

## Les aboutissements de la circulation à sens unique dans le discours médical

**Víctor Nicolás López Román**  
*Servicio Madrileño de Salud*  
vnlr@telefonica.net

**M<sup>a</sup> Dolores Vivero García**  
*Universidad Autónoma de Madrid*  
dolores.vivero@uam.es

### Résumé

Ce travail concerne le discours médical sur la dépression. L'analyse de la mise en scène de la circulation des connaissances dans notre corpus montre que ce discours se fonde sur une doxa scientifique construite comme le lieu d'une circulation. Il prend également appui sur une représentation de la maladie supposée partagée par les destinataires (les médecins généralistes), si bien que l'énonciation se rattache implicitement à un discours doxique relatif à un certain modèle de la dépression.

**Mots-clé:** discours médical; dépression.

### Abstract

We analyse medical discourse about depressive disorder. Analyse of representation of knowledge circulation shows that this discourse is based on Doxa as a one-way circulation. It is based in the social representation of depressive disorder supposedly shared by interlocutors, that is to say the general practitioners. The enunciation appears as implicitly connected to discourse of one model of depressive disorder.

**Key words:** medical discourse; depressive disorder.

### 0. Introduction

L'objectif de ce travail est d'analyser la mise en scène de la circulation des connaissances dans le discours médical sur la dépression. Nous avons travaillé à partir d'un corpus constitué de publications espagnoles écrites par des spécialistes en psy-

---

\* Artículo recibido el 6/10/2009, evaluado el 14/12/2009, aceptado el 15/12/2009.

chiatrie et éditées par des laboratoires pharmaceutiques, qui les distribuent gratuitement parmi les médecins généralistes. Dans ce qui suit, nous analyserons ces textes dans une perspective énonciative et nous tenterons de montrer d'abord comment ce discours assure son efficacité pragmatique en s'appuyant sur une doxa scientifique qui est construite, en même temps, comme le lieu d'une circulation. Nous voudrions montrer ensuite que cette efficacité repose, par ailleurs, sur une représentation de la maladie supposée partagée par les destinataires, c'est-à-dire par les médecins généralistes, si bien que l'énonciation se rattache implicitement à un discours doxique relatif à un certain modèle de la dépression.

Avant tout, il convient de préciser le mode de circulation de ces textes à l'intérieur de la communauté médicale.

### 1. L'énonciation d'un savoir en circulation

Les textes de notre corpus circulent à l'intérieur d'une communauté restreinte bien ciblée. Même s'ils correspondent à une procédure de diffusion réglée selon une pratique sociale, on peut les considérer comme relevant d'un genre doublement hybride. D'une part, il s'agit d'un discours d'experts adressé à des médecins généralistes dans une visée informative. Mais ce discours se situe dans le cadre d'une communication conçue par les laboratoires pharmaceutiques qui, tout en visant l'information des médecins, a également une visée publicitaire non déclarée ouvertement. D'autre part, ils se situent entre le discours médical scientifique et celui de la communication de savoirs ou, selon le terme consacré, de la «transmission de connaissances».

L'énonciation représentée, quant à elle, se caractérise par l'absence de connexion avec la situation d'énonciation. On relève surtout des assertions au présent de vérité générale. En outre, les tournures impersonnelles relatives à la description de la maladie, à l'estimation des symptômes et, en général, aux opérations cognitives ou à la présentation du savoir (du type: «Il est estimé que...», «Il a été démontré que»)<sup>1</sup>, permettent d'effacer l'agent de l'énoncé et la responsabilité individuelle. On relève des impersonnalisations de l'évidence, qui portent sur le savoir («Il est certain que...», «Il est évident que...», «Il est bien établi scientifiquement que...»), des impersonnalisations du souhait, concernant les règles d'une pratique médicale précise («Il est souhaitable de...», «Il convient de...») et principalement des impersonnalisations de l'obligation, qui portent également sur la pratique du médecin généraliste ou sur le savoir que celui-ci doit acquérir:

(1) Es fundamental recabar informes médicos previos [...]. Hay que iniciar el tratamiento teniendo claro el objetivo [...]. Resul-

<sup>1</sup> Ou bien des tournures de «pasiva refleja»: «*Se observan* cambios en la absorción de tal substancia» (*Il a été observé* des changements dans l'absorption de telle substance), «*Se ha señalado* tal fenómeno» (*On a mis en évidence* tel phénomène) (Olivares & Pinal 2004: 66). Dans tous les exemples, le soulignement en italique est de nous.

ta del todo imprescindible que cualquier intervención sobre estos pacientes incluya una evaluación de sus cuidadores (Oliveros & Pinal 2004: 64-65).

