

As interaccións médico-paciente baixo a influencia dos antagonismos: unha dinámica figurativa fronte ao encadramento da forma científica¹

Doctor-Patient Exchanges Under the Strain of Antagonisms: Figurative Dynamics and the Framing of Scientific Form

Abderrafi Khoudri

Université Moulay Ismaïl (Marrocos)

ORCID: 0000-0002-4391-7519

a.khoudri@umi.ac.ma

Resumo: O proceso de semantización esperado e valorado nun contexto hospitalario non impide que xurdan modos de significación alleos ao paradigma científico. Tal variabilidade correspóndese con construcións tropolóxicas que estruturan un espazo dinámico de simbolismos. Este artigo, inscrito no marco da antropoloxía lingüística, consta dun corpus derivado dunha observación participante e entrevistas en situacións metalingüísticas, e pretende dar conta das dificultades para crear un espazo interactivo que supón a linguaxe figurada empregada polo paciente. Amparado por un encadramento necesario do dispositivo enunciativo adoptado por este, o médico eríxese como controlador das formas en circulación, determinando a natureza e a proporción do contido que ten que transmitir. As figuras discursivas introducidas polo paciente, portadoras dun proxecto intersubxectivo, son frustradas por un médico que as reduce a unha percepción distorcida da realidade médica.

Palabras clave: intercambio, médico, paciente, antagonismo, construción tropolóxica, encadramento, normatividade, simbolismo, proceso figurativo, forma científica.

Abstract: *The process of semantisation expected and valued in the hospital context does not prevent the emergence of modes of signification freed from the scientific paradigm. Such variability is matched by tropical constructions that structure a dynamic space of symbolisms. Within the*

¹ Data de recepción: 19.12.24. Data de aceptación: 27.07.25.

Tradución do francés de Sara Millor Costas (Universidade de Vigo).

framework of linguistic anthropology and based on a corpus of participant observation and interviews in metalinguistic situations, this article shows that the figural process mobilised by the patient struggles to create an interactive space. Under the guise of a necessary framing of the enunciative device adopted by the patient, the doctor sets himself up as the controller of the forms in circulation, determining the nature and the share of the content to be reported. The discursive figuration introduced by the patient, and which remains the bearer of an intersubjective project, is aborted by a doctor who reduces it to a distorted perception of medical reality.

Keywords: exchange, doctor, patient, antagonism, tropical construction, framing, normativity, symbolism, figural process, scientific form.

1. Introducción

Cada campo de actividade destaca por unha constelación conceptual onde a expresión revela diversos usos e rexistros que comportan certa asimetría nas competencias lingüísticas e unha fenda propiciada pola estratificación dos diferentes modos de fala. Unha situación comunicativa propicia á aparición de contrastes atenuados, polaridades graduais e, en ocasións, oposicións irreconciliables é aquela entre expertos e especialistas, por unha banda, e leigos ou non-profesionais, por outra.

Os intercambios verbais entre un axente que presta un servizo e unha persoa usuaria do mesmo confiren a esta variedade lingüística (ou antagonismo) unha maior relevancia, pois permiten ampliar a definición clásica do campo onde, alén dos «actores emblemáticos», teñen cabida outros «interlocutores da situación comunicativa» (Petit, 2010); é dicir, «as persoas usuarias», partes implicadas nos discursos profesionais (Gautier, 2019). A este respecto, F. Rakotonoelina sostén que «un campo, por moi especializado que sexa, nunca está completamente illado do resto da sociedade» (2014, p. 12), pois inclúe as persoas cidadás e usuarias en enunciados que denotan unha falta de recursos terminolóxicos (Delavigne, 2008, p. 9), unha elección deliberada de non «recorrer a especialistas para nomear os feitos» (Moirand, 2014, p. 145) ou incluso un «coñecemento alternativo» (Legris Revel, 2008, p. 2).

Neste sentido, o eido da sanidade destaca pola heteroxeneidade das configuracións discursivas relativas ao intercambio verbal entre persoal médico e paciente (Khoudri, 2023) onde a circulación de paradigmas denominativos dá lugar a «vías de sentido [...] ricas e complexas» (Benoist, 2007, p. 572). Esta heteroxeneidade, concibida en termos literarios como unha simple «variación terminolóxica» (Carretier *et al.*, 2010), pero tamén como unha manifestación da disparidade entre «sistemas de pensamento» (Cedraschi *et al.*, 1998, p. 91), deixa ocasionalmente entrever un «obstáculo epistemolóxico» (Bachelard, 1970, p. 13) que fai alusión á disimetría entre o «pensamento científico» e o «saber natural» (Schiele, 1984).

Este saber natural e a súa forma significativa, menosprezados de xeito continuado e reiterado pola denominada «lingua léxítima» (Bourdieu, 1982, p. 15), beneficiáronse dun enfoque integrador propiciado polos fundamentos teóricos e metodolóxicos dunha antropoloxía lingüística que pretendía «estudar a linguaxe como práctica social e [...] comprender como o ambiente cultural inflúe nunha linguaxe configurada por este» (Costa

e Greco, 2021, p. 27). Este campo de investigación apoia a nosa aproximación descritiva, global e explicativa para medir as estratexias enunciativas adoptadas polos pacientes, pois estuda a dinámica de funcionamento da linguaxe e presta atención á diversidade e os mecanismos de uso.

Esta contribución permitirá, por unha banda, dar conta da debilitación do universal e o declive do «encadramento normativo e das prescricións discursivas» e, por outra, «da necesidade imperante doutros discursos máis próximos á transmisión das vivencias subxectivas» (Gladly e Vandeveldt-Rougale, 2016, p. 10).

A nosa análise toma como estudo de caso un corpus constituído por 12 entrevistas e 45 horas de gravacións dos intercambios verbais entre profesional sanitario e paciente nun contexto hospitalario marroquí. Esta observación participante foi, á súa vez, complementada con procedementos metalingüísticos, como a xustificación das decisións lexicais dos locutores, as formas de dirixirse ao outro ou o xeito en que interpretaron os diversos usos lingüísticos detectados. Estas tarefas responden a unha necesidade de obter explicacións ou precisións ou de verbalizar conclusións implícitas respecto ao uso en circulación e a súa recepción.

Tendo en conta estas consideracións, a nosa contribución constará de tres fases. En primeiro lugar, analizaremos os elementos teóricos que axuden a esclarecer a orixe da diversidade (ou, pola contra, das diverxencias) no intercambio entre profesionais da saúde e pacientes. De igual modo, examinaremos o rol dos recursos tropolóxicos na construción do sentido. En segundo lugar, exporemos a nosa aproximación analítica e postura metodolóxica. Finalmente, analizaremos o corpus.

2. Orixes da diversidade e a diverxencia

2.1. Diversidade cultural

O contexto enunciativo no que se encadra a comunicación nun contexto hospitalario non implica necesariamente unha situación simétrica onde os interlocutores constitúen un par enunciador-enunciario. Tamén considera a posibilidade de que exista unha pluralidade entre as persoas locutoras que condicione a recepción de visións e usos diversos, susceptibles de comprometer a relación entre persoal médico e paciente. Por evidente que esta puntualización poida parecer, cómpre salientala.

Se mencionar a «pacientes de orixe estranxeira» implica recoñecer a alteridade nas súas referencias culturais en relación co profesional sanitario e, por conseguinte, a asimetría conceptual e comunicativa frecuente entre ambos interlocutores (Es-Safi, 2001, p. 31), o feito de que compartan códigos culturais facilita un vínculo interactivo. Con todo, sempre poden xurdir malentendidos ou interpretacións equívocas. Agora ben, son precisamente os esforzos implícitos ou inconscientes de negociar o sentido os que evitan ou liman asperezas nestes intercambios verbais, pois contribúen a minimizar as diferenzas verbais a unha mera heteroxeneidade formal que non afecta o significado. A este respecto, compartimos o punto de vista de Hudelson cando afirma que aínda que «a nacionalidade

ou etnia poidan ser fontes de coñecemento e experiencias comúns, outros factores como [...] a clase social, o nivel educativo ou a categoría profesional poden representar fontes de diversidade cultural tanto intranacional como intraétnica» (2002, p. 36).

A postura de Hudelson (2002) pode concretarse nunha situación comunicativa pertinente neste artigo como é a prestación de servizos de atención sanitaria. Neste caso, os interlocutores son concidadáns que comparten múltiples elementos socioculturais; entre eles, unha lingua materna, o árabe marroquí, susceptible de transmitir diferentes visións da realidade deste campo e, como consecuencia, diversas formas de transmitila. O feito de compartir unha cultura² non implica necesariamente a coherencia das concepcións e os recursos tecnoloxía verbalizados. Dito isto, de ter que empregar o termo «cultura»,³ sería preferible facelo seguido do adxectivo «profesional», o cal reforza a nosa convicción.

Esmiuzar a cultura profesional do persoal sanitario implica poñer no punto de mira a súa incapacidade de considerar calquera referencia terapéutica que non se encadre no esquema da medicina moderna (Dernouny, 1995, p. 101). Un dos xermes desta refutación é unha formación do persoal médico marroquí na que non ten cabida a medicina tradicional, concibida como un modelo explicativo imaxinario, empírico e incluso ilóxico que reprobos os seus partidarios e despreza o seu dispositivo enunciativo de apoio.

Estes practicantes, tanto os responsables coma os que exercen, non teñen, nin durante a súa formación sanitaria nin no exercicio profesional da súa profesión, a posibilidade de informarse sobre os fundamentos ou motivacións destas prácticas. (*op. cit.*, p. 95)⁴

De feito,

mentres que algúns non dubidan en cualificar o recurso á medicina tradicional como unha actitude retrógrada e ruda, outros, máis moderados, afánanse en interpretala como un agravante da falta de comprensión que lles impide aos doentes expresar o seu malestar, entender un procedemento ou recibir un diagnóstico. (*op. cit.*, p. 94-95)⁵

Este antagonismo entre medicina moderna e tradicional pon de manifesto «dous sistemas culturais» (*op. cit.*, p. 96) ou «dous modelos explicativos» (Ipara Motema, 2014, p. 93) coexistentes en Marrocos (Tazi *et al.*, 2013) e que dan a coñecer as lóxicas de sentido dos pacientes (Khoudri, 2020).

