Document généré le 3 juin 2025 06:39

Anthropologie et Sociétés

La folie de la métaphore

Laurence J. Kirmayer

Volume 17, numéro 1-2, 1993

Folies / espaces de sens

URI : https://id.erudit.org/iderudit/015250ar
DOI : https://doi.org/10.7202/015250ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Département d'anthropologie de l'Université Laval

ISSN

0702-8997 (imprimé)
1703-7921 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Kirmayer, L. J. (1993). La folie de la métaphore. *Anthropologie et Sociétés*, *17*(1-2), 43–55. https://doi.org/10.7202/015250ar

Résumé de l'article

La folie de la métaphore

Des travaux récents en sciences cognitives indiquent que les constructions conventionnelles et novatrices de l'expérience sont médiatisées par des concepts métaphoriques. Les métaphores relient les significations sensorielles, affectives et conceptuelles au point que même des concepts abstraits en sont tramés et contribuent aux expériences corporelles et sociales. À travers le cas d'une femme souffrant de sensations de flottement, j'illustre dans cet article comment la theorie de la métaphore intègre les aspects sociaux et corporels de l'expérience de la maladie. Cette approche pourrait lier les explications constructivistes et réalistes de la maladie et situer ainsi les processus symboliques et imaginaires à l'intérieur d'un monde partagé de substance et de sentiment.

Tous droits réservés © Anthropologie et Sociétés, Université Laval, 1993

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

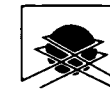
Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

LA FOLIE DE LA MÉTAPHORE

Laurence J. Kirmayer



« D'un point de plus dans l'arrière-pays, dans l'inconscient du vouloir dire... »

René Char

Situer le corps et l'univers symbolique dans leurs rapports respectifs est l'un des problèmes centraux de l'anthropologie médicale. Le fait de traiter les ordres symbolique et corporel comme deux univers distincts peut convenir à certaines fins scientifiques (le symbolique est alors interprété comme imaginaire social ou individuel ou souvent, de manière plus limitative, dans les termes de son artefact dominant : le texte), mais une telle position est complètement inadéquate quand nous sommes confrontés aux impératifs pratiques de la médecine et de la souffrance. En effet, selon la perspective de l'anthropologie médicale, la séparation radicale des univers corporel et symbolique, la réduction de l'un à l'autre ou la maîtrise de l'un par l'autre doivent être saisies comme des méthodes pour affronter ou transformer la nature de la souffrance ; toutes ont des conséquences pratiques, psychologiques, politiques ou morales, que l'on ne peut éviter. En se confrontant à ces problèmes, l'anthropologie médicale est bien placée pour faire une contribution majeure à la théorie anthropologique et contrebalancer certainement les excès rhétoriques d'autres disciplines, moins familières avec les problèmes et les vicissitudes de la vie quotidienne.

Cet article propose une réflexion sur quelques problèmes soulevés par le travail sur la théorie de la métaphore en anthropologie psychiatrique (Kirmayer 1988, 1992b, 1993, sous presse). Dans mes travaux, mon objectif a été à la fois de critiquer certaines métaphores implicites de la psychiatrie (dont on ne reconnaît pas le caractère de métaphore et que l'on prend pour des descriptions littérales de la « réalité ») et, abordant la question sous un autre angle, d'examiner comment on peut employer des métaphores pour structurer et donner sens à l'expérience de la maladie et rendre possible la guérison symbolique.

L'épistémologie de la métaphore

L'anthropologie médicale s'intéresse à l'interaction entre les constructions sociale et personnelle du sens de la maladie. Dans cette entreprise, la théorie de la métaphore s'avère cruciale pour trois raisons.

