

Relacja antagonistyczna w gabinecie stomatologicznym. Interdyscyplinarne studium przypadku

Magdalena M. Jaroń

Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

ORCID: 0000-0001-6513-4702

Abstract

The Antagonistic Relationship in the Dentist's Office. An Interdisciplinary Case Study

Antagonistic interactions in nature are treated as relations exerting an extremely negative impact on at least one of those involved. Built around tension and conflicts of interest, these interactions lead to force-based resolutions. It is remarkable that people in the present-day culture transpose rules governing these relations onto everyday life, especially when a new situation arises. Then, it is necessary to assign each participant a status and role within the hierarchy.

In the paper entitled *An Antagonistic Relationship in the Dentist's Office. An Interdisciplinary Case Study* Magdalena M. Jaroń undertakes an interdisciplinary study of this problem in the context of specific relations between dentists and patients. Her study is an attempt to redefine antagonism, and as such it is positioned firmly within the theme of dentophobia. However, the author proposes an alternative approach, rooted in philosophy which aims to provide other sciences (including psychology, psychiatry, and medicine) with new areas of research.

Magdalena M. Jaroń, doktorantka literaturoznawstwa na Uniwersytecie Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy; absolwentka filologii polskiej tejże uczelni; uczestniczka wielu interdyscyplinarnych konferencji ogólnopolskich i międzynarodowych; autorka licznych artykułów poruszających problematykę ogólnokulturową o wydźwięku interdyscyplinarnym, między innymi artykułu *Ingardenowskie obcowanie z dziełem malarskim* (2017); w badaniach naukowych podejmuje problematykę przestrzeni, postpamięci, zajmuje się również sposobami tematyzowania w kulturze Innego oraz szeroko pojętą intersemiotycznością tekstów kultury; prywatnie, od 2016 roku, prowadzi bloga o tematyce kulturowej: filozofiasztuki.pl.

jaron.magdalena@yahoo.pl

*Facta Ficta Journal
of Narrative, Theory & Media*

Magdalena M. Jaron's paper provides the reader with an overview of the current literature on dentophobia, as it tries to examine the anxiety-driving factors and suggest specific treatment or periprocedural elements which should be reduced. As it turns out, the research in this area has for years delivered unchanged findings, with the dentist's office always characterized primarily by the „pain” (fear)/ „no pain” (expectation) dichotomy. The author points out that the nature of an antagonistic relation is not defined solely by how the people involved perceive it. It is the proper course of that relation that solidifies the relative positions of actors in that relation. A very specific conclusion follows: it is not the „pain” (understood as fear) or „no pain” (understood as expectation) that determine the severity of phobias, but what happens „in-between”, what fills the space of an antagonistic interaction between these two opposites. By specifying this tension in more detail, it is possible to ease the transition between the components that are contradictory. For this reason, the interdisciplinary attempt to extract antagonisms such as: sender-recipient, message-noise, chaos-order, patient-doctor, etc. from a communicative situation, constitutes a brand new cultural approach to dentophobia.

Keywords: dental phobia, antagonism, antagonistic relationship, antagonistic effect, causes of dental phobia, dental anxiety, DAS and MDAS, Corah's Dental Questionnaire, oralophobia

Wprowadzenie

We wstępie do artykułu zatytułowanego *Dentofobia*, prezentującego stosunkowo aktualne, bo usystematyzowane w 2017 roku dane dotyczące jednej z najpowszechniej doświadczalnej przez Polaków fobii, autorki główne zagadnienie tej pracy zdiagnozowały jako: „paniczny lęk przed wizytą u dentystry, zabiegami wykonywanymi w obrębie jamy ustnej” (Czerżyńska, Orłów, Milewska & Choromańska 2017: 14). Już na wstępie zwróciły także uwagę na fakt, iż problem ten dla zdecydowanej większości badanych swoje źródło ma w skojarzeniach pacjentów, według których zarówno postać lekarza stomatologa, jak i sam proces leczenia nacechowany jest pejoratywnie, co najczęściej wynika z odczuwania (bądź wspomnienia tego doświadczenia) przez pacjenta bólu. Oczywiście autorki nie pozostały w swoich konkluzjach odosobnione. Interesującymi wnioskami na temat dentofobii oraz powszechnie odczuwalnego strachu przed leczeniem stomatologicznym służyć może artykuł opublikowany w 2010 roku na łamach periodyku medycznego „Dental and Medical Problems”. Praca ta, zatytułowana *Lęk stomatologiczny u studentów pierwszych lat studiów stomatologicznych i lekarskich*, ukazała zależność zachodzącą między odczuwalnym poziomem lęku, a systematycznie poszerzaną wiedzą na temat procesu leczenia (Kaczmarek, Mysiak-Dębska, Dębska & Grzebieluch 2010). Podobną perspektywę prezentował artykuł pod tytułem *Lęk przed wizytą stomatologiczną, stan uzębienia i zachowania prozdrowotne wybranych grup studentów*, w którym znalazła się nie tylko próba oceny skali problemu, intensywności odczuwania niepokoju, ale również porównanie tegoż odczuwania na tle dwóch grup badawczych – studentów Wydziału Stomatologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu oraz studentów Wydziału Turystyki i Rekreacji Wyższej Szkoły Bankowej we Wrocławiu (Kurlej, Nelke, Korjat, Stachura-Pużyńska, Mandzios & Staszak 2016: 75-86).

Oczywiście na przestrzeni ostatnich dwóch dekad na temat dentofoibii powstało wiele prac. Zdecydowana większość z nich odchodzi już od ujęcia statystycznego, którego celem było wskazanie zależności pomiędzy nasileniem odczuwanego przez pacjenta lęku, a jego indywidualnymi uwarunkowaniami – płcią, wiekiem, wykształceniem. Taki model badania ankietowego odnaleźć można jeszcze w 2017 roku w „Nowej Stomatologii” (Czerzyńska, Orłow, Milewska & Choromańska 2017: 14), ale przyznać należy, iż do sposobu rozumienia samego problemu niewiele on wnosi. Dominantą ostatnich lat stało się natomiast podejście czerpiące więcej z psychologii i socjologii, niż ze statystyki właśnie. Taki model analizy prezentują chociażby artykuły publikowane na portalu branżowym Dentysta.eu (2009; 2011; 2015; 2019), jak również opracowanie Patrycji Uram, zatytułowane *Spoleczne uwarunkowania zjawiska dentofoibii – problem dzieci i dorosłych* (Uram 2018). Natomiast Katarzyna Rodak-Mandalian wyraźnie wskazuje, iż problem ten, mający niejednokrotnie wpływ na efektywność leczenia, wymusił na stomatologii kooperację z psychologią, co na przestrzeni ostatnich lat doprowadziło do wyodrębnienia nowej dziedziny – psychostomatologii (Rodak-Mandalian 2005).

Powyższy, jedynie szkicowy zarys literatury przedmiotu dowodzi, iż dotychczasowe analizy oraz badania prowadziły przede wszystkim do:

- (1). ustalenia przyczyn dentofoibii;
- (2). określenia stopnia jej nasilenia (wraz z opracowaniem narzędzi służących do pomiaru);
- (3). diagnozy wpływu dentofoibii (wraz z jej stopniem nasilenia) na postawę pacjenta, jak również proces leczenia i jego efekt końcowy.

