

DEONTOLOGIA COMUNICĂRII PACIENT - DOCTOR

Conf. univ. dr. CORINA RĂDULESCU

Facultatea de Administrație și Afaceri

Universitatea din București

corina.radulescu@faa.unibuc.ro

Abstract: Folosim termenul deontologie în sensul său etimologic (știință a îndatoririlor specifice unei profesii) și analizăm „legile” pe care trebuie să le respectăm în comunicarea interpersonală (dinspre emițător, receptor, mesaj, cod, context, mijloace de comunicare), în particular în relația pacient – doctor. Chiar dacă *Ce spun?* ocupă un loc mai puțin important ca procent (cuvintele rostite – 7%) decât *Cum spun?* (paralimbaj și non-verbal – 93%), în demersul nostru evidențiem faptul că singurul pact semantic minimal (ce limitează entropia semantică la valori mai mici în procesul de decodare) îl avem atunci când comunicăm prin cuvinte. Pentru a ajunge la comunicare eficientă (dialog) trebuie să nu rămânem izolați în propria vorbire (*parole*), să folosim codul comun, iar formele de comunicare paraverbale și non-verbale să le întrebuițăm în funcția lor primă – aceea de a pune în valoare codul verbal, de a transmite cât mai expresiv mesajul, de a configura capitalul de simpatie și încredere necesar în relația dintre medic și pacientul său.

Keywords: comunicare interpersonală, vorbire (*parole*), cod comun, distincția a auzi - a asculta, comunicare paraverbală, comunicare non-verbală

1. Introducere

Potrivit sorgintei sale, deontologia se poate defini ca știință a ceea ce trebuie să facem în profesia noastră, ca o permanentă căutare a celui „mijloc” (medie rațională – *mesotes*) dintre extremele false ce există în cadrul fiecărei profesii, în particular a medicului.

Ținând cont de faptul că procesul de relaționare cu Celălalt, abilitățile de comunicare ale medicului, competența, experiența, capacitatea sa de dăruire și puterea de a transmite pacientului încredere sunt importante în relația medic – pacient, în realizarea principiilor etice, în demersul nostru **ne propunem** să analizăm „legile”, „normele” care ne ajută să comunicăm eficient, să construim un dialog în comunicarea interpersonală. Respectul demnității persoanelor, respectul libertății bolnavului, informarea corectă cu privire la diagnostic și tratament, respectul secretului profesional și toate celelalte reguli de comportament proprii activității medicale pot fi realizate atunci când respectăm axiomele comunicării interpersonale. Într-un prim moment, trebuie să ieșim din propria vorbire (*parole*) pentru a ne împărtăși din a interlocutorului, respectiv să construim codul comun, condiție a priori pentru a avea loc dialogul. Însăși etimologia cuvântului comunicare ne conduce spre această idee: termenul latin *communicare* însemna la început punerea în comun a unor lucruri de indiferent ce natură. Capacitatea de a delibera, de a pune un diagnostic, evaluarea pacientului trebuie să se efectueze într-un dialog constant cu acesta din urmă. Relația doctor - pacient este o știință și o artă, în care se îmbină principiile de etică cu cele de deontologie a comunicării.

Mai întâi definim comunicarea, apoi analizăm procesul comunicării interpersonale, în particular medic – pacient, din perspectiva axiomelor ce trebuie respectate pentru a ajunge la dialog, la comunicare eficientă.

Vom arăta că sensul cuvintelor este în noi și nu în ele (caracterul arbitrar al semnului lingvistic), prin urmare problema de bază a procesului de comunicare este cea legată de construirea sensului. Astfel, doar comunicarea prin cuvinte (în pofida procentului mic de 7%) face posibilă comunicarea eficientă întrucât presupune apariția pactului semantic minimal (preeminența codului comun), ce limitează marja de incomprehenșiune a mesajului la valori mai mici. În celelalte forme de comunicare prezentate în lucrarea noastră, ce țin de paraverbal (38%) și non-verbal (55%) mesajul poate fi mult deformat în cadrul procesului de decodare, în sensul dorit de către receptor (pacient sau doctor). Comunicarea prin gesturi, privire, proxemică, etc. duce la o mai mare entropie semantică, în comparație cu cuvântul (semnul lingvistic). Semnificația formelor

non-verbale depinde mult de civilizația și cultura din care acestea fac parte, precum și de particularitățile psihologice, educație, experiența etc. ale destinatarului.

2. Importanța comunicării eficiente în relația medic – pacient

2.1 Etimologia și semnificația termenului deontologie

Termenul *deontologie* provine din cuvintele grecești *deon*, *ontos* care înseamnă obligație, datorie, ceea ce trebuie făcut și *logos* care semnifică rostire, justificare rațională, rațiune, definiție, facultate rațională, proporție.

În limba greacă *deon*, *ontos* înseamnă datorie, obligație, uzanță, iar *logos* în antichitatea greacă are multiple semnificații. De pildă, pentru Heraclit (primul gânditor la care cuvântul *logos* joacă un rol important) *logos*-ul este un principiu subiacent de organizare a universului, înrudit cu înțelesul comun al *logos*-ului ca **proporție**, ca măsură a schimbării, înțeles atât de des asociat cu gândirea lui Heraclit. La Socrate *logos*-ul denumește caracteristicile distinctive ale unui lucru. Platon folosește termenul *logos* în multiple feluri: în contextul opoziției dintre *mytos* și *logos*, cel din urmă înseamnă explicație veritabilă, analitică; în *Phaidon* (76b) Platon relevă drept o caracteristică a adevăratei cunoștințe (*episteme*) capacitatea de a oferi o rațiune (*logos*) a ceea ce cunoaștem.

O accepție tipic aristotelică a *logos*-ului este aceea de rațiune, raționalitate, mai cu seamă **în context etic** (*Etica Nicomahică*, 1134a, *Politica*, 1332a) și frecvent în sintagma *rațiune dreaptă*. El mai înțelege *logos*-ul și ca proporție matematică, **raport**, iar virtuțile morale (dreptatea, generozitatea, vitejia, înțelepciunea, etc.) sunt definite ca o medie rațională (*mesotes*) între „prea puțin” și „prea mult”. În practică, se dovedește extrem de greu de definit acest mijloc, ca măsură a desăvârșirii (virtutea), iar cuvântul grecesc *logos* viza această știință de a ajunge la virtute.

Prin urmare, potrivit etimologiei, cuvântul din limba română deontologie (*deont(o)* + *logos*) se referă la ansamblul îndatoririlor care îi revin medicului în cadrul exercitării profesiei, în raport cu pacienții, cu ceilalți medici, cu personalul medical mediu și auxiliar, îndatoriri care se formează pe baza codurilor deontologice și tradițiilor profesiei.