— Déguisées par la coutume en formulations littérales, les métaphores sont malgré tout omniprésentes. Elles le sont dans des expressions et concepts auxquels on a

recours pour construire tant les modèles formels de la médecine que les mondes locaux de significations et les concepts et expériences privées de la maladie. Des travaux récents en sciences cognitives indiquent que les métaphores ne sont pas de simples figures littéraires ou des ornements que l'on appliquerait *post facto* — dans des moments d'exubérance poétique — à nos modèles conceptuels et à nos expériences. Elles semblent aussi organiser les catégories, les modèles et les expériences subjectives et même la structure de la logique et de la syntaxe (Gibbs 1992; Glucksberg et Keysar 1990; Johnson 1987; Lakoff 1987, 1988).

— Les métaphores possèdent des connotations sensorielles, affectives et conceptuelles et fusionnent donc divers niveaux de signification dans le même acte cognitif ou verbal (Kirmayer 1992b, 1993). Les niveaux sensoriels et affectifs du sens, autant que nombre d'implications conceptuelles de la métaphore demeurent souvent cachés, notamment quand les métaphores deviennent conventionnelles ou littérales (« mortes ») (Lakoff et Johnson 1980). Néanmoins, on peut montrer que ces niveaux cachés ou implicites du sens influencent tant l'orientation de la pensée ou de l'action que nos convictions à propos de ce qui semble plausible ou dont la véracité paraît évidente. De cette façon, la métaphore contribue à la production du monde « naturel ».

— Qu'elles soient conventionnelles ou novatrices, les métaphores créent et transforment la signification et l'expérience. La métaphore n'est pas simplement la représentation de ce qui est déjà mais plutôt de ce qui est concevable (Levin 1988). Une théorie de la signification symbolique fondée sur la métaphore met l'accent sur les pouvoirs créateurs, évocateurs et inventifs du langage et de l'imagination qui sont décisifs tant dans les tentatives de l'individu pour comprendre et surmonter la détresse que dans les tentatives explicites de guérison symbolique.

Le problème principal associé au fait de placer la métaphore au centre de la signification est que dans les univers métaphoriques, tout convient. Alors que les métaphores individuelles biaisent et contraignent nos associations, elles le font de manière tellement partielle et flexible qu'on ne peut aisément les neutraliser par la production d'une nouvelle métaphore. La cohérence des métaphores est semblable à celle d'une boîte à outils : alors qu'on peut jeter ensemble les outils dans la boîte, chacun des outils, quand on le prend, sollicite l'œil et la main à aborder un problème de façon particulière (bien que l'on puisse aussi utiliser des propriétés inattendues de l'outil, comme lorsque nous martelons un clou avec le manche d'un tournevis). Le fait que chacun des outils pris ultérieurement doive travailler à partir du matériel laissé par celui qui l'a précédé introduit une certaine continuité ; cependant, chaque outil autorise des réorientations radicales. De manière similaire, lorsque nous avons recours à différentes métaphores pour explorer un champ de l'expérience, nous pouvons essayer de les faire s'accorder mais la métaphore seule ne possède pas de grande cohérence, ni d'ordre logique consistant, à moins qu'il n'y ait quelque raison d'attribuer à une métaphore primauté et centralité et d'y recourir afin de structurer hiérarchiquement le reste de nos inventions.

Le choix d'une métaphore centrale demeure arbitraire dans le système ouvert des métaphores possibles. C'est donc dire que la cohérence et la consistance de la signification doivent provenir non de l'intérieur du champ de la métaphore elle-

même mais de sa subordination à des caractéristiques plus stables du monde. Ce sont plus particulièrement l'expérience corporelle d'une part et l'ordre social de l'autre qui promeuvent certaines métaphores à un statut de métaphores centrales, cœur ou racine, qui dominent notre perception des symptômes, les récits de maladie et les modèles médicaux (Kirmayer 1988, 1992b).

