

COMUNICAREA DIAGNOSTICULUI CĂTRE PACIENT – LIMBAJ

MEDICAL VERSUS LIMBAJ COMUN

**Octavian ISTRĂTOAIE, Assistant Professor PhD,
University of Medicine and Pharmacy of Craiova**

Rezumat: *Medicii sunt „handicapați” prin formația lor medicală, atunci când sunt obligați să comunice altfel cu pacienții lor. Ei folosesc de obicei un limbaj incomprehensibil pentru omul de rând, cu neologisme științifice și expresii împrumutate din greacă și latină. Totuși, pentru ca mesajul să treacă spre pacient, cu toate că realitatea pe care o descrie este de obicei una negativă, medicul trebuie să încerce să nu-l neliniștească pe bolnav prin cuvintele folosite, ci să-i dea o speranță de viață, cât de mică, căci ascultând bolnavul și vorbindu-i într-un limbaj adecvat, el va fi cel care-și va pune în cele din urmă diagnosticul.*

Cuvinte-cheie: *medic, pacient, comunicare, limbaj specializat, limbaj comun*

Pornim în expunerea noastră de la afirmația că „nu există modalități «bune» de a anunța o veste proastă, dar unele sunt mai puțin devastatoare decât altele”¹. În ceea ce privește comunicarea diagnosticului către pacient, anunțarea unui diagnostic rău este dificilă atât pentru medicul care trebuie să comunice această veste proastă, cât și pentru pacientul care o primește și care-i va schimba acestuia din urmă radical percepția despre propriul viitor și despre cursul vieții sale.

Relația medic-pacient s-a transformat progresiv, de la modelul paternalist al anilor 50, tinzând actualmente spre o paradigmă participativă a luării deciziei medicale ce se află la originea conceptului de „democrație sanitară”². Evoluția sistemului sanitar a făcut ca relația îngrijitor-îngrijit să se redefinească³, schimbare regăsită în relația medic-pacient din textele oficiale. Legea nr. 46 din 21 ianuarie 2003 privind drepturile pacientului plasează pacienții în centrul sistemului de sănătate, conferind o importanță specială informării pacienților care constituie nu doar o cerere, ci și un drept pentru persoana bolnavă. Astfel, se stipulează că „pacientul are dreptul de a fi informat cu privire la serviciile

¹ Moley-Massol I. L’annonce de la maladie, une parole qui engage. DaTeBe éditions, 2004.

² Chabrol R., « La démocratie sanitaire », in *Revue française des affaires sociales*, n°2, 2000, p. 104

³ Moumjid N., Protière C., Morelle M., Brémond A., Mignotte H., Faure C., Meunier A., (in press): «La prise de décision partagée dans la rencontre médecin-patient: évolution récente et état des lieux dans le cancer du sein en France», in *JEM*. 2009.

medicale disponibile, precum și la modul de a le utiliza”⁴ și, de asemenea, „are dreptul de a fi informat asupra stării sale de sănătate, a intervențiilor medicale propuse, a riscurilor potențiale ale fiecărei proceduri, a alternativelor existente la procedurile propuse, inclusiv asupra neefectuării tratamentului și nerespectării recomandărilor medicale, precum și cu privire la date despre diagnostic și prognostic”⁵.

Limbajul medic-pacient este și el reglementat prin aceeași lege care, la art. 8 stipulează că „informațiile se aduc la cunoștință pacientului într-un limbaj respectuos, clar, cu minimizarea terminologiei de specialitate”. Pe de o parte, pacientul devine actor al îngrijirilor care-i sunt propuse, nu impuse, iar medicul este obligat să-i explice pacientului, în mod adecvat, tratamentele pe care trebuie și este obligat să le aplice.⁶

După cum putem vedea, persoana bolnavă nu mai este considerată ca fiind pasivă și supusă deciziilor medicale, personalul medical trebuind să transfere cunoștințele lor pacienților și aparținătorilor acestora pentru ca aceștia să participe la luarea deciziei medicale, fapt ce ridică numeroase probleme de ordin etic, sociologic și lingvistic pentru a face informația medicală accesibilă pacientului.

Limbaj medical versus limbaj comun

Important în cazul comunicării medic-pacient este ceea ce este înțeles, nu ceea ce este spus. Acest lucru ține de adaptarea informației transmise la nevoile de moment ale pacientului

Fiecare cuvânt contează, dar dincolo de cuvinte, atitudinea și postura medicului constituie și ele mesaje transmise pacientului și asimilate ca atare de către acesta.