² Especialmente, aquela condensada na fórmula simplista de «cultura marroquí» (Alaoui Kobbi, 2000, p. 54).

³ «A dimensión universal do termo “cultura” propiciou centos de definicións. O seu carácter polisémico abrangue campos tan diversos como a socioloxía, a psicoloxía ou a etnoloxía. A noción de cultura é aplicable tanto a nacións no seu conxunto como a rexións, comunidades profesionais ou formas de organización específicas» (Eline, 2017, p. 6).

⁴ Cita orixinal: «Ni pendant leur formation ni au cours de leur exercice des métiers de la santé, les praticiens, les responsables ou exécutants, n’ont la possibilité de s’informer sur ce qui fonde et/ou motive ces pratiques».

⁵ Cita orixinal: «Si d’aucuns n’hésitent pas à qualifier le recours de leurs patients à des éléments de la médecine populaire comme relevant d’une attitude retardataire, voire barbare, d’autres, plus modérés, s’évertuent à le penser comme renforçant l’impossibilité pour ceux qui l’entretiennent de s’exprimer, de dire leurs maladies, voire de comprendre la démarche, et, le cas échéant, les diagnostics du médecin».

Este informe parte da base de que tal coexistencia presenta complicacións, pois leva consigo unha dinámica de pertenza ou exclusión nun paradigma predominante ou predominado no que varían as formas lingüísticas consideradas de prestixio e aquelas desvalorizadas e desvalorizantes. A confección dunha retórica profesional (Gadéa, 2016) que inclúa enunciados deste tipo, «referentes a convencións retóricas e estilísticas establecidas» (Gambier, 2016, p. 5) e que inflúen no «rexistro do símbolo e da metonimia» (Gadéa, 2016, p. 1) xera, de xeito implícito, trazos identitarios que reflicten conivencias discursivas entre pares desvinculadas da norma:

A linguaxe inflúe na estruturación das identidades profesionais e no establecemento e mantemento de comunidades laborais [...] as identidades márcanse e desmárcanse polos modos de interacción e as formas discursivas. (Lacoste, 2001, p. 48)⁶

A maiores, cabe considerar o que Moirand denomina «propiedades das situacións comunicativas asimétricas». Estas permiten, segundo o autor, coñecer

a dificultade de nomear un obxecto científico, explicar un proceso e, do mesmo modo, as dúbidas, as interrupcións, os lapsus ou as correccións entre outros signos de inseguridade laboral, *fronte* ao experto ou *do propio* experto. (2004, p. 76)

Dada a alta probabilidade de que a «cultura biomédica» (Hammer *et al.*, 2021, p. 29) teña dificultades para converxer con todo o que abrangue a «cultura profana» (Hammer *et al.*, 2021, p. 29), centrarémonos no que acontece no plano expresivo.

2.2. Os termos, unidades discriminatorias

Os termos e palabras empregados para referirse ao eido da sanidade serven a miúdo como signos de demarcación (Delavigne, 2008, p. 9). Os primeiros representan, entre outros, os especialistas da medicina que os empregan «conscientes da plenitude dos semas que constitúen [a súa] definición científica» (Guilbert, 1973, p. 13). Os segundos, pola contra, asócianse coa imprecisión (Galinson-Mélénec, 2011, p. 172) normalmente atribuída aos pacientes. Nun punto medio sitúanse «as palabras que auxilian os termos» (Balliu, 2005, p. 73), un vocabulario menos científico e «polo tanto máis fácil de dixerir» (Medhat-Lecocq, 2014, p. 260) ao cal recorren ambas partes para lograr a intercomprensión. A vía epistemolóxica, favorecida pola socioterminoloxía, achega un dispositivo conceptual alternativo que fortalece este continuo: así, «sinonimia de feito» e «sinonimia de dereito»; «cuasisinónimo» e «variación denominativa» fronte a «relación biunívoca entre termo e concepto»; ou «terminoloxía popular» en contraposición coa «terminoloxía especializada» son só algunhas das consideracións dunha alteridade non necesariamente especializada.

Malia isto, cómpre non esquecer o proceso ao que a comunidade científica somete os termos da lingua común. Estas palabras, rexeitadas por «presentar connotacións

⁶ Cita orixinal: « Le langage est partie prenante dans la structuration des identités professionnelles, dans l'établissement et le maintien des communautés de travail [...] les identités se marquent et se démarquent par les modes d'interaction, les formes discursives».

frecuentes tan pesadas e con alta carga semántica» (Lévy-Leblond, 2013, p. 25), teñen o defecto de acumular «efectos polisémicos» (Margarita e Mikhaíl, s. d., p. 143). Dito isto, é a apropiación terminolóxica o que converte un paciente nun experto (Delavigne, 2009, p. 2013) que, mediante a aculturación e asimilación dunha «lingua científica» (Gross e Gagnayre, 2013), se afasta da figura do «leigo inxenuo» (Topçu, 2008).

Este criterio meritocrático, consistente no emprego de termos médicos científicos, ten a súa orixe na calidade, univocidade, monorreferencialidade e concisión tradicionalmente atribuídas ao termo. Esta última é unha das formas de complicidade que constitúen un imaxinario profesional (Thomas, 2001, p. 44). O feito de que «os sistemas conceptual e terminolóxico da doenza presenten características específicas» (Contente e Malgalhães, 2005, p. 431) abre unha fenda entre a lingua xeral e a lingua especializada.

Dito isto, se admitimos que a lingua especializada está nun estrato superior á lingua xeral que mobiliza (é dicir, cuxa destreza non garante o correcto desenvolvemento dun contexto especializado), estaría xustifico distanciar o francés científico do francés común que lle serve de sustento, pero tamén, e sobre todo, do abismo que separa unha variedade cotiá como o árabe marroquí do francés médico.⁷

Esta fractura implica «non recoñecer nas unidades lexicais da lingua común o emprego de termos reais» (Durieux, 1997, p. 100) e, polo tanto, incítanos a afondar na relación que as palabras ou termos manteñen co seu referente.

2.3 Diferenzas na denominación de conceptos e percepcións

Resulta pertinente sinalar que os conxuntos lingüísticos, os cales expresan a experiencia que fai posible un campo de actividade, por científico-técnico que sexa, non son exclusivos dos actores socioprofesionais que actúan neste marco. Tamén poden circular por ámbitos menos normativos e adoptar recursos lingüísticos paralelos, tanto para expresar un mesmo significado como para traducir a súa percepción. Agás excepcións, ningunha comunidade pretende ter o monopolio dos seus coñecementos nun illamento hermético. Non obstante, podería dicirse que a natureza e as vías de acceso a estes coñecementos están lonxe de ser idénticas. A partir dun mesmo obxecto de coñecemento, podemos obter concepcións diferentes, cando non contraditorias, fundamentadas en diversas formas de aproximarse a un fenómeno. A cuestión reside na elección de construcións cognitivas pertinentes tendo en conta os esquemas privilexiados nun contexto específico.

Isto non significa que non poidan xurdir múltiples sistemas conceptuais que difiran na súa delimitación da realidade, pois cada sistema está gobernado por racionalidades intrínsecas. Veremos, polo tanto, categorías de suxeitos que posúen a súa propia visión da experiencia que organiza un campo conceptual. Estas apóianse no seu capital sociocultural para clasificar, ordenar, categorizar e denominar aquilo que conciben e perciben. Non obstante, estes procesos poden presentar imperfeccións:

⁷ Lingua en que se ensina a especialidade de medicina en Marrocos.

A bioloxía, que, como todas as ciencias, bebe de diversas correntes de pensamento, non nos garante que existan obxectos na natureza estritamente obxectivos; é dicir, independentes da percepción humana. Xa que o ser humano non construíu as baleas, a concepción que temos delas só se pode deducir mediante a suma dos coñecementos que acumulamos a partir da súa observación. (Diki Kidiri, 1999, p. 576)⁸

Cada rede conceptual é, polo tanto, susceptible dunha ciencia que a organiza en coñecementos estruturados e influídos por percepcións humanas de diversa índole. Estas poden fundarse en sistemas de valores, crenzas e pensamentos máis ou menos coherentes (Jodelet, 2013, p. 14).

Cabería preguntarse cales son as razóns desta imbricación, xa que «durante moito tempo, a ciencia era vista como un campo diferenciado do resto das actividades humanas, á marxe de influencias sociais e modificada pola lóxica interna dos seus procedementos» (Rinck, 2010, p. 429). Cómpre, polo tanto, salientar que nos campos de actividade como o da sanidade a semiótica do espazo é relativamente accesible ao discurso non-especializado. Contén estímulos que permiten interpelala segundo o principio dunha «relevancia vencellada á intención» (Landragin, 2004, p. 14) de recuperar a saúde e nutrir a súa percepción, apropiadas a partir do seu marco de referencia e experiencia. A exposición a estes obxectos, solicitada, por exemplo, nunha petición de atención sanitaria, dá comezo ás operacións de construción perceptiva que van dende a (re)categorización á reconceptualización (Diki Kidiri *op. cit.* 2008: 31).