Les expériences corporelles premières sont des données existentielles qui fournissent les schèmes préconceptuels pour nos connaissances et expériences subséquentes (Johnson 1987). Ces schèmes peuvent être des « images-schémas » (c'est-à-dire des combinaisons d'images et de connaissances propositionnelles concernant des situations ; voir Lakoff 1987) mais peuvent aussi impliquer des formes de connaissance procédurale ou inscrite dans le corps (*embodied*) (des habiletés, des biais, des positions, des propensions à répondre) qui ne peuvent être articulées ou décrites verbalement. Des métaphores plus élaborées structurant tant les concepts que la syntaxe du langage peuvent aussi être construites à partir de ces expériences sensori-motrices rudimentaires (Lakoff et Johnson 1980 ; Traugott 1985).

Parallèlement, les structures sociales et les modes d'interaction que mettent en forme nos croyances et pratiques culturelles influencent d'emblée nos expériences corporelles du monde (Quinn 1991). Les pratiques sociales unifient des expériences corporelles disparates en séquences familières qui, même si elles sont contingentes, ont la qualité expérientielle de l'immédiateté (que l'on confond facilement avec la nécessité).

À un autre niveau d'organisation, les idéologies sociales et les mythes fournissent des récits qui contraignent le choix de la métaphore. En termes formels, une structure narrative impose un ordonnancement partiel ou un treillage aux expériences et événements. Les opérateurs qui relient un nœud au suivant dans l'assemblage du récit sont basés sur des métaphores implicites. Par exemple, le passage du temps — fondamental dans la séquence narrative — est fondé sur des métaphores spatiales dans lesquelles nous avançons le long d'un chemin vers le futur (« *I look forward to tomorrow* »). De manière parallèle, nous métaphorisons les événements comme des entités qui viennent du futur vers nous et disparaissent dans le passé, derrière nous (« *All things must past* ») (Traugott 1985). Les métaphores résident au fondement de telles structures narratives simples et dans les récits plus complexes grâce auxquels nous imprégnons nos vies de significations émotives et historiques. Toutefois, le processus n'est pas unidirectionnel : les récits peuvent suggérer en retour des métaphores inédites ou appropriées et le cadre d'un récit particulier nous autorise à recourir à des métaphores disparates ou même incompatibles, sans incohérence évidente.

Les structures de récit socialement construites peuvent être nommées assez librement des « mythes », non au sens de fausses croyances mais selon leur fonction de vérités incontestées grâce auxquelles nous expliquons et ordonnons nos univers (Kirmayer 1993). Les mythes classiques sont des récits à propos de dieux qui se présentent comme des acteurs ressemblant à des humains doués de pouvoirs et de motivations intelligibles, même s'ils inspirent la terreur. Les histoires plus banales qu'évoquent les récits de maladie décrivent les motivations, les conflits et les inquiétudes des vies humaines ordinaires (Kleinman 1988). Nous

nous servons de ces récits pour justifier, ordonner et donner sens à nos vies et, par là même, nous constituons nos identités (Bruner 1990 ; Kirby 1991). En ce sens, les récits ordinaires sont analogues aux grands mythes : ils ont la forme de récits qui transmettent les valeurs centrales et les inquiétudes de nos vies. Comme les mythes classiques, les origines des mythes ordinaires que fournit la société séculière (et qui incluent les explications de la biomédecine) demeurent largement non interrogées dans la vie quotidienne.

Il y a une relation triadique entre l'expérience corporelle, les constructions métaphoriques et les grands récits. Les forces sociales sont à l'œuvre dans chacun de ces trois lieux, même si leur influence est la plus explicite et évidente dans le processus de construction des récits mythiques. Une attention exclusive à l'un des lieux de la signification (le corps, la métaphore, le mythe) entraîne des distorsions prévisibles de notre image des forces en tension qui créent l'expérience. Les épistémologies naturalisées tentent de corriger notre aveuglement face à la manière dont le corps structure et limite la perception et la pensée, tout comme l'anthropologie critique et le constructivisme social cherchent à mettre à jour les réalités autovalidées créées par les structures politico-économiques et les idéologies.