(Il est fondamental de demander les rapports médicaux préalables [...]. Il faut commencer le traitement en ayant un objectif clair [...]. Il est tout à fait indispensable d'inclure dans toute intervention sur les patients une évaluation des personnes qui s'occupent de lui.)

(2) Otro tipo que debe conocerse es la depresión atípica, caracterizada por [...] (Álvarez & Cuenca 1999: 3).

(Un autre type [de dépression] qu'il faut connaître est celui de la dépression atypique caractérisée par [...]).

Cette modalité de l'obligation n'est pas vraiment une marque de subjectivité<sup>2</sup>: elle exprime plutôt la position généralement admise, une position que le spécialiste reprend en tant qu'expert dans le domaine.

On trouve quelques exemples de distance énonciative marquée par l'emploi du conditionnel, mais les modalisations du non-certain, susceptibles d'expliciter les limites du savoir ou ses incertitudes, sont rares. D'ailleurs, le plus souvent, cette modalisation ne porte pas sur le degré de validité de l'assertion, c'est-à-dire qu'elle ne marque pas une véritable distanciation par rapport à ce qui est dit, mais plutôt une distance par rapport au dire; c'est la distance de celui qui fait circuler un discours en toute objectivité, sans prendre parti ni pour ni contre:

(3) La alternativa *sería* Venlafaxina porque posee efecto analgésico y efecto antidepresivo en un amplio rango de dosis, además de un demostrado efecto ansiolítico (Micó *et al.* 2004: 19).

(L'alternative *serait* Venlafaxina parce que ce médicament a un effet analgésique et un effet antidépresseur à des doses très variables, outre un effet anxiolytique démontré).

<sup>2</sup> Le locuteur est peu représenté dans la plupart des textes. Tout au plus apparaît-il sporadiquement comme une position énonciative qui assume la fonction didactique d'accompagnement du lecteur dans le parcours du texte. Les questions rhétoriques et les intertitres ont la même fonction didactique de structuration et d'introduction des contenus. Dans certains cas, tout le texte est présenté sous forme de questions-réponses mettant en scène un locataire. Dans d'autres, un locuteur, partie prenante d'une relation d'ordre didactique, semble communiquer avec le lecteur: «Es necesario tener en cuenta para qué y cómo *estamos* utilizando el antidepresivo. En muchos casos si lo que *estamos* tratando es una neuropatía diabética [...] las dosis que se prescribe [...] que se utiliza [...]» (Il faut savoir dans quel but et comment *nous utilisons* l'antidépresseur. Souvent, si ce que *nous traitons* est une neuropathie diabétique [...] la dose que l'on prescrit [...] que l'on utilise [...], Micó *et al.* 2004: 18). Mais dans ces derniers cas, comme le montre l'exemple que nous venons de citer, la tendance est à glisser vers la forme passive («pasiva refleja»), qui efface l'agent.

(4) La primera [peculiaridad] es el reconocimiento casi unánime de la existencia de organicidad en la depresión de inicio tardío o muy tardío, cuadro clínico que se *caracterizaría* por su presentación en mayores [...] (Gayoso Orol 2004: 19).

(La première [particularité] est la reconnaissance presque unanime de l'existence d'organicité dans la dépression qui commence tard ou très tard, un cadre clinique qui se *caractériserait* par son apparition chez les personnes âgées [...]).

À cette stratégie d'objectivation il faut ajouter un relatif effacement des sources premières du savoir, qui vise à construire celui-ci comme connu et comme partagé par la communauté scientifique:

(5) El concepto de depresión bipolar [...] es *de uso corriente* en clínica (Álvarez & Cuenca 1999: 3).

(Le concept de dépression bipolaire [...] est *utilisé couramment* en clinique).

