



HAL
open science

La douleur : Entre évaluation et action

Frédérique de Vignemont

► **To cite this version:**

Frédérique de Vignemont. La douleur : Entre évaluation et action. Revue de Métaphysique et de Morale, 2024, <10.3917/rmm.241.0085>. <hal-04770361>

HAL Id: hal-04770361

<https://hal.science/hal-04770361v1>

Submitted on 6 Nov 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

La douleur : entre évaluation et action

Frédérique de VIGNEMONT *

RÉSUMÉ. – *La douleur est une expérience complexe qui ne se laisse pas facilement capturer. Il s'agit d'expliquer sa dualité, à la fois sensorielle et affective, sa force motivationnelle, et les nombreuses formes qu'elle peut prendre. Les théories actuelles en philosophie analytique cherchent à aller au-delà d'un vécu subjectif vague pour déterminer si la douleur se rapproche plus d'une expérience sensorielle, décrivant une perturbation corporelle, ou du désir, prescrivant de régler le problème. Je montre ici que c'est en se tournant vers les théories des émotions que l'on peut espérer aller de l'avant, et en particulier vers les théories dites attitudinales, qui soulignent l'importance dans nos expériences affectives de la manière dont nous appréhendons le monde et notre corps.*

Mots-clés : douleur ; représentation ; émotion ; motivation ; évaluation.

Pain: Between Evaluation and Action

ABSTRACT. – *Pain is a complex bodily sensation, not easily captured. We need to explain its duality, both sensory and affective, its motivational force, and the many forms it can take. Current theories in analytic philosophy seek to go beyond a vague subjective experience to determine whether pain is closer to sensory experiences, describing bodily disturbances, or to desires, prescribing how to react to the disruption. Here I show that it is by turning to theories of emotion that we can hope to move forward, and in particular to attitudinal theories, which emphasize the importance in our affective experiences of the way we apprehend the world and our body.*

Keywords: pain; representation; emotion; motivation; evaluation.

Lorsque l'on s'intéresse à la douleur d'un point de vue philosophique, on se retrouve confronté à un problème majeur, à savoir la diversité des sensations que l'on qualifie spontanément comme étant douloureuses. Elles vont de la douleur perçante d'un kyste dentaire à la douleur pulsatile d'un mal de tête, de la douleur brûlante d'un mal d'estomac à la douleur lancinante d'une foulure. Le défi est de trouver ce que ces sensations ont en commun. Pourquoi appeler douleur des expériences aussi différentes ? Il peut ainsi paraître presque impossible d'en trouver une caractérisation unifiée, à moins d'être à un tel niveau de généralité qu'elle s'appliquerait aussi à de toutes autres sensations. Même si l'on se focalise sur un type de douleur, comme celle de brûlure, il est difficile de la définir de telle manière

* CNRS, Institut Jean Nicod, UMR 8129.



qu'elle décrive aussi bien notre vécu subjectif lors d'une infection urinaire, de remontées acides dans l'estomac, d'une bouche en feu d'un plat trop épicé, ou lors d'une casserole d'eau bouillante renversée sur la main. L'enjeu est de déterminer le plus petit dénominateur commun, ce qui n'est guère chose facile. Pour certains, c'est même impossible. Il faudrait selon eux abandonner l'idée qu'il existe une notion unique de douleur et reconnaître que le terme englobe une famille de sensations et d'expériences distinctes¹.

Ces dernières années, pourtant, la philosophie de la douleur a connu un certain renouveau dans la tradition analytique. Elle s'inscrit en majorité dans un courant représentationniste, selon lequel la douleur correspond à un certain type de représentation mentale. Un état est dit représentationnel s'il a un contenu intentionnel qui a des conditions de satisfaction. Un exemple classique est celui de l'expérience visuelle. Lorsque je vois le ciel bleu, mon expérience visuelle représente le ciel bleu, et son contenu est véridique si le ciel est de cette couleur. Elle vise à décrire de manière la plus juste possible le monde visible. Imaginons maintenant que je désire manger du chocolat. De nouveau, mon désir représente le fait de manger du chocolat, et son contenu peut être satisfait si j'en mange. Il me prescrit alors quoi faire, plutôt qu'il ne décrit la situation. Dans ce cadre théorique, la question qui se pose pour la douleur est de savoir si elle est plus proche d'une expérience sensorielle, *décrivant* une perturbation corporelle, ou du désir, *prescrivant* de régler le problème. Autrement dit, la douleur s'apparente-t-elle à une forme d'évaluation interne, comme le proposent les théories dites évaluatives, ou à une forme d'incitation à agir, comme le défendent les théories dites impératives ?

Ou peut-être la douleur n'est-elle ni l'une ni l'autre. Une alternative pour en rendre compte peut alors être cherchée au sein de la philosophie des émotions. La douleur est certes une sensation corporelle, mais elle est dotée d'une dimension affective, et elle est donc susceptible de partager avec les émotions un certain nombre de propriétés. Les théories contemporaines sur les émotions se scindent entre celles qui soutiennent que le caractère affectif est déterminé par le contenu de nos expériences² et celles qui proposent de l'expliquer par l'attitude que nous adoptons vis-à-vis de la situation. Afin de mieux comprendre cette dernière approche, prenons l'exemple d'une voiture qui vous fonce dessus. Si vous êtes un pilote de rallye, vous abordez la situation avec sang-froid, mais si vous êtes un novice, vous serez probablement terrifié³. Pour certains, ce qui diffère entre les deux conducteurs, ce n'est pas ce dont ils ont l'expérience (le danger de la voiture approchant), mais la manière dont ils font l'expérience de la situation, ce que

1. J. CORNS, *The complex reality of pain*, Londres, Routledge, 2020.

2. Par exemple C. TAPPOLET, *Emotions, values and agency*, Oxford, Oxford University Press, 2016.

3. P. GOLDIE, *The emotions*, Oxford, Oxford University Press, 2000.

l'on appelle le mode ou l'attitude expérientiel⁴. On pourrait alors proposer de définir la douleur elle aussi par la manière dont nous vivons la perturbation corporelle. Dans cet article, après avoir rappelé quelques faits fondamentaux sur la douleur et les problèmes philosophiques qu'elle soulève, nous verrons tour à tour les théories impératives, puis évaluatives, pour enfin esquisser les grandes lignes d'une théorie attitudinale.

UNE PREMIÈRE DÉFINITION

Depuis cinquante ans, des spécialistes à travers le monde se réunissent au sein de l'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP) afin d'essayer d'en offrir une définition. Le dernier résultat en date de leurs efforts est le suivant : « Une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée ou ressemblant à celle associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ».

