



Omd Mariusz Oboda
ul. Kazimierza Wielkiego 5c/159
61-863 Poznań
e-mail: biuro@omd.edu

Dysonans poznawczy u pacjenta stomatologicznego

Dental patient's cognitive dissonance

Słowa kluczowe:

czynniki wpływające na podjęcie decyzji o leczeniu, dysonans poznawczy, napięcie emocjonalne, podtrzymanie samooceny, działania racjonalne i racjonalizujące.

Keywords:

factors affecting the treatment decision, cognitive dissonance, emotional tension, maintaining self-esteem, rational and rationalizing actions.

Streszczenie

Celem artykułu jest psychologiczna analiza procesu decyzyjnego pacjenta w gabinecie stomatologicznym. Opisane zostaje zjawisko dysonansu poznawczego i strategie radzenia sobie z nim. Opis służy przedstawieniu wpływu strategii umysłowych pacjenta na podjęcie przez niego decyzji o rozpoczęciu leczenia stomatologicznego i jego zakresie. Podjęty zostaje także temat roli lekarza dentysty w niwelowaniu dysonansu poznawczego pacjenta.

Wiedza, jaką lekarz dentysta posiada na temat podstawowych procesów psychologicznych zachodzących w umyśle pacjenta w trakcie podejmowania, czasem niełatwych, wyborów dotyczących ingerencji we własny organizm, może mieć istotny wpływ na ułatwienie pacjentowi wybrania najlepszej dla niego opcji leczenia. Decyzja o kompleksowości planu leczenia i motywacja pacjenta do przywrócenia i utrzymania pełnego stanu zdrowia jamy ustnej nie powinna zależeć od jego, często przypadkowo ukształtowanego, sposobu myślenia.

W tym artykule przedstawione zostanie zagadnienie dysonansu poznawczego. Stanowi ono jedno z wielu ogniw łańcucha wiedzy i umiejętności, których poznanie i zastosowanie może ułatwić lekarzowi kształtowanie świadomości pacjenta i doprowadzenie do wyboru najlepszych decyzji stomatologicznych. Zjawisko dysonansu wyjaśnia trudności i pułapki procesu decyzyjnego pacjenta i tłumaczy jego nieracjonalne wybory. Jego poznanie może także stanowić inspirację do większego zainteresowania się psychologicznymi aspektami pracy i traktowania ich jako elementu sztuki medycznej.

Czym jest dysonans poznawczy?

Dysonans poznawczy to pojęcie istniejące w psychologii od lat 60-tych XX wieku. Zostało ono sformułowane na podstawie badań przez wybitnego amerykańskiego psychologa Leona Festingera. Dysonans to poczucie dyskomfortu – nieprzyjemnego napięcia, jakie odczuwa osoba np. w sytuacji, gdy staje w obliczu podejmowania decyzji, wyboru pomiędzy dwoma sposobami myślenia. Dysonans pojawia się, gdy oba te podejścia mają dla jednostki istotne znaczenie, wydają się być tak samo prawdopodobne, możliwe i prawdziwe, jednakże wzajemnie się wykluczają, więc umysł nie może jednocześnie zaakceptować ich obu. Pierwsza z dwóch myśli, idei to przeważnie głęboko zakorzeniony w nas sposób rozumowania, coś, w co najczęściej od lat wierzymy, ważne dla nas przekonanie. Druga myśl to np. koncepcja, którą przedstawia nam inna osoba. Jej argumentacja wydaje się być również logiczna i prawdziwa. Dla nas jednak, w obrębie naszego rozumienia świata, te dwa przekonania pozostają we wzajemnej sprzeczności, wykluczają się.