En effet, d'une part, nombre d'assertions ne sont pas attribuées à des énonciateurs spécifiques, comme si cela pouvait avoir été dit par X ou Y (sans précision des identités) et repris par d'autres locuteurs appartenant à la communauté scientifique. D'autre part, certains renvois explicites à un discours premier se font à travers des dénominations collectives relativement vagues et les citations ont le plus souvent une fonction doxique, c'est à dire qu'elles semblent indiquer que l'énonciation se fonde sur une doxa scientifique. Dans tous les cas, l'extension de cette doxa et la diversification des foyers énonciatifs qu'elle regroupe fait figure d'autorité. On se fonde ainsi sur de «multiples études» et on utilise les critères «les plus répandus»:

(6) [...] hoy sabemos, en base a *múltiples estudios*, que en la percepción e interpretación del daño [...] intervienen varios factores (Micó *et al.* 2004: 3).

([...] nous savons aujourd'hui, en nous fondant sur de *multiples études*, que dans la perception et dans l'interprétation du dommage [...] interviennent plusieurs facteurs).

(7) Son criterios basados en el análisis factorial de *miles de casos estudiados* en trabajos de campo y están *avalados* por la Sociedad Americana de Psiquiatría (APA) siendo *los más extendidos en todo el mundo* (Álvarez & Cuenca 1999: 2).

(Ce sont des critères fondés sur l'analyse factorielle de *milliers de cas étudiés* dans des travaux de terrain *cautionnés* par la Société Américaine de Psychiatrie (APA); ce sont les critères *les plus répandus dans le monde entier*).

Ou bien on insiste sur le consensus:

(8) La mayor parte de los consensos al respecto recomiendan que este período tenga una duración doble en el anciano [...] (Agüera Ortiz 2004: 52).

(La plupart des consensus à ce propos recommandent que cette période soit doublée chez les personnes âgées).

Outre l'impression d'objectivité<sup>3</sup>, il en résulte un effet de circulation du savoir au sein d'une communauté, si l'on entend par effet de circulation l'impression que le savoir est non seulement partagé mais encore réactivé et actualisé par des discours effectifs traversant cette communauté.

L'image que l'énoncé construit du locuteur participe également à cette impression. En effet, le locuteur apparaît rarement comme un véritable sujet cognitif, c'est-à-dire comme l'origine ou la source d'une connaissance, sauf quand il est réalisé par un «nous» désignant l'ensemble de la communauté scientifique, et les connaissances sont saisies non pas dans leur élaboration par un sujet producteur du savoir, mais plutôt dans leur circulation au sein de cette communauté. D'ailleurs, le locuteur ne parle pas seulement en son nom personnel. Il apparaît comme l'agent responsable de la circulation d'un discours forgé ailleurs, puisque c'est le discours de la science qui s'énonce à travers sa parole. Dans le but affiché de transmettre des connaissances, le locuteur brasse ces discours sources que sont les discours de production de connaissances, notamment les discours de recherche. Il fait, en somme, comme s'il transmettait un savoir dont la communauté scientifique se serait déjà portée garante, un savoir presque entièrement dégagé de toute incertitude. Car il ne prétend pas ouvrir des pistes de réflexion par le renvoi aux recherches en cours, mais tout simplement faire le point sur la question en vue d'applications concrètes immédiates.

Toutefois, à la différence du vulgarisateur à proprement parler, qui tend à apparaître moins comme celui qui parle le discours de la Science que comme celui qui le montre (Authier 1982: 45), l'expert de nos textes tient globalement le discours de la science. Le statut du spécialiste dont il se pare suffit à légitimer son discours et à le cautionner par la communauté dont il fait partie. Par conséquent, il cite peu. De plus, le souci de clarté didactique et le consensus sur une doxa scientifique semblent le dispenser, dans une large mesure, d'explicitier les énonciateurs des discours premiers.

Il apparaît ainsi comme un locuteur participant à une sorte de chaîne de la connaissance qui irait du savoir savant originaire au savoir dont a besoin le médecin généraliste pour sa pratique.

---

<sup>3</sup> Il s'agit, pour reprendre les mots de Rastier, d'une «séparation conventionnelle entre sujet et objet» qui impose aux textes scientifiques une mimésis d'objectivité, c'est-à-dire «l'objectivation nécessaire à l'impression de vérité» (Rastier 2005: 172).