Cette définition part du principe que la douleur ne résulte pas de manière systématique de perturbations corporelles. Elle peut en effet seulement « ressembler » à une expérience causée par un dommage physique. Il est important pour mieux comprendre ce qui motive cette caractérisation de revenir aux bases physiologiques de la douleur, et plus particulièrement aux nocicepteurs. Ils constituent une classe de récepteurs sensibles aux stimulations trop intenses, qu'elles soient mécaniques (pression, étirement), chimiques (substances algogènes), ou caloriques (>42°C). Ils se situent au niveau de la peau, des muscles et des viscères, et ils envoient leurs signaux par deux types de fibres, les fibres A delta qui permettent une transmission du signal très rapide, et les fibres C pour qui la transmission est plus lente. La sensation de douleur n'en est toutefois pas un reflet direct. Les signaux issus des nocicepteurs sont en effet inhibés, renforcés, complétés, ou déformés par deux mécanismes de contrôle, l'un au niveau de la moelle épinière qui contrôle la quantité de signaux provenant du système nerveux périphérique vers les structures cérébrales, et l'autre plus central qui prend en compte les facteurs affectifs et cognitifs et module l'intensité et le caractère désagréable de la douleur en conséquence⁵.

L'effet placebo, et sa contrepartie négative, l'effet nocebo, constituent des exemples typiques de modulation de la douleur. Pour des raisons cliniques évidentes, l'intérêt s'est surtout porté sur les effets bénéfiques des attentes positives. Par exemple, si un médecin prescrit un antalgique à des personnes souffrantes, l'effet sera plus fort s'il leur assure à l'avance de son efficacité. À l'inverse, l'anticipation de la douleur peut avoir des effets néfastes

4. J. DEONNA et F. TERONI, *The emotions : A philosophical introduction*, New York, Routledge, 2012.

5. R. MELZACK et P. D. WALL, *The challenge of pain*, New York, Basic Books, 1983.

lorsqu'on s'attend à ce qu'elle s'aggrave⁶. Prenons l'exemple du protoxyde d'azote (également appelé gaz hilarant). On s'est aperçu que l'information préalablement donnée aux participants modifie leur ressenti. Ce gaz est normalement utilisé en anesthésiologie, mais il peut également conduire à une hyperalgésie (augmentation de la sensibilité à la douleur) si on suggère au patient à l'avance qu'il aura *plus* mal. L'anticipation de la douleur peut même induire une allodynie, une stimulation normalement non douloureuse donnant alors lieu à une réponse douloureuse. Ces différents types de modulation vont au-delà des rapports subjectifs des participants ~~aux expériences~~. Des études en neuroimagerie montrent en effet que l'anticipation de la douleur modifie l'activité des régions cérébrales qui sont généralement activées par des stimulations douloureuses, notamment l'insula, le thalamus et le cortex cingulaire antérieur⁷. Cette activité neuronale est considérée comme la preuve que ce n'est pas seulement le jugement des participants qui est influencé par leurs attentes, mais leur sensation de douleur elle-même. Ainsi, ce que nous ressentons n'est pas seulement le résultat de ce que les nocicepteurs nous signalent ; il est influencé par ce que nous nous attendons à ressentir.

De manière encore plus frappante, la douleur peut se manifester indépendamment de tout signal périphérique. Par exemple, les personnes amputées d'un membre peuvent encore ressentir la présence de leur bras ou de leur jambe absente, décrivant alors des douleurs aiguës dans leur membre fantôme. Aucune activité neuronale périphérique ne semble pouvoir expliquer ce qu'ils rapportent, mais leur douleur n'est pas considérée comme moins « réelle » ou moins « vraie » pour autant. De même, les personnes souffrant de troubles somatoformes (c'est-à-dire de troubles chroniques pour lesquels aucune explication médicale n'a été trouvée, comme la fibromyalgie) font souvent état de douleurs chroniques sans qu'il y ait de troubles organiques correspondants⁸.

On comprend donc mieux pourquoi l'IASP défend une conception relativement libérale de la douleur qui inclut les sensations ressenties en l'absence de dommage corporel. On peut toutefois se demander si cette définition n'est pas *trop libérale*. Pour certains individus, la vision du sang peut être extrêmement désagréable. Dans leur cas, leur expérience visuelle est à la fois sensorielle et affective, dotée d'une valence négative, et associée à une lésion tissulaire réelle. Elle devrait donc être considérée comme un cas de douleur selon les critères de l'IASP. Pourtant, même si voir sa main

6. F. BENEDETTI *et al.*, « Conscious expectation and unconscious conditioning in analgesic, motor, and hormonal placebo/nocebo responses », *Journal of Neuroscience*, 2013, 23 (10), p. 4315-23.

7. T. D. WAGER *et al.*, « Placebo-induced changes in fMRI in the anticipation and experience of pain », *Science*, 2004, 303 (5661), p. 1162-7.

8. Pour une discussion des douleurs fantômes et des troubles somatoformes, voir F. DE VIGNEMONT, *Désenchanter le corps*, Paris, Odile Jacob, 2023.

ensanglantée peut être désagréable, l'expérience visuelle elle-même n'est pas littéralement douloureuse.

Il paraît judicieux à ce stade de distinguer au sein des expériences sensorielles qui ont une charge émotionnelle, celles qui sont intrinsèquement affectives, comme la douleur par exemple, et celles qui ne le sont pas. Revenons à notre exemple visuel. La simple vue du sang est généralement neutre au sens où il n'est pas visuellement désagréable de voir ce liquide rouge. Une petite égratignure qui ne fait pas mal peut ainsi facilement n'induire aucune réaction. Sa charge émotionnelle chez les personnes sensibles semble se surajouter à l'expérience visuelle. Elle lui est *extrinsèque*. En revanche, il semble quasiment impossible que la douleur ne soit pas ressentie comme déplaisante et que l'on n'y réagisse pas. Son caractère négatif ne vient pas en surplus s'ajouter à l'expérience douloureuse ; elle en fait partie de manière *constitutive*.

Certains pourraient citer ici le cas du masochisme comme contre-exemple, mais son interprétation est sujette à caution. Il n'est pas sûr en effet que les personnes masochistes ressentent une douleur non désagréable, il est également possible qu'elles se sentent bien d'avoir mal⁹. Un autre contre-exemple possible est le syndrome neurologique de l'asymbolie à la douleur¹⁰. Les patients asymboliques sont capables de détecter des stimulations nocives telles que des courants électriques, de les localiser et d'en évaluer l'intensité, mais ces stimulations ne leur paraissent pas déplaisantes ou désagréables. Par conséquent, ils ne s'en plaignent pas, ne crient pas, ni ne réagissent, ne cherchant pas à les éviter. La question est alors de déterminer s'ils ont vraiment mal. Pour certains, leur expérience de la douleur est anormale¹¹. Pour d'autres, il n'en est rien, les patients ont normalement mal, il leur manque seulement l'expérience additionnelle de la pénibilité de la douleur¹². Nous verrons plus tard comment rendre compte d'une telle distinction¹³.