Mon intérêt est cependant orienté ici vers les distorsions qui sourdent d'une attention exclusive aux conceptions désincarnées et asociales de la signification comme métaphore. Une telle distorsion est décelable dans certains types d'anthropologie interprétative qui reproduisent le réductionnisme psychologique au sein de la psychiatrie et de la psychanalyse. Cette folie de la métaphore prend diverses formes : un manque d'attention à l'enchâssement social, qu'il s'agisse des relations humaines ou de la nature temporelle des textes ; le désaffranchissement des auteurs comme acteurs ; la rupture des mondes locaux de signification et, finalement, l'entropie mortifère d'une discursivité maniaque où toutes les associations se valent.

Dans la perspective idéaliste du constructivisme, l'ordre de la métaphore et celui de l'imagination dérivent de la structure de l'esprit humain ou de la société. La perspective réaliste soutient que la métaphore reflète simplement, plus ou moins adéquatement, la structure du monde. La fusion que je cherche en tâtonnant envisage la relation entre le monde, l'esprit et la métaphore comme interdépendante, circulaire ou, lorsque nous réintroduisons la dimension temporelle, comme en spirale.

Le monde flottant

Considérons à présent le symptôme de flottement décrit par madame Wright, une femme d'âge moyen suivie en psychothérapie à la suite d'une hospitalisation pour un épisode d'auto-inanition menaçant sa propre vie (anorexie nerveuse). Durant son hospitalisation, son mari décida de se séparer et s'établit dans un nouveau domicile sans elle. Elle quitta l'hôpital pour constater qu'elle avait « tout perdu » de ce qu'elle avait construit avec sa famille vingt ans durant. Elle prit un appartement et vint en traitement psychiatrique en se plaignant principalement de dépression, de douleur chronique et d'une sensation de « flottement ». Elle avait éprouvé cette sensation à l'hôpital après un jeûne prolongé durant lequel elle était

devenue émaciée, désorientée et délirante à propos de son poids. Un neurologue avança qu'elle avait subi un dommage nerveux consécutif à la déficience nutritionnelle et qu'elle avait ainsi perdu la sensation proprioceptive de ses jambes et ne pouvait localiser ses pieds sans les regarder[1]. Cette explication ne put être confirmée cependant par des tests de laboratoire.

La sensation de flottement qu'éprouvait la dame rendait difficile sa locomotion et provoquait une souffrance qu'elle décrivait comme une « douleur corporelle totale ». Elle avait l'impression que cette douleur était liée au fait de se tenir constamment en arrière afin d'éviter de tomber à cause d'une « sensation que la terre se dérobe ». Elle avait à presser fortement contre le sol pour l'atteindre et n'était jamais assurée que ses pieds étaient fermement campés. Par conséquent, elle était toujours incertaine de faire le prochain pas. Elle ne pouvait compter sur la présence du sol et sur son soutien pour s'y tenir avec assurance et s'y mouvoir d'un pas ferme.

Pour madame Wright, le sol s'était dérobé (et continuait à se dérober) dès lors que sa famille « lui avait retiré le tapis sous les pieds » et l'avait laissée sans assises. Sacks (1982) décrit le même cercle s'élargissant de significations métaphoriques induites par une blessure qui lui trancha les nerfs de la jambe. La désorientation de Sacks diminua lentement à mesure que ses nerfs guérissaient. Pour madame Wright, ce fut par contre sa construction graduelle d'une nouvelle vie qui lui permit d'avoir à nouveau les pieds sur le sol et de s'y tenir. Dès qu'elle se sentit plus stable, ses sensations devinrent davantage celles de la douleur et de l'amertume, de la difficulté de se mouvoir contre la résistance de ses muscles plutôt que celles de flottement et de défi à la gravité.