Informația trebuie să fie simplă și progresivă, digerabilă, să țină cont de mecanismele de adaptare ale fiecăruia și de timpul de asimilare al fiecăruia care este indispensabil.⁷ Informația trebuie repetată, să fie coerentă, iar comunicarea să fie sinceră și adevărată. O atenție specială trebuie acordată cuvintelor pronunțate, formulării, cu evitarea jargonului expert. Înțelegerea mesajului transmis trebuie să fie regulat controlată și, dacă este cazul, informația trebuie reformulată. De asemenea, pentru ajutarea persoanei

⁴ Art. 4 din Legea nr. 46 din 21 ianuarie 2003.

⁵ Art. 6 din Legea nr. 46 din 21 ianuarie 2003.

⁶ Stengers I., *Sciences et pouvoirs*, Paris : La Découverte; Latour B., (1989) : *La science en action*, Paris, La découverte, 2002.

⁷ Moley-Massol I., *L'annonce de la maladie, une parole qui engage*. DaTeBe éditions, 2004; Ruzniewski M. *Face à la maladie grave, parents, famille, soignants*. Ed. Dunod, Paris, 1999.

bolnave, este esențială deschiderea spre o speranță realistă, prin propunerea unor obiective pe termen scurt și construirea unor noi proiecte de viață căci pacientul, ca și medicul au nevoie de o perspectivă pentru a merge înainte.

Discursul se transformă, pacientul fiind prezumat a se implica în alegerile terapeutice, ceea ce presupune punerea la dispoziția sa a unei informații precise și fiabile. Condiția fundamentală a dialogului este aceea de a vorbi aceeași limbă. Faptele de limbă legate de elaborarea cunoștințelor, de transmiterea lor, de apropierea acestora sunt complexe. Trebuie oferite elemente ale limbajului comun, cuvinte ce se află în circulație, puncte de sprijin, cuvinte-referent, care să ajusteze conținutul fără a pune sub semnul întrebării validitatea acestuia.

Comunitatea medicală poate fi circumscrisă în jurul următorilor actori identificați: medici, infirmiere, chirurghi, chimioterapeuți, radioterapeuți etc. Ei constituie „comunități discursive nucleare”⁸ pe care pacientul trebuie să le întâlnească și cu care este obligat să comunice despre boala sa, despre viața sa cotidiană, dificultățile psihologice și problemele sale sociale. Vocabularul circulant depășește atunci vocabularul strict medical. Termenii utilizați pot aparține domeniului dreptului sau domeniului social (curatelă, protecție judiciară). Termenii relativi la boală pot circula și în afara sferelor specializate, pacientul vorbind atât cu echipele medicale, dar și cu ceilalți pacienți, cu apropiații, informația pe care acesta o deține provenind și din consultarea internetului, de la televiziune sau din jurnale. El se confruntă astfel cu o multitudine de discursuri cu terminologii variate. Este vorba despre variația diacronică, diastratică și idiosincrazică, pacientul evoluând, învățând, „împrumutând termeni de la altul, de la alții, reluându-i, apropiindu-și-i”⁹.

Apropierea de către pacient a terminologiilor circulante este esențială. Terminologia este parte integrantă a relațiilor interindividuale, intervenind în comunicarea cu medicii și echipele medicale, în schimburile de informații cu apropiații și ceilalți pacienți, în citirea dosarului medical. De unde obligația ca jargonul medical, termenii și frazeologia proprie activității medicale să poată fi înțelese de pacienți pentru a-și înțelege boala, examenele făcute, tratamentele necesare, consecințele acestora și, în același timp, pentru a putea dialoga cu cei care îi îngrijesc pe tot parcursul tratamentului. Pacienții trebuie deci să identifice și să-și aproprie formele utilizate de comunitățile lingvistice

⁸ Beacco J.-C., « A propos de la structuration des communautés discursives - beaux-arts et appréciatif », in *Les Carnets du CEDISCOR*, n°3, 1995, p. 138.

⁹ Julien Carretier, Valérie Delavigne, Béatrice Fervers, *Du langage expert au langage patient*, Sciences-Croisées, nr. 6, Le langage, p. 12. <http://sciences-croisees.com/N6/Carretier.pdf>

medicale pentru a le decoda, dar și pentru a le încoda, și pentru a le manipula în funcție de dorința lor de dialog și de participare la deciziile medicale care-i privesc. Asta presupune ca termenii să fie încorporați în vocabularul pasiv și activ al pacientului, să devină familiari, pierzându-și astfel caracterul exotic și nemaiproducând la aceștia un sentiment neologic.¹⁰ „Nicio autoritate nu poate controla total modul în care este citit, înțeles, interpretat un text. Adesea cititorul face ca textele să sufere tratamente de o dezinvoltură deconcertantă, chiar și atunci când întreține cu obiectul-carte un raport respectuos în aparență.”¹¹

Cuvinte ce nu trebuie spuse

Activitatea discursivă poate fi considerată un demers care să-i dea cititorului instrumente pentru reformulare, respunere, apropiere.¹² În acest scop, enunțătorul trebuie să-l „țină de mână” pe cititor, pentru a relua fericita expresie a lui Pierre Laszlo¹³, „oferindu-i singurele instrumente pe care le are la dispoziție: cuvintele, gândite ca resurse, și nu ca obstacole, și permițându-i o «negociere cognitivă»”¹⁴.