Si la douleur est une sensation corporelle intrinsèquement affective, il est essentiel de comprendre la nature exacte de cette dimension émotionnelle. Même si de nombreux philosophes militent pour une théorie unifiée des affects¹⁴, celle-ci n'a rien d'évident. Le caractère désagréable ou déplaisant

9. C. KLEIN, *What the body commands : The imperative theory of pain*, Cambridge (Mass.), MIT Press, 2015.

10. Voir N. GRAHEK, *Feeling pain and being in pain*, Cambridge (Mass.), MIT Press, 2001 ; D. BAIN, « Pains that don't hurt », *Australasian Journal of Philosophy*, 2014, 92 (2), p. 1-16 ; C. KLEIN, « What pain asymbolia really shows », *Mind*, 2015, 124 (494), p. 493-516.

11. D. BAIN, « Pains that don't hurt ».

12. C. KLEIN, « What pain asymbolia really shows ».

13. Pour une discussion plus détaillée de l'asymbolie à la douleur, voir F. de VIGNEMONT, *Mind the body*, Oxford, Oxford University Press, 2018.

14. H. JACOBSON, « Killing the messenger : Representationalism and the painfulness of pain », *The Philosophical Quarterly*, 2013, 63 (252), p. 509-19, ainsi que L. BARLASSINA et M. K. HAYWARD, « Loopy regulations », *Philosophical Topics*, 2019, 47 (2), p. 233-61.

de nos expériences est-il toujours le même, que cela soit à la vue du sang, à l'écoute d'une musique stridente, ou encore lorsque nous avons mal, faim ou peur ? Et comment le caractériser au mieux ? Dans la prochaine partie, je vais décrire les principales théories contemporaines en philosophie de la douleur, pour ensuite me tourner vers la philosophie des émotions.

La force motivationnelle de la douleur

Dans les années 1970, le médecin Paul Brand chercha à améliorer le sort des personnes souffrant de la lèpre. Cette maladie attaque le système nerveux périphérique de telle sorte que les patients sont comme anesthésiés au niveau de leurs moignons. Pour éviter qu'ils ne se blessent sans même s'en apercevoir, Brand attachait un système d'alarme à leurs membres amputés signalant par une sonnerie quand ils se cognaient. Ce fut un échec. Pourquoi ? Tout simplement parce que les malades de la lèpre préféraient éteindre l'appareil, le trouvant plus agaçant qu'utile. La douleur ne fonctionne pas comme une banale alarme sensorielle au son plus ou moins strident qui nous alerte en cas de problème. Elle est intrinsèquement déplaisante, dotée d'une signification émotionnelle immédiate qui nous pousse à réagir.

Le philosophe Daniel Dennett s'interroge : « Pourquoi la douleur doit-elle faire si mal¹⁵ ? » La réponse est simple : si elle ne faisait pas mal, elle n'aurait pas la même force motivationnelle. À la différence de la simple vision d'un doigt entaillé, la douleur nous pousse automatiquement à agir. Elle entraîne une tendance à réagir, plus ou moins sophistiquée, pour la réduire au maximum. Se brûler au contact du feu, par exemple, c'est retirer sa main aussi vite que possible. Avoir un torticolis, c'est ne plus tourner la tête pour éviter de se faire mal. Se tordre la cheville, c'est ne pas mettre tout son poids dessus. Certaines réponses sont de l'ordre du réflexe physiologique, mais l'effet de la douleur sur le comportement ne s'arrête pas là. Elle provoque de nombreuses autres réactions d'une grande variété. Il faut en premier lieu différencier les gestes expressifs, tels qu'une grimace de douleur, des mouvements de défense. Au sein de ces derniers, on peut distinguer les réponses automatiques, comme le fait de retirer sa main de l'eau brûlante, et les actions qui impliquent un plus haut niveau de réflexion, comme mettre sa main brûlée sous l'eau froide. Il faut aussi ne pas confondre les comportements qui visent à éliminer la source de la douleur en prenant soin de la partie du corps endommagée, et ceux qui visent à éliminer la sensation elle-même, typiquement par la prise d'antalgiques.

Ces comportements sont-ils tous causés et motivés de la même manière par la douleur ? Rien n'est moins sûr. Il est probable que certains n'exigent pas que l'organisme ressente consciemment la douleur. C'est là qu'entre en jeu la nociception, que l'on peut définir comme le traitement inconscient

15. D. DENNETT, *Consciousness explained*, New York, Black Bay Books, 1991, p. 61 : « Why do pains have to hurt so much ? »

des stimulations nocives¹⁶. Mais comment tracer une ligne de démarcation entre les comportements pour lesquels la nociception inconsciente suffit et ceux pour lesquels la douleur est nécessaire ? À première vue, il semble que la nociception suffise à déclencher une gamme de mouvements automatiques de défense, limités en termes de portée et de flexibilité. Les actions volontaires, en revanche, sont motivées par l'expérience consciente de la douleur. Ce n'est plus alors le corps qui prend soin de lui-même, mais le sujet qui le fait. Ces comportements de protection sont dits émis, plutôt que déclenchés, parce qu'ils impliquent l'engagement actif de l'agent qui décide quoi faire et quand le faire. Ils recrutent non seulement le système moteur, mais aussi le système exécutif, et nécessitent la construction de modèles internes plus ou moins complexes de la situation, qui peuvent s'appuyer sur des expériences passées directes, sur l'extrapolation et sur le raisonnement¹⁷.

Il peut alors sembler que la théorie qui parvient au mieux à capturer le vécu affectif de la douleur est celle qui permet de rendre compte de son lien à l'action. Une telle approche s'inscrit dans la lignée des théories dites *impératives* de la douleur¹⁸. Un certain nombre de philosophes, tels que Colin Klein, affirment que la douleur n'est rien d'autre qu'un ordre formulé par notre corps, qui nous prescrit comment réagir. En ce sens, son contenu est impératif : « Fais ceci ! Ne fais pas cela ! ». Selon cette théorie, la douleur n'a pas pour fonction de décrire l'état du corps ou d'alerter d'un dommage potentiel. Elle se contente de nous dire quoi faire sans autre forme d'explication, comme un capitaine à ses soldats. L'ordre est coercitif. Nous devons l'écouter, même si nous ne le faisons pas toujours. Mais son autorité est bienveillante : elle donne normalement – mais pas toujours – de bons conseils.

Il a été utile d'un point de vue évolutionniste de veiller à éliminer les dommages corporels, ce qui explique le contenu des impératifs qui déterminent la phénoménologie affective de la douleur. Cela rend ces impératifs des guides fiables pour la santé corporelle, et explique qu'il est normalement rationnel de leur obéir¹⁹.