Przykładem występowania takiego mechanizmu jest sytuacja osoby palącej. Posiada ona w swoim umyśle przekonanie, że jest czło-

Abstract

The point of this article is to show the psychological analysis of dental patients' decision process. It describes cognitive dissonance and strategies of coping with it. The description is aimed at presenting the influence of patients' mental strategies on their decision about starting the dental treatment and setting up its range. The article also describes the dentist's influence on eliminating the patients' cognitive dissonance.

wiekim, który podejmuje przemyślane, mądre decyzje, kierując się własnym dobrem, dba o siebie itd. (PRZEKONANIE A). Jednocześnie za sprawą artykułów i presji społecznej styka się z wynikami badań medycznych, które jednoznacznie stwierdzają, że palenie jest szkodliwe dla zdrowia, a co za tym idzie, palenie jest zachowaniem nieracjonalnym (PRZEKONANIE B). Jak widać PRZEKONANIE A i PRZEKONANIE B to dwie koncepcje, które w umyśle palacza stoją w sprzeczności i w efekcie wywołują nieprzyjemne napięcie zwane właśnie dysonansem poznawczym.

Spójrzmy na inny przykład. Kobieta będąca na diecie od czasu do czasu odczuwa spadek motywacji i zaczyna folgować swoim zachciankom kulinarnym mimo ryzyka wzrostu wagi. Jednocześnie, postrzega siebie jako osobę mającą silną wolę, działającą rozsądnie i dbającą o zdrowie. Ma też przekonanie, że mężczyznom podobają się szczupłe kobiety (PRZEKONANIE A). W sytuacji folgowania musi jakoś poradzić sobie z wynikami badań, które mówią o tym, że otyłość sprzyja wielu chorobom i działa szkodliwie na organizm. Musi też zmierzyć się z własną opinią, że otyłość zmniejsza atrakcyjność (PRZEKONANIE B).



Umysł nie może zaakceptować obu teorii, ponieważ te wzajemnie się wykluczają. Musi jednak znaleźć rozwiązanie, które zniweluje odczuwane z tego powodu napięcie. Umysł ludzki jest zdeterminowany do przywrócenia wewnętrznej harmonii, spójności – stanu, w którym osoba odczuwa spokój i akceptację samego siebie. Podobne procesy zachodzą, gdy odkładamy aktywność fizyczną, naukę języka, doskonalenie zawodowe lub osiągnięcie celów itp.

Umysł w sytuacjach tego typu radzi sobie na 1 z 3 sposobów:

- Palacz może zmienić swoje zachowanie, zaakceptować racjonalne i logiczne argumenty drugiej strony oraz wysoce prawdopodobny dyskomfort związany z odrzuceniem dotychczasowego nawyku i pokonaniem natogu – jest to zachowanie racjonalne.
- Palacz, aby nie zmieniać siebie (czyli swojego dotychczasowego sposobu myślenia) i nie narażać się na dyskomfort z tego wynikający, zaczyna podważać logikę argumentacji. Deprecjonuje wiarygodność wyników badań medycznych i jednocześnie, często nieświadomie, wyszukuje wyniki potwierdzające tezę, iż palenie nie jest wcale tak szkodliwe, jak się powszechnie sądzi. Na potwierdzenie swoich dotychczasowych działań i przekonań znajduje również pojedyncze przykłady osób, które np. żyły 90 lat i palily, które nie palily i zmarły itp. W psychologii takie działanie określa się mianem działania racjonalizującego.
- Palacz nie jest w stanie zdeprecjonować wyników badań i logiki argumentacji, więc, aby nie zmieniać niczego w swoim dotychczasowym świecie, racjonalizuje sytuację – dodaje nowe korzyści wynikające

z zachowania, którego nie chce zmienić. Przyznaje on, że palenie jest szkodliwe, jednakże znajduje dla siebie inne korzyści, jakie daje mu ten nawyk (np. Palenie mnie relaksuje, uspokaja). Dzięki nim wewnętrzny bilans uzasadnia niezmienną obecną sytuację. Jest to również działanie racjonalizujące.