Potrivit sorgintei sale, deontologia se poate defini ca **știință a ceea ce trebuie să facem în profesia noastră**, ca o permanentă căutare a acelu „mijloc” (*mesotes* = medie rațională = virtutea, definită ca măsură a desăvârșirii), între „prea puțin” și „prea mult”, extremele false se există în cadrul fiecărei profesii, în particular în cea a medicului.

2.2 Competența etică presupune excelența în comunicarea interpersonală

Încă din antichitate societatea a dovedit necesitatea definirii unui cod de comportament propriu medicilor, atât pentru încadrarea activităților lor, cât și pentru a da mai multă încredere pacientului, pentru „a clădi” capitalul de simpatie și încredere, necesar îngrijirii bolnavului.

Cel mai vechi este cel al Școlii din Cos animată de Hippocrate (460 – 377 î.e.n.). Celebrul **jurământ al lui Hippocrate** se depunea la intrarea în școala de medicină, iar viitorul medic accepta să se supună acelor reguli. De-a lungul timpului medicii au respectat aceste principii conținute în jurământul lui Hippocrate și l-au adaptat evoluției practicii medicale. Deontologia medicului este condensată în Codul deontologic al Colegiului Medicilor din România (1997), care este, în mod periodic, actualizat. Dintre regulile de comportament amintim: independența profesională a medicului și responsabilitatea, păstrarea secretului profesional, faptul că trebuie să informeze pacientul cu privire la boala acestuia, tratamentul necesar și șansele de însănătoșire fără să trezească prin comportamentul său imaginea unei boli mai grave decât în realitate. Devotamentul față de pacient se poate traduce prin trei mari principii înscrise în Codul de deontologie medicală:

- respectul demnității persoanelor;
- respectul libertății bolnavului;
- respectul secretului medical.

Competența etică presupune capacitatea de a delibera (problema deciziei este considerată punctul central al procesului etic), de a înțelege sensul diferitelor norme juridice, medicale, instituționale în cauză, de a le evalua și a acționa în conformitate cu sensul sintagmei *deontologie* (știință a ceea ce trebuie să facem în profesia de

medic, medie rațională între extremele false, căutarea „mijlocului”, ca măsură a desăvârșirii). **Această evaluare trebuie să se efectueze într-un dialog constant cu pacientul** pentru a ști cum să ierarhizăm diversele norme.

Actul medical este locul de convergență a 3 factori: bolnavul, medicul și societatea, iar competența etică a medicului presupune capacitatea lui de a analiza în mod critic deciziile în lumina unui număr de elemente externe, atât culturale, cât și sociale. Suntem condiționați de ereditate, de mediul socio – cultural din care provenim, de educația primită, de ideologia și religia în care am fost crescuți, etc. motiv pentru care trebuie să evaluăm cu mult simț critic, să sesizăm divergențele de opinie sau de comportament și să ajungem cât mai aproape de sufletul și personalitatea bolnavului, respectându-ne profesia și respectându-l.

Abilitățile comunicaționale ale medicului, capacitatea sa de dăruire sunt puncte ancoră în relația pacient – medic din perspectiva psihologiei moderne. Puterea de comunicare a medicului este cu atât mai importantă în contextul în care astăzi asistăm la prioritatea modelului „autonomist” față de cel „paternalist” în relația medic – pacient.

Modelul paternalist face referire la relația dintre părinți și copii, respectiv principiul de a face bine legitimează o protecție a pacientului, slăbit de boală, de suferință, uneori de ignoranță. Valoarea fundamentală în relația de a face bine în sens paternalist este cea a **responsabilității totale**, fără ca medicul să aștepte reciprocitatea („regula de aur” în etică), această absență a reciprocității accentuând asimetria fundamentală a relației medic – bolnav. Acest model a fost acceptat în trecut, la pacienții care prezentau afecțiuni acute grave și îi puneau în situația de mare dependență față de doctor, în timp ce eficacitatea terapeutică era modestă, incertă.

În zilele noastre, acest model este considerat caduc, întrucât bolnavul nu mai este acel individ pasiv, care se descarcă în totalitate pe medic ca responsabilitate a deciziei. Pacientul este bine informat cu privire la boala sa, cu privire la rezultatele investigațiilor și participă la toate deciziile atât cu referire la diagnostic, cât mai ales la tratament. Această atitudine este cu atât mai justificată cu cât unele explorări medicale și tratamente nu sunt lipsite de risc.

Modelul autonomist înseamnă a face bine altuia, așa cum te-ai angajat ca medic, în acord cu bolnavul însuși (atât în privința diagnosticului, cât și a tratamentului). Pentru realizarea acestui model, medicul trebuie să respecte totalitatea îndatoririlor morale care îi revin față de bolnav, în principal libertatea și demnitatea bolnavului. **Principiul respectării autonomiei pacientului** devine principiul de bază al deontologiei medicale.

Competența profesională a unui medic nu înseamnă doar a ști să pună un diagnostic sau a stabili un plan de tratament, ci și a lua o decizie cu un pacient vulnerabil (problema deciziei este considerată punctul central al procesului etic). Mai întâi trebuie să fie în măsură să comunice, să se deschidă altuia, să dialogheze – în primul moment să pună în paranteză propriul limbaj (*parole*) pentru a cunoaște limbajul pacientului. A dialoga rămâne pivotul central al competenței profesionale și etice a medicului.

Medicul trebuie să ofere persoanei pe care o examinează o informație loială, accesibilă, inteligibilă, apropiată de starea sa, de investigațiile și tratamentele pe care le propune. **Profesionalismul medicului include capacitatea lui de a dialoga**, de a delibera, de a analiza critic practicile sociale și propriile practici. Nimic nu poate înlocui relația de încredere care trebuie să existe între medic și pacientul său, iar acest capital de încredere și de simpatie se construiește pas cu pas printr-o comunicare interpersonală eficientă (în cadrul căreia trebuie să apară dialogul). Prin urmare, vom folosi termenul deontologie în sensul său de bază (știința a ceea ce trebuie făcut în relaționarea cu Celălalt) și vom evidenția „regulile” pe care trebuie să le respectăm în comunicarea interpersonală, în particular în relația medic – pacient.