Así é cando se trata, por exemplo, de:

obxectos naturais que non foron creados polo ser humano, como os animais, os vexetais, os minerais, os espíritos, os astros, as «forzas da natureza» etc. a cuestión central é a categorización [...] cando atopamos un animal pouco habitual, canto maior sexa o grao de coñecemento enciclopédico que lle podemos outorgar, máis precisamente poderemos categorizalo. (Diki Kidiri, *op. cit.*, p. 576)⁹

Cabe puntualizar que a natureza dos coñecementos subxectivos, ben sexan leigos, insuficientes, xerais ou científicos, determina unha percepción que é, por definición, categorizante. Polo tanto, non resulta en absoluto estraño que existan diverxencias entre dúas formas de conceptualizar unha mesma realidade. Isto nos resulta útil para comprender como, a partir dun mesmo concepto, xorden múltiples acepcións, distorsións conceptuais ou dificultades para discernir que elementos conceptuais son pertinentes. Ademais, cómpre tomar conciencia de que para coñecer a dinámica subxacente aos procesos de semantización é preciso ter en consideración diversos

⁸ «La biologie qui, comme toutes les sciences, est parcourue par plusieurs courants de pensée, ne nous apporte pas la garantie absolue qu'il existe, dans la nature, des classes d'objets naturelles strictement objectives, indépendamment donc de toute perception humaine. Puisque l'homme n'a pas créé la baleine, le concept qu'il en aura ne peut être que construit, de façon déductive, à la hauteur de la somme de connaissances qu'il peut accumuler sur elle en l'observant.»

⁹ «d'objets naturels non créés par l'homme : animaux, végétaux, minéraux, esprits, astres, “forces de la nature”, etc., la question centrale est la catégorisation [...] lorsqu'on trouve un animal inhabituel, le degré de connaissance encyclopédique que l'on peut rassembler sur lui permet de le catégoriser avec d'autant plus de précision que ce degré est élevé.»

parámetros. Normalmente, os procedementos de tratamento cognitivo dos obxectos do saber especializado non teñen por que coincidir con aqueles empregados no ámbito da investigación científica (Jodelet, 2013, p. 11). O sentido común na súa inscrición significativa define numerosos procesos de representación do sentido; un deles é o estereotipo:

O estereotipo opónse ao que a terminoloxía denomina «concepto». Constitúe unha representación do sentido non desambiguadora e non necesariamente certa no plano lóxico e referencial; por exemplo, definir o ouro como un metal precioso de cor amarela. De aí a imprecisión resultante. Tendo en conta que a comunicación cotiá se basea principalmente neste tipo de representación, deducimos de maneira superficial que o signo común, a diferenza do termo, é impreciso. (Petit, 2001, p. 75)¹⁰

Deixando á parte a realidade que escapa a unha intuición inmediata propicia á proliferación de percepcións aínda máis diversas, resulta evidente que podemos compartir a mesma realidade física, pero non necesariamente a sensibilidade da mesma.

Nun esforzo por ir máis alá do plano expresivo para achegar unha aproximación parcial ao fenómeno dos modos de significado, decatámonos do distanciamento susceptible de xurdir entre conceptos e percepcións. Cando estamos ante un concepto extralingüístico único desenvolvido facilmente polo especialista e que non sofre desviación ningunha,¹¹ multiplícanse as percepcións que son, á súa vez, unha selección de trazos comúns a numerosas experiencias. O concepto é só a punta do iceberg do que supón o termo científico. Se este é incapaz de asumir as diferentes percepcións, proporcionar a información estereotípica que mobiliza o sentido común e establecer unha categorización máis alá dos instrumentos de verificación aprobados, sería a terminoloxía popular unha práctica emancipadora?

3. O papel dos recursos tropolóxicos na construción do sentido

As formas de «construír o mundo» (Black, 2018, p. 153) son múltiples e complexas. Nelas interveñen múltiples prácticas lingüísticas que non só nomean, designan e describen a realidade, senón que tamén a estruturan e a moldean (Ochs, 1988). Basta con observar «o papel da motivación semántica na creación léxica» (Pignoli, 2018, p. 1) e o «proceso de significación e elaboración do sentido» que os actores comunicativos desempeñan constantemente (Nicolăi, 2016, p. 2).

Os recursos tropolóxicos permiten ilustrar este fenómeno de xeito elocuente. Presentan aspectos dinámicos e transgresores que cuestionan a noción dun sentido estable, negan o carácter homoxéneo e monolítico da lingua e contradín a relación

¹⁰ «Le stéréotype s'oppose à ce que la Terminologie nomme le concept. Il constitue une représentation du sens non désambiguïsante et non nécessairement vraie sur le plan logique et référentiel (par exemple définir de l'or comme un métal jaune précieux). D'où l'effet d'imprécision qui en résulte. La communication courante s'appuyant principalement sur ce genre de représentation, on déduit hâtivement que le signe courant est imprécis contrairement au terme».

¹¹ Abstracción derivada da «opacidade» dos novos conceptos que constitúen a súa linguaxe de especialidade (Beltran-Vidal, 2007, p. 83).

necesaria entre entidades. O seu obxectivo orixinal consiste en «transgredir ou, cando menos, forzar, distorcer ata o extremo unha representación conceptual asociada á significación dunha forma lingüística determinada» (Perrin, 2002, p. 2). O desprazamento do sentido que estes recursos supoñen na práctica abre unha vía á subxectividade, ao simbólico e ao imaxinario, ao tempo que introduce a relatividade das perspectivas denominativas.

En consecuencia, resulta imprescindible dividir a anterioridade cognitiva e asociativa das construcións científicas nun dispositivo metafórico (Chave-Dartoén, 2021) e metonímico. Este último consta, a través da «metacategorización» (Cortès, 2013), de experiencias vividas, tanto colectivas como idiosincráticas, que permiten aproximarse ao campo da abstracción. A substitución analóxica resultante permítenos apropiarnos do novo asociándoo con coñecementos previos (Ramachandran, 2011).

Este proceso correlativo¹² implica unha elección formal, tanto cotextual como contextual. Dende a elección das lexías que conformarán o enunciado ata as pautas e restricións contextuais que se deben considerar, o proceso metafórico ou metonímico presenta unha organización sintagmática e unha selección dos trazos sémicos e conceptuais dignas de mención.¹³ Trátase de esquemas conceptuais que determinan un proceso interpretativo que debe realizarse dende o plano da recepción. Neste sentido, a interpretación figurada esixe que «o destinatario tome a decisión de presentar un contido independente, que na práctica debe gardar relación co significado da expresión nunha escala de inferencia motivada polo contexto» (Prandi, 2000, p. 21).

A construción tropolóxica cumpre unha dobre finalidade. Por unha banda, ten un obxectivo principalmente expresivo, como é suplir «un baleiro terminolóxico» (Masquelier e Leblic, 2021, p. 21) desempeñando unha función designativa (Baccino, 2002); por outra, está motivada por consideracións pragmáticas (Rakotomalala, 2022). Segundo esta lóxica, pode corresponderse cun eufemismo, ao cal recorre o locutor para «impedir a censura da consciencia» (Masquelier e Leblic, 2021, p. 19), suplir os «inconvenientes que supoñen os nomes propios» (Perrin, 1996, p. 14) ou formular unha hipérbole que manifesta «a postura dun enunciador que manipula a veracidade dun enunciado, facéndoo parecer máis certo do que é» (Salvan, 2014, p. 63).

Tras esta reflexión, estamos en condicións de argumentar que a dinámica figurada do tropo, aínda dotada de virtudes que aumentan a súa eficacia no plano cognitivo, retórico e ilocutorio, segue suscitando, nalgúns casos, certo temor ou reparo. As zonas grises que deixa o mecanismo de substitución que desencadea constitúen un terreo fértil para a proliferación de diferenzas no acto de comunicación.

¹² Mentres que, na metáfora, esta correlación parte dunha similitude entre campos de sentido diferentes, na metonimia, os vínculos deben darse entre campos de coñecemento identificables entre si.

¹³ Conforme ao *Idealized Cognitive Model* («modelo cognitivo idealizado») de Lakoff (1987).

4. Consideracións metodolóxicas

4.1 A antropoloxía lingüística ou o eloxio da hibridación

A antropoloxía lingüística é unha das aproximacións analíticas que subsumen a diversidade de usos asociada á pluralidade de prácticas de conceptualización e categorización, xa que achega un cadro de introdución holística que integra os fenómenos lingüísticos que transcenden o normativo. Este paradigma interdisciplinar (Mattioda, 2015) estuda as construcións lingüísticas a través do prisma da súa profundidade sociocultural, o que o converte nun dispositivo vantaxoso para a «explotación da dimensión social e cognitiva dos tropos do discurso» (Leblic e Masquelier, 2020, p. 21).

Esta perspectiva antepón as vivencias subxectivas á realidade obxectiva para poñer de manifesto o relativa que pode ser a división do perceptible e o concibible. A antropoloxía lingüística focalízase na «actividade semiótica das persoas locutoras» (Him-Aquilli, 2021, p. 24) e ve na «retórica [...] a parte creativa do sistema semiótico, que lle permite evolucionar para favorecer novas relacións entre unidades e, como consecuencia, xa que son as relacións as que fundamentan a súa natureza, crear novas unidades» (Klinkenberg, 2000, p. 50-51). Así, teñen lugar situacións comunicativas orais onde interactúan, nun marco comparativo, os modelos explicativos e as formas expresivas (Costa e Greco, 2021).

A súa conciencia dos desafíos que presentan a identidade e a alteridade lingüística e cultural contribúe a contemplala dende unha perspectiva crítica. A atención que presta ás «relacións de corte simbólica» (re)producidas polas «formas ou actividades lingüísticas» (Him-Aquilli e Telep, 2021, p. 21) e os coñecementos aos cales fan referencia súmanse á nosa perspectiva analítica, que fai fincapé no clásico debate entre saber e poder.