Niewielu jednak badaczy podjęło się próby połączenia danych statystycznych i wniosków zawartych w pracach poprzedników z nowym, psychostomatologicznym podejściem. Jednym z takich wyjątków, który na gruncie polskich periodyków stomatologicznych najpełniej prezentuje tę fuzję, jest artykuł Zbigniewa Kucharskiego, Aleksandry Michalskiej i Aleksandry Kaniewskiej (2015), który jednak warto uzupełnić konkluzjami ujętymi w pracy Urszuli Kaczmarek, Moniki Mysiak-Dębskiej i innych (Kaczmarek, Mysiak-Dębska, Dębska & Grzebieluch 2010). W opracowaniu opublikowanym na łamach „Dental and Medical Problems” odnaleźć można przede wszystkim jedną z podstawowych metodologii oceny stopnia lęku stomatologicznego – skalę Coraha (DAS) oraz Humphrisa (MDAS). Badania ankietowe, przeprowadzone przez autorów artykułu, uzupełnione zostały o bardzo istotne wnioski osadzone na gruncie psychologicznym, a nawet i filozoficznym. Dotyczy to przede wszystkim podkreślenia ogromnej wagi wszystkich elementów zabiegowych i okołozabiegowych, które dla pacjenta pozostają nieznane, niezrozumiałe, a zatem i obce. Autorzy tegoż artykułu

uczynili więc z „nieznanego” kategorię określającą lub też definiującą jedno z możliwych źródeł lęku. Ich stanowisko uzupełnić jednak należy wnioskami zawartymi w artykule pod tytułem *Analiza możliwości wykorzystania kwestionariusza Coraha do oceny stanu emocjonalnego pacjenta stomatologicznego*. Praca ta, skupiona przede wszystkim na wypracowaniu metody szybkiej oceny stanu emocjonalnego pacjenta, łączy ujęcie statystyczne (metoda Coraha) z podejściem personalistycznym, związanym na gruncie filozofii z myślą Emmanuela Lévinasa (Pluta 1998: 133-134)¹, Józefa Tischnera (Kowalczyk 2008: 317-218)², a co za tym idzie – także z kategorią Innego. Oczywiście autorzy artykułu nie korzystali w swoich badaniach z prac filozofów – nie to było celem ich opracowania. Jednak bardzo wyraźny nacisk położyli na kwestie związane z indywidualnym odczuwaniem przez pacjenta własnej cielesności, podkreślając w tym względzie szczególną rolę jamy ustnej, która służy nam do komunikowania się, pobierania pokarmu, wyrażania emocji, a do której niejako dopuścić musimy Innego – lekarza stomatologa. W tym napięciu, odczuwanym przede wszystkim przez pacjenta, ale również i przez specjalistę, rysuje się szkic relacji antagonistycznej, która jednak nie została przez badaczy poddana wnikliwszej analizie.

Na tle przytoczonej literatury bardzo wyraźnie zarysowuje się potrzeba uzupełnienia luki, która powstała pomiędzy prowadzonymi dotychczas badaniami. W ostatnich latach, jak można łatwo zauważyć, coraz śmielej wkraczały one w obszar nauk społecznych, odchodząc tym samym od podejścia statystycznego. Stale jednak brakuje wśród nich studium prezentującego problem z perspektywy samej relacji, niejako od wewnątrz zagadnienia, nie zaś jak dotychczas – od zewnątrz. Artykuł ten niech zatem pozostanie pro-

¹ Jak wiadomo, we wczesnych pracach Emmanuel Lévinas koncentruje swoją uwagę przede wszystkim na samym fakcie wyodrębnienia jednostki, której byt w ogóle (jednostkowy, opisany przez Lévinasa jako *existant*) przeciwstawiony zostaje bytowaniu (*existence*). Na tle tej kontradykcji filozof, w późniejszych latach swojej twórczości, zarysowuje refleksję, w której odnajdziemy wyraźne wpływy Heideggerowskiego bycia-w-świecie. Wówczas spotykamy w pracach filozofa podmiot świadomy swojej odrębności od otaczających go rzeczy, a co więcej – stale odkrywający swoją cielesność, a poprzez ciało – odnajdujący swoje miejsce w świecie. Ślady tego właśnie Lévinasowskiego personalizmu odnajdziemy we wnioskach zaprezentowanych przez Kucharskiego, Michalską i Kaniewską (2015; Pluta 1998: 133-134).

² Warto zwrócić uwagę, iż Tischner oparł swoje personalistyczne rozważania na analizach Heideggera, Ricoeura czy Lévinasa właśnie. Tym samym odszedł od Arystotelesowskiego uprzedmiotowienia podmiotu i zrezygnował ze stosowania w opisach podmiotu kategorii zapożyczonych ze świata zewnętrznego (forma, substancja etc.). Tym samym ugruntował swoje rozważania w doświadczeniu „egotycznym”, czyli w fakcie posiadania przez podmiot (człowieka) immanentnej samoświadomości. Akcenty takiego właśnie kierunku rozważań dostrzec można w artykule *Analiza możliwości wykorzystania kwestionariusza Coraha do oceny stanu emocjonalnego pacjenta stomatologicznego* (Kucharski, Michalska & Kaniewska 2015; Kowalczyk 2008: 317-318).

pozycją wymuszającą dyskusję na temat dentofofii. Jego interdyscyplinarny charakter służyć ma ponownemu otwarciu rozważań o lęku przed leczeniem stomatologicznym i poprowadzeniu ich w obszar jeszcze dalszy, sięgający poza granice psychologii i socjologii. Z tego też względu osią kompozycyjną przeprowadzonych tu analiz pozostaje relacja antagonistyczna, mająca miejsce w sytuacji leczenia stomatologicznego pacjenta fobicznego.

Antagonizmy i relacja antagonistyczna

Wnikliwe badanie sytuacji wyrastającej z relacji antagonistycznej wymaga w pierwszej kolejności zrozumienia samego pojęcia antagonizmu, a wraz z nim – relacyjności stojącej u jego podstaw. Warto w tym miejscu sięgnąć po koncepcję identyzności Martina Heideggera, która – choć prezentuje relację o zupełnie innym charakterze – wyodrębnia sam rdzeń tejże relacji, a ten, jak się okaże w toku rozważań, będzie równie istotny dla oddziaływania antagonistycznego. W wykładach zawartych w *Identyzności i różnicy* niemieckiego filozofa czytamy:

Właściwie zasada ta [zasada identyzności – M.M.J.] brzmi: *A jest A*. Co słyszymy? Przez owo „*jest*” zasada mówi, w jaki sposób jest każdy byt, a mianowicie: sam tożsamy z sobą. Zasada identyzności mówi o byciu tego bytu. Jako prawo myślenia obowiązuje o tyle tylko, o ile jest prawem bycia brzmącym: każdemu bytowi jako takiemu przysługuje identyzność, jedność z sobą (Heidegger 2010: 21).

Warto w tym miejscu zastanowić się, co Heideggerowskie rozważania wnoszą do analizy relacji antagonistycznej. Otóż zasada identyzności zarysowana przez filozofa w *Identyzności i różnicy* prowadzi odbiorcę także do relacji odwrotnej, która w swoim lustrzanym (dla identyzności) odbiciu będzie cechowała się napięciem antagonistycznym. Analogię tę sprowadzić można do następujących równań logicznych:

$A = A$, czyli *A jest A*
 $B \neq C$, czyli *B nie jest C*

Uwaga podmiotu jedynie pozornie skierowana zostaje na byty uczestniczące w obu tych relacjach. Należy jednak pamiętać, że o ich istocie nie decyduje wartość ani jakość, ani też jakakolwiek cecha dookreślająca dany byt. Istota każdej z tych relacji zamknięta zostaje w znaku „pomiędzy” – w znaku równości lub też jej zaprzeczenia. W tym też – co wyraźnie podkreślił Heidegger – urzeczywistnia się bycie bytu (Heidegger 2010: 21).