3. Deontologia comunicării medic – pacient: „reguli” pe care trebuie să le respectăm în comunicarea interpersonală

3.1 Ce înseamnă a comunica: distincția dintre comunicare și comunicație

Comunicarea trebuie definită în **ambele sale dimensiuni**: ca interacțiune între oameni (liant social) și totodată ca împărtășire reciprocă a limbajelor (vorbirilor/*parole*), ca dorință de creare a unui cod comun. Pe de o parte, comunicarea joacă un puternic rol de liant social între oameni, de aici **axa orizontală** a conceptului de comunicare, pe de altă parte, în diferența sa specifică, comunicarea trebuie să fie cuminecare, respectiv să existe dorința împărtășirii reciproce a limbajelor, dorința creării unui cod comun între emițător și receptor pentru a putea avea loc procesul comunicării (**axa verticală** a conceptului), altfel avem de a face mai degrabă cu un proces de comunicație. Cele două dimensiuni, orizontală și verticală, „comunitară și sacră” (M. Dinu, 2007) sunt indisolubil legate una de cealaltă. Stabilirea unei relații de comunicare (preeminența codului comun și

existența axei verticale) este preludiul indispensabil pentru transmiterea de informații (axa orizontală a conceptului).

3.2. Ce înseamnă a comunica eficient? Cum ajungem la dialog?

George Mounin (*Istoria lingvisticii*, 1999) precizează faptul că un proces de comunicare are loc doar atunci *când cele două instanțe - emițătorul și receptorul - își schimbă rolurile și fluxul de semnificații inversat se realizează prin același timp de semne*. În rest, nu se petrece un act de comunicare, ci de contaminare, comuniune sau alte procese conexe comunicării.

Două bariere ale comunicării

Există multe cauze ce duc la lipsa de eficiență într-un proces de comunicare: bariere fizice, sociale (concepții diferite despre viață), gnoseologice (volum precar de cunoaștere, insuficiențe ale experienței, dezvoltarea redusă a gândirii), socio – psihologice (tradiții, obiceiuri, prejudecăți), psihologice (particularități ale percepției, memoriei, convingerilor, etc.), bariere economice, tehnice (lipsa tehnicii care să accelereze circulația informației), lingvistice (slaba cunoaștere a limbilor străine), etc. Dintre acestea cele mai importante (în sensul de greu de combătut) considerăm că sunt două, și anume: **omniprezența zgomotului** (termenul zgomot desemnează clasa, practic infinită, a fenomenelor susceptibile de a distorsiona mesajul prin alterarea calității semnalelor) și **necoincidența dintre codul (vorbirea) emițătorului și cel al receptorului**.

Orice proces de comunicare eficient presupune un trasițător (emițător), care trimite un mesaj unui destinatar (receptor, ascultător); mesajul se raportează la un context și este alcătuit din elementele unui cod lingvistic (pact semantic minimal) și extralingvistic (vârstă, educație, experiență, profesie, etc.), care trebuie să fie, pe cât posibil, comun celor doi parteneri aflați în contact. Barierele comunicării pot să apară dinspre orice parte a întregului. De cele mai multe ori însă, procesul de comunicare e minat de faptul că emițătorul și receptorul nu operează cu un același cod (lingvistic și extralingvistic). Aceasta este și explicația faptului că, în plină eră a dezvoltării telecomunicațiilor asistăm la disoluția comunicării interumane – sub toate formele ei (interpersonală, internă, externă, instituțională etc.)

Astfel, **problema de bază a procesului de comunicare** (eficient) este cea legată de construirea sensului (codului – lingvistic și extralingvistic).

3.3 Sensul cuvintelor este în noi și nu în ele

Comunicarea este un sistem semiotic complex format din două nivele de semnificare: **un prim nivel de articulare** – cel al cuvintelor, și un **al doilea sistem de articulare** – cel nonverbal și elementelor de paralimbaj. Acestea formează un întreg și trebuie întotdeauna analizate împreună. Albert Mehrabian arată că impactul total al comunicării este compus din 0,7 element verbal (aspectul pur informativ), 0,38 element vocal (mod de transmitere) și 0,55 aspect facial și corporal. Altfel formulat, impactul unei conversații depinde numai în proporție de 7% de cuvintele rostite, în timp ce mimica și gesturile au un aport de 55%, iar intonația și celelalte elemente vocale 38%.

Distincția dintre semnal și semnificație (deosebirea dintre a auzi și a asculta)

Chiar dacă **Ce spun?** ocupă un loc mai puțin important (cuvintele rostite – 7%) decât **Cum spun?** (non-verbal și paralimbaj 93%) comunicarea se face de obicei prin cuvinte (deoarece în cadrul comunicării verbale există un pact semantic minimal ce limitează marja de incomprehensiune la valori mult mai mici decât în cazul comunicării non-verbale), oamenii presupun că aceste cuvinte „transportă” înțelesuri – imagine cu totul înșelătoare. Vorbele nu își conțin sensurile, acestea meexistând decât în mintea celor care le utilizează.

Comunicare prin cuvinte face posibilă comunicarea, pentru că în cazul cuvintelor avem un pact semantic minimal (denotația lor). Spre deosebire de semnul verbal, în cazul celorlalte forme de comunicare: gesturi, privire, proxemică, vestimentație, culori, etc. – mesajul poate fi foarte mult deformat de către destinatar. Toate aceste forme secundare de comunicare au semnificații diferite în funcție de civilizația, cultura din care provin, precum și în funcție de particularitățile psiho – sociale ale fiecărei personalități umane. Așadar nu putem vorbi de un pact semantic minimal (cod) în materie de paraverbal și non-verbal, motiv pentru care, de multe ori, acestea devin obstacol în comunicare.

Comunicarea prin cuvinte (7%)

Cuvântul rostit nu e nimic altceva decât un semnal fizic care, o dată ajuns la receptor, poate sau nu să declanșeze în mintea acestuia un înțeles, strict condiționat însă de cunoașterea unui cod anume, în absența căruia comunicarea este imposibilă.

Distincția dintre cuvânt ca semnal fizic și cuvânt ca semn lingvistic (caracterul arbitrar al semnului lingvistic)

Faptul că semnul lingvistic (cuvântul) are o natură arbitrară este cunoscut și analizat din antichitatea greacă (Platon – *Cratylus*, Aristotel – *Despre interpretare*, etc.), dar Ferdinand de Saussure (1857 – 1913) este cel care arată, în 1916, în mod expres că natura semnului este arbitrară (*Curs de lingvistică generală*, 1998). Respectiv, între semnificant (înlănțuirea de foneme, partea „carnală” a cuvântului) și conceptul pe care îl reprezintă (semnificat), nu există relație intrinsecă. Nu există o legătură de cauzalitate internă între un anume semnificat – de exemplu, soră, și lanțul fonetic care îl reprezintă (s-o-r-ă). De pildă, secvența de sunete c-o-r înseamnă pentru român o formație vocală, pentru francez un instrument muzical, pentru latin - inimă. Niciunul din aceste sensuri nu este conținut în cuvânt, deși atât vorbitorii obișnuiți, cât și lingviștii apelează curent la formule de genul „semnificația termenului”. De fapt, cuvintele nu sunt altceva decât simple semnale fizice (semnificanți), menite să reactualizeze în mintea receptorului concepte preexistente, idei conturate și fixate, pe baza generalizării experienței personale, atât lingvistice cât și extralingvistice. Cum exemplifică Mihai Dinu, înțelegem sensul cuvântului dragoste în moduri diferite la 10, 20, 30, 40 sau 60 de ani, din cauza acumulării în timp a experiențelor reale și simbolice, legate de acest sentiment complex (Dinu, 2008).