A intensidade da perspectiva sustentada pola antropoloxía lingüística é equivalente á súa capacidade de asumir «a articulación entre semántica e pragmática» (Masquelier e Leblic, 2021, p. 9). O espazo interlocutorio que pretende esclarecer pon de manifesto a performatividade inherente á dimensión, presumiblemente illada, dos enunciados. De acordo cos presupostos teóricos de Searle (1969) e Austin (1962), os cales concorren nos seus respectivos procesos de maduración, a antropoloxía lingüística cuestiona as características das operacións retóricas mediante a súa recontextualización.

Todo o anterior leva a poñer en dúbida a compatibilidade destas eleccións metodolóxicas coa nosa aproximación analítica. A retórica, segundo establece Jean-Marie Klinkenberg, é un principio consubstancial ás situacións de «oposición» ou de «conflito» (2000), de especial interese neste artigo. Respecto dunha potencial oposición entre médico e paciente, tal e como o xustifican os argumentos expostos, o autor fai unha precisión lingüística nos seguintes termos: «o sentido científico está, por definición, destinado a estabilizarse, mentres que o sentido retórico tende a manterse inestable» (p. 82). A incongruencia discursiva distorce os enunciados e obriga os interlocutores a establecer unha «negociación» (p. 61).

Para seguir con rigor as directrices dun principio da antropoloxía lingüística como é a «utilización de métodos etnográficos» (Costa e Greco, 2021, p. 27), achegaremos unha aproximación xeral sobre os métodos de investigación a este respecto.

4.2. Corpus e informantes

O noso corpus está constituído por un diálogo entre a observación participante e a parte metalingüística das entrevistas. Esta investigación desenvolveuse nun hospital marroquí co obxectivo de recompilar, como mínimo, un magnetófono de rexistros sonoros (45 horas en total) a partir dos intercambios verbais entre 11 médicos e 356 pacientes.

Os tropos que supuxeron un obstáculo para a intercomprensión sinaláronse ou ben durante a consulta ou ben, por parte dos sanitarios, unha vez concluída a mesma. Deste modo, as construcións tropolóxicas máis empregadas polos pacientes foron sometidas ao criterio dos sanitarios co fin de avaliar o seu modo de recepción. A nosa presenza física no hospital foi un momento privilexiado que nos permitiu recoller as representacións que os uns fan das formas verbais empregadas polos outros.

O profesional sanitario que participou na enquisa conta cun certificado estatal que o acredita como doutor en Medicina, un título que valida oito anos de estudos posteriores ao bacharelato para os médicos xerais e ata doce para os que cursaron outra especialidade. O francés é omnipresente en todas as materias que conforman este plan de estudos; a maior parte, disciplinas puramente científicas. Cabe salientar que este plan docente non inclúe ningún módulo relacionado coa psicoloxía, a socioloxía, a comunicación ou calquera outro campo do saber que trate, en maior ou menor medida, a relación entre quen ofrece e quen recibe os cuidados.

En termos cuantitativos, un 40 % dos pacientes presenta analfabetismo; un 30 % conta cun nivel de estudos primarios; un 25 % obtivo un nivel de estudos secundarios; e o 5 % restante acadou estudos universitarios. Todas as persoas participantes empregan o árabe marroquí para comunicarse, lingua vehicular por antonomasia nas relacións co profesional sanitario.

5. Análise do corpus

O intercambio verbal entre pacientes e persoal sanitario actúa como punto de encontro de estratexias denominativas dispares e discordancias. Para os médicos, os obxectos de estudo científico son verdades obxectivas, prioritarias e de referencia no discurso en que interveñen, o que non impide que sexan desdoblados, rebatidos, recategorizados e reconceptualizados por unha linguaxe figurada. Estes feitos dan lugar a encadramentos dinámicos, sustentados por asociacións sémicas evolutivas. As interpretacións restrinxidas a estes encadramentos forman parte dunha selección de que xestos son pertinentes e cales cómpre omitir. Esta concepción, construída ao redor do ideal de intercomprensión, defende unha visión dos tropos como algo máis que simples desviacións formais e referenciais. De feito, se tivésemos que describir este proceso en termos de desviación, esta debería aludir aos hábitos lingüísticos. Á marxe de calquera sanción normativa no plano discursivo, o tropo inscríbese nun marco lexítimo que fará del o medio adecuado para a significación e, como tal, será considerado unha matriz receptiva ás sutilezas dun razoamento que escapa á capacidade de transmisión das conexións sémicas ordinarias.

5.1 O tropo ao servizo do rendemento cognitivo

Os pacientes entrevistados son conscientes das implicacións da súa contribución discursiva nas conversacións que manteñen cos médicos. De feito, consideran que a precisión do diagnóstico e a calidade da atención recibida dependen disto en gran medida. Dende este punto de vista, a imprecisión propia dunha palabra moi xenérica e de significado aberto permite unha comprensión máis detallada dunha realidade clínica. Os pacientes consideran que son precisamente eles os máis aptos para traducir esta realidade, que xustifica e constitúe a razón de ser da atención sanitaria. A este respecto, un dos pacientes sinala que «o médico debe ser quen de detectar claramente aquilo que non experimenta», mentres que outro o resume, facendo referencia ao sanitario, en que este «debe comprender».

Así, no enunciado seguinte:

{sed-ni waħd l-ħriq lwa-li cla sedr-i ‘u tlaq-ni (literalmente, ‘unha dor rodeoume o peito e soltoume’)

o paciente recorre a unha «escena verbal» (Victorri, 1999, p. 90) para describir a dor constritiva que sente como consecuencia dunha anxina de peito. Esta dor personifícase para sacalo dunha abstracción que compromete a súa obxectivación. Por medio dunha metáfora ontolóxica, formúlase a idea dunha «sensación específica» para sinalar a colaboración do paciente na elaboración do diagnóstico. Este «pensamento por medio de imaxes» (Zimmermann, 2003, p. 44) acentúa un sentido que coincide coa narración dos síntomas; esa dor constritiva é propia dunha anxina de peito.

Ben que é certo que un 30 % do persoal sanitario responde favorablemente a esta relación, o outro 70 % confirma que o único relevante que extraen dese enunciado é unha «dor torácica», pois defenden que «son as probas biolóxicas e radiolóxicas as que orientan o diagnóstico». Este filtrado neutraliza a estratexia tropolóxica e relega o paciente a un papel pasivo de provedor de marcadores que han de expresarse, «preferentemente», da maneira «máis simple posible». Non é o caso dos seguintes exemplos:

P: *fem l-walda* (literalmente, ‘a boca do útero’; é dicir, ‘o colo do útero’)

P: *fem l-qalb* (literalmente, ‘a boca do corazón’; é dicir, ‘a rexión aórtica’)

P: *fem l-macda* (literalmente, ‘a boca do estómago’; é dicir, ‘o cardias’)

Dende o punto de vista anatómico, a linguaxe figurada expande o significado mediante a selección de dúas unidades lingüísticas que manteñen unha relación de contigüidade. Aquí, a parte asóciase co todo para aumentar a densidade informativa, algo que é posible grazas ao arquetipo da cavidade bucal. A boca, que simboliza unha abertura, pode adoptar un sentido diferente para indicar unha zona fronteiriza. O intrínseco permanece en estado latente para outorgarlle ao extremo, a miúdo subestimado, unha maior relevancia. A relación entre o interior e o presuntamente liminal só se mantén o tempo necesario para unha fixación subtractiva. Proba disto son os discursos polarizados sobre un segmento acompañado de xestos deícticos que lle outorgan unha maior profundidade.

A marxe de expansión do ámbito denotativo pode levar a considerar categorías nosolóxicas. Cando isto ocorre, excede o nivel descritivo de manifestacións sintomáticas para promover un enfoque síndrome. Cando o paciente comunica que sofre a síndrome de *bomezwi*, asociada, entre outros síntomas, a unha sensación de malestar ou inchazón abdominal, problemas de tránsito intestinal, palpacións da aorta ou contraccións espasmódicas, estase afastando da fórmula literal *cend-i l-hriq f ker-i* ('teño dor abdominal'). Pasar disto a *bomezwi* é posible mediante unha motivación metafórica. En termos máis simples, a lexía *bomezwi* é un recurso designativo cuxo obxectivo é transmitir unha sensación estraña de malestar á experiencia que se supón compartida. Trátase dun malestar que pode resultar dun golpe no ventre ou da inxestión dunha substancia, tanto quente como fría, tras un xaxún relativamente prolongado. En árabe marroquí, o verbo *zwa* subliña o papel de axente ou causativo asumido por este dous factores que o favorecen, mentres que a súa forma derivada *mezwi* está vinculada ao resultado lóxico do proceso no que están implicados.

Por prometedor que poida parecer, esta ruptura conceptual comporta unha relatividade interlocutiva. O feito de que o médico relacione, non sen dificultade, a síndrome de *bomezwi* con doenzas como a síndrome de colon irritable, unha colonopatía funcional ou un eretismo da aorta abdominal non debe ocultar a connotación negativa que esta lóxica significativa suscita na maioría. No discurso metalingüístico derivado descubrimos que a enfermidade de *bomezwi* se clasifica segundo unha categorización «precientífica», de «sentido común», vencellada a unha visión difusa do sistema fisiopatolóxico «cientificamente instituído». O descrédito que o termo *bomezwi* outorga a esta clasificación está igual de presente no seu desprazamento semántico do universo somático ao psíquico; a unidade *bomezwi* pode empregarse para facer referencia a problemas psicossomáticos. A intromisión da física no marco referencial da biomedicina, malia a exclusión¹⁴ manifesta que esta exerce sobre aquel (Gachelin, 2019), permite inserir a categoría nosolóxica na medicina popular. Estas concepcións, que tratan moi de cerca os procedementos dun modelo terapéutico tradicional que consideran «ridículo» e «insensato», deixan patente a «irrelevancia» das súas denominacións constitutivas.