Wskazany przykład nie jest odosobniony, ponieważ odnajdziemy w filozofii Martina Heideggera wskazówki służące odczytaniu i definiowaniu relacji antagonistycznych. Kolejna wyłania się na gruncie kwestii „taksamości” (jest to pisownia zastosowana przez Heideggera; Heidegger 2010: 21). Jak wyraźnie wskazuje filozof: „Taksamość wyklucza odmienność” (Heidegger 2010: 89). Jest ona tym bardziej odczuwalna, dostrzegalna i doświadczana przez podmiot, im silniejsze pozostaje myślenie tej samej rzeczy w ten sam sposób (Heidegger 2010: 89). A rzeczą myślenia, jak powtarza Heidegger za Georgem Wilhelmem Friedrichem Heglem – „jest bycie jako myślenie myślące samo siebie, myślenie, które dochodzi do siebie dopiero w procesie swego spekulatywnego rozwoju, to znaczy przebiega stopnie każdorazowo różnie rozwiniętych i dlatego wcześniej z konieczności nierozwiniętych postaci” (Heidegger 2010: 87). Co za tym idzie, w relacji antagonistycznej zmuszeni jesteśmy zaprzeczyć taksamości, a zatem – parafrazując Heideggera – stwierdzić, iż „odmienność wyklucza taksamość”. Jednak to, co stanowi konstytucję tej relacji, również realizować się będzie w myśleniu.

Z powyższych wniosków, dotyczących koncepcji idyntityczności, wyłania się zatem obraz jej przeciwny, który stanowić może podstawę do badań nad relacją antagonistyczną. Najistotniejszym pozostaje jednak fakt uświadomienia, iż relacja ta oparta jest na wspólnym dla obu podmiotów uczestniczących w niej paradygmacie, który dla porządku dalszych rozważań nazywać będziemy rdzeniem relacji. W rozumieniu tego pojęcia mieści się przede wszystkim to, co dla antagonizmów pozostaje kwestią konstytutywną ich wzajemnego oddziaływania, czyli fakt, iż nie są one przypadkowymi, losowo spotkanymi w danym miejscu i czasie podmiotami, nie są bytami pozostającymi wobec siebie w relacji neutralnej czy obojętnej. Antagonizmy przynależą zatem do tej samej przestrzeni, w której wzajemnie na siebie oddziałują.

Istota relacji antagonistycznej dzieje się w tym co pomiędzy. Oczywiście – analogicznie do koncepcji idyntityczności Martina Heideggera, tak i w przypadku relacji antagonistycznej, symboliczny zapis logiczny w postaci „ $A = A$ ” oraz „ $B \neq C$ ” okaże się niewystarczający. Głównie dlatego, jak zauważa filozof, iż wszystko, co konstytuuje tę relację, realizuje się w znaku łączącym czy też odnoszącym do siebie oba podmioty (byty, rzeczy etc.). Tak samo zależność ta wygląda na tle relacji antagonistycznej, dla której zdefiniowanie „nie-idyntityczności³” pozostaje niewystarczające. Sprzeczność, która w tym równaniu się wyłania, nie jest tożsama z przeciwieństwami, które w wypadku antagonizmów leżą u podstaw wzajemnej zależności. W prakty-

³ Celowo stosuję taki zapis, aby tym samym podkreślić spójność znaczeniową z koncepcją idyntityczności Martina Heideggera, nie zaś samo zaprzeczenie powszechnego rozumienia idyntityczności.

ce oznacza to, iż do określenia wartości relacji antagonistycznej nie wystarczy zaprzeczenie równoważności. Oczywiście pozostaje ono składową tego charakterystycznego w swoim wymiarze stosunku bytów, ale jednocześnie – nie wyczerpuje go. Warto też wyraźnie podkreślić, iż przeciwieństwa same w sobie pozostaną w relacji przypominającej oddziaływanie dwóch biegunów magnesu – nieustannie będą się od siebie odpychały. Antagonizmy tak się nie realizują, gdyż posiadają czy też współdzielą pewną część (wartość, przestrzeń, miejsce, czas etc.), która jednocześnie stanowi fundament bytowy ich relacji.

Z tego też względu można dokonać następującej konkluzji i scharakteryzować relację antagonistyczną w pięciu postulatach:

- (1). wspólny paradygmat;
- (2). brak neutralności;
- (3). warunkowość;
- (4). napięcie relacyjne;
- (5). dynamika.

Oczywiście wszystkie wyżej wymienione filary wymagają omówienia. W tym miejscu warto już jednak wprowadzić wcześniej omówioną relację antagonistyczną w konkretny kontekst, który za Heideggerem nazwać można „konstelacją bycia” (Heidegger 2010: 69).

W pierwszej kolejności pamiętać należy, iż relacja antagonistyczna urzeczywistniająca się w gabinecie stomatologicznym jest relacją o negatywnym wpływie na proces leczenia, w tym także na sam jego efekt. Jej zdiagnozowanie, a co za tym idzie – wyodrębnienie rdzenia relacji – może zatem pomóc w neutralizacji układu podmiotów uczestniczących w danej sytuacji. To z perspektywy leczenia pacjenta fobicznego – pamiętajmy, iż omawiamy szczególny rodzaj relacji lekarz-pacjent – ma zasadnicze znaczenie dla procesu leczenia. W aktywność zmierzającą do redukcji oddziaływania antagonistycznego zaangażowane muszą być oba podmioty uczestniczące – tak lekarz, jak i sam pacjent. Oczywiście można zastanawiać się, czemu służyć ma wysiłek pytania o rdzeń, skoro problemem dentofofii oraz jej leczenia zajmuje się tak psychologia, jak i sama stomatologia (czego przykładem jest chociażby wprowadzenie nowych metod znieczulenia, gdy w toku badań statystycznych okazało się, iż dyskomfort odczuwany przez pacjentów w czasie aplikacji znieczulenia pozostaje jednym z głównych źródeł lęku; Kaczmarek, Mysiak-Dębska, Dębska & Grzebieluch 2010: 344). Odpowiedź odnajdziemy w *Podstawowych problemach fenomenologii*, w których Heidegger jasno wskazuje, iż psychologia, jako nauka pozytywna, jest w stanie wypracować dla siebie nowe narzędzia i metody, ale też sama z siebie nie potrafi wyodrębnić swojej istoty (Heidegger 2009: 54-57). Filozofia natomiast – na odwrót. Nie jest w stanie wypracować

metody leczenia czy też metodologii pracy z pacjentem fobicznym, jednak dostarcza wiedzy na temat źródła problemu, z której to skorzystać mogą inne nauki, jak chociażby psychologia.

Na czym wyrasta relacja antagonistyczna?

Po tej krótkiej dygresji powrócić można do analizy wcześniej wymienionych elementów warunkujących istnienie relacji antagonistycznej, które w tym miejscu osadzić już należy w konkretnym kontekście.