16. Cette question joue un rôle central dans les discussions sur la douleur animale, en particulier chez les espèces qui n'ont pas les structures cérébrales connues pour être impliquées dans la douleur chez l'homme. Voir C. ALLEN, « Animal pain », *Noûs*, 2004, 38 (4), p. 617-43.

17. J. LEDOUX et N. D. DAW, « Surviving threats : Neural circuit and computational implications of a new taxonomy of defensive behaviour », *Nature Reviews Neuroscience*, 2018, 19 (5), p. 269-82 ; ainsi que R. J. HALL, « If it itches, scratch ! », *Australasian Journal of Philosophy*, 2008, 86 (4), p. 525-35.

18. R. J. HALL, « If it itches, scratch ! » ; C. KLEIN, *What the body commands* ; M. MARTÍNEZ, « Imperative content and the painfulness of pain », *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 2011, 10 (1), p. 67-90 ; L. BARLASSINA et M. K. HAYWARD, « More of me ! Less of me ! : Reflexive imperativism about affective phenomenal character », *Mind*, 2019, 128 (512), p. 1013-44.

19. M. Martínez, « Pains as reasons », *Philosophical Studies : An International Journal for Philosophy in the Analytic Tradition*, 2015, 172 (9), p. 2261-74 [2268], notre traduction : « The imperatives that fix the affective phenomenology of our pains have the content they have because seeing to it that bodily damages disappear has been evolutionarily useful. This makes

Selon Manolo Martínez, la douleur n'est pas seulement une raison qui nous motive à agir, elle constitue aussi une justification pour notre comportement que tout agent rationnel considérerait comme adéquate. Elle peut être plus ou moins intense, perturbant plus ou moins les actions en cours. Selon Klein et Martínez, l'intensité de la douleur dépend de la priorité donnée à son contenu impératif par rapport à l'attraction d'autres intentions et désirs dans la sélection de l'action. Si la douleur est intense, alors elle prend le contrôle²⁰.

Les théories impératives permettent d'expliquer facilement la force motivationnelle de la douleur. Elles souffrent toutefois d'un certain nombre de problèmes. En premier lieu, la nature de l'ordre donné est difficile à préciser. Ce qui est clair, c'est qu'il n'exige aucune ressource conceptuelle. Le philosophe retranscrit l'ordre sous forme linguistique faute de mieux, mais l'hypothèse impérative est qu'il s'agit d'un *ordre corporel*. La douleur se retrouve ainsi aussi bien chez un très jeune enfant que chez un animal aux fonctions cognitives limitées. Ce qui est moins clair, c'est de savoir si cet ordre corporel est le même pour toutes les douleurs. Si elles ont toutes le même contenu (par exemple, « n'ayez pas ce trouble corporel ! »), pourquoi leur vécu subjectif est-il si différent ? On pourrait alors penser qu'à chaque type de douleur correspond un ordre spécifique (par exemple, « ne mettez pas de poids sur cette cheville ! » lors d'une entorse). Mais si ces diverses sensations donnent des ordres corporels différents, qu'ont-elles de commun qui permet de les qualifier toutes de douleur ? On peut en outre s'interroger sur la cible de l'ordre donné. Selon la théorie impérative dite réflexive, la douleur porte sur elle-même²¹. Elle ordonne : « Moins de cette sensation ! » Cette théorie permet en particulier d'expliquer facilement pourquoi on prend des antalgiques : « Lorsque nous avons mal, notre motivation première est de nous débarrasser de la douleur²². » L'argument repose sur l'intuition selon laquelle on ferait n'importe quoi pour faire cesser une douleur extrême pour l'unique raison que l'on se sent horriblement mal. Ce besoin expliquerait à son tour les comportements qui visent à protéger et soigner le corps. La meilleure façon d'arrêter la douleur est en effet d'en éliminer la cause. Mais s'occupe-t-on de son corps uniquement pour ne plus avoir mal ? Il semble que la motivation première n'est pas là. Nous agissons par instinct de survie, et non uniquement pour notre tranquillité d'esprit si l'on peut dire. La théorie réflexive semble mieux s'appliquer à des sensations telles que la faim. Lorsque nous sommes affamés, tout ce que nous voulons, c'est ne plus avoir faim. Nous sommes principalement

pain imperatives reliable guides to bodily health, and explains that it is typically reasonable to obey them. »

20. C. KLEIN et M. MARTÍNEZ, « Imperativism and pain intensity », in J. CORNS (dir.), *Routledge Handbook in philosophy of pain*, Londres, Routledge, 2018, p. 13-26.

21. L. BARLASSINA et M. K. HAYWARD, « More of me ! Less of me ! ».

22. *Ibid.*, p. 12, notre traduction : « When we experience pain, our first motivation is to get rid of the pain. »

préoccupés par la sensation elle-même, et non par la quantité de nutriments dans notre corps. La situation est différente de celle de la douleur, ~~dans laquelle~~ nous sommes avant tout préoccupés par le bien-être de notre organisme. En outre, on peut s'interroger sur la plausibilité évolutive de la théorie réflexive. Si la douleur représente « moins de cette sensation », cela implique que d'un point de vue évolutionniste, la sélection naturelle a favorisé un système dont la seule fonction biologique est de s'éteindre lui-même. M. Martínez compare cette hypothèse à l'idée absurde de Marvin Minsky, ~~ce~~ qu'il appelle la machine ultime²³ : une fois allumée, elle ne peut que s'éteindre d'elle-même...

Martínez ne rejette pas pour autant la théorie impérative dans son ensemble. Il s'oppose seulement à sa version réflexive et défend quant à lui une théorie dite de premier ordre²⁴. Selon lui, la douleur a un contenu impératif dirigé vers le corps. L'ordre qu'elle donne est de type : « Arrêtez ce trouble corporel ! ». Si nous prenons des antalgiques, c'est alors seulement en raison des conséquences négatives de la douleur sur notre vie, et non en raison de la sensation elle-même²⁵. Par conséquent, la douleur motive de manière intrinsèque les comportements de protection du corps, mais seulement de manière *instrumentale* les comportements qui visent à éliminer la sensation elle-même. Par ailleurs, il peut être rationnel de mettre un terme à l'injonction corporelle par la prise d'antidouleur, mais uniquement lorsqu'elle perturbe nos actions sans aucune raison valable, si les dommages corporels sont déjà pris en charge, par exemple, ou s'il n'y a rien à faire. Dans ces cas précis, Martínez compare les expériences douloureuses à des spams : des messages intrusifs à répétition qui ne sont d'aucune utilité et qu'il vaut mieux bloquer. C'est là où l'usage des antalgiques prend son sens.