Cette représentation du locuteur va de paire avec la mise en scène de la connaissance partagée comme l'aboutissement d'une circulation du discours d'experts, à travers des formulations passives qui construisent une aspectualité d'ordre «résultatif» (Charaudeau 1992: 408) et contribuent à présenter le savoir comme le résultat d'un trajet. L'emploi de la forme passive sans expression de l'agent permet non seulement d'effacer les agents, mais encore de présenter l'action dans son résultat. On gomme, de cette manière, toute complexité dans la représentation du savoir. À travers un discours hors idéologie et rarement polémique, on présente ce savoir comme objectivement établi à la suite d'une démarche scientifique, comme un savoir acquis dans le domaine, bref comme un savoir achevé et construit.

Aux formulations passives s'ajoute le passé composé à valeur aspectuelle accomplie, qui présente également l'action dans son résultat; il est souvent utilisé pour rapporter des points de vue divergents ou des faits discutés dans le passé:

(9) Se ha discutido mucho a cerca de esta prevalencia en la tercera edad y se han señalado dos posibles artefactos (Olivares & Pinal 2004: 66).

(On a beaucoup discuté l'existence de cette prédominance dans le troisième âge et deux possibles facteurs ont été signalés).

Le présent actuel de vérité générale, quant à lui, rend compte du stade actuel des connaissances. Parallèlement, les adverbes temporels marquent l'ancrage de l'énonciation dans cette actualité, qui apparaît comme le moment d'un déroulement, d'une progression évolutive ayant débuté au passé («pendant longtemps») puis traversé «les dernières années» pour déboucher sur un «aujourd'hui» consensuel:

(10) Actualmente se identifican también como depresiones estacionales (Alvarez & Cuenca 1999: 3).

(Actuellement on les identifie aussi en tant que dépressions stationnaires).

Il faut ici tenir compte que la finalité de ce discours est parfois double: souvent la fonction cognitive (aider les médecins généralistes à identifier la dépression pour pouvoir la soigner) cède le pas à une visée persuasive, plus ou moins voilée, dont le but est de convaincre des avantages de certains médicaments. L'argumentation prend alors le pas sur l'information. De l'explication de la dépression pour agir sur les capacités de comprendre du médecin généraliste afin de le rendre plus compétent, on glisse en effet, dans plusieurs textes, vers une volonté d'agir sur son comportement, c'est-à-dire de pousser le médecin à prescrire certains médicaments.

On relève, de fait, quelques évaluations et des connecteurs discursifs qui orientent vers des conclusions implicites. Comme les modalités de l'obligation dont nous avons déjà eu l'occasion de traiter, ces marques ne sont pas vraiment l'expression

d'une subjectivité: elles expriment plutôt la position généralement admise dans la communauté scientifique. L'exemple suivant est significatif:

(11) ¿Se puede tratar de por vida? Hasta hoy no se conocen trastornos asociados al uso permanente de los antidepresores de nueva generación. Sin embargo, sí es conocido el efecto pernicioso, psíquico y físico, de la ansiedad mantenida y de la depresión cronicada (Carrasco Pereda & Sierra Alonso 2004: 71).

(Peut-on prescrire des médicaments indéfiniment? Jusqu'à présent, on ne connaît pas des effets négatifs associés à la prise continuée des antidépresseurs de nouvelle génération. Par contre, on connaît bien l'effet néfaste, sur le plan psychique et sur le plan physique, de l'anxiété prolongée et de la dépression chronique).

Il oriente, on le voit, vers la viabilité d'un traitement pharmacologique permanent, même si l'innocuité à long terme des antidépresseurs n'a pas été établie.

Corrélativement, on relève dans la description des antidépresseurs des adjectifs apparemment objectifs tels que l'adjectif «précis»: l'accent est ainsi mis non pas sur l'efficacité des antidépresseurs, mais sur leur précision, c'est-à-dire leur capacité d'agir sélectivement sur un endroit précis. Or ce type de propriétés fonctionne comme autant d'arguments qui découlent de certains stéréotypes ou pré-construits, si bien que l'argumentation repose, comme nous le verrons maintenant, sur la remise en circulation d'une représentation doxique supposée partagée par les médecins généralistes.

## 2. Le discours comme lieu de circulation d'une doxa

En effet, les textes de notre corpus reprennent un modèle de la dépression et de son traitement qui nourrit la représentation d'autres maladies chez le médecin. Cela permet d'inclure dans l'échange des représentations collectives familiaires, partagées par les partenaires, bref ce qui, aux yeux des médecins généralistes, va de soi, créant ainsi une illusion d'évidence qui sert à assurer l'efficacité pragmatique du discours.

