



Mariusz Oboda

Justyna Pająk

# Czy zawsze należy eliminować strach pacjenta w gabinecie?

Is patient's fear always worth reducing?

## Słowa kluczowe:

emocje, strach, dentofobia, komunikaty wzbudzające strach, motywacja do leczenia

## Afiliacja:

---

Mariusz Oboda, mgr. Justyna Pająk  
Oboda Consulting & Training Group, ul. Kazimierza Wielkiego 50/159  
61-863 Poznań  
www.oboda.net  
e-mail: biuro@oboda.pl

## Streszczenie

W artykule poruszymy temat strachu odczuwanego przez pacjenta w gabinecie. Przeanalizujemy, kiedy należy go niwelować, a kiedy może być pożyteczny z perspektywy motywacji do podjęcia kompleksowego leczenia. Przedstawimy także wnioski, które psychologia prezentuje w temacie komunikatów opartych na wzbudzaniu strachu.

# Z innej perspektywy

## Kiedy niwelować negatywne emocje pacjenta?

Zwyczajowo o strachu pacjenta w gabinecie stomatologicznym myślimy z perspektywy jego lęku przed leczeniem, obawą przed bólem, niepewności dotyczącej trwałości efektu, w sytuacji pandemii może ogólnego bezpieczeństwa związanego z wirusem etc. Słusznie tutaj wszyscy odczuwamy, że tego typu emocje nie wnoszą nic do procesu leczenia, a są dla pacjenta tylko dodatkowym obciążeniem psychicznym.

Zdecydowanie rekomendujemy budowanie przekazu skierowanego do pacjenta uwzględniając jego niepokój poprzez jasną argumentację czy pogłębioną rozmowę dotyczącą źródła niepokoju. Zawsze konsekwentnie na szkoleniach zwracamy uwagę na to, by wejść w świat pacjenta, zrozumieć dokładnie system jego przekonań, który prowadzi do emocji osłabiającej jego motywację do leczenia. Odradzamy powtarzanie wyuczonych „regulek” (np. „Proszę się nie bać”, „Zastosuję znieczulenie”, „Wizyta u dentysty to nic strasznego”), zwracając uwagę na to, że to właśnie w zadawaniu właściwych pytań dotyczących źródeł strachu (np. „Czy miała Pani jakieś nieprzyjemne doświadczenia w gabinecie

stomatologicznym?”, „Jak przebiegały te sytuacje?”, „Co pomogłoby Pani w tym, by czuć się w gabinecie w pełni komfortowo?”, „Co dokładnie się Panią niepokoi?”) i pogłębionym słuchaniu leży moc zmiany przekonań pacjenta. Co więcej, przeprowadzone przez nas obserwacje w gabinetach jasno pokazują, że skupienie się w tym zakresie bardziej na słuchaniu niż mówieniu paradoksalnie nie wydłuża rozmowy na temat niepokoju pacjenta, zmieniają się tylko proporcje wypowiedzianych słów między rozmówcami (pacjentem, a lekarzem, opiekunem pacjenta, higienistką czy rejestratorką) – personel gabinetu zaczyna mówić mniej, a pacjent się otwiera i mówi więcej.

Gdy zwyczajowo zapraszamy na szkoleniu do odegrania scenki opiekunów pacjenta z pacjentem fobicznym, praktycznie zawsze wygląda ona tak samo: pacjent prezentuje swoje obawy 1-2 zdaniami (np. „Ale się denerwuję”), a następnie jest zarzucany językiem korzyści oraz zapewnieniami o najwyższych standardach pracy gabinetu. W efekcie przekaz ma małą siłę oddziaływania, bo nie jest osadzony w świecie pacjenta. Natomiast, gdy prosimy po zaprezentowaniu technik aktywnego słuchania, takich jak stosowanie parafrazy, odzwierciedlania, kierowania czy klaryfikowania