Le flottement décrit par madame Wright est-il une représentation littérale de son expérience ou une métaphore ? Le vaste registre des métaphores conventionnelles auquel j'ai eu recours pour décrire sa situation témoigne de l'omniprésence des métaphores liant la sécurité et la stabilité de la personne à sa position physique. Le flottement est donc une métaphore naturelle pour le moi socialement disloqué ou détaché. Est-ce à dire qu'une telle métaphore doive être considérée comme centrale ou périphérique aux inquiétudes de madame Wright ? La perte de sa famille fut clairement un événement plus dévastateur que sa difficulté de locomotion. Il est donc tentant d'insister sur la signification métaphorique du « flottement » en place et lieu de sa référence plus littérale à l'altération de la proprioception. Cela ne veut pas dire toutefois que son symptôme est *seulement* une métaphore. Le fait d'interpréter alternativement ses symptômes comme des descriptions littérales de pures souffrances corporelles ou plutôt comme des métaphores d'une position sociale revêt des enjeux importants, à la fois pour madame Wright comme patiente (par exemple, la réalité ontologique de ses symptômes et de sa souffrance, sa légitimité comme sa cohérence) et pour sa thérapie (c'est-à-dire comment mieux interpréter et recadrer sa détresse).

Un psychiatre qui évaluait son cas associa ses sensations de flottement à « une forme bizarre de dépersonnalisation » et décrivit la patiente comme ayant « une

1. Ce type d'affaiblissement sensoriel peut être la conséquence d'une déficience prolongée en vitamine B^{12}.

préoccupation délirante par rapport à la douleur... Elle concrétise les choses [*concretizes*] et cette douleur se trouve exprimée consciemment pour les autres dans ses inquiétudes somatiques ». Insister sur le fait que flottement et douleur constituent des métaphores d'une position sociale ne tient pas compte de la manière dont madame Wright décrit elle-même de façon plausible les liens circulaires entre sensation, conscience et symptomatologie. De fait, elle ne pouvait trouver son assise et plaçait chaque pas si consciemment et prudemment que cela provoquait une tension musculaire excessive et exigeait un effort cognitif qui l'épuisait et la démoralisait. Elle évitait de se promener et, quand elle le faisait, l'acte physique lui-même occupait constamment sa conscience, ce qui l'amenait immédiatement à penser aux origines et aux conséquences de ce symptôme. Elle considérait le symptôme de flottement comme la conséquence directe de son jeûne et de sa maladie psychique; elle y voyait aussi l'effet indirect de la négligence de son médecin et de sa famille, qui n'avaient su déceler l'apparition d'un problème tellement grave et encore moins la presser d'obtenir des soins suffisamment tôt ou la faire hospitaliser, avant que le dommage ne soit causé.

Le point de vue psychiatrique ne parvient pas à saisir la relation entre les symptômes et la souffrance de cette femme, parce qu'il réduit la cohérence métaphorique de ses symptômes à une causalité linéaire où la détresse psychique induit la douleur physique. Il ignore ainsi la causalité circulaire que la patiente elle-même reconnaît. Elle résiste à une caractérisation exclusive de ses symptômes en termes psychologiques ou sociaux dans le mesure où elle peut ressentir qu'ils proviennent de son corps. Alors que le flottement condense des significations métaphoriques concernant sa situation et contribue à la conceptualisation de ses problèmes, sa détresse ne peut et ne devrait pas être réduite à un commentaire métaphorique de cette situation. Ses symptômes ne devraient pas non plus être réduits à des désordres biochimiques des nerfs périphériques, suivant le type de réductionnisme privilégié par la biomédecine. Son expérience et sa manière de décrire son flottement sont en effet simultanées : un indice de désordres physiques causant des sensations qui induisent des métaphores, lesquelles se trouvent appliquées à un domaine plus vaste et, en même temps, des modèles métaphoriques et des représentations du soi et de sa situation difficile, qui engendrent des sensations physiques, lesquelles provoquent des changements dans la tension musculaire et les schèmes de locomotion. Donner la primauté à l'une des facettes de cette boucle n'est pas simplement un choix technique d'intervention pratique ou une préférence théorique ; c'est un choix moral quant à la manière de découper un monde imbriqué par le mariage du corps et de l'esprit grâce à une mise en acte imaginaire.