Każda z tych 3 strategii umysłu zmniejsza dyskomfort wynikający z dysonansu poznawczego i prowadzi do zastąpienia go poczuciem komfortu i spokoju. Wiadomo, że tak naprawdę tylko pierwsze działanie jest działaniem racjonalnym. Pozostałe dwa to swoiste triki naszego umysłu, który robi wszystko, byśmy nie odczuwali negatywnego napięcia. Pomimo to, że działania racjonalizujące prowadzą do negatywnych konsekwencji, umysł sprawujący kontrolę nad naszymi stanami emocjonalnymi może w tym momencie odtrąbić zwycięstwo i wytworzyć pożądany stan emocjonalny tj. spokój i komfort. Psychologia jednoznacznie stwierdza, że sytuacje tego typu występują bardzo często w codziennym życiu większości ludzi (np.: Nie uczę się angielskiego mimo wcześniejszych postanowień, bo totalnie nie mam czasu, wciąż ktoś coś ode mnie chce., Jestem na diecie, ale muszę zjeść tę tabliczkę czekolady, bo jestem wyczerpany i potrzebuję zastrzyku energii. itd.)

Dysonans poznawczy u pacjenta stomatologicznego

Pacjent w gabinecie stomatologicznym podlega tym samym procesom psychologicznym jak w przypadku palenia, odchudzania itd. Zmienia się treść i waga decyzji, natomiast mechanizmy pozostają takie same. Pacjent przychodzi do lekarza dentysty z określonym wyobrażeniem dotyczącym swojej sytuacji w jamie ustnej. Tworzy też przekonanie o ewentualnym zakresie leczenia, jakie zostanie podjęte i kosztach finansowych, czasowych oraz emocjonalnych z tym związanych. Ma też określoną, przeważnie dobrą, opinię na swój temat (PRZEKONANIE A). Po badaniu lekarz przedstawia pacjentowi efekt popełnionych przez niego błędów - obiektywny obraz sytuacji w jamie ustnej odbiegający od jego wyobrażeń i plan leczenia przeważnie wykraczający zdecydowanie poza to, czego ten się spodziewał (PRZEKONANIE B). W umyśle powstaje dysonans poznawczy - dochodzi do konfrontacji dwóch koncepcji: własnej i lekarza.

Są 3 możliwe strategie:

- Pacjent podejmuje leczenie w całości zaproponowane przez lekarza – działanie racjonalne.
 - Pacjent zdeprecjonuje argumenty lekarza np. w przypadku, gdy argumentacja planu leczenia sprowadza się tylko do zaproponowania konkretnego rozwiązania – działanie racjonalizujące.
 - Pacjent znajdzie usprawiedliwienie pozwalające na odłożenie leczenia w czasie – działanie racjonalizujące.
- Poniżej przedstawiam 2 przykłady, które prezentują uproszczone wersje rzeczywistych sytuacji ukazujących mechanizm dysonansu poznawczego.

Przykład 1

Pacjent ma dobre zdanie na swój temat, akceptuje siebie i uważa się za osobę spokojną i opanowaną. Dodatkowo, w wyniku zastyszenia obiegowej opinii, uważa, że szlifowanie zębów jest szkodliwe dla zdrowia (PRZEKONANIE A). Od lekarza dowiaduje się, że powinien wyrazić zgodę na wykonanie szyny zgrzyzowej, bo „zjada swoje zęby” oraz wykonać korony na boczne zęby. Informacja ta składa się na PRZEKONANIE B. Mamy więc przekonania, które w umyśle pacjenta mogą pozostawać we wzajemnej opozycji. Myśli on, że szlifowanie zębów jest szkodliwe, lecz jednocześnie respektuje opinię lekarza. Dodatkowo „zjadanie zębów” kojarzy mu się z nerwowym zgrzytaniem, które stoi w sprzeczności z jego wizerunkiem siebie jako spokojnego człowieka. Te dwie

pary przeciwstawnych sobie koncepcji budzą w nim napięcie zwane dysonansem poznawczym. W efekcie staje przed wyborem jednej z 3 ww. strategii umysłowych:

