфер на пациентот спрема личноста на лекарот.³ За да обезбедиме создавање на позитивен трансфер внимаваме уште при првиот контакт со пациентот. Со нашето однесување и држење, создаваме атмосфера на доверба од страна на пациентот спрема нас. Кога доаѓа со нарушено забало либидото на пациентот е врзано за неговите симптоми кои му даваат единствено можна замена за задоволството во тој момент.

Со воспоставувањето на позитивен трансфер, пациентот го управува своето либидо на лекарот, што е корисно, зашто се избегнува моментално неговото потиснување и кога подоцна ќе се одвои од личноста на лекарот не ќе може повторно да се врати кон своите поранешни објекти и му останува на располагање на сопственото ЈА.⁵

Методи на работа

Методот на персуазија се состои во извлекување на пациентот од некоја логична заблуда. Овој метод содржи доста сугестивни елементи на некои автори го сметаат само за вешто водена сугестија. Пол Дибое овој метод го вовел со цел, по пат на него, на логичен, разумен и интелектуално убедлив начин, пациентот да го увери за неговата заблуда.

Слободната вентилација е облик на експресивна психотерапија, во која често настапуваат абреаговања, или периоди на катарза и не е неможно во текот на свесното да се надоврзат и елементи на потсвесни, енграмски материјали. По правило после вакви доверувања доаѓа до внатрешно олеснување — психичко растоварување.⁹ Имаме доволно време да откриеме дали кај пациентот има чувство на вина, пониска вредност, несигурност, или неспособност и што го натера да бара протетско помагало.⁸ Препуштањето на пациентот на слободни асоцијации има голема предност: Се избегнува напрегањето, анализираното лице го излагаме на присилба во најмала можна мерка и не губи никогаш контакт со сегашноста, а нема да внесеме ништо непотребно од нашите сопствени очекувања.⁵

Сугестија — во практиката најчесто ги применуваме советувањето и стимулативното охрабрување. Нашата сугестија ја управуваме против манифестирање на симптомите и настанува борба помеѓу нашиот авторитет и мотивите на пациентот со нарушено забало. За време на вербалното советување како терапевт не смееме да бидеме премногу активни по најважните прашања, треба да избегнеме да даваме совети, до кои по извесно време би требало пациентот сам да дојде.¹¹

Треба да го направиме пациентот наш помошник, да го убедиме како постепено ќе исчезнат неговите непријатни тегоби, како ќе му се измени лицето кон поубаво, ќе се научи добро да зборува и како постепено ќе свикне на цвакањето, зашто тоа му е и најтешко.⁶

На крајот на терапијата мора позитивниот трансфер да се прекине, па доколку успехот се одржи, тогаш тој не се базира само на сугестијата туку на совладаните внатрешни отпори.

Дискусија и резултати

Еден од доминантните и први симптоми со кои треба да се соочиме кај пациентот е стравот. На прво место во феноменот страв се наоѓа готовноста за опасност, која се манифестира со посилено сензорно внимание и моторна напегнатост.⁹ Доколку стравот е одраз на некоја логична заблуда или на некое непријатно поранешно искуство, нема да ни биде тешко со методот на персуазија или сугестија да им помогнеме на пациентите да станат наши соработници и го прифатат нашето протетско помагало како трајно и за нив единствено корисно решение. Најчесто среќаваме во ординација пациенти со предрасуди за мобилните протетски надоместоци базирани на претходни лоши искуства, или што е најчест случај добиени поради дезинформираност од луѓе од непосредната или пошироката околина.^{4,12} Затоа со големо трпение и самопрегорност на уверлив и рационален начин ќе им предочиме докази за нивната заблуда.

За време на редовните посети им дозволуваме на пациентите да ни ги искажат сите тегоби кои ги притискаат („Слободна вентилација“). Од тоа што ќе ни го кажат свесно или несвесно, ние извлекуваме позитивни заклучоци, што ни го овозможува вештината на толкувањето која бара такт и вежби и не е тешко да се научи.