Sensul medical și cel popular diferă semantic pentru anumite cuvinte simple care devin peiorative. Este, de exemplu, cazul cuvântului „cronic” ce înlocuiește, în mintea populației și uneori chiar a medicilor, termenul de incurabilitate. Dicționarul explicativ al limbii române¹⁵ oferă următoarea definiție a adjectivului **cronic**, cu referire la boli: „Care are o evoluție lentă, care are un caracter de durată”, prin opoziție cu acut: „Cu evoluție rapidă, cu caracter de criză. Iată de cetrebuie explicate aceste sensuri pacientului, pentru a nu crede că traducerea la nivel mintal a unei boli cronice să-l facă să perceapă că nu poate fi vindecat, că boala este fără leac, nevindecabilă.

Este, de asemenea, cazul lui „degenerativ” care, în reumatologie, i se opune termenului „inflamatoriu”, iar în neurologie indică evoluția spre agravare. Cu conotații negative, acesta este perceput ca foarte devalorizant, încărcat de reprezentări negative de sine, ducând invariabil cu gândul la moarte. În cazul diagnosticului unui radiolog de **degenerescență discală**, mai ales dacă este **etajată**, induce ideea unei coloane vertebrale foarte afectate, ducând cu gândul

¹⁰ Gardin B. et al., « A propos du "sentiment néologique" », in *Langages*, n°36, 1974, pp. 45-52.

¹¹ Petit M., *Éloge de la lecture. La construction de soi*, Paris, Belin, 2002, p. 17.

¹² Bakhtine M., *Le marxisme et la philosophie du langage*, Paris, Minuit, 1977.

¹³ Laszlo P., *La vulgarisation scientifique*, Paris : Presses universitaires de France, 1993, p. 70.

¹⁴ Gaudin F., *Une approche sociolinguistique de la terminologie*, Mémoire pour l’habilitation à diriger les recherches, URA CNRS 1164, Université de Rouen, 1996, p. 73.

¹⁵ DEX 2009

la putreziciune, premisă a tuturor relelor posibile, cu atât mai mult cu cât procesul este imaginat ca fiind evolutiv. În fapt, acesta este un termen generic care sugerează afectarea integrității discale, nereprezentând un diagnostic în sine, cu sferă bine definită și, în nici un caz, fără risc de moarte. În cazul ficatului, de asemenea, **degenerescența grăsoasă a ficatului** nu este în fapt un diagnostic, ci doar una din formulările incluse într-o clasificare pentru ca o afecțiune să poată fi codificată. Important este diagnosticul liber formulat de medic, utilizarea acestui termen neindicând altceva decât că nu i se cunoaște cauza.

În cazul maladiei Alzheimer, nu trebuie niciodată utilizat termenul „demență”, asociat frecvent cu nebunia în sensul comun al termenului și trimite la proiecții legate de pierderea de identitate, oricare ar fi stadiul bolii. Sintagmele „**degenerescență cerebrală** sau **atingere degenerativă**” sunt înțelese ca un proces foarte negativ, adăugând la efectul de anunț, perspectiva unui prognostic sumbru. Sintagmele „**tulburări cognitive, tulburări mnezice, tulburări ale funcțiilor superioare**”, riscă să fie percepute drept jargon medical, nefiind decât foarte puțin utilizate în limbajul curent. Termeni ca **demență senilă** sau **senilitate** trebuie proscrși, fiind devalorizanți și având o utilizare depășită. În locul lor, pot fi folosite sintagme precum „maladia Alzheimer” sau „maladie neurodegenerativă” sau „maladia memoriei”, deoarece acestea sunt destigmatizante.¹⁶

În cazul anunțării unui cancer¹⁷, obiectivele generale ale dispozitivului de anunț sunt acelea care să-i permită persoanei bolnave: să dobândească cunoștințe și să dezvolte capacitățile necesare pentru a gestiona simptomele penibile; să trăiască cotidian cu boala; să prevină complicațiile și să pactizeze cu limitările; să facă față incertitudinii și să dea un sens parcursului vieții. Trebuie utilizată sintagma „efect secundar” sau aceea de „efect indezirabil”, efectul secundar putând fi orice altceva decât secundar, iar efectul indezirabil riscând să introducă o confuzie cu noțiunea de „eveniment indezirabil grav”, care este definit în acest context ca susceptibil să antreneze o prelungire a spitalizării, să se afle la originea unui handicap sau a unei incapacități la

¹⁶ Dr Laurence Luquel, Dr Daniel Dreuil, Annonce de la maladie d'Alzheimer, in HAS, Haute Autorité de santé, Annoncer une mauvaise Nouvelle, Service Evaluation des Pratiques – Février 2008.