5.2. A dimensión moral dos procesos tropolóxicos

Nos antípodas das construcións realizadas coa plenitude dos semas expresivos, propios dun campo ou tomados de ámbitos alleos á medicina e que buscan a precisión, o noso corpus contén dispositivos enunciativos que priorizan a «subinformación» («sous-informativité»), Salvan, 2008, p. 81). Neste sentido, a sobrerrepresentación queda subordinada á racionalidade axiolóxica, moito máis imperante e que se impón sobre todo cando intervéñen persoal sanitario do sexo oposto.

¹⁴ Exclusión testificada por profesional sanitario que non ten en consideración os factores psicosociais nas súas prestacións. O rexeitamento da unidade somática-psíquica é moi pronunciado en contextos de emerxencia ou onde a xestión do fluxo de pacientes se volve incontrolable.

Concretamente, a substitución que supón a expresión *[edd-ha b s-sif* (literalmente, ‘el colleuna cunha espada’) ou *[edd-ni sehħa*¹⁵ (literalmente, ‘el agarroume pola forza’) leva implícita unha dimensión moral que reproba a exhaustividade relativa á noción de «violación». Tanto a muller que acudía como paciente como a súa acompañante empregaron signos simbólicos moi socializados, como *s-sif* (‘a espada’) e *s-sehħa* (‘a forza’), que denotan o referente [a coacción] ao cal remiten en virtude dun imaxinario colectivo.

Disto dedúcese unha serie de indicios, no sentido semiótico do termo, onde o «indicador» (neste caso, unha camisa engurrada e un hematoma) conflúe co «indicado» (Klinkenberg, 1996, p. 193), que permanece velado, nunha relación metonímica de contigüidade. Se levamos a nosa investigación un paso máis alá, cando o médico formula preguntas de índole sexual que a paciente responde sen entrar en detalle, obtén como resposta *qas-ni men l-qaddam ‘u bġa y-qis-ni hetta men lor*, que significa ‘tocoume pola parte dianteira e quería tocarme tamén a parte de atrás’. Dende esa perspectiva, os termos «vaxina» e «ano»¹⁶ son substituídos, respectivamente, por outros máis politicamente correctos como *l-qaddam*,¹⁷ ‘diante’, e *l-lor*, ‘detrás’. De igual modo, evítase facer alusión explícita á penetración sexual, substituída polo eufemismo *qas-ni*: ‘tocoume’.

Disto infírese unha preferencia dos médicos por un rexistro verbal «sen filtros», pois «se a paciente chamara ás cousas polo seu nome, faría unha referencia clara á “penetración sexual”». Deste modo, evitariáanse confusións con «pseudoequivalentes» como poden ser os «tocamentos» ou o «contacto físico» en xeral.

Os médicos inquiridos sobre a pertinencia dos pseudosinónimos empregados polos pacientes consideran que estes xiros ofrecen representacións do sentido «que non son desambiguantes».¹⁸ Impiden o acceso ao concepto de «anuria» presente en *rani mahSur* (literalmente, ‘estou atascado’; é dicir, ‘estou anúrico’) que pode facer referencia, indistintamente, a un estrinximento, unha disuria, unha polaquiuria ou unha anuria. Consideramos que este exemplo, obtido a partir destas correspondencias dubidosas, provén da unidade lingüística *l-ma* (literalmente, ‘a auga’), moi socorrida para referirse a flegmas, ouriña, esperma, secrecións vaxinais, pus etc. *l-ma* é un signo motivado por semellanza, propio dunha linguaxe cotiá para incluír no ámbito médico. Cabe lembrar que esta elección está motivada por un eufemismo de conveniencia.

No noso corpus, a identificación da correferencia que cumpren as dúas asercións, non marcada (ou neutra) e eufemística, pode basearse nunha síntese hiperonímica onde

¹⁵ Expresión escoitada nunha sala de urxencias durante o exame médico a unha moza en compañía da súa nai para relatar unha violación que a vítima asegura que foi perpetrada por un amigo seu.

¹⁶ Cuxos equivalentes en árabe marroquí se consideran crus ou obscenos.

¹⁷ Establecido no noso corpus como sinónimo do termo *ltaht* (‘debaixo’).

¹⁸ Segundo os médicos, poder causar un efecto «encriptador». Este é un exemplo que reportou un interno que alegou non entender nada cando un paciente lle falou de *min kanbġi n-qDe ħajti* (‘cando queira facer o meu traballo’); é dicir «cando necesite defecar». Nótese que o sentido deste tipo de expresións fixadas é xeralmente accesible para os médicos cunha dilatada traxectoria profesional.

o todo, lexicalizado (por exemplo, en *r-rjel*, ‘o pé’, no segmento *daru li šuka f r-rjel*, ‘puxéronme unha inxección no pé’ ou *s-sder*, ‘o peito’, no segmento, *s-sedri kihreqni*, ‘dóeme o peito’) vale pola parte, que se sobreentende; no primeiro caso, a inxección na parte superior externa e, no segundo, os seos.

Cabe mencionar que os mecanismos asociativos que rexen a relación entre o contido virtualizado e a información reflectida na modalización eufemística son altamente inestables, xa que pertencen a esquemas inclusivos ou xerárquicos imprevisibles. Este fenómeno está moi presente en asuntos relacionados con enfermidades de transmisión sexual. Neles proliferan enunciados menos literais co fin de preservar a expresión do locutor e dar boa imaxe.¹⁹ Dende este punto de vista, a sífilis é comunmente reducida á fórmula de uso xeral *l-merD* (‘a enfermidade’) ou a unha das súas manifestacións: *n-nuwwar*,²⁰ literalmente ‘a floración’; é dicir, a roséola sifilítica. Tamén pode deslocalizarse semanticamente do termo *l-berd*, literalmente, ‘o frío’. Naturalmente, este resultado lévanos a considerar a construción *dreb-ni l-berd*, literalmente ‘colleume o frío’, coma unha lixeira desviación dunha realidade ameazante, pois evita ter que facer referencia explícita a algo que se considera escandaloso: ‘mantiven relacións sexuais con parellas esporádicas’.

O «máximo número de infraccións» (Jaubert, 2008, p. 110) que constitúen os enunciados eufemísticos resultan particularmente evidentes cando se empregan «pseudoanáforas» (Gilles, 1998). Estes procedementos estilísticos dotan os pronomes ou determinantes dun valor referencial do que foi invisibilizado. É o exemplo da expresión *hadi šehrayn ma jat-ni*, ‘hai dous meses que non a teño’; é dicir, ‘teño un atraso de dous meses na menstruación’. Isto propón un traballo inferencial fundado no restablecemento da continuidade entre a «regra» ou a súa forma atenuada, actualizada polo pronome persoal complemento «a». O mesmo acontece co seguinte enunciado, coherente a simple vista:

M: *šnu Eend-k ‘alalla* (‘que a trae por aquí?’)

P: *dak šu ki yakl-ni l-teht* (‘isto estame comendo por abaixo’; é dicir, ‘teño unha irritación vaxinal que me pica’).

Aquí, o pronome demostrativo «isto» transmite unha falsa impresión de coherencia enunciativa, pois os médicos consideran que omitir o termo «irritación» resta carga semántica ao enunciado. Dous dos médicos entrevistados concordan en afirmar que, a grandes trazos, estes representantes anafóricos, «de contido polisémico, desemantizan as declaracións dos pacientes e complican as tarefas de investigación médica».

¹⁹ De entrada, pódese aclarar que «a cara é a parte oculta do iceberg que condiciona o comportamento lingüístico das persoas que interveñen nunha relación de coidados» (Khoudri, 2020, p. 123).

²⁰ Ou *š-jankr* (‘chancro’); é dicir, un chancro sifilítico. Estas realizacións xogan un dobre rexistro: metonímico, xa que a roséola e o chancro son síntomas clínicos propensos a xerar o cadro completo da enfermidade da sífilis, e hiperonímico; xa que son moitas as enfermidades que presentan estes síntomas. A medicina científica propón unha metodoloxía que permite resolver esta xeneralidade adoptando diagnósticos diferentes e, en termos lingüísticos, engadindo o trazo específico evocado polo adxectivo «sifilítico».

5.3 A intervención da performatividade

Os pacientes fannos ver que non todas as palabras teñen nin o mesmo peso nin a mesma carga informativa. Denotamos que, mentres unhas construcións pasan desapercibidas, outras destacan polos seus matices ilocutivos. En calquera caso, están destinadas a influenciar na decisión do médico e a natureza das prestacións médicas fornecidas. O noso obxectivo é convencer estes pacientes do seu dereito a ser atendidos coa maior celeridade e adecuación posibles. Alén diso, gustaríanos provocar máis impresións sustentadas nun universo dóxico, presumiblemente compartido co outro interlocutor, e unha cultura máis arraigada no eido sanitario. «Dáse prioridade aos casos urxentes». «nestes casos, resulta inmoral reclamar o pagamento das prestacións sanitarias», «a persoa prestadora debe estar lista para intervir en calquera momento».

