



Paweł Szczepaniak

Emocje, relacja i zaufanie w komunikacji lekarza dentysty z pacjentem

Emotions, Relationship and Trust in Dentist–Patient Communication

Streszczenie

Artykuł podkreśla znaczenie umiejętności miękkich w pracy stomatologa — takich jak empatia, elastyczność komunikacyjna, samoświadomość emocjonalna i rozumienie typów osobowości. Odwołując się do psychologii i neurobiologii, pokazuje, jak relacja lekarz–pacjent wpływa na akceptację zaproponowanego planu leczenia, jego skuteczność, komfort pacjenta oraz budowanie obustronnego zaufania. Kompetencje interpersonalne nie są dodatkiem do praktyki klinicznej, lecz jej integralną częścią — decydują o jakości kontaktu i długoterminowej lojalności pacjentów.

Abstract:

The article emphasizes the crucial role of soft skills in dental practice — such as empathy, communicative flexibility, emotional self-awareness, and understanding personality types. Drawing on psychology and neurobiology, it demonstrates how the quality of the dentist–patient relationship influences treatment acceptance, effectiveness, patient comfort, and the development of mutual trust. Interpersonal competencies are not an optional addition to clinical practice, but its essential pillar — shaping the quality of interaction and long-term patient loyalty.

Słowa kluczowe:

komunikacja lekarz–pacjent, stomatologia, zaufanie, emocje, kompetencje miękkie

Key words:

dentist–patient communication, dentistry, trust, emotions, soft skills

Afiliacja:

lek. dent. Paweł Szczepaniak spec. chir. stom.
właściciel, kierownik
SZCZEPANIAK STOMATOLOGIA Zakład Leczniczy
ul. Batorego 68
43-100 Tychy
pawelszczepaniak@poczta.onet.pl

KOMUNIKACJA W IMPLANTOLOGII

Wstęp

W świadomości zawodowej środowiska stomatologicznego wiadomym jest, że umiejętności kliniczne są fundamentem skutecznej praktyki. Precyzja zabiegów, wiedza anatomiczna, znajomość materiałów - to wszystko pozostaje niezbędne. Jednak zbyt rzadko przypomina się o tym, że do gabinetu nie przychodzi „przypadek stomatologiczny”, ale człowiek. Nie złośliwa narośl wokół zębów, ale osoba z historią, emocjami, lękiem i – często – wstydem.

Pacjent pojawia się z konkretnym problemem, ale równie często z równie konkretną potrzebą bycia wysłuchanym, potraktowanym z szacunkiem i zrozumieniem. To właśnie tu zaczyna się rola umiejętności miękkich - sztuki komunikacji, empatii i relacyjności. W moim odczuciu - opartym na codziennej praktyce klinicznej - skuteczne leczenie stomatologiczne opiera się w równym stopniu na kompetencjach klinicznych, jak i interpersonalnych. Kliniczna sprawność to połowa sukcesu. Drugą połowę stanowi umiejętność zbudowania zaufania, zrozumienia pacjenta oraz stworzenia z nim prawdziwej relacji terapeutycznej. To dopiero wówczas leczenie nabiera głębszego sensu — staje się procesem prowadzonym nie „na” pacjencie, lecz wspólnie z nim.

Neurobiologia pierwszego wrażenia i sztuka elastyczności komunikacyjnej

Często mówi się, że człowiek ma wiele twarzy. Inaczej zachowujemy się w domu, inaczej wśród przyjaciół, inaczej w pracy, a jeszcze inaczej — jako lekarze. Nie chodzi tu jednak o dwulicowość czy konformizm, ale o umiejętność dostosowywania się do sytuacji społecznej, o zdrową elastyczność i świadome zarządzanie komunikacją. To kompetencja, która w pracy klinicysty — szczególnie w stomatologii i implantologii — ma fundamentalne znaczenie.