wypowiedzi pacjenta, czyli wszystkich narzędzi, które intuicyjnie stosujemy, gdy jesteśmy szczerza zainteresowani tym, co druga strona ma do powiedzenia o przekierowanie uwagi opiekuna właśnie na świat pacjenta, zaczyna działać magia: pacjent się otwiera, opisuje swoje doświadczenia, czuje się zrozumiany i doceniony. W efekcie opiekun zamiast mówić 80% czasu, mówi koło 20-30% w kontakcie rozmowy dotyczącej niepokoju pacjenta. Jednakże jego słowa, jako że o wiele lepiej osadzone w świecie pacjenta, mają znacznie większą moc zniwelowania niepożądanego napięcia emocjonalnego. Pacjent zaczyna się uśmiechać, zmienia się jego postawa, zaczyna często wprost komunikować, że czuje się uspokojony.

### Kiedy nie niwelować strachu pacjenta?

Jednakże należy sobie wprost powiedzieć, że czasami paradoksalnie strach jest dobrą emocją w gabinecie, a mianowicie w kontekście oceny przez pacjenta swojej sytuacji w jamie ustnej. Niezwykle często zauważamy komunikaty typu „Proszę się nie martwić, nie jest tak źle.”, „Widywałem gorsze przypadki” etc. Należy mieć świadomość, że tego typu wypowiedziami strzelamy sobie w kolano i działamy często ze szkodą dla pacjenta. Dlaczego? Już spieszmy z wyjaśnieniem.

widok może pojawić się w nas poczucie radości, zadowolenia, co będzie budzić motywację do rozpoczęcia rozmowy. Z kolei, gdy odkryjemy, że na strychu znajdują się martwe myszy, z automatu poczujemy obrzydzenie, co będzie budzić motywację do pozbycia się problemu, bądź do opuszczenia pomieszczenia. Strach jest z kolei emocją, która informuje nas, że nasze bądź innych osób bezpieczeństwo jest zagrożone, co z automatu budzi bardzo silną motywację (albo do ucieczki, albo do działania.) W momencie, gdy przekaz drugiej strony nie budzi w nas emocji, najprawdopodobniej w żaden sposób nie zmieni naszego funkcjonowania, żeby nie powiedzieć, że szybko zostanie zapomniany. Co więcej, w momencie, gdy nie pojawi się emocja, z pewnością nie pojawi się także chęć określonego działania – czy to prowadzącego nas w kierunku obiektu wzbudzającego emocję (w przypadku emocji pozytywnych) czy w kierunku od danego obiektu (w przypadku emocji negatywnych).

Podsumowując, jeśli nie ma emocji, najprawdopodobniej nie ma też uwagi, co z kolei powoduje, że nie ma motywacji. W efekcie nie podejmujemy nowych dla nas działań.

Przełóżmy teraz mechanizmy powstania emocji na sytuację w gabinecie stomatologicznym. Lekarze często zakładają, że pacjent, który do nich trafia jest pacjentem zmotywowanym do leczenia już na etapie przekroczenia progu gabinetu (szczególnie



Ludźmi jako takimi, szczególnie w świecie przeladowanym przez bodźce, kieruje zasada oszczędności poznawczej. Oznacza ona nic innego, jak to, że w codziennym funkcjonowaniu zdecydowanej większości wrażeń, doznań czy komunikatów nie nadajemy znaczenia, nie przywiązujemy do nich wagi, bo jest ich po prostu za dużo. Gdybyśmy analizowali wszystkie komunikaty, które do nas każdego dnia docierają nie byłibyśmy w stanie normalnie funkcjonować, wszelkie nasze działania byłyby sparaliżowane poprzez nieustanne przetwarzanie docierających do nas informacji. Co w takim razie wpływa na to, na jakie elementy z otoczenia zwracamy uwagę, a jakie ignorujemy? Odpowiedź jest bardzo prosta: emocje.