Prin urmare, **semnificația unui cuvânt este extrinsecă** (și nu intrinsecă cum presupun cei mai mulți dintre noi), iar receptorul când decodează mesajul trebuie să fie **activ**, în sensul în care trebuie să transforme cuvântul din semnal fizic în semn lingvistic (semnificație) într-un mod obiectiv (în conformitate cu codul lingvistic – pact semantic minimal). Tendința este să fim subiectivi când decodăm, adică să înțelegem ce ne place, ce ne dorim, ce ne convine să auzim și deformăm mesajul în funcție de percepția noastră subiectivă, punem accentul pe conotații și facem abstracție de denotația cuvântului respectiv.

Distincția dintre a auzi și a asculta

Astfel, în primul moment, cuvintele sunt doar niște semnale sonore. Cel ce aude nu e decât un receptacol pasiv de semnale sonore (fapt ce nu conduce în niciun fel la comunicare eficientă), pe când ascultătorul le traduce și interpretează, adică transformă cuvântul din semnal fizic în semn lingvistic (conform pactului semantic minimal și nu subiectivității sale).

Distincția denotație - conotație

Posibilitatea deformării mesajului din primul moment este facilitată și de faptul că un cuvânt are multe straturi. Noțiunile de denotație și conotație pot să aducă un plus de claritate în această problemă. **Denotația** este acea latură a semnificației care pentru toți acei care aparțin unei comunități de limbă, este mai mult sau mai puțin identică – **primul sens** al cuvântului, precizat de dicționarul explicativ al limbii respective (nivelul A de semnificare, limbajul prim, referențial). Conotația privește un sens secund (nivelul B de semnificare), supra-adăugat sensului prim. În raport cu denotația, conotația exprimă atitudinea emoțională a locutorului față de semnele pe care le emite sau receptează.

Cuvântul este o entitate cu dublă față (semnificant și semnificat), **care trimite la un referent** (obiect fizic sau mental: masă, scaun, teoremă, etc.) și **presupune un proces de semnificare**, respectiv asocierea celor două componente. Semnificația este actul ce unește (conform codului – pact semantic minimal) semnificatul cu semnificatul, act ce produce sensul.

Semn lingvistic: **Semnificant**

**Semnificat: denotație
conotație**

Exemplu: t-r-a-n-d-a-f-i-r (semnificant) – lanțul de foneme

trandafir: o floare (denotația cuvântului precizată de DEX)

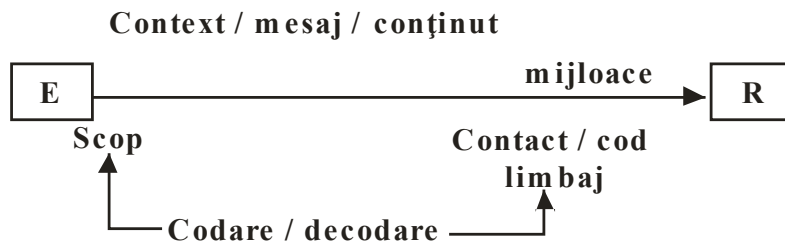
pasiune (conotația cuvântului precizată de DEX)

Consecințe pozitive și negative ale caracterului arbitrar al semnului lingvistic:

- face posibilă comunicarea, putem construi un cod (pact semantic minimal – respectiv DEX-ul, care precizează, mai întâi, semnificația de bază – denotația cuvântului, apoi conotațiile lui); în calitate de emițători și receptori trebuie să respectăm semnificațiile cuvintelor precizate în DEX, în acel moment comunicarea devine posibilă, codăm și decodăm mai puțin subiectiv; în situația relației medic – pacient trebuie să avem în vedere semnificația corectă a termenilor, din punct de vedere medical;
- și în cazul decodării cuvintelor putem deforma mesajul în sensul dorit de noi; cel mai mare obstacol în comunicare este subiectivitatea noastră. Semnele lingvistice au particularitatea de a fi polisemice (capacitatea unui text sau imagine de a prezenta mai multe semnificații diferite în funcție de contextul lecturii). Semnificațiile cuvintelor pot să difere de la o persoană la alta, dacă se pleacă de la conotațiile și nu de la denotația lor;
- codul – pact semantic minimal – constă dintr-o serie de reguli ce permit atribuirea unei semnificații semnului, el face posibilă comunicarea. Fiecare persoană are propria sa vorbire pentru a putea comunica (cu medicul etc.) trebuie ca în primul moment „să pună în paranteză” propria vorbire (*parole*) și să cunoască vorbirea interlocutorului, să verifice dacă există codul (lingvistic și extralingvistic) comun; codificarea (actul prin care o serie de semnificații sunt transpuse prin intermediul regulilor într-un anumit text) este o condiție indispensabilă procesului de comunicare eficientă, în sensul găsirii aceluia limbaj comun necesar evitării entropiei semantice. Pentru a evita reversibilitatea transformării mesaj – semnal, codul trebuie să fie conceput (de către emițător/medic) astfel încât traducerea pe care el le mijlocește să aibă un caracter univoc, lipsit de orice ambiguitate.
- comunicarea eficientă: **existența unui cod (lingvistic și extralingvistic) comun între E și R**, așadar, codificarea este condiție și mecanism al comunicării;

Aspectul cel mai spinos al comunicării rezidă tocmai în contradicția dintre nevoia interlocutorilor de a-și transmite mesaje și imposibilitatea practică în care se află ei de a emite și recepționa altceva decât semnale.