Pierwszym z wymienionych postulatów był wspólny paradygmat, czyli wspomniany wcześniej rdzeń relacji. Będzie nim oczywiście wspólne dla obu podmiotów uczestniczących w relacji miejsce i czas rozumiane w sensie fizycznym. Oba oddziałujące na siebie byty do tego oddziaływania potrzebują spotkania. To natomiast może zaistnieć tylko, jeżeli czas i miejsce dla obu będą tożsame. Innymi słowy – lekarz i pacjent po prostu muszą się spotkać, a tłem dla tegoż zetknięcia pozostaje wizyta pacjenta w gabinecie stomatologicznym. To oczywiście nie wyczerpuje znaczenia wspólnego paradygmatu, a jedynie zarysowuje obszar jego istnienia. Kluczowy natomiast pozostanie przedmiot wspólnego zainteresowania – będzie nim aspekt czasowy i wartościujący, który w biegunach antagonistycznych zostanie przez każdy z podmiotów skonkretyzowany na swój, indywidualny dla danego podmiotu, sposób. Innymi słowy – poszczególne etapy leczenia będą naznaczone sensem o określonej wartości, która uzależniona będzie od jednostkowych uwarunkowań danego podmiotu⁴. I tak oto dla lekarza stomatologa sam moment podania znieczulenia przed zabiegiem oznaczać może aktywność pozytywną, służącą redukcji odczuć bólowych i dyskomfortu, dla pacjenta natomiast – wręcz przeciwnie, gdyż na bazie swoich wcześniejszych doświadczeń (aspekt czasowy, w którym uczestniczą wspomnienia i pamięć) odczytywać on będzie ten element w sposób negatywny.

Drugim warunkiem istnienia relacji antagonistycznej jest brak neutralności. W sposób dość oczywisty zależność ta wynika z pierwszej, czyli z diagnozy istnienia wspólnego rdzenia. Podmioty pozostające wobec siebie w relacji antagonistycznej, ze względu właśnie na ten wspólny rdzeń, rywalizują ze sobą i oddziałują na siebie. Odwołując się ponownie do filozofii Heideggera można powiedzieć, iż skierowane pozostają ku temu samemu obszarowi zatroskania (Heidegger 2013: 73). W sytuacji spotkania

⁴ W tym miejscu jedynie szkicowo zarysowywać będę istnienie poszczególnych relacji antagonistycznych. Ich omówienie nastąpi w dalszej części artykułu. Tutaj natomiast służyć one mają ugruntowaniu teorii w konkretnej sytuacji.

pacjenta fobicznego z lekarzem stomatologiem ten brak neutralności widoczny będzie w emocjach obu uczestników spotkania.

Trzecim elementem budującym relację antagonistyczną jest – dość oczywista, ale również warta podkreślenia – warunkowość. Antagonizmy nie mogą istnieć w odosobnieniu. Ich brak neutralności niesie ze sobą konieczność współistnienia w relacji. Wniosek ten pozornie może wydawać się dość trywialny, lecz jego wnikliwsza analiza pozwala zdefiniować fundament omawianej relacyjności. Warto w tym miejscu przywołać pojęcie *współprzynależenia* (pisownia oryginalna), które odnajdziemy w zapisie wykładów Martina Heideggera (2010: 37). Według filozofa *współprzynależenie* oznacza bycie człowieka i bycia, ale – co ważne – pozostaje przyporządkowane albo od strony człowieka, albo też od strony bycia. Nie ma więc w tym równaniu równowagi. Pozostaje stronniczość na rzecz bycia lub człowieka, ale jednocześnie stronniczość ta wymaga miejsca dla drugiej strony – tej, która stanowi nieodzowny element całości. Jeżeli więc pacjent fobiczny w trakcie leczenia stomatologicznego skupiony pozostanie na aspekcie bycia, jego zainteresowanie może pozostać rzucone w obraz wydarzeń minionych – innymi słowy pacjent taki nie będzie zainteresowany planem leczenia, ale pozostanie zamknięty w rozważaniach skupionych na rekonstrukcji wspomnień. Wybierze jedną z możliwości bycia i wobec niej skieruje swoje jestestwo. Lekarz natomiast z dużym prawdopodobieństwem zwrócony pozostanie ku pacjentowi jako całości, nie zaś jako jestestwu charakteryzującemu się różnorodnością możliwości bycia. Jeżeli taka rozbieżność ma miejsce – mamy do czynienia z relacją antagonistyczną. Różnica ta, diagnozowana oczywiście na innych poziomach komunikacyjnych, warunkować będzie tę relację. Innymi słowy – bez tejsze odmienności relacja antagonistyczna nie byłaby możliwa.

I chociaż czwarty z wymienionych punktów – napięcie relacyjne – pokrótce wzmiankowany już został we wcześniejszym omówieniu, warto go raz jeszcze przywołać. Charakterystycznym elementem opisywanego spotkania jest stale odczuwane napięcie. Pozostaje ono elementem sprzężonym i warunkowanym wcześniejszymi zależnościami, to jest wspólnym rdzeniem, brakiem neutralności oraz warunkowością. Będzie ono również determinować dynamikę tegoż spotkania, czyli piąty filar relacji antagonistycznej. Skoro bowiem podmioty uczestniczące w niej pozostają w ciągłym „konflikcie interesów”, walczą o hegemonię na wspólnym dla siebie obszarze – ich działania i wzajemne oddziaływania oznaczać będą nieustanną dynamikę.

Na tle powyższych rozważań rysuje się obraz sytuacji konfliktowej, w której podmioty uczestniczące w niej toczą ze sobą nieustanną walkę. Należy w tym miejscu raz jeszcze podkreślić, iż taki właśnie charakter spotkania lekarza stomatologa z pacjentem, uwarunkowany zostaje silną fobią pacjenta. Oczywiście jest, iż oba podmioty w toku leczenia powinny dążyć

do całkowitej redukcji relacji antagonistycznej. W tym należy doszukiwać się rozwiązania, czyli zarówno skutecznego przepracowania fobii, jej regresji, jak również – systematycznego podnoszenia efektywności leczenia (poprzez zmniejszanie napięcia i stopnia oddziaływania fobii pacjent staje się bardziej chętny zarówno do leczenia, jak również zdobywania wiedzy na temat higieny jamy ustnej, co w oczywisty sposób skutkuje dłuższym utrzymaniem efektów końcowych leczenia). Należy zatem w tym miejscu postawić pytanie o to, jak tego dokonać. Pierwszym krokiem pozostaje samo zdefiniowanie relacji antagonistycznej wraz z jej poszczególnymi poziomami⁵. Drugim – uświadomienie sobie (co dotyczy obu podmiotów uczestniczących w relacji) konieczności wykonania Heideggerowskiego skoku. W nim bowiem należy doszukiwać się ostatecznego rozstrzygnięcia relacji antagonistycznej, jej końca. Oczywiście ów skok oznacza sięgnięcie po „dosiebność” (pisownia oryginalna), ale aby móc to zrobić, niezbędna jest diagnoza przestrzenności, w której osadzone zostają podmioty uczestniczące w relacji. Co ważne – przestrzenności tej nie należy rozumieć w kontekście fizycznym jako miary odległości, ale raczej jako przestrzeń metafizyczną, charakteryzującą się różnymi poziomami dialogowości. Tym spójniejsza i efektywniejsza pozostanie komunikacja, im bliżej siebie i w mniejszym napięciu osadzone będą oba podmioty. Im przestrzeń między nimi większa, a napięcie bardziej odczuwalne – tym mniejsza efektywność komunikacji, a co za tym idzie w praktyce – mniejsza skuteczność leczenia. Przestrzenność tę rozumieć należy zatem jako ślad metafizycznej relacji. Co więcej, wzajemne uświadomienie sobie tejże przestrzenności pozwoli obu uczestnikom spotkania osiągnąć istoty *współprzynależności*, która to realizuje się właśnie w "dosiebności". Jak pisze Heidegger: „Skok jest stromym wjazdem w obszar, z którego zawsze dosięgali się już nawzajem człowiek i bycie w ich istocie” (Heidegger 2010: 45). I tego właśnie skoku potrzebuje w swojej aktywności zarówno pacjent, jak i lekarz. To właśnie on jest rozstrzygnięciem relacji antagonistycznej.