По разјаснувањето на основните проблеми што го мачат пациентот со методот на сугестија — преку советување и стимулативно охрабрување, настојуваме да го мотивираме за прифаќање на мобилните протетски помагала како трајно и единствено корисно решение за него во дадените услови.¹³ Добро применета сугестија ни овозможува скратување на адаптациониот период кон мобилните протези, кој варира кај поедини пациенти од седум до триесет дена и повеќе.

Како стандардни за споредување ги користевме фазите на адаптација што ги опишува Бојанов.

I фаза на адаптација од 1 до 3 дена — се јавува безусловен рефлекс; лачење на плунка, гадење, повраќање и загуба на координирани рефлеси со влошена психичка состојба.

II фаза 2 — 10 дена или повеќе — се карактеризира со постепено гаснење на старите и создавање нови рефлеси и воспоставување на рамнотежа во устата.

III фаза 5 — 30 дена или повеќе — се создава полна внатрешна контрола, се враќаат аутоматските рефлексии и големо подобрување на психичката состојба на болниот.

Во нашето одделение избравме хетерогена група од 100 пациенти од 15 — 75 години. Настојувавме да направиме една табеларна статистичка поделба, но дојдовме до заклучок дека статистиката не би имала вредност ако се наредат единици кои малку се сродни, а случаите чие третирање го презедовме се во најразличен поглед нееднакви. Спрема симптомите, мотивите, адаптацијата и резултатите што ги постигнавме со примената на претходно наведените методи на површинската психотерапија ги поделивме пациентите во три групи и тоа: од 15 до 20 години; од 21 до 50 години и од 51 до 75 години и повеќе.

Во групата од 15 до 20 години се пациенти кај кои либидото сè уште не е врзано секогаш стриктно кон сексуалните објекти и затоа тежиштето на нашето сугестивно делување го ставивме врз естетскиот изглед. Постигнавме да ги прифатат и мобилните протези како единствено правилно решение за нив во дадените услови, а индиректно да го сместат правилно своето либидо врз реални сексуални објекти, да го стават во контрола на сопственото ЈА. Со еден збор одигравме позитивна улога при воспоставувањето на психичката рамнотежа која ја изгубиле, поради привремената инвалидност и комплекси што се создадени со губењето на забалото во оваа возраст. Адаптациониот период траеше до 7 дена и се подобруваше многу психичката состојба.

Групата од 21 до 50 години беше најхетерогена, зашто најдовме на луѓе со најразлична психофизичка конституција и овде се бараше најголем напор од нас како терапевти правилно да ја насочиме и изведеме психотерапијата. Внатрешните отпори на пациентот лесно ги совладувавме, но околностите и околината на болниот, кои имаат минимално теоретско значење, покажаа огромно практично значење и негативно се одразија на крајните резултати. Адаптациониот период од 10 до 20 дена и повеќе, често без променета психичка состојба.

Кај групата од 51 до 75 години постигнавме најголем успех. Либидото беше насочено кон нагонот за исхрана и нашата психотерапија ја насочуваме во тој правец. Оваа група III фаза ја поминуваше само за 5—7 дена и имаа рапидно подобрување на психичката состојба во текот на сите фази на адаптација.

Позитивен ефект од применетата психотерапија имавме кај 70% од испитаните пациенти, додека кај 30% немавме видливи резултати.

На мислење сме дека неуспесите кај 30% од испитаните и третирани пациенти се должат на:

- Случаи за кои треба претходен специјалистичко психијатриски третман (потешки неурози застапени беа со најмал %)
- Неприкладни случаи за психотерапија (луѓе со изразит „его“)
- Неповолни ординациски услови (неизолирани работни места, присуство на други пациенти и персонал)

- Социјалната состојба и културното ниво (неспремност да ни се поверат пациентите)
- Присуство на членови од семејството за време на третманот.