Para isto, os pacientes, en busca dunha sobreinformación (Salvan, 2008, p. 81), adoptan estratexias retórico-pragmáticas que, en ocasións, se esconden detrás de afirmacións que conservan os seus significados propios. Os fragmentos seguintes deixan constancia da natureza hiperbólica da postura enunciativa dos pacientes:

ruhi ka texrej men Dahr-i (lit., ‘A miña mente sae do meu lombo’)

Emr-i ga yexrej (lit., ‘A miña vida vai escapar’)

Mex-i bga yxrej men blast-u (lit., ‘O meu cerebro quere saír do seu sitio’)

l-melgiga d ras-i katgli (lit., ‘O bregma da miña cabeza ferve’)

Estes enunciados, de tipo argumentativo, concíbense como apoios funcionais para transmitir a intensidade da súa dor, e teñen a facultade de xerar unha imaxe afastándose dunha escala científica de apreciación. En palabras dun paciente que acudiu a unha consulta de urxencias por unha dor lumbar, a obxectividade «fría» desta escala obriga os pacientes que padecen unha dor, ben sexa intensa, paroxística ou crónica, a crear expresións «pertinentes». Se se consideran como tales é porque a lóxica da triaxe das urxencias, tal e como a conciben os pacientes, tende a excluír o inefable, o ordinario, o literal, o sentido mutilado ou atrofiado susceptible de «aprazar a atención médica», «derivar aos centros de saúde», «cobrar as prestacións fornecidas», «só ter dereito a un placebo» ou «someter [o paciente] a un réxime terapéutico ineficaz». O criterio selectivo do persoal sanitario ao responder ás múltiples consultas de urxencias incita os pacientes a construír o seu *ethos* a partir do modelo do «bo caso» (Hughes, 1996). Este caso esperta e polariza a atención dos médicos que poñen os seus coñecementos e destrezas ao servizo dunha investigación médica máis exhaustiva. Isto permitirá que os pacientes, ademais de recibir tratamento sintomático, se beneficien do resultado dunha investigación etiolóxica que debe ter como resultado a implementación progresiva dun tratamento de base.²¹

Finalmente, cabe sinalar que as consecuencias do efecto perlocutivo investigado poden ser intanxibles, limitadas ou inversas. Pode darse o caso de que algunhas elaboracións

²¹ Esta preferencia cabe entendela a través de formulacións, recompiladas no noso corpus, como *bgit n-Eref jnu Eend-i* (‘Gustaríame saber a orixe da miña doenza’), *Eyit ma n-jreb f dwa-yat* (‘Estou farto de tomar analxésicos que non me fan efecto’) ou *kanji ka y-dir-u-li dik [-]juka ‘u ki gu-lu-li xaSS-k t-luf t-xtiSaSi* (‘Cando vou á consulta, inxéctanme antiespasmódicos e derivanme a un especialista’).

que os pacientes consideran típicas, para os médicos sexan expresións estereotípicas, e o seu uso reiterativo afástaas de calquera finalidade persuasiva. O exemplo de *d-derri ka ye-tq-iyya mSarn-u* (literalmente, ‘o neno vomita os seus intestinos’), semellante á locución verbal «botar as tripas»; é dicir, «o neno bota as tripas») no fragmento seguinte apoiaría esta conclusión:

P: *d-derri ka ye-tq-iyya mSarn-u* (‘O neno bota as tripas’)

M: *Safi ġi mSarn-u* (‘Só as tripas?’)

A resposta irónica do médico resta importancia ao problema exposto pola nai do menor enfermo. Este menosprezo, seguido dunha negativa a examinar o menor, dá a entender que o considera unha idiotez. Esta e outras construcións similares seguen sendo hipóteses verificables, que se poden medir e falsificar por medio de instrumentos científicos que resultaron eficaces en casos similares. Así, unha muller embarazada recorre ao xiro verbal *kerf-i l femm-i*, que literalmente significa ‘chégame o ventre á boca’; é dicir, ‘estou a piques de dar a luz’ para transmitir, sen éxito, unha necesidade de ser hospitalizada, pois a resposta do médico foi *gelt lik siri hetta yjik l-wjeĒ ‘u ‘aji* (‘xa lle dixen que marche para a casa e non volva ata que comece a ter contraccións’).

Para os médicos entrevistados, a «esaxeración» dos pacientes pode contribuír a dar un diagnóstico falso ou diferente ao protocolario, o que afecta o sistema de recepción, admisión e atención en urxencias. A mentira e a sinceridade son, en realidade, dúas caras dunha mesma moeda; a hipérbole. Como engade un dos participantes, «hai situacións en que non queda outra que crer o que di o paciente, pois non somos coñecedores da realidade da vida desa persoa». Os médicos entrevistados son conscientes de que a hipérbole «pode ter como obxectivo tanto nesgar a realidade como transmitir verdades obxectivas». Polo xeral, a falta de probas, o médico reduce o enunciado hiperbólico ao seu alcance real: o tratamento sintomático. Entre un placebo e o tratamento adecuado pode darse unha auténtica disputa dialéctica entre unha intensidade propensa á hipérbole e unha sobriedade extrema atenuante.

5.4 Saber dicir para poder facer

Escudándose nunha cultura profesional que emprega unha «codificación específica da realidade [médica]»²² (Saber, 2004), o médico destrúe todo aquilo que aos pacientes lles serve como escudo para afrontar as desavinzas estruturais desta institución, así como calquera estratexia discursiva demostrativa, adaptada e eficaz. Esta codificación consta de certos coñecementos especializados («saber dicir») que, á súa vez, están suxeitos a un réxime meritocrático.

²² Este tipo de codificación, que o autor encadra nun contexto militar, intervén para enmascarar ou darlles valor a determinados semas e desenvolver a afirmación dunha «militaridade». O control característico da selección de participantes é comparable á actividade metasemiótica que fecunda o termo barthesiano de «italianidade» (Barthes, 1964). A connotación que reviste a estes dous termos resulta útil, por analogía, para forxar a noción de «medicalidade» e á que lle outorgaremos a acepción de *habitus*, un *ethos* colectivo no que se inscriben os dispositivos enunciativos e os roles desempeñados. A medicalidade determina un sistema de valores e arquetipos que guían o modo de entender a realidade médica e definir os trazos identitarios dun grupo determinado.

En canto á distribución destes termos, a mesma desigualdade presente na relación entre médicos e pacientes dáse tamén entre estes últimos. Proba disto é que os médicos que acoden ás consultas en calidade de pacientes ou os médicos que acompañan os pacientes destacan polo seu rexistro de fala, que empregan como un recurso para reclamar prestacións de calidade. O mesmo acontece cos pacientes que son especialistas en disciplinas relacionadas coa medicina, como pode ser o caso do persoal enfermeiro ou auxiliar de enfermaría. Tamén entrarían nesta clasificación aquelas persoas autodidactas, cultas e informadas dos procesos de toma de decisións que lles concirnen cando acoden ás consultas.

Os médicos ratifican estas divisións valéndose de instrumentos de categorización que, segundo eles, «resultaron e seguen resultando útiles nas súas consultas con pacientes». Trátase de medios enunciativos que denotan a capacidade ou incapacidade dos médicos de actuar nas situacións en que se ven envoltos. Entre os entrevistados, parece prevalecer a concepción de que o emprego de termos médicos, ou incluso científicos, queda restrinxido aos pacientes coñecedores da materia, relegando á condición de leigo todos aqueles que recorran a figuras simbólicas nas súas intervencións. Mentres que a primeira categoría, malia non ser propia da cultura médica, «aflorea» no modo de expresarse destes especialistas, a segunda sáese do esquema previsto. Este distanciamento, que supera o límite dunha obxectividade tolerable por ese «floremento», supón unha falta de credibilidade. O leigo vese estigmatizado e privado de información xustificada «pouco ou nada adaptada ao seu nivel intelectual», pois presúmese que non está preparado para comprender o razoamento clínico do médico ou as razóns que motivaron a súa decisión.

Aludindo unha falta de coñecemento especializado, a estes pacientes denégaselles a posibilidade de poder actuar. No mellor dos casos son infantilizados, cando non ignorados ou reducidos a uns primeiros síntomas reinterpretados e neutralizados para a posta en marcha do proceso de resolución de problemas clínicos. Tamén é posible que a súa contribución neste intercambio verbal sexa substituída polos síntomas físicos que presentan, cuxa carga semántica é moi superior á dun médico refuxiado nun mutismo absoluto.

É o caso, entre outros exemplos, do seguinte fragmento, onde o médico fai oídos xordos ás queixas expresadas no enunciado *l-bab tefteh-li f Dehr-i*; literalmente, ‘abríuseme a porta nas costas’, expresión que manifesta dor muscular nesta zona:

M: «E entón?»

P: *xrej-t men l-hemmam sxun 'u Dreb-ni l-berd* (‘Cando saín do *hammam*²³ tiña calor e fun atrapada polo frío’; é dicir, ‘Cando saín do *hammam*, colleume o frío’ (tamén, ‘collín un arrefriado’))

M: *ba] kathes daba* (‘Como se sente neste momento?’)

P: *l-bab tefteh-li f Dehr-i*

M: *hez yedd-i-k* (‘Levante o brazo’)

²³ Baño de vapor de orixe árabe ou turca.

A segunda intervención do médico xorde nun afán de filtrar a información proporcionada polo paciente mediante a expresión «vaga» ou «difusa», ademais de estereotipada, de *Dreb-ni l-berd*, literalmente, ‘fun atrapado polo frío’; é dicir, ‘colleume o frío’. Filtrando a metáfora a través do enunciado *-bab tefteh-li f Dehr-i*, o paciente «confirma a súa inocencia». O médico non lle pediu que tomase a temperatura, como si fixera cos pacientes que, ao seu parecer, eran máis capaces de entender a situación. Pola contra, asistiu neste acto «banal» pedíndolle simplemente que levantase o brazo para poñerlle o termómetro.

A categoría «coller frío» serve, segundo esta lóxica, de fio condutor para pensar «posiblemente» nunha «gripe». O obxectivo do médico non é establecer un diagnóstico preciso, senón resolver a situación co mínimo desgaste. Aquí vemos como tratamento sintomático satisfai, unha vez máis, esta intención, pois o paracetamol²⁴ prescrito ten «efectos analxésicos e antipiréticos» e, «en caso de dor muscular, mialxia ou astenia, pode lograr o efecto desexado».