Antagonizmy w gabinecie stomatologicznym

Powyższe rozważania, ugruntowane w myśli Martina Heideggera, pozostają jedynie teoretycznym załączkiem diagnozy wszystkich występujących w sytuacji leczenia stomatologicznego pacjenta fobicznego antagonizmów. Ich precyzyjne wskazanie w oczywisty sposób uzależnione pozostaje od kapitału doświadczeń i kompetencji obu uczestników spotkania. Co istotne – anta-

⁵ Element ten zostanie jeszcze rozwinięty w artykule. W tym miejscu, dla utrzymania spójności rozważań, zostaje jedynie zaakcentowany.

gonizmy te realizują się na różnych szczeblach sytuacji komunikacyjnej. Dotyczą zarówno cech jednostkowych lekarza i pacjenta, aktywności w trakcie ich wzajemnej interakcji, jak również kontekstu sytuacyjnego, który obojgu narzuca przyjęcie określonych ról.

Najwyższym poziomem relacji antagonistycznej pozostaje ostatni z wymienionych, czyli ten związany z kontekstem sytuacyjnym. Realizuje się on w przestrzeni interakcji zachodzącej między lekarzem stomatologiem a pacjentem fobicznym. Sam fakt ich spotkania, konieczność przyjęcia określonych ról, tworzy swoistą macierz antagonistyczną i tak też w dalszych rozważaniach ten poziom oddziaływania będzie określany. W macierzy tej (relacji lekarz-pacjent) urzeczywistniają się pomniejsze antagonizmy, które, ze względu na swoje wewnętrzne zróżnicowanie, wymagają szczegółowego omówienia.

Rdzeń I: szczelinowość oraz nadawca/odbiorca

Pierwszym przykładem relacji antagonistycznej zachodzącej już na poziomie bezpośredniej interakcji podmiotów, będą te antagonizmy, których rdzeniem relacji pozostaje Ingardenowska szczelinowość (Kobiela 2011: 90-113) oraz konieczność przyjęcia roli nadawcy lub odbiorcy. Warto omówić tę zależność już na konkretnych przykładach.

Przyczyna i skutek

Pierwszą parą tworzącą relację antagonistyczną skupioną wokół rdzenia Ingardenowskiej szczelinowości jest przyczyna i skutek. Należy pamiętać, iż pacjent fobiczny nie zjawia się w gabinecie stomatologicznym z chęcią poprawy estetyki uśmiechu. Jego motywacja ugruntowana jest z dużym prawdopodobieństwem odczuciami bólowymi, których chce się pozbyć. Z jego perspektywy zadaniem lekarza stomatologa jest podjęcie skutecznej walki z dyskomfortem, nie zaś kompleksowe leczenie. Motywacja, pozbawiona perspektywy długofalowego działania, zamknięta zostaje we wspomnianej szczelinowości: „tu i teraz” spotkania. Oczywiście owo „tu i teraz” zetknięcia się z pacjentem dla lekarza oznacza nie tylko zaradzenie odczuciom bólowym, ale przede wszystkim danie podłoża dla kolejnych wizyt. Motywacja specjalisty pozostaje zatem taką, która wybiega ku finalnemu efektowi, jakim, w mniemaniu stomatologa, powinny być zdrowe zęby. W tej rozbieżności, a konkretniej – w różnicy kapitału doświadczeń i oczekiwań, z którym oba podmioty rozpoczynają spotkanie – realizuje się pierwszy antagonizm.

Pacjent fobiczny wchodzi do gabinetu stomatologicznego obarczony lękiem, niepokojem, niepewnością oraz innymi, negatywnymi emocjami, które najczęściej wynikają z jego wcześniejszych doświadczeń. Pozostaje też skupiony na aspekcie bólowym. Swoim Heideggerowskim zatroskaniem dotyka zatem przyczyny spotkania z lekarzem: bólu, który zmusił go do wizyty u stomatologa oraz negatywnych wspomnień, warunkujących jego aktualny lęk. W perspektywie Ingardenowskiej szczelinowości oba te elementy (ból i lęk) współtworzą zatem „tu i teraz” pacjenta, a co zatem idzie uczestniczą także w budowaniu relacji antagonistycznej.

Odwrotnym umotywowaniem charakteryzuje się aktywność dentysty. Jego zatroskanie, choć wyrastające z tej samej sytuacji spotkania, skierowane jest ku zdarzeniom przyszłym, pozostającym w chwili interakcji jedynie jedną z możliwości bycia. W sposób oczywisty zadaniem lekarza jest rozpoznanie, postawienie diagnozy i przygotowanie planu leczenia – jego rola wymusza niejako taką kierunkowość zatroskania. W tym wybieganiu ku temu, co jedynie możliwe, rodzi się opozycja dla kierunkowości zatroskania pacjenta. Istotne jest, aby dla utrzymania efektywności leczenia – co dotyczy zarówno kondycji stanu zdrowia jamy ustnej, jak również kondycji psychofizycznej pacjenta – oba podmioty dokonały na tym gruncie aktualizacji swego zatroskania. Uświadomienie sobie, iż każdy z nich wprowadza do Ingardenowskiej szczelinowości własną jakość i nadaje jej status aktualnej (dla pacjenta jest to wartość wynikająca z przeszłości, dla lekarza – z możliwej przyszłości), powinno być pierwszym krokiem do tego, aby antagonizm na tym poziomie zredukować.

Początek i koniec

Na podobnych warunkach realizuje się drugi antagonizm – również uwarunkowany szczelinowością. Pozostaje on jednak skoncentrowany na obszarze samego zatroskania podmiotów uczestniczących w relacji, przez co wymusza na nich przyjęcie określonych ról: nadawcy i odbiorcy. Mowa oczywiście o ukierunkowaniu Heideggerowskiego zatroskania na element czy też punkt początkowy oraz finalizujący współistnienie w danej sytuacji lekarza i pacjenta. Innymi słowy, podobnie jak w wypadku poprzedniego antagonizmu, tak i tutaj istotą rozbieżności pozostaje skupienie pacjenta na indywidualnych wspomnieniach, w których wpisany został w rolę odbiorcy bólu, lęku, niepewności oraz innych negatywnych odczuć i emocji. Wszystko to, co pacjent fobiczny pamięta, ma charakter reakcji na wcześniej zaistniałą akcję (aktywność lekarza). W jego odczuciu wszelkie komunikaty (czy to werbalne, czy też niewerbalne) wysyłać może jedynie jako odbiorca – czyli

„w odpowiedzi na...”. Taka postawa wyklucza zatem pozostawienie inicjatywy po stronie pacjenta. Oczekiwanie, iż pacjent fobiczny, uwikłany niejako w rolę odbiorcy, bo skupiony na tym, co leży u początku jego fobii (ból, negatywne emocje), musi prowadzić do poważnych problemów komunikacyjnych z nim, co może w negatywny sposób przełożyć się na efekty leczenia. Spoglądając na ten sam antagonizm z innej perspektywy – lekarza stomatologa – również należy pamiętać, iż jego zakorzenienie w roli nadawcy oraz mocne ukierunkowanie na efekt końcowy leczenia, może prowadzić do pogłębionego osadzenia pacjenta w roli odbiorcy (tylko tej roli), a tym samym – umocnienia relacji antagonistycznej. W praktyce tego typu aktywność realizować się będzie w biernej postawie pacjenta: jego niekomunikatywności, niechęci (czy też całkowitej wstrzemięźliwości) do sygnalizowania elementów zabiegu budzących negatywne emocje, braku zainteresowania procesem leczenia (czyli również braku pytań z nim związanych) *etc.* W takiej sytuacji lekarz stomatolog nie będzie w stanie ocenić, czy pacjent opuszczający jego gabinet jest świadomy przyczyny ubytku, procesu jego powstawania, jak również metod zapobiegania nawrotom próchnicy. Czyli innymi słowy – lekarz nie będzie w stanie ocenić, czy pacjent będzie gotowy na długotrwałe utrzymanie efektów leczenia.