Заклучок

Како најпогодни за изведување во нашата протетска практика ги употребивме методите на — персуазија, слободна вентилација и сугестија. Сугестивно делувавме преку убедување и стимулативно охрабрување.

Психотерапевтските методи ги изведувавме од воспоставувањето на првиот трансфер со пациентите, па се до предавање на готовите протетски работи, ретко и по тоа.

Со примена на психотерапевтските методи постигнавме сигнификантни резултати кај 70% од третираните пациенти — кај групата од 15 до 20 години со потенцирање на естетскиот момент на надоместоците. Кај групата од преку 50 години со целосно изгубено забало, тежиштето на нашето психотерапевтско делување го ставивме врз нагонот за исхрана. Помалку евидентни резултати постигнавме кај категоријата од 20 до 50 години. Сме на мислење дека тоа е резултат на големата хетерогеност на испитаната група во најпродуктивниот период на животот.

Кај 30% не ги добивме очекуваните резултати. Сметаме дека кај помал дел од нив треба претходно специјалистичко-психијатриски третман, а во поголемиот дел од овие 30% не ни дозволија условите на работа на нашите работни места да ја примениме потполно и поцелосно површинската психотерапија.

Summary

APPLICATION OF SOME OF THE METHODS OF SURFACE PSYCHOTHERAPY IN CLINICAL PROSTHODONTICS

The most common psychotherapeutical method in prosthetic praxis — persuasion, free association and suggestion are discussed. They are initiated in the first contact with the patient and last until the prosthesis is delivered, rarely after it. Significant results were achieved in 70% of the treated. In the group aged between 15 and 20 the esthetic moment was emphasised, while in the group over 50, and with total toothlessness we emphasised the nutritional purpose of the prosthesis. The group between 20 and 50 showed less responsiveness, and we find it the results of the large variety of subjects, all in the zenith of life.

30% of the treated did not respond to the therapy. We are at the opinion that some of them should be referred to specialistic psychotherapeutical consideration, while for the majority of them our limited working conditions did not allow thorough performance of surface psychotherapy.

Л и т е р а т у р а

1. Ackermann, F. Technique d'empreinte comkléte perfectionnée inférieure. Revue de stom. 1955. 7. Parns.
2. Бојанов К. Б., Курландски В. „Протезирање на беззабни вилице“, Софија 1963 год.
3. Бетелхеим С.: „До које мере може лекар опште праксе деловати како психотерапеут“, Неуропсихијатријска клиника Загреб, ИАТРОС 1965
4. Брановачки Д.: „Зубна протетика — тотални протези“, Београд 1970 год.
6. Jeffreys, C. Instructions for prosthetic patients. — Dent. Digest. 1946. X.
7. Јанков Т. Каракода С. Лика Ш.: „Естетска хармонија са протетског аспекта, Стоматолошки гласник Србије, 1. I. 1977 — Београд
8. Кандић М. Настић М. Карапавловић С. Мијатовић М.: „Психичке реакције и губитак зуба и пријем протетске надокнаде“ — Стом. фак. Београд. Зборник од V конгрес на стоматолози на Југославија, Скопје 1975 год.
9. Милановић П. Димитрије: „Анксиозноста, Неурозе, Психоматски поремечаји и њихово лечење“ — Љубљана 1977 год.
10. Симов Г.: „Проблемот естетика кај случаи на тотални протези“, Македонски медицински преглед, бр. 3—4, фебруари 1976 год.
11. Стојиљковић С.: „Третирање психоневроза у ординацији лекара опште праксе“. Неуропсихијатријска клиника — Београд ИАТРОС 1965
12. Сувин М.: „Стоматолошка протетика — парцијални протези“,
13. Сланкаменац С.: „Мотивација као услов за прихватање и ношење протетске објекте“, Стоматолошка клиника Сарајево. Зборник од V конгрес на стоматолози на Југославија, Скопје 1975 год.
14. Spreng, M. Der Kaubdruck. München/Berlin, Urban u. Schwarzenbarg, 1953.