Z podobną plastycznością powinniśmy podchodzić do relacji z pacjentem. Nasze umiejętności komunikacyjne są nie tylko narzędziem przekazu informacji, ale też kluczem do budowania atmosfery zaufania i bezpieczeństwa. Jak pokazują badania z zakresu neurobiologii, pierwsze wrażenie — to, co dzieje się w pierwszych kilkunastu sekundach kon-

taktu z drugim człowiekiem — w dużej mierze determinowane jest przez emocjonalne obszary mózgu, takie jak ciało migdałowate czy hipokamp. To tzw. „mózg emocjonalny”, znacznie starszy ewolucyjnie od kory nowej, podejmuje za nas natychmiastowe decyzje: „ufam – nie ufam”, „lubię – nie lubię”, „słucham – odrzucam”.

W praktyce oznacza to, że zanim pacjent zrozumie plan leczenia — jego mózg już „zrozumiał” lekarza. I choć plan terapeutyczny może być doskonale przemyślany klinicznie, to jeśli nie zostanie odpowiednio „opakowany” emocjonalnie — może zostać intuicyjnie odrzucony. Właśnie dlatego pierwsze chwile kontaktu są decydujące dla dalszego przebiegu terapii. W tym kontekście ogromnego znaczenia nabiera świadomość różnorodności osobowościowej pacjentów. Thomas Erikson [1] w książce *Otoczeni przez idiotów* opisał cztery style komunikacyjne, przypisane do kolorów:

- czerwony – szybki, dominujący, potrzebuje konkretów,
- żółty – towarzyski, emocjonalny, potrzebuje otwartości i pozytywnej energii,
- niebieski – analityczny, ceni fakty, struktury i dane,
- zielony – spokojny, ugodowy, potrzebuje czasu i poczucia bezpieczeństwa.

Aby skutecznie prowadzić rozmowę z pacjentem, lekarz powinien umieć dopasować styl przekazu do dominującego typu osobowości pacjenta — być jak kameleon, nie tracąc przy tym własnego autentyzmu. Taka elastyczność nie jest manipulacją, lecz najwyższym poziomem profesjonalizmu komunikacyjnego. To właśnie ona sprawia, że relacja lekarz–pacjent przestaje być transakcją, a staje się zaufaniem. A od tego zależy nie tylko decyzja pacjenta o leczeniu, ale również jego lojalność, poczucie bezpieczeństwa i gotowość do rekomendowania gabinetu innym.

Osobowości i style komunikacji

W czasach Hipokratesa wyróżniano cztery typy temperamentu: sangwinika, choleryka, melancholika i flegmatyka. Współczesne podejścia psychologiczne, takie jak model Thomasa Eriksona, upraszczają ten podział, wprowadzając kolorystyczne kody osobowości: czerwony, niebieski, żółty

i zielony. Choć uproszczony, model ten stanowi praktyczne narzędzie do szybszego rozpoznania preferencji komunikacyjnych drugiego człowieka — w tym pacjenta.

Osobowość czerwona – dominacja, decyzyjność, konkret

Czerwony typ osobowości to osoby zdecydowane, zadaniowe, nastawione na cel. Komunikują się w sposób bezpośredni, zwięzły, czasem oschły. Chcą mieć poczucie kontroli i jasność sytuacji. Jak komunikować się z „czerwonym” pacjentem?

- Unikaj „lania wody” – mów konkretnie: co, dlaczego, ile to potrwa, ile kosztuje.
- Nie bój się profesjonalnego autorytetu – cenią pewność i kompetencję.
- Przygotuj się na pytania o efektywność i czas leczenia

Osobowość niebieska – analityczność, precyzja, ostrożność

Niebiescy to perfekcyjniści, ceniący dane, szczegóły i logikę. Komunikują się rzeczowo, nie lubią chaosu i zmian bez uzasadnienia. Potrzebują czasu, by podjąć decyzję. Jak komunikować się z „niebieskim” pacjentem?

- Podawaj dane, argumenty, statystyki – liczby dają im poczucie bezpieczeństwa.
- Zachowaj strukturę rozmowy – najpierw diagnoza, potem plan, potem koszty.
- Pozwól im przemyśleć decyzję – nie naciskaj.

Osobowość żółta – entuzjazm, relacyjność, ekspresja

Żółci są rozmowni, pełni energii i emocji, lubią kontakt z ludźmi. Komunikują się swobodnie, często „na skróty”, opowiadają historie, oczekują relacyjności. Jak komunikować się z „żółtym” pacjentem?