Pojawiająca się automatycznie w zetknięciu z jakimś doświadczeniem emocja, nie ważne czy pozytywna, czy negatywna, jest swego rodzaju papierkiem lakmusowym, który informuje nas o tym, że mamy nasze ograniczone zasoby poznawcze przekierować na obiekt, który rzeczoną emocję wzbudza, np. gdy czujemy sympatię do drugiego człowieka automatycznie na jego

w momentach, gdy lekarz z zaangażowaniem opowiada o planie leczenia, a pacjent milczy kiwając głową). Nie zawsze jednak tak jest. Motywacja pojawia się praktycznie samoistnie tylko w przypadku wystąpienia bólu. W innych przypadkach (np. motywacji do sanacji jamy ustnej i kompleksowego leczenia) może, ale nie musi ona występować (z pewnością miewacie Państwo pacjentów, którzy trafiają do Was praktycznie tylko i wyłącznie z bólem). W tym momencie, jeśli przekaz lekarza nie wzbudzi w pacjencie żadnych emocji, nie zostanie uruchomiona motywacja. Dla lekarza często sam plan leczenia jest elementem budującym emocje. Jednak w przypadku braku motywacji pacjenta skupianie się tylko na planie leczenia jest, jak opowiadanie pacjentowi o tym, jakie narzędzia należy zastosować w celu zmiany sytuacji, której on w swoim rozumieniu nie odbiera w kategoriach problemu. Wtedy taki przekaz z pewnością nie będzie skuteczny.

## Czy straszyć pacjentów?

Pojawia się tutaj pytanie, czy w związku z tym straszyć pacjentów. Oczywiście nie. Jednakże zdecydowanie należy pacjentom jasno i konkretnie prezentować konsekwencje związane z niepodjęciem określonych działań. Zdecydowanie prezentowane komunikaty nie powinny mieć charakteru karcącego czy oceniającego. Pacjent nie ma w wyniku naszego przekazu zacząć się wstydić. Pamiętam maila, którego dostaliśmy jakiś czas temu od uczestniczki szkolenia dzień po jego zakończeniu. Opisała historię, w której pacjent, który dotychczas odwoływał, przekładał wizyty, zjawiał się w gabinecie sporadycznie, po przedstawieniu przez lekarzkę procesu postępowania próchnicy po wyjściu z gabinetu rozemocjonowany opowiadał rejestracji, że on nie może czekać tydzień na wizytę, ponieważ PRÓCHNICA NISZCZY MU ZĘBY. Jak widać określona emocja wzbudziła z automatu motywację, która nie pojawiła się wcześniej, mimo wielokrotnych wizyt pacjenta w gabinecie.

Jeden z autorów artykułu na szkoleniach dla rejestracji zadaje bardzo często pozornie proste pytanie: Co to jest próchnica? Proszę nam wierzyć, że uczestnicy szkoleń zaczynają w tym momencie ożywioną dyskusję, zastanawiają się, dyskutują (pojawiają się losowo wypowiedzi wskazujące na „dziurę”, „cukierki”, „chorobę”, jednak nie są one w żaden logiczny sposób połączone w ciąg przyczynowo-skutkowy). W efekcie uczestnicy praktycznie nigdy nie są w stanie podać zgodnej ze stanem faktycznym odpowiedzi. Jeśli nawet osoby, które pracują w gabinecie stomatologicznym nie rozumieją procesu niszczenia zęba i konsekwencji zwlekania z leczeniem, proszę nam wierzyć, że pacjenci tym bardziej nie posiadają takiej wiedzy.

Należy jednak mieć tutaj świadomość, że często lepsze bywa wrogiem dobrego.