3.4 Modelul lingvistic al lui Roman Jakobson – paradigmă pentru comunicarea interpersonală



Relația de comunicare dintre pacient – doctor se realizează în felul următor: medicul emite un mesaj care va fi înscris într-un cod. Înscriserea mesajului într-un cod se numește codare (dacă ținem cont de faptul că limbajul medical este foarte tehnic, specializat, codul nu mai este doar pact semantic minimal). Destinatarii (pacientul) va realiza o acțiune de decodare, descifrare a mesajului transmis. Transferul informației are loc între cele două entități orientate către același scop: medicul are scopul de a oferi diagnosticul și tratamentul, iar pacientul trebuie să decodare corect (să transforme cuvintele din semnale în semne lingvistice conform pactului semantic minimal și nu propriei percepții sau subiectivității sale). Dacă nu există „acordaj semantic” între cei doi pot apărea mesaje întâmplătoare.

3.5. Elementele componente ale procesului de comunicare dintre pacient și medic

Roman Jakobson afirma că: „orice act de vorbire reunește un mesaj și patru elemente legate de acesta: emițătorul, receptorul, tema mesajului și codul utilizat” (Jakobson, 1963). Mesajul este propriu-zis obiectul comunicării, iar „codul” – instrumentul lingvistic al mesajului.

Procesul de comunicare poate fi definit prin **interacțiunea componentelor sale**: roluri de emițere și de recepție, construcția mesajului, contextul, mijloacele de comunicare – toate elementele conduc la o comunicare eficientă (Drăgan, 2008). Prin urmare, când discutăm despre emițător/cel care codifică (de exemplu, medicul) și

receptor/cel care decodifică (pacientul) este important să-i caracterizăm din perspectiva relației dialectice dintre ei.

a. Caracteristici ale emițătorului (medic):

- trebuie să aibă un comportament **flexibil, adaptat**, să dezvolte simultan anumite roluri de receptor (în cazul nostru rolul de pacient), tocmai pentru a-și îmbunătăți rolul de emițător (medic);
- trebuie să dobândească în timp diferite **grade de prestigiu sau credibilitate**, aspect ce are un impact puternic asupra comunicării; după R. P. French și Bertram Raven (Pânișoară, 2008) există cinci baze ale puterii sau influenței: **puterea recompensatoare** (abilitatea de a răsplăti), **puterea coercitivă** (receptorul se așteaptă să fie pedepsit dacă nu se conformează încercării de influență), **puterea referențială** (medicul constituie un model de referință cu care pacientul încearcă să se identifice), **puterea legitimă** (înțelegerea de către ambele părți a faptului că doctorul are dreptul să pretindă ascultare de la pacient cu privire la boala respectivă), **credibilitatea sau puterea expertului** (atribuirea de cunoștințe superioare emițătorului).
- motivația de transmitere a mesajului (de ce vrea să comunice);
- pregătirea socială, educațională și culturală;
- abilitatea de a comunica experiența sa anterioară – să codeze adaptându-se permanent la pacientul în cauză;
- relația personală și situațională cu receptorul;
- atributele psihologice și fiziologice ale medicului, etc.

b. Caracteristici ale receptorului (pacient)

O bună comunicare este centrată obligatoriu pe cel care primește mesajul. Altfel formulat, mesajul trebuie să fie direct legat de posibilitățile de percepție ale celui care îl recepționează, în momentul codificării, medicul trebuie să aibă în vedere decodificarea pe care o poate realiza pacientul. La rândul lui, receptorul/pacientul are „obligăția” de a transforma cuvântul din semnal în semn lingvistic, conform pactului semantic minimal (și nu subiectiv, potrivit cu ceea ce își dorește să audă) – distincția dintre *a auzi* și *a asculta*. După Ion Haineș (*Introducere în teoria comunicării*, 1998) caracteristicile receptorului importante în procesul comunicării sunt:

- obiectivele, atitudinile, motivația de primire a mesajului;
- diferența de pregătire socială, educațională, culturală dintre emițător și receptor (dacă această diferență este prea mare nu mai poate avea loc decodificarea);
- relația personală cu emițătorul;
- atributele psihologice și fiziologice;
- experiența anterioară în situații similare.

c. **Codul** sau pactul lingvistic minimal este un ansamblu unitar, sistematizat al semnelor, semnalelor și simbolurilor, precum și al regulilor de folosire corectă și eficientă a acestora (Eco, 1988), cu ajutorul căruia poate fi transmisă o anumită cantitate de informație de la emițător la receptor, prin intermediul unui canal.

Codul lingvistic: pact semantic minimal

Codul extralingvistic: vârsta, sex, educație, experiență, profesie, religie, cultură, valori, temperament, sociabilitate, etc.

Distincția dintre cod și limbă

Codul se apropie mult de ideea de limbaj și de semn lingvistic. Totuși între cod și limbă nu trebuie să punem semnul egal. Reținem în acest sens afirmațiile lui Pierre Guiraud: *Dar există între limbă și cod o diferență fundamentală: convențiile codului sunt explicite, prestabilite și imperative; cele ale limbii sunt implicite, ele se instituie spontan în chiar cursul comunicării. Omul a creat un cod în vederea comunicării, în timp ce limba se creează chiar în comunicare. De aceea codul este închis și încremenit, el nu se transformă decât în virtutea unui acord explicit al utilizatorilor; pe când limba este deschisă și repusă în discuție cu fiecare vorbă nouă (La semantique, 1964).*

d. Mesajul (conținutul actului de comunicare) presupune un mozaic de informații obiective, precum și judecăți de valoare și trăiri personale în afara acestor informații etc.

A concepe un mesaj pentru un pacient este o știință și o artă în același timp, de aceea e indicat să folosim cea mai eficientă formă de comunicare, și anume comunicarea directă. Mesajele trebuie însoțite, ghidate de precizări cu privire la obiectivele și conținutul lor, în strânsă legătură cu motivația grupului țintă.

Astfel, un mesaj trebuie să răspundă la **trei întrebări principale** (vis-a-vis de pacient):

- Ce vor să rețină destinatarii comunicării, sau care vor fi avantajele lor după ce vor lua cunoștință de mesaj (**beneficiu**)?
- În virtutea căror rațiuni respectivii pacienți vor, într-un fel sau altul, să-și modifice percepția, opinia sau comportamentul (**de ce**)?
- Care este *tonalitatea* sau impresia generală a comunicării (**tonalitate**)? Este vorba despre o comunicare austeră sau mai degrabă un mesaj ușor și agreabil de decodat? Care va fi *textura* mesajului nostru, cum combinăm formele de comunicare – verbalul cu non-verbalul?