On peut enfin citer une dernière version des théories impératives qui peut être qualifiée d'hybride, défendue par Colin Klein. Il distingue la douleur elle-même de sa pénibilité, ou ce qu'il appelle souffrance. Selon lui, la pénibilité n'est pas constitutive de la douleur ; il s'agit d'une expérience distincte. Dans ce cadre conceptuel, il défend un impératif corporel pour la douleur (par exemple, « Ne mettez pas de poids sur votre cheville ! »), et un impératif d'ordre supérieur pour la souffrance (« Moins de cette douleur ! »). La douleur est alors une motivation intrinsèque des actions dirigées vers le corps, tandis que la souffrance est une motivation intrinsèque des actions antalgiques²⁶.

23. M. MARTÍNEZ, « Imperative transparency », *Mind*, 2022, 131 (522), p. 585-601.

24. M. MARTÍNEZ, « Pain as reasons ».

25. *Id.*

26. C. KLEIN, *What body commands*. À la différence des autres théories impératives, Klein ne défend pas une théorie dite intentionnelle. Il ne présuppose pas que la douleur est une forme de représentation mentale. Il échappe ainsi à un certain nombre d'objections émises contre les théories intentionnelles. Pour certains en effet, le contenu ne suffit pas à rendre compte du caractère phénoménal de nos expériences, et en particulier de nos expériences

UN DIAGNOSTIC PRIMITIF

Qu'importe la version défendue, le philosophe David Bain remarque que la douleur n'est pas la seule expérience affective qui nous motive à prendre soin de notre corps et que la peur peut être un moteur tout aussi puissant :

Mais supposons que vous vous trouviez au bord d'une falaise et que vous ressentiez le besoin de ne pas faire un pas de plus. Si certains ordres expérientiels consistent en des pulsions, pourquoi pas celle-ci ? Et si c'est le cas, pourquoi n'est-ce pas une douleur²⁷ ?

On pourrait répondre qu'à la peur manque la dimension corporelle qui caractérise la douleur. Nous n'avons pas peur dans une certaine partie de notre corps. Prenons alors le cas d'autres sensations corporelles, telles que la faim ou la soif. Elles présentent une perturbation d'un équilibre physiologique interne. Elles semblent en outre nous prescrire de tout faire pour les arrêter. Pourquoi sont-elles alors associées à un ressenti différent de la douleur ? Prendre en compte uniquement la dimension motivationnelle ne semble pas suffire à distinguer les différents types d'expériences affectives.

Tournons-nous donc vers l'autre théorie dominante contemporaine connue sous le nom de théorie évaluative, ou évaluativisme²⁸. Alors que les théories impératives caractérisent la douleur par ce qu'elle nous *prescrit* de faire, les théories évaluatives mettent l'accent sur l'état du corps qu'elle nous *décrit*. Elles se rapprochent en cela des théories perceptives de la douleur. Selon ces dernières, avoir mal revient à avoir conscience de manière perceptive d'une perturbation ou d'un dommage corporel²⁹. Par exemple, après m'être coupé le doigt, la douleur que je ressens me signale que le doigt est entaillé. Je peux recevoir la même information simplement en regardant ma main. Le contenu de la douleur est alors similaire au contenu visuel : dans les deux cas, je perçois la coupure. Pour autant, les deux expériences sont radicalement différentes. L'une fait mal, l'autre non ; l'une me pousse à agir, l'autre pas nécessairement. L'évaluativisme vise à expliquer ces différences en enrichissant le contenu perceptif de la douleur par un composant évaluatif. Nous prenons conscience du dommage causé, mais nous évaluons aussi la situation comme étant mauvaise. Cela ne veut pas dire que nous jugeons de la gravité de la maladie tel un médecin. Notre

affectives. Nous reviendrons plus tard sur ce point. Remarquons toutefois à ce stade que même s'il rejette le cadre intentionnel, Klein continue à parler de « contenu impératif », et non d'attitude impérative.

27. D. BAIN, « The imperative view of pain », *Journal of Consciousness Studies*, 2011, 18 (9-10), p. 164-85 [178], notre traduction : « But suppose you're on a cliff edge and have the urge not to step forward. If some urges are constituted by experiential commands, why not this one ? And if this, why isn't it a pain ? ».

28. B. CUTTER et M. TYE, « Pains and reasons : Why it is rational to kill the messenger », *The Philosophical Quarterly*, 2011, 64 (256), p. 423-33 ; et D. BAIN, « What makes pains unpleasant? », *Philosophical Studies*, 2013, 166 (suppl. 1), p. S69-S89.

29. D. M. ARMSTRONG, *Bodily sensations*, Londres, Routledge and Paul, 1962.

appréhension est en effet beaucoup plus primitive et expérientielle. Comme pour les théories impératives, il n'y a nul besoin de maîtriser les concepts de dommage corporel ou de mauvais. La douleur est comme un diagnostic viscéral sur soi-même. Elle se définit ainsi :

Pour un sujet de faire l'expérience d'une douleur désagréable revient à (i) avoir une sensation (la douleur) qui représente une perturbation d'un certain type, et (ii) cette même sensation représente en outre la perturbation comme mauvaise pour lui au sens corporel³⁰.

L'intérêt de cette caractérisation est qu'elle rend compte à la fois de la dimension sensorielle de la douleur (en décrivant la perturbation) et de sa dimension affective (en l'évaluant de manière négative). Ce dernier aspect est conforme à une approche plus générale des émotions qui rend compte du caractère affectif en termes évaluatifs³¹. Selon cette conception, les émotions sont définies par leur contenu, qui est non-conceptuel et qui représente des propriétés évaluatives. Par exemple, ce qui fait d'une émotion un épisode de peur ou de colère, c'est qu'elle représente la situation comme étant dangereuse, ou comme étant offensante. Dans ce cadre théorique, la douleur se contente de représenter la situation corporelle comme étant mauvaise pour le bien-être de l'organisme.

Comment la théorie évaluative permet-elle de rendre compte de la dimension motivationnelle de la douleur ? Considérons en premier lieu des gestes tels que mettre sa main brûlée sous l'eau froide. Avant de défendre l'évaluativisme, Bain suggérait que la douleur puisse « nous informer sur le comportement qui, s'il n'est pas exécuté, entraînera une blessure³² ». À la différence de l'impérativisme, la douleur « informe » seulement, elle n'ordonne pas. Toutefois, on pourrait répondre qu'une telle information n'a pas de sens si on ne l'utilise jamais. Ainsi, selon Ruth Millikan, il ne sert à rien de disposer d'informations sur des possibilités motrices si le système moteur ne les exploite pas à un moment donné³³. Par conséquent, selon elle, la fonction ultime de ce type de représentation est de guider les actions. Il semble alors que nous retombons dans une forme d'impérativisme. Considérons maintenant la prise d'antalgique. Hilla Jacobson remarque que si la douleur se contente de nous informer de quelque chose de mauvais, s'en débarrasser est irrationnel³⁴. Si la douleur a seulement

30. D. BAIN, « What makes pains unpleasant ? », S82, notre traduction : « A subject's being in unpleasant pain consists in his (i) undergoing an experience (the pain) that represents a disturbance of a certain sort, and (ii) that same experience additionally representing the disturbance as bad for him in the bodily sense. »

31. Par exemple C. TAPPOLET, *Emotions*, ou P. CARRUTHERS, « Valence and value », *Philosophy and Phenomenological Research*, 2018, 97 (3), p. 658-80.