Remedium na podobną sytuację jest odwrócenie ról w sytuacji komunikacyjnej. Zadanie to leży w tym wypadku po stronie specjalisty. Stomatolog musi zatem w taki sposób wyreżyserować poszczególne akty komunikacji, aby zachęcić pacjenta do wyjścia z roli odbiorcy. Tym samym lekarz również, w sposób w pełni świadomy, musi wyjść z roli nadawcy i stać się odbiorcą. W praktyce nie oznacza to oczywiście, że pacjent fobiczny ma zacząć wielogodzinne zwierzenia, których lekarz jedynie słucha. W tym odwróceniu ról istotą jest jakość komunikatów, nie zaś ich ilość. Stomatolog, poprzez odpowiednie sformułowanie pytań skierowanych do pacjenta, jest w stanie niejako wymusić na nim przyjęcie roli nadawcy, podmiotu decyzyjnego co do dalszego przebiegu sytuacji komunikacyjnej. Przykładem mogą być proste pytania skierowane do takiego pacjenta: „Czy możemy zaczynać?” (przed rozpoczęciem zabiegu), „Czy dać panu/pani chwilę?” (jeżeli lekarz w trakcie zabiegu obserwuje wyraźne objawy niepokoju u pacjenta), „Czy możemy kontynuować?” (w trakcie zabiegu, jeżeli zaistniała przerwa). W prostym, linearnym rozumieniu aktów komunikacyjnych podmiot zadający pytanie pozostaje oczywiście nadawcą. Ale w kontekście procesu leczenia pacjenta fobicznego nawet pozorne oddanie pacjentowi możliwości decydowania o przebiegu leczenia⁶, stanowi

⁶ Oczywiście nie polega to na oddaniu pełnej decyzyjności co do przebiegu i metod leczenia. Pacjent nie posiada wiedzy, umiejętności, kwalifikacji ani też możliwości, aby taką odpowie-

podstawę do redukcji relacji antagonistycznej. Poszczególne aktywności po stronie lekarza mają miejsce dopiero po komunikacie (werbalnym czy też nawet niewerbalnym) ze strony pacjenta.

Rdzeń II: aspekt czasowy/teraz oraz wartościowanie (kategoria pamięci)

Drugim przykładem relacji antagonistycznej zachodzącej w trakcie interakcji lekarza stomatologa z pacjentem fobicznym jest ta, której struktura wyrasta z aspektu czasowego, mocno ugruntowanego w kategorii pamięci, a co za tym idzie – warunkowana także elementem wartościującym poszczególne etapy czy też zjawiska współtworzące daną relację. W obszarze omawianego rdzenia antagonistycznego rozróżnić zatem można mocne ukierunkowanie podmiotu na retrospekcję (pacjent), jak i prospekcję (lekarz). Pozornie rozróżnienie to może wydawać się tożsame z omówionym wcześniej antagonizmem. W tym jednak wypadku retrospekcja i prospekcja, bardziej niż kierunkowość zatroskania, wnoszą do relacji jej wartość oraz sens (w rozumieniu „znaczenia”). Innymi słowy – świadomość podmiotów uczestniczących w relacji komunikacyjnej, iż znajdują się na dwóch przeciwległych biegunach (retrospekcja i prospekcja) pozwoli im, w sposób kontrolowany, dokonać rekonstrukcji znaczeń, a tym samym – redukcji oddziaływania antagonistycznego. Warto niniejszy wniosek przedstawić na konkretnym przykładzie, w którym kluczem do jego prawidłowej interpretacji będzie Assmannowska teoria pamięci jako figury⁷.

W koncepcji tej oczywistością jest, iż elementem konstytutywnym dla pamięci jest interakcja nadawcy i odbiorcy. Wnioskować zatem można, iż według Jana Assmanna nadawca komunikatu uaktywnia poszczególne obrazy pamięci u odbiorcy, co w praktyce może przypominać grę na fortepianie. Uderzenie w konkretny klawisz generuje dźwięk o określonym tonie. Aby więc nie zakłócić brzmienia utworu sfałszowanymi dźwiękami, wystarczy albo ominąć niedostrojone struny, albo też podjąć próbę ich dostrojenia.

działność przejąć. Zadaniem lekarza stomatologa jest, poprzez odpowiednie zaaranżowanie sytuacji komunikacyjnej oraz właściwe sformułowanie pytań, wyznaczenie granic tejże decyzyjności – obszaru, w którym decyzje pacjenta ważą na dalszym przebiegu zabiegu i jednocześnie nie stanowią zagrożenia dla jego efektów.

⁷ Jednym z podstawowych założeń dwudziestowiecznych badaczy skupionych wokół teorii pamięci jest uznanie jej za możliwą jedynie w procesie komunikacji. Jak wspomina w swojej pracy Adam Rajewski – dzieje się tak, ponieważ „własne wspomnienia jednostki są uruchamiane przez kontakt ze światem zewnętrznym, a ponadto ulegają, często w nieświadomym sposobie, wpływom wspomnień i relacji innych ludzi oddziałujących na jednostkę” (Rajewski 2013: 188).

W obu wypadkach trzeba jednak wiedzieć, które klawisze mogą zaburzyć harmonię brzmienia, a przekładając ten przykład na sytuację komunikacyjną w gabinecie stomatologicznym – które obrazy wywoływać będą u pacjenta wzmożone ataki strachu czy nawet paniki.

Oczywistym jest fakt, iż lekarz nie dysponuje taką wiedzą – szczególnie na początku współpracy z pacjentem, nie ma bowiem okazji jej posiadać. Paradoxem całej sytuacji jest również fakt, iż najczęściej także i pacjent jest tego nieświadomy. Jednak każdy wykształcony muzyk doskonale wie, że aby dostroić instrument, trzeba uderzyć w każdą ze strun. Tylko tą metodą będzie w stanie ocenić, czy dźwięk, który ona wydaje, jest czysty czy sfalszowany. Na tej podstawie podejmie decyzje – czy będzie omijał tę strunę, czy też podejmie się jej dostrojenia. Podobnie rzecz ma się w wypadku relacji lekarza stomatologa z pacjentem fobicznym. Obserwowanie reakcji pacjenta na poszczególne elementy otoczenia oraz momenty zabiegu pozwoli specjalście precyzyjnie zdiagnozować te obrazy, które nazwać można fobiotwórczymi.

Jednym z dość oczywistych przykładów urzeczywistniania się tejże relacji (retrospekcja-prospekcja), opartej na mocnym zakorzenieniu w kategorii pamięci i poprzez nią – odpowiednio wartościującej dane zjawisko, jest charakterystyczny dla gabinetu stomatologicznego zapach. Jeszcze kilkanaście lat temu niemal każdy pacjent wymieniał go jako jeden z podstawowych czynników stresogennych, co poświadczają badania (Kucharski, Michalska & Kaniewska 2015: 130; Czerżyńska, Orłow, Milewska & Choromańska 2017:18). Współczesne gabinety dbają zatem o takie rozwiązania technologiczne, które pomagają w całkowitej redukcji tegoż zapachu, a tym samym – wyeliminowania bodźca fobiotwórczego.