- Pozwól im mówić, uważnie słuchaj i reaguj emocjonalnie.
- Używaj obrazowych przykładów, opowieści – suchy język ich nudzi.
- Daj im poczuć dobrą atmosferę i pozytywne emocje.

Osobowość zielona – spokój, lojalność, empatia

Zieloni są spokojni, troskliwi, unikają konfliktów. Lubią przewidywalność, cenią relacje i zaufanie. Komunikują się łagodnie, nie lubią pośpiechu i zmian. Jak komunikować się z „zielonym” pacjentem?

- Zadbaj o atmosferę spokoju i bezpieczeństwa.
- Daj im czas, okazuj zrozumienie i cierpliwość.
- Podkreśl, że są dla Ciebie ważni – poczucie bycia „zaopiekowanym” to klucz.

Rozumienie tych typów osobowości nie służy manipulacji, ale lepszemu dopasowaniu się do potrzeb i sposobu komunikacji drugiego człowieka. To wyraz elastyczności i plastyczności, a nie konformizmu. Każdy z nas zachowuje się inaczej w różnych kontekstach — w domu, w pracy, z przyjaciółmi czy z pacjentem. To nadal ten sam człowiek,

ale dostosowujący się do sytuacji, w której obecnie się znajduje.

Świadomość tego, z jakim typem osobowości rozmawiamy, pozwala lekarzowi lepiej dobrać język, tempo i formę rozmowy, a także argumentację, która będzie dla danej osoby najbardziej przekonująca. Dla „czerwonych” liczyć się będą konkrety, efektywność i czas; dla „niebieskich” – precyzyjne dane, logika i porządek; „żółci” będą oczekiwać emocji, kontaktu i entuzjazmu; „zieloni” – spokoju, cierpliwości i troski. To oznacza, że inne rzeczy będą „grały im w duszy” i inne aspekty rozmowy będą miały dla nich znaczenie. Umiejętność rozpoznania tych różnic i adekwatnego reagowania stanowi fundament świadomej i skutecznej komunikacji.

Zmienność emocjonalna i relacja z pacjentem

Często zapominamy, że tak samo jak pacjent, również lekarz podlega zmienności nastrojów. W zależności od pory dnia, poziomu zmęczenia, ilości wykonanych zabiegów, atmosfery w zespole, stresu czy pośpiechu możemy zupełnie inaczej zareagować na te same sytuacje. To, co rano przyjmujemy z uśmiechem, po kilku godzinach napiętej pracy może wywołać irytację lub zniecierpliwienie.

Podobnie pacjent — przychodzi do nas nie jako „czysta karta”, ale z całym bagażem doświadczeń, zarówno tych długoterminowych (np. urazów z przeszłości, trudnych kontaktów z lekarzami), jak i codziennych (np. awarii auta rano, kłótni w domu, czy lęku przed utratą pracy). Ich emocje w danym momencie nie zawsze są związane z nami — ale właśnie na nas mogą się „rozlać”.

Weźmy dwa przykłady:

- Pacjent A — młody mężczyzna, który z zaciśniętą szczęką i niecierpliwym tonem kwestionuje plan leczenia. Wczoraj ktoś z jego bliskich przeszedł poważny zabieg chirurgiczny i jego układ nerwowy jest przeciążony. Nie chodzi o ciebie. On potrzebuje klarowności i ram, a nie chłodnej obojętności.
- Pacjentka B — starsza kobieta, która zadaje piąty raz to samo pytanie o koszt leczenia. Może przez lata miała trudności finansowe i dziś panicznie boi się, że „na coś ją nie będzie stać”. Dla niej nie chodzi tylko o liczbę na rachunku — chodzi o poczucie kontroli i bezpieczeństwa.

To oznacza, że ta sama osoba w różnych dniach, kontekstach czy nastrojach może zachować się zupełnie inaczej. To, że ktoś był spokojny i uprzejmy tydzień temu, nie oznacza, że dziś nie może być nerwowy lub zamknięty. Naszym zadaniem nie jest oceniać, ale obserwować i dostosowywać się. W tym sensie relacja z pacjentem nie kończy się na „pierwszym wrażeniu”, ale powinna być budowana konsekwentnie, przy każdej wizycie, na solidnych podstawach: szacunku, słuchaniu, obecności i uważności.