Mai întâi, trebuie să precizăm **mesajul de bază** ce dorim să fie vehiculat. Nu e recomandabil să transmitem mai multe mesaje diferite în același timp, ci trebuie să ne concentrăm asupra unuia sau două mesaje principale. Apoi, comunicarea va fi structurată – trebuie să indicăm conexiunea dintre principalele elemente și argumentele folosite.

e. Contextul reprezintă cadrul – fizic, temporal, lingvistic, psiholingvistic etc – în care se produce comunicarea. Fiecare context impune anumite norme de comportament și de comunicare, de aceea relația medic – pacient are loc la spital, cabinet privat etc.

f. Alegerea și planificarea instrumentelor de comunicare.

Instrumentele de comunicare sunt mijloace sau suporturi ce permit *transportarea* mesajului de la emițător la destinatar. La modul general, un medic poate folosi pentru a comunica cu pacientul său următoarele instrumente:

- comunicarea directă (cea mai eficientă formă de comunicare datorită controlului pe care îl putem avea asupra decodării mesajului, celelalte reprezintă substitute ale ei) – formă completă de comunicare în cadrul căreia poate să apară dialogul;
- comunicare multimedia: Internet, telefoane mobile, rețele sociale, etc.
- relații publice: relații cu media, participare la reuniuni, organizare de evenimente, participare la târguri și expoziții, etc.;
- comunicare publicitară: la televiziune, în jurnale, la radio, afișe etc.

Alegerea instrumentelor este strâns legată de mesaj și de o cât mai bună adaptare la pacientul respectiv.

Selectăm instrumentele de comunicare și suporturile în funcție de mai mulți factori dintre care amintim:

- Cel mai important criteriu se referă la **adecvarea ce trebuie să existe între mesaj și suport**. Suportul trebuie să fie capabil (din punct de vedere tehnic) să vehiculeze mesajele pe care organizația/spitalul dorește să le transmită. De pildă, o informație simplă precum ora de deschidere a cabinetului medical poate fi afișată pe un site Internet, panou, dar explicarea procesului ce ține de o anumită investigație medicală este dificil de sintetizat pe o simplă foaie, prin urmare, apelăm la o broșură, realizăm un ghid, precum și alte suporturi menite să completeze informația primită de la doctor.
- **Audiența** sau capacitatea de a atinge grupurile țintă: este vorba despre procentul persoanelor din grupul țintă ce au pe puțin o șansă de contact cu suportul respectiv, pe o perioadă definită de timp. Atunci când dispunem de listă și adrese ale persoanelor din grupul ce trebuie atins este ușor să le trimitem o broșură și să avem audiență de 100%. Când nu dispunem de o asemenea listă încercăm să reducem cât mai mult pierderea difuzării mesajului.
- **Frecvența** – corespunde numărului mediu de contacte pe o care un pacient poate să le aibă cu un suport într-o perioadă definită de timp. Un mesaj complex – legat de operație, o investigație dificilă etc. – are nevoie de o repetare frecventă pentru a putea fi înțeles și asimilat. În această situație e bine să combinăm mai multe forme și instrumente de comunicare (directe și indirecte).
- **Perioada și durata:** momentul în care mesajul este difuzat, astfel încât să se asigure continuitatea în difuzare.

- **Credibilitatea suportului:** în comunicare, media sau canalul de transmitere contează adesea tot atât de mult ca sensul său conținutul mesajului însuși. Importanța suportului (care nu este neutru) și a credibilității sale în percepția grupurilor țintă poate să joace un rol determinant în receptarea mesajului.
- **Bugetul:** resursele financiare de care dispunem, precum și resursele de personal constrâng la rândul lor alegerea instrumentelor. Cel mai scump suport de comunicare este publicitatea și cel mai ieftin - media electronică.

3.6 Comunicarea paraverbală: *tonul face muzica* (38%)

Albert Mehrabian atribuie o pondere de 38% acestei componente a comunicării interpersonale, dovadă că expresia *tonul face muzica* reflectă o realitate mai profundă decât pare la prima vedere. Cu atât mai mult în relația medic – pacient acest lucru este important, un paraverbal armonios, cu afecțiune, blând din partea medicului poate să facă minuni pentru problemele medicale și pentru psihicul bolnavului.

Atunci când Mehrabian avansa procentul de 38% nu se gândea în primul rând la suma de sunete nearticulate gen oftat, plescăit, plâns, tuse, fluierat etc., ci la ansamblul trăsăturilor muzicale ale rostirii: înălțime, intensitate, timbru, tempo - care îmbracă precum o aură vorbirea medicului sau a pacientului. Există în dialogul viu dintre medic și pacient o multitudinea de nuanțe care se pierd atunci când avem de-a face cu comunicarea scrisă, este unul dintre motivele ce definesc comunicarea directă ca fiind comunicare completă.

Timbrul, înălțimea, intensitatea glasului nostru țin de melodia vorbirii și forța acestor elemente nu constă, în principal, în capacitatea lor de a exprima valori semantice, logice, ci în efectele emoționale pe care le produc asupra ascultătorului (medic sau pacient).

S-a observat faptul că „vorbirea pe un ton parental transmite un mesaj subliminal de încredere, experiență, ordine, competență” (Prutianu, 2000), prin urmare, este bine ca medicul să țină cont de această recomandare.

3.7 Comunicarea umană non-verbală (55%)

Elementele non-verbale ce însoțesc graiul articulat ne oferă informații suplimentare, ele exprimă educația primită și starea de spirit a celui care vorbește (medic sau pacient). Formele de comunicare non-verbală completează și pun în valoare codul principal (cel verbal), uneori pot să-l contracizeze, regularizează fluxul comunicațional, în unele situații se substituie comunicării verbale (în special ca acțiune dramatică: teatru, balet, etc).

Comunicarea nonverbală are o mare doză de credibil datorită caracterului arbitrar (nemotivat) mai mic, în comparație cu semnul lingvistic. De multe ori, atunci când sensul mesajului non-verbal intră în conflict cu cel verbal, suntem înclinați să dăm crezare mesajului non-verbal. Poziția corpului, a picioarelor, mișcarea mâinilor, a capului, a ochilor pot comunica starea socială, cultura, emoția, timiditatea, superioritatea sau inferioritatea, modestia, supărarea, furia, mândria, etc. În relațiile interpersonale intervin afectivitatea și sensibilitatea noastră, în mare parte datorită elementelor de paralimbaj. Cunoașterea manifestărilor kinezeice ale oamenilor constituie una dintre modalitățile cele mai eficiente de a pătrunde în universul lor interior (Birkenbihl, 1999).

Comunicarea umană non-verbală se realizează prin nenumărate căi: gestualitate, mimică, privire, postură, limbajul tactil/contacte fizice (strângerea mâinii, bătaia pe umăr, etc.), proximitatea sau distanța pozițiilor, limbajul muzical, limbajul culorilor, vestimentația, etc.