32. D. BAIN, « The imperative view of pain », p. 179 : « inform us of what behaviour is such that, if it is not performed, injury will ensue ».

33. R. MILLIKAN, « Pushmi-Pullyu representations », *Philosophical Perspectives*, 1995, 9, p. 185-200.

34. H. JACOBSON, « Killing the messenger : Representationalism and the painfulness of pain ».

pour fonction de signaler un dysfonctionnement dans une certaine partie du corps, pourquoi chercher à éliminer la sensation elle-même ? Elle n'est que la messagère porteuse de mauvaises nouvelles et ce n'est pas en la muselant que l'on règle le problème. Le fait qu'elle représente la situation comme mauvaise ne la rend pas elle-même mauvaise. Éteindre l'alarme, comme le faisaient les malades de la lèpre, peut même s'avérer dangereux si on finit par oublier la raison pour laquelle elle sonnait. C'est pourtant ce que nous faisons en prenant du paracétamol ou de l'ibuprofène.

Bain répond qu'en cas de douleur, on ne se contente pas de se représenter la perturbation comme mauvaise ; on la *perçoit* comme mauvaise³⁵. Ce mode d'accès perceptif est selon lui un ingrédient crucial pour expliquer pourquoi la douleur elle-même est ressentie comme étant mauvaise, et pourquoi elle constitue une raison intrinsèque pour agir contre la douleur. Mais cela suffit-il à donner une valeur négative à l'expérience elle-même ? Les tenants de l'évaluativisme sont les premiers à reconnaître qu'un contenu évaluatif ne permet pas toujours de rendre compte du caractère affectif. On peut ainsi *juger* qu'une situation est mauvaise sans en être malheureux, par exemple. Le contenu évaluatif est alors conceptuel. De même, un médecin peut effectuer un diagnostic sur la gravité de la blessure sans avoir mal lui-même. La stratégie de l'évaluativisme, tant pour la douleur que pour les émotions, est d'affirmer que la situation est différente dans les cas des émotions car le contenu évaluatif est non-conceptuel³⁶. L'évaluation propre à la douleur ne requiert pas de catégoriser ou de conceptualiser ce que l'on ressent. Elle s'apparente en cela aux expériences perceptives. Certains avocats vont jusqu'à dire que les émotions sont une forme de perception, ou de quasi-perception, des valeurs³⁷. Mais est-ce qu'il suffit que le contenu soit non-conceptuel, voire perceptif, pour qu'il soit affectif ? On pourrait en effet répondre qu'une expérience visuelle de l'océan comme étant bleu ne rend pas notre expérience elle-même bleue. Alors pourquoi l'expérience douloureuse d'une perturbation comme étant mauvaise rendrait l'expérience elle-même mauvaise ? Comme nous allons le voir maintenant, nombreux sont ceux qui se demandent s'il est possible de rendre pleinement compte du caractère affectif sur la seule base du contenu évaluatif³⁸.

35. D. BAIN, « Why take painkillers ? », *Noûs*, 2019, 53 (2), p. 462-90.

36. P. CARRUTHERS, « Valence and value ».

37. C. TAPPOLET, *Emotions*.

38. Voir J. DEONNA et F. TERONI, « Emotions as attitudes », *Dialectica*, 2015, 69 (3), p. 293-311 ; J. MITCHELL, *Emotion as feeling towards value*, Oxford, Oxford University Press, 2021 ; U. KRIEGEL, « Reductive representationalism and emotional phenomenology », *Midwest Studies in Philosophy*, 2017, 41, p. 41-59 ; H. JACOBSON, « The role of valence in perception : An ARTistic treatment », *Philosophical Review*, 2021, 130 (4), p. 481-531 ; F. de VIGNEMONT, « Fifty shades of affective colouring of perception », *Australasian Journal of Philosophy*, 2023, 101 (11), p. 1-15.

UNE ATTITUDE NÉGATIVE

Nous avons vu jusqu'à présent les théories de la douleur qui cherchent à en rendre compte à partir de son contenu, qu'il soit impératif ou évaluatif. Mais le contenu suffit-il à déterminer le caractère phénoménal de nos expériences conscientes ? Le débat ici dépasse largement la question de la douleur. La plupart de la littérature en philosophie analytique contemporaine présuppose une théorie représentationaliste relativement minimale, selon laquelle les expériences ont un contenu intentionnel : elles portent sur quelque chose, sur ce que l'on voit par exemple, ou sur le dommage corporel que l'on ressent. Nombreux sont ceux qui ont soutenu que le contenu intentionnel suffit au caractère phénoménal, en faisant appel à l'argument de la transparence³⁹. Lorsque l'on tourne son introspection vers l'expérience visuelle d'un cube, par exemple, on n'est généralement conscient que des propriétés du cube, et non de l'expérience visuelle elle-même, qui reste transparente⁴⁰. On pourrait donc conclure que les propriétés du cube qui sont représentées suffisent à rendre compte de ce que l'on ressent en le voyant. À cela on peut répondre que les mêmes propriétés spatiales du cube peuvent figurer dans le contenu d'une expérience tactile. Or voir et toucher un objet font un effet différent. Pour rendre compte de leur différence, il faut aller au-delà du contenu et s'intéresser à la manière dont le contenu se présente à nous. Chalmers distingue ainsi deux formes de représentationalisme⁴¹. Selon le représentationalisme pur, il n'y a pas de différence phénoménale entre les deux expériences qui ne puisse être expliquée par des différences de contenu. Tous, toutefois, n'adhèrent pas à cette conception, et défendent à la place une version plus modeste du représentationalisme, aussi appelée représentationalisme impur : le caractère phénoménal est déterminé non seulement par un contenu intentionnel particulier, mais aussi par le type d'attitude⁴². L'objectif ici n'est évidemment pas de résoudre ce débat majeur, mais seulement de l'appliquer aux expériences affectives, et plus spécifiquement à la question de la douleur.