- Zaakceptowanie planu leczenia przedstawionego przez lekarza wraz z wszelkimi konsekwencjami finansowymi, czasowymi, emocjonalnymi i innymi niedogodnościami, które pojawiły się w umyśle pacjenta wraz z decyzją o podjęciu leczenia - działanie racjonalne.
- Zdeprecjonowanie informacji przekazanych przez lekarza, postrzeganie ich jako przesadzone i stosunkowo mało znaczące dla zdrowia jamy ustnej (Przecież ja wcale nie zgrzytam zębami!) - działanie racjonalizujące.
- Zaakceptowanie sytuacji przedstawionej przez lekarza przy jednoczesnym szukaniu uzasadnienia dla niepodjęcia działania (Teraz mam inne, ważniejsze rzeczy do zrobienia. Ten temat może trochę poczekać.) - działanie racjonalizujące.

Przykład 2

Pacjent dostaje od lekarza zalecenie, że w ramach działań profilaktycznych niezbędne jest przychodzenie co pół roku na wizyty kontrolne. Z powodu szeregu czynników (lęk przed dentystą, ciekawsze formy spędzania czasu itd.) nie stosuje się do tych zaleceń.

Znów mamy dwa przekonania, które stoją ze sobą w sprzeczności: PRZEKONANIE A – Jestem osobą racjonalną i dbam o zdrowie oraz PRZEKONANIE B – Mimo zaleceń dentysty nie przychodzę na wizyty kontrolne, co będzie miało negatywny wpływ na stan moich zębów. Pacjent znów ma do wyboru 3 rozwiązania:

- Zaczyna regularnie przychodzić na wizyty kontrolne, co pozwala mu zachować wizerunek siebie jako osoby dbającej o zdrowie.
- Deprecjonuje PRZEKONANIE B – Pół roku to jakaś przesada. Na pewno tak częste wizyty nie są potrzebne.
- Dodaje nowe korzyści lub wynajduje trudności – Jestem bardzo zajęty, jak będę mieć więcej wolnego czasu z pewnością zacznę chodzić na wizyty.

Rola lekarza

Można założyć, że lekarz ma zawsze rację co do zakresu leczenia, jakie powinno zostać podjęte i zaleceń, do których powinien stosować się pacjent, nie zmienia to jednak faktu, że pacjent w praktyce często to lekceważy. Uruchamia wówczas jedną z dwóch strategii racjonalizujących. Ludzki umysł jest narządem, który widzi świat na swój własny sposób. W procesie decyzyjnym uwzględnia własne, często nieracjonalne, obawy; wyolbrzymia koszty emocjonalne, tworzy nieracjonalne przeszkody i trudności oraz widzi to, co chce zobaczyć. Jak wykazały zamieszczone przykłady, potrafi on sprytnie zdeprecjonować prawdziwe informacje, tylko po to, aby jak najszybciej zmniejszyć poziom dysonansu poznawczego, zlikwidować dyskomfort wynikający z napięcia emocjonalnego, zachować coś, w co wierzy i nie podejmować decyzji.

Wzrost ilości i wartości kompleksowych planów leczenia wymaga od lekarza choćby podstawowych umiejętności psychologicznych. Profesjonalny, oparty na tych umiejętnościach przekaz (zarówno na poziomie formy, jak i treści) dotyczący opisu sytuacji stomatologicznej pacjenta z całą pewnością może i powinien wywołać dysonans poznawczy wraz z nieprzyjemnym napięciem. Dotyczy to szczególnie pacjentów nieświadomych swojej sytuacji i niezdecydowanych na wybór strategii nr 1. W psychologii zwraca się uwagę na pozytywny aspekt napięcia wywołanego dysonansem, który wpływa na silną mobilizację organizmu i jest motywacją do zmiany zachowań. W naszych badaniach w ramach projektu „Tajemniczy Pacjent” zdecydowanie zbyt często spotykamy się ze strategią pocieszania pacjenta komunikatami typu: Nie jest tak źle. Nie ma



nic złego w tym, że pacjent odczuwa dyskomfort na skutek obiektywnej oceny jego sytuacji w jamie ustnej. Może w nim tkwić energia, która uruchomi motywację do wyboru racjonalnej decyzji.