6. Conclusión

En vista do anterior, resulta evidente que nos intercambios entre os médicos e pacientes entrevistados interfíren antagonismos implícitos, fomentados por unha asimetría de coñecementos e intensificados pola disparidade dos puntos de vista denominativos. Amparados por un marco necesario do dispositivo enunciativo adoptado polo paciente, os médicos eríxense como controladores das formas en circulación coa potestade de determinar a natureza e a parte do contido que se debe transmitir. Todo parece indicar que os movementos discursivos iniciados polo paciente teñen dificultades para facerse notar. Os recursos tropolóxicos, portadores da intersubxectividade, son confinados polo médico paternalista, fagocitados polo referencialismo científico e vencellados a unha percepción distorcida da realidade médica. A sutileza propia da linguaxe figurada dispábase ao entrar en contacto cun patrón cuxa lóxica resulta incomprendible para o paciente, a quen se lle atribúen roles enunciativos fráxiles. Este, que ás veces é instado a fornecer de información detallada e incluso desprovista de «calquera falsa decencia» e, outras, reducido a un simple provedor de signos que expresa de xeito literal, obxectivo, ten que conformarse cos recursos lingüísticos limitados que lle son previamente asignados.

Este sistema adxudicador, irregular, que oscila entre unha preferencia entre o xenérico e o particular, entre a constatación dun feito ou un simple trazo expresivo, e que é alterable, pois segue contextos discursivos e consideración idiosincráticas, instituíndo unha primacía prexudicial dun réxime enunciativo sobre o outro, non consegue, con todo, impedir a aparición de figuras deficientes. Se isto é así, é porque seguen sendo «asuntos de recepción» (Jaubert, *op. cit.*, p. 105). Unha harmonía enunciativa só é posible nun proceso dialóxico, interlocutorio, afastado das construcións tropolóxicas elaboradas polo paciente. Negar o

²⁴ Aquí, o médico toma unha decisión unilateral ao prescribir este medicamento en forma de supositorio. Cando se lle pregunta que factores condicionaron a súa decisión, este indica que «tendo en conta o seu adelgazamento, o supositorio é unha alternativa mellor que outros comprimidos susceptibles de irritar o seu aparato dixestivo». Despois de todo, engade tranquilamente o médico, «aos vellos encántanlles os supositorios». Está claro, polo tanto, que a preferencia do paciente se funda en consideracións paternalistas, expresadas libre e proporcionalmente a unha presunta pasividade do seu interlocutor.

acceso a un proceso de semantización fundado no tropo ten como consecuencia locutores afásicos, vítimas dunha inseguridade lingüística. «Sen efecto, punto de figura» (*op. cit.*, p. 115); polo tanto, cada punto de valorización da súa maneira de falar, punto de lugar reservado ao paciente, o verdadeiro actor do seu coidado.

Apéndice. Sistema de transcripción fonética

1. Consoantes

Tipos de consoantes	CARÁCTER ADOPTADO	CARÁCTER ÁRABE
- Bilabial oclusiva sonora	- b	ب
- Bilabial oclusiva xorda	- p	پ
- Bilabial oclusiva nasal	- m	م
- Labiodental fricativa xorda	- f	ف
- Dental oclusiva sonora	- d	د
- Dental oclusiva xorda	- t	ت
- Dental oclusiva nasal	- n	ن
- Dental fricativa sonora	- z	ز
- Dental fricativa xorda	- s	س
- Interdental aspirada sonora	- ʔ	ذ
- Interdental aspirada xorda	- t̪	ث
- Apicodental sibilante sonora	- j	ج
- Apicodental sibilante xorda	- ʃ	ش
- Prepalatal africada sonora	- dj	ج د
- Prepalatal africada xorda	- ɟ	ش ت
- Palatal oclusiva sonora	- g	گ
- Palatal oclusiva xorda	- k	ك-
- Velar oclusiva xorda	- q	ق
- Velar fricativa sonora	- c	ع
- Velar fricativa xorda	- x	خ
- Farínxea fricativa sonora	- ħ	ح
- Farínxea fricativa xorda	- h	ه
- Larínxea oclusiva xorda	- ʕ	ء
- Alveolar vibrante simple sonora	- r	ر
- Velar fricativa sonora	- ʁ	غ

2. Vogais
Curtas: a, u, i, e
Longas : ā, ū, ī
3. Semiconsoantes: y, w
4. As CONSOANTES ENFÁTICAS comezan por maiúscula.
5. As CONSOANTES TENSAS OU XEMINADAS represéntanse duplicadas.

7. Referencias bibliográficas

- Alaoui Kobbi, B. (2020). *Épilepsie, entre la médecine et la culture populaire* [Tese doutoral, Université Sidi Mohammed Ben Abdellah, Fès].
- Austin, J. L. ([1962]1970). *Quand dire, c'est faire* (Trad. G. Lane). Seuil.
- Anthony, S. (2004). Métaphore et culture professionnelle chez les militaires américains. En C. Cortès (Dir.) *Cahiers du CIEL*, 187-197. <https://hal.science/hal-03719065>
- Baboya, EA. (2008). *Le vocabulaire scientifique dans les langues africaines : Pour une approche culturelle de la terminologie*. Karthala Editions.
- Baccino, T. (2002). Métonymies versus métaphores : une histoire de contexte. En Tijus, C. (Ed.), *Métaphores et Analogies* (pp. 183-206). Hermes Science Publications.
- Bachelard, G. (1970). *La Formation de l'esprit scientifique*. Vrin.
- Balliu, C. (2005). La didactique de la traduction médicale, deux ou trois choses que je sais d'elle, *Meta*, 50(1), 67-77. <https://doi.org/10.7202/010658ar>
- Barthes, R. (1964). Rhétorique de l'image. *Communication*, 4, 41-42. <https://doi.org/10.3406/comm.1964.1027>
- Bellatreche, H. e Khaldi, H. (2017). Insécurité linguistique et enseignement/apprentissage des disciplines scientifiques à l'université en Algérie. *Contextes et Didactiques*, 10. <https://www.contextesetdidactiques.com/274>
- Beltran-Vidal, D. (2007). Les difficultés de traduction des mots de la santé dans l'espace européen. *Hermès, La Revue*, 49(3), 83-87. <https://doi.org/10.4267/2042/24131>
- Benoist, J. (2007). Les métaphores sont des expressions comme les autres. *Archives de philosophie*, 70(4), 559-578. <https://doi.org/10.3917/aphi.704.0559>
- Bessai, B. (2012). Plurilinguisme et insécurité linguistique en Algérie : Paroles de lycéen (ne)s à Bejaïa. *Corela*, 10(2). <https://doi.org/10.4000/corela.2762>
- Black, A. (2021). Penser-parler en français d'un monde inconnu. En Leblic, I., Masquelier, B. (Dir.), *Énonciation métaphorique et iconicité en contexte* (pp. 151-172). Lacito Publications. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-03537049>
- Bourdieu, P. (1982). *Ce que parler veut dire*. Fayard.
- Carretier, J., Delavigne, V. e Fervers, B. (2010). Du langage expert au langage patient: vers une prise en compte des préférences des patients dans la démarche informationnelle entre les professionnels de santé et les patients. *Sciences-croisées*, 6.

- Cedraschi, C., Allaz, A.F. e Piguet, V. (1998). Le rôle des représentations de la maladie et de la douleur dans la relation patient-thérapeute. *Doul. et Analg.* 11, 91-95. <https://doi.org/10.1007/BF03013290>
- Chave-Dartoen, S. (2021). Des usages de la métaphore dans l'analyse des rituels. En Leblic, I. e Masquelier, B. (Eds.). *Énonciation métaphorique et iconicité en contexte* (pp. 173-203). Lacito Publications.
- Contente, M., e Malgahães, J. (2005). L'équivalence interlinguistique dans la terminologie médicale. En Béjoint, H. e Maniez, F. (Dir.), *De la mesure dans les termes* (pp. 424-445). PUL.
- Cortès, C. (2003). Le cheminement pluriel de la métaphore, entre métacatégorisation allotopique et interdiscours. En *La métaphore du discours général aux discours généralisés*, Cahiers du C.I.E.L.
- Costa, J. e Greco, L. (2021). Anthropologie linguistique, *Langage et société*, HS1, 27-33. <https://doi.org/10.3917/lshs01.0028>
- Delavigne, V. (2008). Des termes des experts aux mots des patients : un discours à construire. *Analyse de discours et demande sociale : enjeux théoriques et méthodologiques*. <https://hal.science/hal-00920760>
- Delavigne, V. (2009). Le terme et ses réseaux. Un outil pour l'appropriation terminologique. *Terminologie et Intelligence artificielle*. <https://www.irit.fr/TIA09/thekey/articles/delavigne.pdf>
- Delavigne, V. (2013). Quand le patient devient expert : usages des termes dans les forums médicaux. *Terminologie et Intelligence artificielle*.
- Dernouny, M. (1995). Corps, croyances et institution médicale au Maroc. En Longuenesse, E. (Ed.), *Santé, médecine et société dans le monde arabe*. Editions L'Harmattan.
- Desabrais, T. (2010). L'influence de l'insécurité linguistique sur le parcours doctoral d'une jeune femme acadienne : une expérience teintée de la double minorisation, *Reflets*, 16(2), 57-89. <https://doi.org/10.7202/1000314ar>
- Diki-Kidiri, M. (1999). Le signifié et le concept dans la dénomination, *Meta*, 44(4), 573-581. <https://doi.org/10.7202/002566ar>
- Durieux, C. (1997). Pseudo-synonymes en langue de spécialité, *Cahier du CIEL*, 89-114.
- Eline, M. (2017). Le récit semi-autobiographique comme angle d'approche de la culture des milieux de la finance en anglais de spécialité : l'exemple de *Liar's Poker*. *ASp*, 71, 123-143. <https://doi.org/10.4000/asp.4979>
- Es-Safi, L. (2001). La médiation culturelle dans les hôpitaux ou Comment rétablir la communication entre les patients d'origine étrangère et le personnel soignant, *Pensée plurielle*, 3(1), 27-34. <https://doi.org/10.3917/pp.003.0027>
- Gachelin, G. (2019). *Le paradigme manquant de la médecine psychosomatique*. Université Paris Diderot. <https://shs.hal.science/halshs-02120192>
- Gadéa, C. (2016). L'idiome figuratif des groupes professionnels. *Images du travail, travail des images*, 1. <https://doi.org/10.4000/itti.1278>.