Toate formele non-verbale sunt dependente de civilizație, cultură, respectiv semnificația acestor forme de comunicare este strâns legată de civilizația din care se naște. De pildă, în Tibet, ne manifestăm aprecierea față de o persoană scoțând limba, în timp ce în România același gest înseamnă dispreț. Interpretarea diferită a aceluiași gest în zone geografice diferite și culturi diferite este clară: desenarea unui cerculeț cu degetele mare și arătător unite la vârf înseamnă „OK” în America, „zero” în Franța, „bani” în Japonia. Chiar dacă - la prima vedere – formele non-verbale par un limbaj universal, de fapt ele nu pot configura ceea ce numim „cod” (pact semantic minimal), motiv pentru care nu sunt la fel de importante precum cuvintele în procesul de comunicare. Ne fiind un cod, ele lasă mult loc de interpretare în procesul de decodare a informației. Toate formele de comunicare non-verbale trebuie subordonate întregului efort de comunicare.

Gestul, în sens larg, vizează „orice mișcare corporală, involuntară sau voluntară, purtătoare a unei semnificații de natură comunicativă sau afectivă” (Wald, L., 1973). Gesturile propriu-zise sunt mișcările extremităților corpului (cap, brațe, degete), iar mimica – mișcări ale mușchilor feței. Pantomima reprezintă „un sistem organizat de gesturi și mimică, capabil de a se substitui vorbirii sonore, în special ca acțiune

dramatică” (Bremmer, Roodenburg, 2000). Pentru anumite domenii de activitate, cum ar fi oratoria, teatrul, muzica (dirijatul, baletul) gestul capătă un rol fundamental. Putem clasifica manifestările kinestezice în funcție de elementul anatomic implicat în transmiterea informației. În relația medic – pacient e important ca medicul să transmită încredere pacientului inclusiv prin formele de comunicare non-verbală.

Cercetătorii sunt unanimi în a-i recunoaște **privirii** statutul de cel mai important mijloc de transmitere a mesajelor non-verbale. Atât calitatea de dezvăluitori ai stărilor interioare (sintagma *ferestrele sufletului*), cât și puterea de influențare a sentimentelor și a voinței (cazul hipnozei) asigură ochilor o poziție privilegiată, deopotrivă ca emițători și ca receptori de semnale interpersonale, asigurând **comunicarea afectivă dintre pacient și doctor**.

Există un adevărat **limbaj al privirilor**. Este vorba despre tipuri de privire, de expresia ochilor, de clipitul ochilor. De exemplu, simpatia este exprimată prin durata și numărul privirilor către o persoană, dorința unor relații afective, aprobarea cuiva prin privire. Forța recunoscută a privirii limitează dreptul de a o folosi oricum și oricât, societatea a stabilit reguli – nescrise - de restrângere a libertății privitorului. Astfel, durata medie a privirii adresate unei persoane necunoscute trebuie să fie de 1,18 secunde pentru a nu fi interpretată ca un act de agresiune. De asemenea, există un criteriu obiectiv pentru a distinge între privirea încărcată de simpatie sau dragoste și cea care denotă ostilitate: evoluția dimensiunilor pupilei. Adversarilor care se înfruntă li se contractă pupilele, în timp ce atracția, interesul pot produce creșteri spectaculoase ale mărimii pupilelor. Există o disciplină numită **pupilometrie** (inițiată de psihologul Ekhard Hess), pe baza căreia s-au construit camere de luat vederi speciale, dotate cu programe apte să analizeze reacțiile pupilare (pentru a observa starea emoțională a subiectului).

În relația medic – pacient, contactul vizual servește la regularizarea fluxului informațional (crește eficiența primirii și decodării mesajului), monitorizează procesul de înțelegere a informației, exprimă emoțiile, indică natura relațiilor interpersonale. Hayes și Orrell (*Introducere în psihologie*, 2003) sugerează că oamenii se uită într-o direcție (în partea stângă) când încearcă să-și amintească ceva și în altă direcție (partea dreaptă) când încearcă să inventeze ceva. Orientarea privirii dezvăluie și ea atitudinea privitorului. Încrezuții și aroganții te privesc „de sus”, chiar și atunci când statura lor nu pare să le-o permită. Putem desprinde un înțeles și din privirile neadresate unui partener (pacient sau medic). De asemenea, când încercăm să ne amintim ceva, privirea ne fuge în mod spontan spre stânga (în direcția emisferei cerebrale care activează sistemele de memorie), în timp ce atunci când căutăm o soluție nouă la o problemă privim spre dreapta (către emisfera responsabilă cu imaginația și creativitatea). Pe de altă parte, coborârea privirii este asociată cu trăirea unei emoții, iar ridicarea ei cu evocarea unei emoții.

Alături de kinezică (kinetică) – știința care studiază limbajul trupului – a apărut o nouă știință, **proxemica** (*proximity* – apropiere, vecinătate). Este vorba despre modul în care omul percepe și își structurează spațiul, distanțele de interacțiune personală, socială și publică, de maniera în care își organizează microspațiul și își stabilește distanțele față de ceilalți oameni în cadrul vieții cotidiene.

Hall E. T. (*The Hidden Dimension*, 1966) observă că aceste distanțe de interacțiune variază după distanțele sociale, după prejudecățile indivizilor, dar mai ales după cultura de apartenență.

Allan Pease (*Limbajul trupului*, 1995) evidențiază la rândul său faptul că aceste distanțe sunt determinate cultural: În timp ce unele culturi, ca de pildă cea japoneză, s-au obișnuit cu aglomerația, altele preferă spațiile larg deschise și le place să mențină distanța (Pease, 1995). De asemenea, distanța personală diferă de la o cultură la alta. Englezii au tendința de a se plasa la aproximativ 60 cm unul de celălalt, iar cei din culturile meridionale se simt bine la distanța de 30 cm.

Allan Pease definește patru zone posibile de distanțe interpersonale, și anume intimă, personală, socială, publică. **Zona intimă** este cuprinsă între 15 – 46 cm (doar celor apropiați emoțional le este permis să pătrundă în ea). **Zona personală** – între 46 cm și 1,22 m (aceasta este distanța ce poate exista între medic și pacient). **Zona socială** – între 1,22 m și 3,60 m. (este distanța pe care o păstrăm față de necunoscuți), **zona publică** – peste 3,60 m (atunci când ne adresăm unui grup mare de oameni).