Ce modèle, qui correspond à un stéréotype, à une doxa ou «représentation sociale» (Moscovici 1988) circulant dans la communauté scientifique, est particulièrement repérable à partir de l'étude des métaphores figées que l'on utilise pour représenter la dépression. Bien entendu, ce sont des métaphores qui n'ont pas une fonction didactique de reformulation du dire scientifique, comme celles que l'on trouve, le plus souvent, dans le discours de vulgarisation (Mortureux 1993); elles font au



contraire partie de la pensée scientifique<sup>4</sup>. Leur mise en lumière n'est pas moins intéressante, car elle révèle comment la circulation de ces métaphores institutionnalisées contribue à construire une représentation sociale.

Nous nous contenterons de résumer ici les résultats d'une recherche précédente qui, s'appuyant sur les travaux de Lakoff & Johnson (1980), nous a permis de mettre en évidence comment ces métaphores fondent, dans les textes de notre corpus, la représentation de la dépression et de son traitement (López Román, 2005 et López Román & Vivero García à paraître). Nous avons ainsi montré que la dépression est représentée, tout d'abord, comme une entité concrète, différenciée et à caractère unitaire. Cette représentation unitaire détermine, entre autres, le recours à la métaphore du masquage quand il s'agit d'expliquer l'apparition de formes de dépression qui sont en réalité très différentes: la dépression serait alors «masquée» par une symptomatologie différente. Elle est représentée, ensuite, comme une maladie ayant des propriétés physiques qui la rendent directement observable: elle se manifeste plus ou moins nettement, elle présente des frontières et aurait même une consistance. Elle présente également des propriétés qui en font une entité dynamique et vivante, avec une trajectoire ou tendance naturelle: elle a une origine, elle se développe et elle peut même envahir d'autres systèmes. Elle a enfin des propriétés qui lui confèrent une représentation spatiale et notamment la capacité d'occuper une superficie plus ou moins importante, ce que montre très nettement l'exemple suivant:

(12) La depresión es un estado de ánimo triste, una alteración del humor, en el que la tristeza es patológica, desproporcionada, profunda, abarcando la totalidad del ser (Gayoso Orol 2004: 18).

(La dépression est un état de tristesse, une altération de l'humeur selon laquelle la tristesse devient pathologique, disproportionnée, profonde, occupant la totalité de la personne).

Comme nous l'avons soutenu dans nos précédents travaux, ces caractéristiques rapprochent la dépression d'un modèle de maladie semblable à celui des tumeurs. De fait, on représente cette tristesse «disproportionnée», comme pouvant, à l'instar des cellules tumorales, remplacer progressivement le monde des affects normaux et même l'envahir de manière généralisée. Parallèlement, le traitement de la dépression, à l'exception de quelques rares références à la psychothérapie, est orienté vers l'utilisation des antidépresseurs, dont l'action est représentée de manière semblable à celle des techniques de traitement contre les tumeurs, à savoir, une action précise et sélective sur les endroits où a lieu le dysfonctionnement. À l'instar du traite-

<sup>4</sup> Comme le souligne Lorena Preta (1993: 21), quand on prend conscience des métaphores qui déterminent toute pensée scientifique, il n'est plus possible de défendre une vision de la science comme processus mécanique d'induction à partir de faits vrais et indiscutables.



ment de ce type de maladies, où il est essentiel d'éliminer toutes les cellules pathologiques pour éviter leur reproduction, on insiste ici sur l'emploi des doses nécessaires pour éviter le danger de rechute causé par la permanence d'affects pathologiques résiduels. Curieusement, ces ressemblances avec le traitement des tumeurs ne se retrouvent plus lorsqu'il s'agit du traitement des troubles de l'anxiété, que l'on soigne pourtant, en partie, avec les mêmes antidépresseurs.

La remise en circulation de ces métaphores presque «naturalisées» aide, par ailleurs, à construire le savoir comme un savoir absolu, sans perspective alternative, bref comme une évidence partagée qui normalise le discours en une représentation apparemment interchangeable et figée. Sans entrer dans les détails, on remarquera cependant qu'il existe d'autres représentations de la dépression et que la conceptualisation de celle-ci en tant que maladie a été critiquée même par les courants biomédicaux de la psychiatrie<sup>5</sup>. Ainsi, selon certaines approches, il est impossible d'établir une frontière étanche entre ce qui est normal et ce qui est pathologique. D'autres nient l'existence même de la maladie mentale. Enfin, divers courants de pensée en psychiatrie considèrent les manifestations des troubles mentaux comme des conduites symboliques adressées à un destinataire, le rôle du médecin étant alors d'établir une écoute afin de dégager le sens et la valeur contextuelle de ce qui devient un signe psychiatrique.