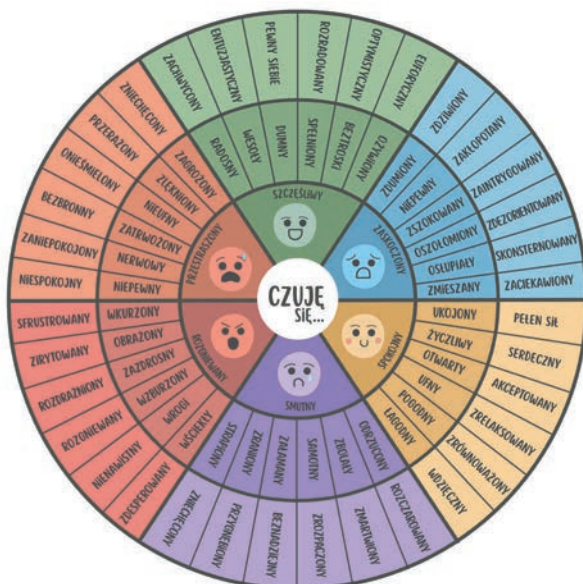
Lekarz, który potrafi zachować emocjonalną elastyczność i wewnętrzny spokój, zyskuje ogromną przewagę. To nie znaczy, że zawsze będzie idealnie — ale znaczy, że będzie

bardziej odporny na prowokacje, napięcia i nieporozumienia. Czasem wystarczy jedno spokojne spojrzenie, krótkie zdanie w stylu „widzę, że to może być dla Pana trudne” — i napięcie w gabinecie znacząco spada.

Koło emocji i samoświadomość

Umiejętności miękkie to nie tylko sposób, w jaki komunikujemy się z innymi, ale również – a może przede wszystkim – w jaki komunikujemy się z samym sobą. Samoświadomość emocjonalna, czyli zdolność nazywania przeżywanych uczuć, stanowi fundament stabilności emocjonalnej i odporności psychicznej (Goleman [3], 1995). Zdziwiająco wielu ludzi, nawet wysoce wykształconych, ma trudność z precyzyjnym nazywaniem emocji. Ograniczają się do kilku podstawowych określeń: „zły”, „zestresowany”, „zadowolony”. Tymczasem emocje mają złożoną strukturę, różną intensywność i subtelne odcienie. Pomocą może tu być tzw. „koło emocji” – graficzne narzędzie, które pomaga zidentyfikować zarówno podstawowe, jak i bardziej zniuansowane stany emocjonalne.

Jednak samo nazwanie emocji to dopiero pierwszy krok.



Ryc. 1. Koło emocji (Plutchik [2], 1980) – graficzne przedstawienie złożoności przeżywanych emocji oraz ich rozróżnienia według nastrojów i poziomów intensywności. Narzędzie to może być wykorzystywane przez lekarzy do lepszego rozumienia reakcji pacjentów oraz do budowania komunikacji w oparciu o język emocji.

Kluczowe jest, by **nauczyć się być jednocześnie tym, który przeżywa emocje, i tym, który je obserwuje**. Tę zdolność określa się czasem jako „dualną świadomość” lub „świadomą obecność” (Siegel [8], 2010). Jako lekarze, jesteśmy poddawani wielu bodźcom: wymaganiom pacjentów, napięciom w zespole, zmęczeniu fizycznemu i poznawczemu. Emocje pojawiają się naturalnie — i nie powinny być tłumione. Złość, irytacja, bezsilność czy lęk to nie objawy słabości, ale ludzkiej reaktywności.

Sztuka polega na tym, by pozwolić sobie na przeżycie emocji, ale nie działać z automatu, innymi słowy nie podlegać

im. Być obecnym w tym, co czujemy, ale nie być zdominowanym przez to uczucie. Można to porównać do stanu, w którym jesteśmy i twórcą i tworzywem danej emocji. Z jednej strony czujemy (np. napięcie, frustrację), ale z drugiej — mamy dostęp do wewnętrznego obserwatora, który mówi: „To jest złość. Ona właśnie się pojawia. Co ją wywołało? Co mogę zrobić, aby nie wpłynęła na obecną relację/rozmowę?”