Ray Birdwhistell – fondatorul kinezicii, Allan Pease și alți cercetători ai non-verbalului au arătat că există o corelație între disponibilitatea de vorbire (bagajul de cuvinte deținut) al unei persoane și numărul de gesturi pe care îl utilizează pentru a transmite mesajul său. Aceasta înseamnă că rangul social, instruirea și prestigiul unei persoane au influență directă asupra numărului de gesturi sau de mișcări ale trupului utilizate. Mai precis, **persoana aflată pe treapta cea mai de sus a ierarhiei sociale sau de conducere se bazează, în principal, pe vocabularul său bogat**, în timp ce una mai puțin educată sau necalificată se va sprijini, pentru transmiterea intențiilor sale, mai mult pe gesturi decât pe cuvinte. Teza principală a lucrărilor de kinezică ale lui

Ray Birdwhistell este că gestualitatea reprezintă un fel de instanță intermediară între cultură (în accepțiunea antropologică a termenului) și personalitatea umană.

Practic o persoană oferă informații despre sine prin absolut orice manifestare a sa, prin modul în care este aranjată și decorată sala de primire și de consultație a bolnavului, prin hainele pe care le îmbracă, prin coafură, etc. Inclusiv vestimentația unei persoane trimite semnale cu privire la competența și seriozitatea sa. Trebuie să optăm pentru discreție și discernământ (să avem în vedere adaptarea la vârstă, profesie, funcție, context, etc.). Vestimentația – formă non-verbală, respectiv secundară de comunicare – trebuie subordonată întregului efort de comunicare, trebuie să ne facem înțeleși prin codul principal (cel verbal) și nu printr-un „cod” secundar. Întâi suntem văzuți, abia după aceea auziți, ținând cont de faptul că prima impresie este una durabilă vestimentația este importantă, dar în procesul de codare, apoi decodare a informației ea nu mai are niciun rol.

4. Concluzii

Sensul cuvintelor este în noi și nu în ele, de aceea o problemă de bază a procesului de comunicare este cea legată de construirea sensului, de aici distincțiile dintre a auzi și a asculta, cuvântul ca semnal fizic și cuvântul ca semn lingvistic, denotație – conotație, limbaj – vorbire (*parole*), etc.

Comunicarea eficientă înseamnă înainte de orice dorința de a construi un cod comun (de a ieși din propria vorbire pentru a te împărtăși din a interlocutorului), condiție a priori pentru a avea loc comunicarea, în particular cea dintre medic și pacient. Însăși etimologia cuvântului ne conduce spre această idee: termenul latin *communicare* însemna la început punerea în comun a unor lucruri de indiferent ce natură. Stabilirea unei relații de comunicare (preeminența codului comun) este preludivul indispensabil pentru transmiterea de informații.

În procesul de decodare al unui mesaj (inclusiv cel foarte „tehnic”, medical) există tendința să se înțeleagă ceea ce dorim, ceea ce ne place să auzim. Cel mai mare obstacol în procesul de comunicare este chiar subiectivitatea noastră. Astfel, în demersul nostru am evidențiat prioritatea comunicării prin cuvinte, față de non-verbal. Doar codul verbal este cel care ne oferă un pact semantic minimal, respectiv posibilitatea limitării entropiei semantice la valori mai mici în comunicarea interpersonală, în timp ce gesturile, privirea, proxemica, limbajul trupului duc la dezordine semantică, creează posibilitatea deformării mesajului în procesul de decodare (în grade mult mai mari).

Având în vedere importanța conținutului informației în procesul de comunicare medic – pacient (transmiterea unui diagnostic, tratament, etc.) considerăm că trebuie să se pună accentul pe conținutul verbo – intelectual al mesajului (comunicarea verbală) și nu pe cel non-verbal. Formele paraverbale (timbrul, înălțimea, intensitatea vocii, precum și tempo-ul), alături de formele non-verbale (gesturile, privirea, proxemica etc.) sunt deosebit de importante din perspectiva efectului lor emoțional și a clădirii capitalului de încredere și simpatie, ce trebuie să existe între pacient și medic; dar din perspectiva acurateții primirii mesajului (informației) sunt mai puțin importante întrucât ele nu au valori semantice și logice (universale). Prin urmare, non-verbalul trebuie folosit de către medic și pacient în funcția lui primă: completare, subliniere a codului principal – cuvântul.

Pentru a nu rămâne „prizonierii” propriei noastre vorbiri (*parole*) este necesar să acordăm o atenție deosebită codului comun, în particular comunicării prin cuvinte (unde există un pact semantic minimal – DEX-ul). Riscul de a rămâne izolați în propria vorbire, de a nu ajunge la dialog, este cu atât mai mare în limbajul „tehnic”, superspecializat, care există la ora actuală în medicină.

Bibliografie:

1. Aristotel, *Etica Nicomahică*, București: Ed. Antet, 2003.
2. Aristotel, *Despre interpretare*, București: Ed. Academiei, 1971.
3. Birkenbihl, V., *Semnălele corpului – cum să înțelegem limbajul corpului*, Ed. Gemma Pres, 1999.
4. Bremmer, J., Roodenburg, *O istorie culturală a gesturilor*, București: Polimark, 2000.
5. Dinu, M., *Comunicarea, repere fundamentale*, București: Orizonturi, 2007.
6. Dinu, M., *Fundamentele comunicării interpersonale*, București: All, 2008.
7. Drăgan, I., *Comunicarea – paradigme și teorii*, București: RAO, 2008.
8. Eco, U., *Tratat de semiotică generală*, București: Humanitas, 1988.
9. Guiraud, P., *La semantique*, Paris: Dunod, 1964.
10. Hăineș I., *Introducere în teoria comunicării*, București: Ed. Fundației România de Măine, 1998.
11. Hall E. T., *The Hidden Dimension*, Garden City, N.Y.: Doubleday, 1966.
12. Hayes, N., Orrell, S., *Introducere în psihologie*, București: All, 2003.
13. Jakobson, R., *Lingvistică și poetică*, București: Ed. Științifică, 1964.
14. Mounin, G., *Istoria lingvisticii*, București: Ed. Paideia, 1999.

15. Pânișoară, I. O., *Comunicarea eficientă*, Iași: Ed. Polirom, 2008.
16. Pease, A., *Limbajul trupului*, București: Ed. Polimark, 1995.
17. Platon, *Cratylos*, Opere, vol. III, București: Ed. Științifică, 1986.
18. Prutianu, Șt., *Manual de comunicare și negociere în afaceri*, Iași: Polirom, 2000.
19. Saussure, F., *Curs de lingvistică generală*, Iași: Ed. Polirom, 1998.
20. Stanton, N., *Comunicarea*, București: Ed. Știință și Tehnică, 1995.
21. Wald, L., *Sisteme de comunicare umană*, București: Ed. Științifică, 1973.