### 3. Conclusion

En guise de conclusion, nous voudrions souligner comment ce discours se fonde sur l'autorité énonciative du spécialiste et sur la *didacticité* dont fait preuve celui-ci pour reprendre un point de vue doxique, qui apparaît comme l'acquis incontestable d'une recherche aboutie et, en même temps, comme une vérité générale circulant actuellement dans une communauté scientifique sans failles. Se voulant un discours sur la connaissance, ce discours médical apparaît comme le lieu privilégié d'une circulation du savoir constitué et, plus exactement, comme le lieu d'une circulation à sens unique ayant abouti à une représentation sociale stable et partagée. Nous avons essayé de montrer que cette image sécurisante du savoir, ainsi que la représentation doxique de la dépression en tant que processus physique naturel, répondent à la visée pragmatique des textes analysés et à l'image que l'on se fait des connaissances des destinataires.

---

<sup>5</sup> D'ailleurs, plusieurs textes de notre corpus reconnaissent qu'il y a certains problèmes d'inadéquation du modèle utilisé (cf. López Román et Vivero García, à paraître).

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- AGÜERA ORTIZ, Luis (2004): «Depresión. Tratamiento», in P. Gil Gregorio & M. Martín Carrasco (eds.), *Guía de la práctica clínica en Geriatria. Depresión y Ansiedad*. Madrid, Sociedad Española de Geriatria y Gerontología & Scientific Communication Management, 49-65.
- ÁLVAREZ MARTÍNEZ, E. & Eduardo CUENCA FERNÁNDEZ (1999): *Depresión. Aspectos clave en Atención Primaria*. Barcelona, Almirall Pordesfarma.
- AUTHIER, Jacqueline (1982): «La mise en scène de la communication dans des discours de vulgarisation scientifique». *Langue française*, 53, 34-53.
- CARRASCO PERERA, José Luis & Javier SIERRA ALONSO (2004): *Depresión y ansiedad. Dudas y aclaraciones en atención primaria*. Barcelona, Grupo Ars XXI de Comunicación.
- CHARAUDEAU, Patrick (1992): *Grammaire du sens et de l'expression*. Paris, Hachette.
- GAYOSO OROL, María Jesús (2004): «Epidemiología y clínica», in P. Gil Gregorio & M. Martín Carrasco (eds.), *Guía de la buena práctica clínica en geriatría: depresión y ansiedad*. Madrid, Sociedad española de geriatría y gerontología/ Scientific communication management.
- LAKOFF, Georges & Mark JOHNSON (1980): *Métaphors we live by*. Chicago-London, The University of Chicago Press.
- LÓPEZ ROMÁN, Víctor N. (2005): «La metáfora en el discurso médico sobre la depresión», in L. Granato *et al.* (eds.), *Actas del II Coloquio Argentino de la IADA. El diálogo: estudios e investigaciones*. La Plata, Universidad Nacional de la Plata, 380-389.
- LÓPEZ ROMÁN, Víctor N. & M<sup>a</sup> Dolores VIVERO GARCÍA (à paraître): «Funciones cognitiva y persuasiva de las metáforas en el discurso médico sobre la depresión».
- MICÓ SEGURA, Jesús A. *et al.* (2004): «Depresión y dolor crónico», in J. Gandara Martín *et al.* (eds.), *Depresión en pacientes de riesgo*. Barcelona, Ars Medica, 3-23.
- MORTUREUX, M<sup>e</sup> Françoise (1993): «Paradigmes désignationnels». *Sémen*, 8, 122-141.
- MOSCOVICI, Serge (éd.) (1988): *Psychologie sociale*. Paris, PUF.
- OLIVARES DÍEZ, José M. & Beatriz PINAL FERNÁNDEZ (2004): «Depresión y vejez», in J. Gandara Martín *et al.* (eds.), *Depresión en pacientes de riesgo*. Barcelona, Ars Medica, 63-86.
- PRETA, Lorena (1993): «Pensar imaginando», in L. Preta (ed.), *Imágenes y metáforas de la ciencia*. Madrid, Alianza Editorial, 11-28.