Ta postawa — obserwacyjna, nieoceniająca — nie jest ucieczką od emocji, lecz ich pełnym uznaniem. Tylko wtedy możemy je świadomie przekształcać. W pracy stomatologa, który codziennie spotyka się z emocjami pacjentów (strach, wstyd, frustracja), taka zdolność staje się nieoceniona. Kiedy potrafimy rozpoznać własny stan, łatwiej nam zrozumieć stan drugiego człowieka. I wtedy, zamiast reagować impulsywnie, potrafimy odpowiedzieć świadomie.

Od komunikacji z innymi do komunikacji z samym sobą

Jedną z najważniejszych rzeczy, o których warto pamiętać, jest to, że my sami zmieniamy się w czasie. Nie jesteśmy tacy sami rano, jak wieczorem. Inaczej zachowujemy się, gdy jesteśmy wypoczęci, a inaczej, gdy jesteśmy głodni, zmęczeni czy sfrustrowani. Nasze emocje mają ogromny wpływ na to, jak postrzegamy świat i jak reagujemy na drugiego człowieka — w tym na pacjenta siedzącego na fotelu.

W ciągu jednego dnia możemy być bardziej otwarci, radośni, pełni energii, ale też — zależnie od okoliczności — bardziej rozdrażnieni, zamknięci, niecierpliwi. I choć często staramy się utrzymać zawodową postawę, w sytuacjach przeciążenia wychodzi na wierzch nasz „rdzeń” — ten pierwotny wzorzec zachowania, który może ujawniać się mimowolnie. Zmęczenie, stres, nadmiar bodźców – wszystko to obniża naszą zdolność do samoregulacji. A przecież to właśnie te reakcje emocjonalne bezpośrednio wpływają na sposób, w jaki traktujemy pacjenta, jak odpowiadamy na jego pytania, jak znosimy jego lęk, wahanie, opór czy niezdecydowanie. Z tego powodu kluczowe jest rozwijanie w sobie zdolności obserwowania samego siebie – tego, co psychologia nazywa meta-poznaniem albo pozycją obserwatora. Chodzi o to, by nauczyć się stawiać sobie pytania:

- „Dlaczego teraz zareagowałem właśnie w ten sposób?”
- „Czy to pacjent mnie zdenerwował, czy to raczej moja frustracja z poprzedniego przypadku?”
- „Czy widzę pacjenta takim, jaki jest – czy raczej przez filtr własnego zmęczenia?”

Warto pamiętać, że ta sama sytuacja może być odebrana przez różne osoby w zupełnie inny sposób. Co więcej — nawet ta sama osoba, ale w różnych momentach życia (w czasie urlopu, pod wpływem stresu, po konflikcie w domu) będzie inaczej ją interpretować i na nią reagować. Dlatego świadomość własnych emocji, stanów i zasobów jest nie tylko aktem dojrzałości psychicznej — jest fundamentem profesjonalizmu.



Ryc 2. Trójpoziomowa struktura mózgu – Mózg gadzi: centrum przetwarzania. Walka, ucieczka, zamrożenie. Rozwinięty od narodzin, reguluje funkcje autonomiczne: oddychanie, trawienie, tętno, sen, głód, zachowania instynktowne, które utrzymują osobnika przy życiu; Mózg emocjonalny: centrum emocji. Rozwój przypada na okres 0-5 r.ż. Odpowiada za procesy emocjonalne, pamięć, reakcję na stres, opiekowanie się potomstwem, lęk separacyjny, strach, wściekłość, więzi społeczne; Mózg myślący: kora nowa, zwłaszcza kora przedczołowa, rozwija się do III dekady życia. Odpowiada za logiczne myślenie, myślenie abstrakcyjne, planowanie, rozwiązywanie problemów, uważność, samoświadomość

Kompetencje miękkie to zatem nie tylko zestaw narzędzi do skuteczniejszej komunikacji z pacjentem. To przede wszystkim sposób komunikowania się z samym sobą — gotowość do zadawania sobie trudnych pytań, do stawania w prawdzie przed samym sobą i do przyjęcia odpowiedzialności za swoje reakcje. Dopiero wtedy można autentycznie i skutecznie wyjść do drugiego człowieka.