W momencie, kiedy zarzucimy pacjenta komunikatami powodującymi strach ryzykujemy, że uruchomi mechanizmy obronne i najzwyczajniej w świecie nie dopuści do siebie żadnych informacji i będzie starał się je wyprzeć ze świadomości czy też zdyskredytować. Badacze psychologii jasno mówią, że aby strach był skutecznym elementem mobilizacji do działania, niezbędne jest jasne okazanie, że podjęcie określonych działań pozwoli na zmianę sytuacji wywołującej negatywne napięcie. Przez „określone działania” nie rozumiemy tutaj bynajmniej półgodzinnej rozmowy o planie leczenia (część pacjentów będzie zainteresowana tym tematem, część wchodzenie w meandry medyczne po prostu znudzi, prowadząc do wyłączenia ich uwagi). Bardzo istotnymi czynnikami będzie zbudowanie w pacjencie swojego autorytetu, który będzie się równał z przekonaniem pacjenta, że dany lekarz będzie

w stanie dobrze przeprowadzić cały proces leczenia oraz ukazać korzyści wynikających z podjęcia leczenia oraz przewidywalności całego efektu. Z jednej strony budujemy w związku z tym w pacjencie motywację „od problemu” („Nie chcę tego mieć”) oraz motywację na cel („Tak, zależy mi, chcę to zrobić”).

Niezwykle skuteczną metodą budowania motywacji zarówno od problemu, jak i na cel, jest obraz, ze szczególnym uwzględnieniem rysunków oraz zdjęć samego pacjenta oraz prezentacji zdjęć przed i po pacjentów z podobną sytuacją w jamie ustnej. Warto poświęcić odpowiednią ilość czasu na zgromadzenie adekwatnych przykładów zdjęć innych pacjentów z podobnymi problemami przed i po leczeniu. Obraz jest tak skutecznym narzędziem, ponieważ znów związany jest z naszą tendencją do oszczędności poznawczej – zdjęcie samo w sobie najprawdopodobniej wywoła określone emocje, natomiast przekaz słowny będzie nie dość, że wielokrotnie dłuższy, to jeszcze mniej skuteczny. Pokazanie pacjentowi z rozległymi problemami stomatologicznymi dobrej jakości zdjęcia obrazującego jego łuki zębowe prawdopodobnie momentalnie uruchomi obrzydzenie oraz strach. By pacjent nie odciął się od tych emocji, nie uruchomił strategii ucieczkowych (typu „Nie chcę na to patrzeć”) niezbędne jest jasne i klarowne ukazanie mu, co dzieje się w nieleczonym zębie, jakie są poszczególne etapy niszczenia zęba. Tutaj bardzo skutecznym narzędziem są własnoręcznie wykonane rysunki. Warto posłużyć się także zdjęciami innych pacjentów obrazujących sytuację przed i po leczeniu, co ukazuje pacjentowi, że osiągnięcie pożądanego efektu jest jak najbardziej możliwe. W ten sposób praktycznie równolegle budujemy motywację od problemu („Nie chcę tak mieć”) oraz na cel („Chcę wyleczyć zęby”).

## W ramach zakończenia

O truizm zahacza twierdzenie, że aby efektywnie komunikować się z drugą osobą niezbędne jest zindywidualizowanie przekazu, dopasowanie go do odbiorcy. Dokładnie tak samo wygląda sytuacja w gabinecie. Określeni pacjenci przychodzą do Państwa wyjściowo z różnym poziomem motywacji do leczenia i różnym poziomem świadomości istnienia swoich problemów stomatologicznych. Do niektórych bardziej przemawiają komunikaty budujące wizję efektu, a więc wzbudzające emocje pozytywne, a do innych komunikaty budujące świadomość konsekwencji, a więc wzbudzające emocje negatywne. Dlatego często mówi się, że komunikacja jest sztuką – rzadko kiedy istnieją tutaj drogi na skróty, a kluczowe staje się zrozumienie człowieka, którego mamy przed sobą i zbudowanie swojego przekazu tak, by był dla niego zrozumiały, ważny i mobilizujący do działania.

### Piśmiennictwo

Behaviour Sciences for Dentistry, Humpris G, S.Ling, M., Toronto 2000  
Psychologia Osobowości, Pervin A. L., Gdańsk 2002