Jednak o wiele bardziej interesującym przykładem realizacji omawianego rdzenia relacji antagonistycznej może okazać się ten mniej oczywisty – związany z podstawowymi procedurami zabiegowymi, jak chociażby moment nałożenia przez lekarza stomatologa rękawiczek ochronnych. Dla pacjenta fobicznego, którego świadomość sytuacji komunikacyjnej wyrasta z wrażeń retrospektywnych, będzie to aktywność o charakterze pejoratywnym, nacechowana *in minus*, oznaczająca początek zabiegu, a tym samym – zapowiadająca cały szereg oczekiwanych doznań bólowych⁸. Natomiast dla lekarza sam fakt nałożenia rękawiczek ochronnych pozostanie aktywnością o charakterze prospektywnym, przygotowującą go do dalszych działań i nacechowaną pozytywnie, odczytywaną *in plus*. Nie sposób oczywiście wyeliminować tego elementu przygotowania do zabiegu – służy on bowiem

⁸ Oczywiście takie odczytywanie poszczególnych obrazów dzieje się na tle Assmannowskiej koncepcji pamięci. Aktywowanie poszczególnych obrazów wywołuje u odbiorcy konkretne skojarzenia.

zachowaniu standardów bezpieczeństwa i higieny. Można jednak, po zdefiniowaniu istnienia relacji antagonistycznej w tym obszarze, w taki sposób przeprowadzić daną procedurę (poza zasięgiem wzroku pacjenta, w trakcie rozmowy przedzabiegowej), aby nie mogła ona być katalizatorem strachu pacjenta.

Wymienione wyżej przykłady stanowią bardzo wybiórcze spojrzenie na przedstawione zagadnienie. W ich prezentacji pozostaje jeden cel: wyeksponowanie konieczności zmiany sensów, czyli znaczeń przypisanych przez pacjenta do poszczególnych obrazów, zapamiętanych z przeszłości. Zadanie to leży po stronie lekarza stomatologa i stanowi spore wyzwanie. Wymaga bowiem uważnego obserwowania pacjenta, jego reakcji na poszczególne elementy zabiegu.

Rdzeń III: aspekt czasowy/okresowość

Ostatnim, trzecim rdzeniem relacji antagonistycznej, pozostaje aspekt czasowy, tym razem rozumiany w zróżnicowanej długości trwania. Dotychczas aspekt ten odwoływał się do przeszłości i perspektywy pacjenta, jak i przyszłości związanej z planem leczenia przygotowanym przez specjalistę. Na każdym z tych biegunów rysowała się określona dla danego podmiotu wartość. Tym razem rdzeń relacji antagonistycznej wymusza przyjrzenie się przestrzeni pomiędzy nakreślonymi biegunami. Dostrzeżenie tego symbolicznego dystansu pozwoli bowiem obu jednostkom (pacjentowi oraz lekarzowi) na podjęcie współpracy w celu jego zredukowania.

Aspekt czasowy, o którym mowa, po raz kolejny znajduje swoje źródło w retrospekcji (wspomnienia pacjenta) oraz prospekcji (plan leczenia ze strony lekarza). Tym razem jednak istotą okazuje się długość trwania danych elementów – warunkujących retrospekcję lub prospekcję. By móc jeszcze wnikliwiej zanalizować ten problem, należy w tym miejscu przywołać Ingardenowskie rozróżnienie zdarzenia i procesu.

W *Sporze o istnienie świata* Roman Ingarden wyraźnie zakreśla definicję jednego i drugiego. Według polskiego fenomenologa „zdarzenie” nie może trwać, pozostaje pozbawione tego elementu, a jednocześnie nie można nazwać go punktowym. „Zdarzenie” po prostu jest, a jego rozpiętość dotyczy jednego, konkretnego „teraz” (Ingarden 1987: 189). Zdarzenie nie przemija, nie trwa. W pewnej chwili po prostu dochodzi do jego „zaprzestania”, które oznacza dezaktualizację wspomnianego „teraz”. Natomiast proces wyróżnia się całkowicie odrębną specyfikacją. Pozostaje rozciągnięty czasowo, rozpięty niejako pomiędzy swoim początkiem a końcem, a co za tym idzie – utrzymany w trwaniu. Cechuje go zatem płynność trwania.

Wprowadzając powyższą dygresję w kontekst sytuacji komunikacyjnej w gabinecie stomatologicznym, zauważyć można, iż domeną pacjenta pozostanie zdarzenie. Jego „teraz” będzie zawsze aktualne w chwili aktywowania czynników fobiotwórczych (przykładowo tych omawianych w akapicie poświęconym analizie rdzenia II). W praktyce oznacza to, iż negatywne wspomnienia i doświadczenia pacjenta, z którymi pojawia się on w gabinecie stomatologicznym, cały czas utrzymują swoją aktualność. Strach pacjenta nie jest zatem elementem sprzęgniętym z przeszłością, ale czynnikiem współtworzącym terażniejszość – tu i teraz w trakcie spotkania z lekarzem. W tym kontekście nieskuteczne pozostaną próby uspokojenia pacjenta poprzez komunikaty zapewniające o bezbolesnym przebiegu zabiegu („proszę się nie bać”, „nie będzie bolało” etc.). Dotyczą one bowiem procesu leczenia, a zatem odnoszą się do czegoś, co trwa, co pozostaje rozpięte w czasie. Jest to zupełnie inna miara niż ta, którą posługuje się pacjent (zdarzenie vs. proces). Zadaniem lekarza jest podjęcie próby wejścia w tę zdarzeniowość wrażeń. Doskonałym przykładem realizacji takiej postawy może być modyfikacja wcześniej przywołanego zdania („nie będzie bolało”) w pytanie skupione na zdarzeniowym „teraz”, zadanego w trakcie zabiegu – „czy coś pan/pani czuje?”. W ten sposób lekarz ma okazję do zredukowania relacji antagonisticznej wyrastającej z różnic między odbiorem zdarzeniowym a myśleniem procesowym, ale również do zaktualizowania sensów (rdzeń II; wymusza na pacjencie aktualizację znaczeń – coś, co mogło budzić skojarzenia z bólem zostaje na nowo zdefiniowane jako element pozbawiony czynnika bólowego) i zamiany ról (rdzeń I). Jest to oczywiście aktywność, która wymaga od lekarza odpowiedniego przygotowania z zakresu prawidłowej komunikacji z pacjentem, ciągłej uważności w trakcie leczenia tegoż pacjenta, jak również elastyczności – umiejętności dostosowywania się do ciągłych zmian (każdy pacjent może bowiem w inny sposób definiować czynniki fobiotwórcze).

Podsumowanie

Przywołane przykłady przede wszystkim obrazują złożoność sytuacji komunikacyjnej, która ma miejsce w relacji lekarz stomatolog – pacjent fobiczny. Poszczególne elementy, wyodrębnione i pokrótce omówione w niniejszym artykule, warunkowane są sobą nawzajem, niejednokrotnie też w sposób niemal naturalny wpływają jeden na drugiego. Dlatego też tak kluczowe w budowaniu relacji z pacjentem ukierunkowanej na uzyskanie jak najlepszych efektów leczenia, wydaje się być zrozumienie oddziaływania antagonistycznego. Pamiętać należy, iż w macierzy antagonistycznej (pacjent-lekarz) zachodzą konkretne relacje (rdzeń I, rdzeń II, rdzeń III), ale też uczestnicy tego

oddziaływania, ze względu na swoje uwarunkowania, stają się przestrzenią mniejszych antagonizmów, przypisanych im ze względu na konkretny kapietał, który wnoszą do interakcji.