La construction de la signification

Comment procède la métaphore dans ce cas ? On pourrait tracer l'axe d'une logique processuelle qui irait de haut en bas : la perte et la désorientation dans la vie de madame Wright l'amènent à se percevoir comme ayant coupé les amarres, flottant et incapable de mettre le pied à terre. À mesure qu'elle y prête attention, la métaphore de la coupure et du flottement devient centrale à sa conscience et structure effectivement son expérience : à la fois sur un plan cognitif comme une métaphore appliquée à des aspects de plus en plus nombreux de son moi et de son

corps, et très probablement, sur un plan psychophysiologique dès que la métaphore devient une image corporelle ou une source d'autosuggestion et, dès lors, gouverne l'activité motrice et l'interprétation de la rétroaction sensori-motrice. L'un des modèles pour l'analyse de cet effet psychophysiologique vient de l'hypnose où une image ou une suggestion verbale directe semblent contrôler la sensation et le mouvement corporels. La sensation de flottement de madame Wright serait ainsi similaire à la catalepsie hypnotique, où les sujets à qui l'on dit d'imaginer que leur bras devient plus léger font l'expérience de son flottement sans effort conscient. Quand une telle expérience est souhaitée, elle peut être plaisante : une forme de jeu imaginaire. C'est par contre une source de détresse quand elle s'impose d'elle-même et ne peut être supprimée.

Ce phénomène de catalepsie hypnotique — où un membre flotte aisément, sans contrôle ou volonté consciente — est expliqué de deux manières dans la documentation sur l'hypnose : comme une mauvaise attribution ou comme une dissociation du contrôle (Lynn, Rhue et Weekes 1990). Dans la première explication, le phénomène est essentiellement cognitif et concerne la manière dont le mouvement est expliqué, c'est-à-dire le fait qu'il soit attribué à soi ou à autrui. Dans la seconde explication, on postule un changement particulier dans le processus de contrôle cognitif : le membre cataleptique est contrôlé non par un simple plan d'action motrice, avec une rétroaction des muscles qui confirmerait l'exécution du mouvement souhaité, mais serait plutôt induit de manière indirecte par une communication venant d'autrui ou de quelque aspect du moi moins étroitement allié ou fusionné à un centre de volonté. Ainsi, une image peut évoquer des réactions non intentionnelles : penser à un ballon attaché à un membre peut amener un bras à s'élever, avec le sentiment que cela se produit automatiquement. Pour le théoricien de la mauvaise attribution, le mouvement se produit volontairement, mais nous l'attribuons faussement à quelque effet de l'image du ballon. Pour le partisan de la dissociation, l'image elle-même est la cause immédiate de la lévitation. Le modèle dissociationniste permet un type second d'automaticité dans lequel les suggestions verbales ou des énoncés peuvent aussi mettre en marche des effets moteurs (et, pourrions-nous ajouter, autonomes et viscéraux) sans qu'il y ait contrôle conscient. Dans la vision dissociationniste, l'expérience de l'involontaire n'est donc pas une mauvaise attribution mais l'effet de mécanismes spéciaux de contrôle ou d'une hiérarchie modifiée du contrôle où l'action a lieu sans qu'il y ait un lien immédiat ou direct avec une intention explicite.