- Galinon-Mélénec, B. (2011). Du diagnostic médical au diagnostic social, le signe-trace au fil des jours. En Galinon-Mélénec, B. (Ed.), *L'Homme trace, Perspectives anthropologiques des traces humaines contemporaines*, 1, (pp. 171-190). <https://doi.org/10.4000/books.editions-cnrs.16764>
- Gambier, Y. (2016). Des langues de spécialité aux documents multimodaux. *Pratiques*, 171-172. <https://doi.org/10.4000/pratiques.3183>
- Gautier, L. (2019). La recherche en « langues-cultures-milieus » de spécialité au prisme de l'épaisseur socio-discursive. En Calderón, M. e Konzett-Firth, C. (Eds.), *Dynamische Approximationen. Festschriftliches pünktlichst zu Eva Lavrics 62.5. Geburtstag*, 3, (pp. 369-387). Peter Lang. <https://shs.hal.science/halshs-02277295>
- Gilles, P. (1998). Les démonstratifs et le statut énonciatif des textes de fiction : l'exemple des ouvertures de roman. *Langue Française*, 120, 51-65. <https://doi.org/10.3406/lfr.1998.6269>
- Glady, M. e Vandeveldde-Rougale, A. (2016). Discours sollicités, subjectivité empêchée Introduction. *Langage et société*, 158 (4), 9-16. <https://doi.org/10.3917/ls.158.0009>
- Guilbert, L. (1973). La spécificité du terme scientifique et technique. *Langue française*, 17, 5-17. <https://doi.org/10.3406/lfr.1973.5617>
- Gross, O. e Gagnayre, R. (2013). Hypothèse d'un modèle théorique du patient-expert et de l'expertise du patient: processus d'élaboration. *Rech Qual*, 15, 147-175.
- Hammer, R., Barras, V., e Pascual, M. (2021). *Don et transplantation d'organes en Suisse. Enjeux historiques et sociologiques (1945-2020)*. Georg Éditeur. <https://doi.org/10.32551/GEORG.12276>
- Him-Aquilli, M. e Telep, S. (2021). Introduction. Anthropologie linguistique : le tournant sémiotique , *Langage et société*, 172(1), 19-28. <https://doi.org/10.3917/ls.172.0021>
- Hudelson, P. (2002). Que peut apporter l'anthropologie médicale à la pratique de la médecine ? *Médecine et Hygiène*, 2407. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2002.-2.2407.1775>
- Hughes, E. (1996). Le drame social du travail. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 115(2), 94-99. <https://doi.org/10.3406/arss.1996.3207>
- Ipara Motema, J. (2014). *Initiation à l'anthropologie médicale et de la santé*. L'Harmattan-rdc.
- Jaubert, A. (2008). Dire et plus ou moins dire. Analyse pragmatique de l'euphémisme et de la litote, *Langue française*, 160(4), 105-116. <https://doi.org/10.3406/lfr.2008.6710>
- Jodelet, D. (2013). La rencontre des savoirs. *Papers on Social Representations*, 22, 9.1-9.20.
- Khoudri, A. (2020). La préservation de la face et son incidence sur l'échange verbal et la relation entre soignant et soigné. *Interstudies*, 28, 113-124.
- Khoudri, A. (2023). As expresiões fixas como componentes do discurso dos/as pacientes: sinal de diversidade e de criatividade ou dun incremento do fracaso comunicativo. *Cadernos de Fraseoloxía Galega*, 24, 61-81. <https://doi.org/10.52740/cfg.23.24.03.00055>

- Klinkenberg, J-M. (2000). L'argumentation dans la figure. *Cahiers de praxématique*, 35, 59-86. <https://doi.org/10.4000/praxematique.2898>
- Klinkenberg, J-M. (1996). *Précis de sémiotique générale*. De Boeck Université.
- Laghzaoui, G. e Sabatier, C. (26 de novembro de 2016). *Comprendre et gérer l'insécurité linguistique Le phénomène de l'insécurité linguistique chez les jeunes* [conferencia]. Congrès de la Fédération des parents francophones de la Colombie-Britannique Richmond. https://www.fpfcb.bc.ca/files/atelier_-_il_-_nov._2016.pdf
- Lacoste, M. (2001). Peut-on travailler sans communiquer ? En Borzeix, A. e Fraenkel, B. (Eds.), *Langage et travail. Communication, cognition, action* (pp. 21-53). CNRS Éditions.
- Landragin, F. (2004). Saillance physique et saillance cognitive. *Corela*, 2-2. <https://doi.org/10.4000/corela.603>
- Leblic, I. e Masquelier, B. (2020). Introduction. De l'ethnolinguistique à l'anthropologie linguistique au Lacito, En Leblic, I. e Souag, L. (Eds.), *Du terrain à la théorie : les 40 ans du LACITO* (pp. 15-34). Lacito-Publications.
- Legris Revel, M. (2008). Pratiques délibératives et expertise des profanes: la montée en généralité des associations. *Ecole thématique PACTE-LATTS-EPFL*.
- Lévy-Leblond J-M. (2013). La science au défi de la langue. *Synergies Europe*, 8, 19-28.
- Margarita, M. e Mikhaïl, M. (s.d.). Le langage professionnel du Médecin, *Aspects terminologiques*. <http://www.gerflint.fr/Base/Russie3/langage.pdf>
- Masquelier, B. e Leblic, L. (2021). Introduction. Sens et signification, faire sens, comment le signifier. En Leblic, L. e Masquelier, B. (Eds.), *Énonciation métaphorique et iconicité en contexte* (pp. 5-34).
- Mattioda, M.M. (2015). Entre linguistique et anthropologie. Observations de terrain, modèles d'analyse et expérience d'écriture. *Synergies Italie*, 11, 125-132.
- Medhat-Lecocq, H. (2014). Traduire le technolecte : l'exemple du vocabulaire de l'automobile. En Messaoudi, L. e Lerat, P. (Dir.), *Les technolectes/langues spécialisées en contexte plurilingue* (pp. 257-269). Publications de l'Université Ibn Tofaïl.
- Moirand, M. (2014). Vers de nouvelles configurations discursives. *Les Carnets du Cediscor*, 12, 141-149. <https://doi.org/10.4000/cediscor.902>
- Ochs, E. (1988). *Culture and Language Development: Language Acquisition and Language Socialization in a Samoan Village*. Cambridge University Press.
- Perrin, L. (2002). Figures et dénominations. *Semen. Revue de sémio-linguistique des textes et discours*, 15. <https://doi.org/10.4000/semen.2410>
- Petit, G. (2001). L'introuvable identité du terme technique. *Revue française de linguistique appliquée*, 6(2), 63-79. <https://doi.org/10.3917/rfla.062.0063>
- Petit, M. (2010). Le discours spécialisé et le spécialisé du discours : repères pour l'analyse du discours en anglais de spécialité. *E-rea, revue électronique d'études sur le monde anglophone* 8(1), 1-15. <https://doi.org/10.4000/erea.1400>
- Prandi, M. (2000). Littéral, non littéral, figuré. *Cahiers de praxématique*, 35, 17-38. <https://doi.org/10.4000/praxematique.2149>

- Rakotomalala, J.R. (2022). *La métaphore et la subjectivité dans le langage*. HAL Open Science.
- Rakotonoelina, F. (2014). Perméabilité des frontières entre l'ordinaire et le spécialisé dans les genres et les discours. *Les Carnets du Cediscor*, 12, *LIDIL: Revue de linguistique et de didactique des langues*, 50, 215-217. <https://doi.org/10.4000/lidil.3660>
- Ramachandran, V.S. (2011). *The Tell-Tale Brain: A Neuroscientist's Quest for What Makes Us Human*. W.W. Norton and Company.
- Rinck, F. (2010). L'analyse linguistique des enjeux de connaissance dans le discours scientifique. Un état des lieux, *Revue d'anthropologie des connaissances*, 4(3), 427-450. <https://doi.org/10.3917/rac.011.0427>
- Schiele, B. (1984). Note pour une analyse de la notion de coupure épistémologique. *Communication. Information Médias Théories*, 6(2-3), 42-98. <https://doi.org/10.3406/comin.1984.1285>
- Searle, J. R. ([1969] 1972). *Les actes de langage*. Hermann.
- Tazi, I., Nafil, H., Mahmal, L., *et al.* (2013). Les médecines alternatives et complémentaires chez les patients cancéreux en cours de traitement à Marrakech, Maroc : étude prospective. *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, 106, 278-285. <https://doi.org/10.1007/s13149-013-0308-7>
- Thomas, J.-P. (2001). Qu'est-ce que le pouvoir médical ? *Raison présente*, 137(1), 39-52. <https://doi.org/10.3406/raipr.2001.3663>
- Topçu, S. (2008). Tensions liés à la rhétorique du « profane » : le cas du nucléaire. En Fromentin, T. e Wocjik, S. (Eds.), *Le profane en politique, compétence et engagement du citoyen* (pp. 85-110). L'Harmattan.
- Victorri, B. (1999). Le sens grammatical. *Langages*, 136, 85-105. <https://doi.org/10.3406/lgge.1999.2214>
- Zimmermann, F. (2003). Lévi-Strauss et l'illusion des explorateurs. *Archives de philosophie*, 66(1), 33-48. <https://doi.org/10.3917/aphi.661.0033>