¹⁷ Dr Fadila Farsi, Mme Roselyne Thiéry-Bajolet, Annonce d'un cancer, in HAS, Haute Autorité de santé, Annoncer une mauvaise Nouvelle, Service Evaluation des Pratiques – Février 2008.

sfârșitul spitalizării sau să fie asociat cu amenințarea vitală sau cu decesul legat de îngrijiri.¹⁸

Concluzie

Sunt multe de schimbat în cadrul dialogului medic-pacient-apropiați-societate. În primul rând, raționamentul medical elimină adesea etapa clinică concentrându-se aproape exclusiv asupra examenelor complementare legate adesea de o imagine radiologică sau de o modificare biologică discutabilă. Din ce în ce mai mulți medici sunt convingși că un diagnostic nu este complet fără confirmarea biologică sau imagistică, situația de handicap și subiectivitatea pacientului fiind adesea uitată în cadrul demersului medical.

După părerea noastră, subiectivitatea este esențială, trebuind să fie luată în considerație chiar și atunci când pare extravagantă. Ea ține de imaginar, de frici, de reprezentările bolnavului despre boală, este legată de personalitatea, de educația și cultura fiecăruia, jucând un rol esențial în funcționarea tandemului medic-pacient.

Trebuie spus că a fi medic și a fi bolnav constituie două statute diferite, medicul fiind și el supus suferinței: aceea a poverii pe care o poartă împreună cu pacientul său, aceea a neputinței de a putea vindeca sau măcar de a alina.

Bibliografie

Bakhtine M., *Le marxisme et la philosophie du langage*, Paris, Minuit, 1977.

Beacco J.-C., « A propos de la structuration des communautés discursives - beaux-arts et appréciatif », in *Les Carnets du CEDISCOR*, n°3, 1995.

Chabrol R., « La démocratie sanitaire », in *Revue française des affaires sociales*, n°2, 2000.

Fadila Farsi, Roselyne Thiéry-Bajolet, *Annonce d'un cancer*, in HAS, Haute Autorité de santé, *Annoncer une mauvaise Nouvelle*, Service Evaluation des Pratiques – Février 2008.

Gardin B. *et al.*, « A propos du "sentiment néologique" », in *Langages*, n°36, 1974.

Gaudin F., *Une approche sociolinguistique de la terminologie*, Mémoire pour l'habilitation à diriger les recherches, URA CNRS 1164, Université de Rouen, 1996.

HAS, Haute Autorité de santé, *Annoncer une mauvaise Nouvelle*, Service Evaluation des Pratiques – Février 2008.

¹⁸ HAS, Haute Autorité de santé, *Annoncer une mauvaise Nouvelle*, Service Evaluation des Pratiques – Février 2008.

Julien Carretier, Valérie Delavigne, Béatrice Fervers, *Du langage expert au langage patient*, Sciences-Croisées, nr. 6, Le langage, <http://sciences-croisees.com/N6/Carretier.pdf>.

Laszlo P., *La vulgarisation scientifique*, Paris : Presses universitaires de France, 1993.

Laurence Luquel, Daniel Dreuil, Annonce de la maladie d'Alzheimer, in HAS, Haute Autorité de santé, Annoncer une mauvaise Nouvelle, Service Evaluation des Pratiques – Février 2008.

Moley-Massol I. L'annonce de la maladie, une parole qui engage. DaTeBe éditions, 2004.

Moley-Massol I. L'annonce de la maladie, une parole qui engage. DaTeBe éditions, 2004; Ruszniewski M. Face à la maladie grave, parents, famille, soignants. Ed. Dunod, Paris, 1999.

Moumjid N., Protière C., Morelle M., Brémond A., Mignotte H., Faure C., Meunier A., (in press) : « La prise de décision partagée dans la rencontre médecin-patient : évolution récente et état des lieux dans le cancer du sein en France », in *JEM*. 2009.

Petit M., *Éloge de la lecture. La construction de soi*, Paris, Belin, 2002.

Stengers I., *Sciences et pouvoirs*, Paris, La Découverte, 2002; Latour B., *La science en action*, Paris, La découverte, 1989.