Każda omówiona tutaj relacja możliwa jest ze względu na fakt, iż pacjent i lekarz niejako z natury swojego funkcjonowania pozostają w obszarze oddziaływań antagonistycznych. To najniższy i zarazem najbardziej związany z jednostką poziom urzeczywistniania się antagonizmów. Świadomość jego istnienia jest konieczna, aby móc prawidłowo zdiagnozować relacje na wyższym poziomie (rdzeń I, rdzeń II i rdzeń III oraz macierz). Na tym najniższym szczeblu odnajdziemy elementy przynależne bądź dookreślające konkretnego uczestnika spotkania lub też elementy skierowane „ku”, czyli aktywności uwarunkowane możliwością bycia danego podmiotu, ale dotykające swoim zatroskaniem samej relacji. W praktyce oznacza to, iż po stronie pacjenta odnajdziemy: emocje, niewiedzę, jak również przywiązanie do roli odbiorcy oraz pytania skierowane „ku” specjalście. Wszystkie te elementy antagonistyczne będą z przymiotami lekarza, czyli: rozumem, wiedzą oraz przywiązaniem do roli nadawcy, jak i kompetencjami do udzielania wyjaśnień odbiorcy (relacja „ku” pacjentowi). Wszystkie te mikroantagonizmy, sprzężone z danym podmiotem, współtworzyć będą bardziej rozbudowane relacje antagonistyczne, oparte na konkretnie zdefiniowanych rdzeniach, te zaś – ukształtują macierz antagonistyczną. Jej destrukcja, służąca przede wszystkim poprawie efektów leczenia stomatologicznego na szerszą skalę, zaczynać się zatem musi od podstaw (od zdefiniowania antagonizmów przypisanych uczestnikom relacji), a następnie systematycznie oddziaływać na wyższe szczeble tejże relacji. Problemem tym, jak już wcześniej zostało wspomniane, stara się zająć psychostomatologia, jednak sama w sobie pozabawiona pozostaje narzędzi do wyodrębniania poszczególnych zjawisk, istotnych dla relacji antagonistycznych. Te natomiast mogą zostać zdefiniowane dzięki filozofii i nauce o języku. Konkluzja ta zamyka niniejsze rozważania dość oczywistym, ale jednak wymagającym podkreślenia wnioskiem: lekarz stomatolog w swoim przygotowaniu do zawodu, a konkretniej – do pracy z pacjentem – powinien zadbać nie tylko o odpowiednie kwalifikacje w kontekście medycznym, ale także o pozyskanie ogólnej wiedzy o człowieku (również w aspekcie psychologicznym) oraz rozwój kompetencji w zakresie komunikacji⁹.

⁹ Wnioski zaprezentowane w niniejszym artykule są efektem wielomiesięcznego leczenia stomatologicznego przeprowadzonego przez doktor Monikę Miller-Burchacką z bydgoskiej Kliniki Stomatologicznej DENmed. Bez pełnego zaangażowania Pani Doktor oraz zespołu kliniki w profesjonalne przeprowadzenie procesu leczenia – ich przedstawienie nie byłoby możliwe.

Źródła cytowań

- CZERŻYŃSKA, MAGDALENA, PAULINA ORŁOW, ANNA JUSTYNA MILEWSKA, MAGDALENA CHOROMAŃSKA (2017), 'Dentofobia', *Nowa Stomatologia*: 22, ss. 13-22.
- DENTYSTA.EU (2015), 'Wpływ emocji na zdrowie jamy ustnej okiem stomatologa', online: <https://dentysta.eu/wplyw-emocji-na-zdrowie-jamy-ustnej>, [dostęp: 04.10.2020].
- DENTYSTA.EU (2019), 'Fobie u dentysty. Co przeraża pacjentów (i stomatologów) w gabinecie?', online: <https://dentysta.eu/fobie-u-dentysty-co-przeraza-pacjentow-i-stomatologow-w-gabinecie>, [dostęp: 04.10.2020].
- DENTYSTA.EU (2009), 'Dentofobia', online: <https://dentysta.eu/dentofobia> [dostęp: 04.10.2020].
- DENTYSTA.EU (2011), 'Dentofobia – jak oswoić przerażonego pacjenta', online: <https://dentysta.eu/dentofobia-jak-oswoic-przerazonego-pacjenta>, [dostęp: 04.10.2020].
- HEIDEGGER, MARTIN (2010), *Identyczność i różnica*, przekł. Janusz Mizera, Warszawa: Wydawnictwo Aletheia.
- HEIDEGGER, MARTIN (2009), *Podstawowe problemy fenomenologii*, przekł. Bogdan Baran, Warszawa: Fundacja Aletheia.
- HEIDEGGER, MARTIN (2013), *Bycie i czas*, przekł. Bogdan Baran, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- INGARDEN, ROMAN (1987), *Spór o istnienie świata*, t. I, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- KACZMAREK, URSZULA, MONIKA MYSIĄK-DĘBSKA, KATARZYNA DĘBSKA, WOJCIECH GRZEBIELUCH (2010), 'Lęk stomatologiczny u studentów pierwszych lat studiów stomatologicznych i lekarskich', *Dental and Medical Problems*: 3, ss. 343-349.
- KOBIELA, FILIP (2011), 'Problem szczelinowości w fenomenologii Romana Ingardena', w: Adam Węgrzecki (red.), *W kręgu myśli Romana Ingardena*, Kraków: Wydawnictwo WAM, ss. 90-113.
- KOWALCZYK, STANISŁAW (2008), 'Polski personalizm współczesny', *Biblioteka Teologii Fundamentalnej*: 3, ss. 315-334.
- KUCHARSKI, ZBIGNIEW, ALEKSANDRA MICHALSKA, ALEKSANDRA KANIEWSKA (2015), 'Analiza możliwości wykorzystania kwestionariusza Coraha do oceny stanu emocjonalnego pacjenta stomatologicznego', *Protetyka Stomatologiczna. Prosthodontics*: 2, ss. 129-135.
- KURLEJ, WIESŁAW, KAMIL NELKE, JOLANTA KORJAT, ALICJA STACHURA-PUŻYŃSKA, NATALIA MANDZIOS, KATARZYNA STASZAK (2016), 'Lęk przed wizytą stomatologiczną, stan uzębienia i zachowania prozdrowotne

- wybranych grupy studentów', w: Krzysztof Turowski (red.), *Dobrostan a stan zdrowia*, Lublin: Wydawnictwo Naukowe NeuroCentrum, ss.75-86.
- PLUTA, MAREK (1998), 'Emmanuela Lévinasa etyka odpowiedzialności', *Łódzkie Studia Teologiczne*: 7, ss. 133-147.
- RAJEWSKI, ADAM (2013), 'Rozważania na temat Assmannowskiej teorii pamięci', *Rocznik Antropologii Historii*:1, ss. 187-202.
- RODAK-MANDALIAN, KATARZYNA (2005), 'Kilka słów o dentofobii, czyli czy można polubić dentystę', *Nowa Stomatologia*: 2, ss. 110-112.
- URAM, PATRYCJA (2018), 'Społeczne uwarunkowania zjawiska dentofobii – problem dzieci i dorosłych', *Zeszyty Naukowe Uczelni Jana Wyżykowskiego. Studia z Nauk Społecznych*: 11, ss. 245-262.