Neurobiologia emocji i rola mózgu

W rozwoju osobniczym i ewolucyjnym różne obszary mózgu dojrzewają w różnym tempie. Najstarszą strukturą jest tzw. „mózg gadzi”, odpowiedzialny za funkcje przetrwania: oddychanie, tętno, reakcje instynktowne (walka, ucieczka, zamrożenie). Później rozwija się układ limbiczny (mózg emocjonalny), który odpowiada za pamięć emocjonalną, lęk, przywiązanie i reakcje stresowe. Najmłodsza jest kora nowa, szczególnie kora przedczołowa — centrum decy-

zyjne odpowiedzialne za logiczne myślenie, planowanie, przewidywanie, empatię i samoświadomość. Co istotne, jej dojrzewanie kończy się dopiero w trzeciej dekadzie życia. To między innymi właśnie dlatego osoby nastoletnie i młodzi dorośli są tak bardzo emocjonalni, często nierozsądni i podejmujący nadmierne ryzyko.

Między tymi strukturami istnieją połączenia dwukierunkowe: emocje wpływają na procesy myślowe, ale też świadome myślenie może kształtować nasze reakcje emocjonalne. Warunkiem jest jednak rozwinięta samoświadomość i trening.

Zrozumienie tej hierarchii może pomóc lekarzowi lepiej reagować na zachowania pacjenta — nie jako „trudne”, ale jako wynikające z naturalnych mechanizmów obronnych, zwłaszcza, że wizyty w gabinecie stomatologicznym powodują, że pacjent jest w stanie pobudzenia emocjonalnego i racjonalne zachowania ustępują pierwszeństwa uczuciom.

Podsumowanie

Współczesna stomatologia wymaga czegoś więcej niż tylko doskonałości technicznej. Lekarz, który nie tylko zna anatomię, ale również rozumie emocje — swoje i pacjenta — jest w stanie prowadzić leczenie nie tylko skuteczniejsze, ale także głębiej osadzone w relacji międzyludzkiej. Umiejętności miękkie stają się w tym kontekście nie dodatkiem, ale istotnym narzędziem terapeutycznym. Ich rozwój pozwala ograniczać ryzyko nieporozumień, obniżać poziom stresu, zwiększać satysfakcję pacjenta oraz wpływać pozytywnie na atmosferę w zespole gabinetu.

Ten artykuł nie daje gotowych recept. Ale może być impulsem do refleksji — nad sobą, nad relacją z pacjentami, nad tym, jak chcemy leczyć i jak chcemy być postrzegani jako profesjonaliści. Kompetencje interpersonalne można rozwijać, podobnie jak doskonalili się umiejętność zakładania szwów czy wykonania precyzyjnego wycisku. Wymaga to jednak odwagi, cierpliwości i samoświadomości.

Piśmiennictwo

- [1] Erikson T. Otoczeni przez idiotów. Jak zrozumieć tych, których nie da się zrozumieć. Warszawa: Wielka Litera; 2019.
- [2] Plutchik R. A general psychoevolutionary theory of emotion. *Theories of Emotion*. 1980;1(3):3–33.
- [3] Goleman D. Inteligencja emocjonalna. Poznań: Media Rodzina; 1995.
- [4] Lieberman MD. Social: Why Our Brains Are Wired to Connect. New York: Crown Publishers; 2013.
- [5] LeDoux J. The Emotional Brain: The Mysterious Underpinnings of Emotional Life. New York: Simon & Schuster; 1996.

- [6] Panksepp J. Affective Neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions. Oxford: Oxford University Press; 1998.
- [7] Sapolsky RM. Behave: The Biology of Humans at Our Best and Worst. New York: Penguin Press; 2017.
- [8] Siegel DJ. The Mindful Therapist: A Clinician's Guide to Mindsight and Neural Integration. New York: W.W. Norton & Company; 2010.
- [9] Damásio A. Błąd Kartezjusza: emocje, rozum i ludzki mózg. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis; 1999.
- [10] Hippocrates. Aphorisms.