Na ostateczną decyzję, jaką podejmie pacjent, mają istotny wpływ umiejętności lekarza w zakresie sposobu prowadzenia wstępnej rozmowy z pacjentem, odpowiednie, zpsychologicznego punktu widzenia, omówienie z pacjentem jego obecnej sytuacji w jamie ustnej i wreszcie pokazanie celu leczenia i drogi, jaka do niego prowadzi. Mało przekonujący przekaz, oparty tylko na prezentacji rozwiązań, na jakie powinien zdecydować się pacjent, a nie na kształtowaniu jego świadomości, sprzyja wybraniu strategii racjonalizujących. Jeśli wypowiedź nie jest dla pacjenta wystarczająco przekonująca, jego umysł postanowi ją zdeprecjonować i zlekceważyć celem przywrócenia dobrego samopoczucia. Tłumaczy to zachowania pacjenta z gatunku: to ja się nad tym zastanowię. Analogicznie odpowiednio jasny, racjonalny i konkretny przekaz prezentujący, najlepiej w formie wizualnej, korzyści podjęcia leczenia i konsekwencje jego zaniechania uczyni zachowania racjonalizujące trudnymi do zaakceptowania i będzie w większym stopniu prowokował pacjenta do racjonalnych decyzji.

Miarą dobrego przedstawienia niezdecydowanemu pacjentowi sytuacji w jego jamie ustnej jest wywołanie zjawiska dysonansu poznawczego i towarzyszącego temu nieprzyjemnego napięcia, a następnie doprowadzenie, aby pacjent wybrał strategię nr 1.

Przed lekarzem dentystą mającym ambicje kształtowania świadomości pacjenta staje wyzwanie polegające na poznaniu choćby podstawowej wiedzy psychologicznej na temat mechanizmów kształtujących jego świadomość pacjenta oraz zindywidualizowania ilości i jakości argumentów. Pozwoli to na pokonanie mentalnych blokad pacjenta i przeprowadzenie go na stronę mądrych, racjonalnych decyzji zapewniających mu posiadanie własnych zębów do późnej starości.

Podsumowanie

Umiejętności lekarza w zakresie wykorzystania zaprezentowanej wiedzy, choć nie są przedmiotem medycznej edukacji, mają istotne znaczenie w zakresie opieki stomatologicznej roztoczonej nad pacjentem. Z naszych obserwacji wynika, że największy sukces, mierzony również poziomem satysfakcji pacjenta z wizyty, osiągają te praktyki, w których lekarze potrafią zmieniać świadomość pacjenta. Oznacza to, iż potrafią, choćby w części, rozpoznać dotychczasowy sposób myślenia pacjenta i zbudować pomost, po którym jego świadomość podąży w kierunku racjonalnych decyzji. Lekarze ci doceniają rozwój umiejętności interpersonalnych, które traktują jako element swoich medycznych kompetencji.

PIŚMIENNICTWO:

- [1] Aronson, E., Wilson, T., Akert, R. Psychologia społeczna. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka. 2006
- [2] Aronson E. Człowiek istota społeczna. Wybór tekstów. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN. 2002
- [3] Cialdini, R., Kenrick, D., Neuberg, S. Psychologia społeczna. Gdańsk: GWP.
- [4] Griffin, E. (2003) Podstawy komunikacji społecznej. Gdańsk: GWP 2002
- [5] Humphris, G., Ling, M.S. Behavioral Sciences for Dentistry. Liverpool: Churchill Livingstone 2000
- [6] Meyers, M. Psychologia społeczna. Poznań: Zysk i S-ka. 2004
- [7] Oboda, M. Psychologia komunikacji w gabinecie stomatologicznym. Łódź: Bestom DENTOnet.pl sp. z o.o. 2008