Il semble que les expériences affectives sont encore moins transparentes que les expériences sensorielles. Prenons l'exemple suivant. Un chien massif se met à aboyer de manière virulente et il m'effraie. Selon la théorie évaluative, j'ai conscience de manière non-conceptuelle du chien comme étant dangereux. Imaginons maintenant que le maître du chien soit juste à côté, et très méfiant d'autrui. Il a aussi conscience du caractère dangereux de son chien, mais chez lui, cela se traduit par de la fierté. À un même contenu

39. G. HARMAN, « The intrinsic quality of experience », *Philosophical Perspectives*, 1990, 4, p. 31-52.

40. G. E. MOORE, « The refutation of idealism », *Mind*, 1903, 12 (48), p. 433-53.

41. D. J. CHALMERS, « The representational character of experience », in B. Leiter (dir.), *The future for philosophy*, Oxford, Oxford University Press, 2004, p. 153-81.

42. T. CRANE, « The intentional structure of consciousness », in Q. Smith et A. Jokic (dir.), *Consciousness : New philosophical essays*, Oxford, Oxford University Press, 2003, p. 33-56.

évaluatif non-conscient correspondent donc deux émotions distinctes⁴³. Pour certains, cela montre que l'expérience affective est partiellement opaque⁴⁴. Il serait possible de répondre que mon expérience et celle du maître du chien n'ont pas exactement le même contenu : là où je ne représente que le danger, il représente le danger associé à une valence positive⁴⁵. Mais cette différence du contenu suffit-elle à expliquer la différence entre nos émotions ? Peter Goldie note qu'il n'y a pas d'émotion si nous ne sommes pas « émus », c'est-à-dire si nous ne sommes pas dans une certaine attitude expérientielle⁴⁶. Lorsque je porte mon attention sur mon émotion de peur par l'introspection, je ne ressens pas seulement le caractère dangereux du chien, je prends également conscience de quelque chose d'autre, de l'attitude particulière que j'ai par rapport au chien.

Quelle forme ces attitudes propres aux émotions peuvent-elles alors prendre ? On peut distinguer ici deux théories principales. D'un côté, Julien Deonna et Fabrice Teroni défendent une théorie incarnée des émotions. Selon eux, les différents types d'émotion sont individués par des patterns spécifiques de réactions corporelles⁴⁷. Nul besoin ici de contenu évaluatif. Avoir peur, c'est seulement ressentir son corps prêt à agir pour neutraliser la menace. De l'autre côté, Jonathan Mitchell défend une théorie mixte. Selon lui, les émotions ont un contenu évaluatif, mais l'évaluation caractérise aussi l'attitude que nous avons par rapport à ce contenu⁴⁸. Ainsi, pour un même contenu (le caractère dangereux du chien), il est possible d'avoir une attitude positive (comme le maître qui s'en réjouit) ou négative (comme moi-même, qui m'en effraie). Ce mode évaluatif s'apparente à un sentiment primitif de faveur ou de défaveur. Il ne requiert aucune ressource conceptuelle, et des ressources cognitives très limitées. Les neurosciences nous apprennent en effet qu'il existe un mécanisme très précoce d'évaluation [*appraisal*] qui peut opérer dès 100 ms après avoir vu un stimulus menaçant (comme le visage d'un homme en colère)⁴⁹. L'hypothèse est qu'il peut donner lieu à un mode expérientiel affectif qui s'apparente à un « Oui ! » ou un « Non ! » primitif en réaction à la situation⁵⁰.

Essayons maintenant d'appliquer ces théories attitudinales au composant affectif de la douleur. L'hypothèse est que son caractère phénoménal n'est pas épuisé par son contenu et qu'il y a quelque chose d'autre qui le

43. J. DEONNA et F. TERONI, *The emotions*.

44. J. MITCHELL, *Emotion*.

45. M. ROSSI et C. TAPPOLET, « What kind of evaluative states are emotions ? The attitudinal theory vs. the perceptual theory of emotions », *Canadian Journal of Philosophy*, 2019, 49 (4), p. 544-63.

46. P. GOLDIE, *The emotions*.

47. J. DEONNA et F. TERONI, *The emotions*.

48. J. MITCHELL, *Emotion*.

49. J. LE DOUX, *Anxious : The modern mind in the age of anxiety*, Londres, Oneworld Publications, 2015.

50. J. MITCHELL, *Emotion*, p. 107.

détermine. L'engagement affectif va au-delà de la représentation des propriétés du dommage corporel à l'origine de la douleur, il implique la manière dont on se représente ce dysfonctionnement ou cette lésion. La première question qui se pose alors est de savoir si l'on a besoin d'un contenu évaluatif, ou si l'on peut s'en passer. On pourrait répondre à David Bain que la notion même de perturbation ou de dommage corporel implique d'ores et déjà quelque chose de négatif. N'est-il pas redondant de souligner que cette perturbation est mauvaise ? Le caractère négatif du dommage n'a besoin d'être représenté que s'il existe des cas où la perturbation peut être évaluée comme positive. Est-ce le cas dans le masochisme ? Il ne semble pas, car le masochiste a quand même mal. Par principe de simplicité, supposons donc qu'il n'y a nul besoin de contenu évaluatif. Il suffit de représenter la perturbation corporelle, ce qui correspond à la dimension sensorielle de la douleur. La dimension affective, quant à elle, résulte uniquement de l'attitude que l'on a par rapport à cette représentation. Mais quelle attitude ?

Considérons en premier l'hypothèse d'une attitude incarnée défendue par Deonna et Teroni, hypothèse qui peut paraître la plus prometteuse du fait de la dimension essentiellement corporelle de la douleur. Avoir mal, ce serait alors ressentir son corps dans sa totalité prêt à réagir au dommage corporel. L'intensité de la douleur et la forme qu'elle prend s'expliqueraient par le type de pattern spécifique de réactions corporelles. On pourrait croire que cette théorie se rapproche de celle des impérativistes, la différence étant que le lien à l'action s'exprime dans l'attitude, et non dans le contenu. Toutefois, ce lien est de nature différente. Selon l'hypothèse ici étudiée, avoir mal, c'est ressentir son corps déjà prêt à réagir, alors que dans les théories impératives, c'est recevoir l'ordre de réagir, que le corps soit prêt ou non, et qu'il obéisse ou non. L'autre interprétation s'inspire de la théorie de Mitchell⁵¹. La douleur représente une perturbation corporelle sous un mode négatif, comparable à un « Non ! » primitif, une attitude évaluative qui induit le rejet de la perturbation. On ne retombe pas pour autant dans une théorie évaluative à la Bain. La douleur n'est pas l'expérience du caractère négatif du dommage, elle consiste à le ressentir négativement. La valence se situe au niveau de la manière dont nous faisons l'expérience de notre corps. Elle qualifie notre attitude vis-à-vis du dommage, et non le dommage lui-même. Il reste maintenant à déterminer laquelle de ces théories est la plus prometteuse.

Nous avons vu que la douleur est une expérience complexe qui ne se laisse pas facilement capturer. Les défis sont multiples. Il s'agit en effet d'expliquer sa dualité, à la fois sensorielle et affective, sa force motivationnelle, et les nombreuses formes qu'elle peut prendre. Les théories actuelles en philosophie analytique cherchent à aller au-delà d'un vécu subjectif

51. *Id.*

vague pour déterminer si la douleur concerne en premier lieu le problème ou bien sa solution, si elle se rapproche plus d'une forme d'autodiagnostic incarné et primitif, ou d'une forme de prescription médicale tout aussi primitive mais tournée vers l'action. Ces conceptions ne sont pas sans rencontrer un certain nombre de difficultés. J'ai montré ici que c'est en se tournant vers les théories des émotions que l'on peut espérer aller de l'avant, et en particulier vers les théories dites attitudinales, qui soulignent l'importance dans nos expériences affectives de la manière dont nous appréhendons le monde et notre corps.

RÉFÉRENCES

- ALLEN C., « Animal pain », *Noûs*, 2004, 38 (4), p. 617-43.
- ARMSTRONG D. M., *Bodily sensations*, Londres, Routledge and Paul, 1962.
- BAIN D., « The imperative view of pain », *Journal of Consciousness Studies*, 2011, 18 (9-10), p. 164-85.
- , « What makes pains unpleasant ? », *Philosophical Studies*, 2013, 166 (suppl. 1), p. S69-S89.
- , « Pains that don't hurt », *Australasian Journal of Philosophy*, 2014, 92 (2), p. 1-16.
- , « Why take painkillers ? », *Noûs*, 2019, 53 (2), p. 462-90.
- BARLASSINA L., HAYWARD M. K., « Loopy regulations », *Philosophical Topics*, 2019, 47 (2), p. 233-61.
- , « More of me! Less of me! : Reflexive imperativism about affective phenomenal character », *Mind*, 2019, 128 (512), p. 1013-44.
- BENEDETTI F., POLLO A., LOPIANO L., LANOTTE M., VIGHETTI S., RAINERO I., « Conscious expectation and unconscious conditioning in analgesic, motor, and hormonal placebo/nocebo responses », *Journal of Neuroscience*, 2013, 23 (10), p. 4315-23.
- CARRUTHERS P., « Valence and value », *Philosophy and Phenomenological Research*, 2018, 97 (3), p. 658-80.
- CHALMERS D. J., « The representational character of experience », in B. Leiter (dir.), *The future for philosophy*, Oxford, Oxford University Press, 2004, p. 153-181.
- CORNS J., *The complex reality of pain*, Londres, Routledge, 2020.
- CRAVE T., « The intentional structure of consciousness », in Q. Smith et A. Jokic (dir.), *Consciousness : New philosophical essays*, Oxford, Oxford University Press, 2003, p. 33-56.
- CUTTER B., TYE M., « Pains and reasons : Why it is rational to kill the messenger », *The Philosophical Quarterly*, 2011, 64 (256), p. 423-33.
- DEONNA J., TERONI F., *The emotions : A philosophical introduction*, New York, Routledge, 2012.
- , « Emotions as attitudes », *Dialectica*, 2015, 69 (3), p. 293-311.
- DENNETT D., *Consciousness explained*, New York, Black Bay Books, 1991.
- GOLDIE P., *The emotions*, Oxford, Oxford University Press, 2000.
- GRAHEK N., *Feeling pain and being in pain*, Cambridge (Mass.), MIT Press, 2001.
- R. J. HALL, « If it itches, scratch ! », *Australasian Journal of Philosophy*, 2008, 86 (4), p. 525-35.

- HARMAN G., « The intrinsic quality of experience », *Philosophical Perspectives*, 1990, 4, p. 31-52.
- JACOBSON H., « Killing the messenger : Representationalism and the painfulness of pain », *The Philosophical Quarterly*, 2013, 63 (252), p. 509-19.
- JACOBSON H., « The role of valence in perception : An ARTistic treatment », *Philosophical Review*, 2021, 130 (4), p. 481-531.
- KLEIN C., *What the body commands : The imperative theory of pain*, Cambridge (Mass.), MIT Press, 2015.
- , « What pain asymbolia really shows », *Mind*, 2015, 124 (494), p. 493-516.
- KLEIN C., MARTÍNEZ M., « Imperativism and pain intensity », in J. Corns (dir.), *Routledge Handbook in philosophy of pain*, Londres, Routledge, 2018, p. 13-26.
- KRIEGLER U., « Reductive representationalism and emotional phenomenology », *Midwest Studies in Philosophy*, 2017, 41, p. 41-59.
- LEDOUX J., *Anxious : The modern mind in the age of anxiety*, Londres, Oneworld Publications, 2015.
- LEDOUX J., DAW N. D., « Surviving threats : Neural circuit and computational implications of a new taxonomy of defensive behaviour », *Nature Reviews Neuroscience*, 2018, 19 (5), p. 269-82.
- MARTÍNEZ M., « Imperative content and the painfulness of pain », *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 2011, 10 (1), p. 67-90.
- , « Disgusting smells and imperativism », *Journal of Consciousness Studies*, 2015, 22 (5-6), p. 191-200.
- , « Pains as reasons », *Philosophical Studies : An International Journal for Philosophy in the Analytic Tradition*, 2015, 172 (9), p. 2261-74.
- , « Imperative transparency », *Mind*, 2022, 131 (522), p. 585-601.
- MELZACK R., WALL P. D., *The challenge of pain*, New York, Basic Books, 1983.
- MILLIKAN R., « Pushmi-Pullyu representations », *Philosophical Perspectives*, 1995, 9, p. 185-200.
- MITCHELL S. W., « Phantom limbs », *Lippincott's Magazine of Popular Literature and Science*, 1871, 8, p. 563-9.
- MITCHELL J., *Emotion as feeling towards value*, Oxford, Oxford University Press, 2021.
- MOORE G. E., « The refutation of idealism », *Mind*, 1903, 12 (48), p. 433-53.
- ROSSI M., TAPPOLET C., « What kind of evaluative states are emotions? The attitudinal theory vs. the perceptual theory of emotions », *Canadian Journal of Philosophy*, 2019, 49 (4), p. 544-63.
- TAPPOLET C., *Emotions, values and agency*, Oxford, Oxford University Press, 2016.
- VIGNEMONT F. de, *Mind the body*, Oxford, Oxford University Press, 2018.
- , *Désenchanter le corps*, Paris, Odile Jacob, 2023.
- , « Fifty shades of affective colouring of perception », *Australasian Journal of Philosophy*, 2023, 101 (11), p. 1-15.
- WAGER T. D., RILLING J. K., SMITH E. E., SOKOLIK A., CASEY K. L., DAVIDSON R. J., COHEN J. D., « Placebo-induced changes in fMRI in the anticipation and experience of pain », *Science*, 2004, 303 (5661), p. 1162-67.