La surévaluation culturelle du pouvoir et de la centralité de la volonté ainsi que l'anxiété correspondante concernant la perte de contrôle nous incitent à catégoriser des expériences de phénomènes involontaires comme de simples « mauvaises attributions » (Kirmayer 1992a). Ce ne sont pas toutes les actions motivées et socialement construites qui sont délibérées ou sous contrôle conscient. Il y a de nombreux processus à l'œuvre à l'intérieur et en dehors du soi, qui demeurent externes à un plan conscient ou à la volonté[2]. Ces processus peuvent contredire ou contrecarrer des efforts volontaires de maîtrise. Cela fait partie du « frisson » que

2. Ce phénomène a été reconnu par Georg Groddeck, l'un des premiers théoriciens dans le domaine psychosomatique, dans sa notion du *it* développée à travers le concept freudien du *id*. Toutefois, le projet de la psychologie demeure toujours d'étendre l'espace du moi conscient, selon le dicton célèbre de Freud : « Là où le ça était, le moi doit advenir ».

procurent la situation hypnotique et d'autres exercices d'imagination, quand nous abandonnons en apparence le contrôle à autrui. Un certain sens de cette contradiction interne ou encore même de la polyvocalité du moi est nécessaire pour comprendre les problèmes de l'ambivalence, du conflit, de la soumission et de l'autodéfaite. En effet, l'opposition du corps et du soi, plutôt que leur intégration, se rapproche de l'expérience de madame Wright dans la mesure où elle luttait constamment pour mettre son pied sur le sol. Son effort et son désir conscients étaient dirigés vers la nécessité de neutraliser le symptôme abhorré. Cet effort lui causait de la douleur, accroissait son éloignement vis-à-vis de son propre corps et, en une causalité circulaire, aggravait la sensation de flottement.

Il existe naturellement aussi une séquence qui va du bas vers le haut dans l'expérience de madame Wright : des sensations altérées dans les jambes lui donnent le sentiment qu'elle flotte. De telles sensations peuvent avoir leur source dans des neurones endommagés mais une fois que le contrôle de la locomotion a été altéré, la périphérie produit sa propre réponse symptomatique. Quelle que soit la manière dont il commence, le flottement devient alors à la fois un symptôme et un symbole et est disponible comme métaphore organisatrice de la vie de cette patiente.

Le passage du symptôme au symbole est bidirectionnel ; dans chaque cas, il peut être difficile sinon impossible d'établir avec assurance quelle direction prédomine. En effet, les critiques du dualisme cartésien montrent que la préoccupation en médecine de déterminer la direction de la causalité (autour de laquelle tournent les questions fondamentales de la réalité et du statut moral de la maladie) est elle-même au mieux malencontreuse sinon sans signification. Le contraste entre le contrôle de haut en bas de l'expérience corporelle par des métaphores cognitivement ou socialement construites et la construction de bas en haut de l'expérience métaphorique par le corps nous amène à considérer la métaphore comme une part de la construction d'un monde global (de haut en bas) ou comme une parcelle locale de signification potentielle qui ne prend tournure et ne devient cohérente et « réelle » qu'en s'imbriquant à une totalité plus large (de bas en haut). Cela pose de manière nouvelle un problème philosophique fondamental concernant l'origine des catégories de la connaissance et de la perception.

Les métaphores reflètent la connaissance de catégories mais permettent aussi d'en créer de nouvelles (Glucksberg et Keysar 1990). Les métaphores peuplent ainsi le monde d'entités nouvelles, et certains soutiennent que les métaphores font avancer la construction de mondes entiers nouveaux (Levin 1988 ; Overing 1990). On peut considérer les métaphores comme des énoncés littéraux, si nous les percevons comme instaurant la construction de mondes (locaux ou globaux) dans lesquels la relation métaphorique finalement l'emporte. Si les métaphores créent des mondes entiers, il ne faut qu'un pas pour en venir à l'idée que la plupart des mondes sont incommensurables (Rorty 1989). Cependant, l'affirmation suivant laquelle les métaphopres créeraient des mondes est exagérée : les métaphores créent des *mondes imaginaires*, pas *ce* monde-*ci* qui, dans sa plénitude (et son intransigeance), échappe à toute métaphore englobante[3]. Les métaphores utilisent

3. Où suis-je lorsque je dis « *ce* monde » ? Ici avec vous. (C'est le pouvoir distinctif du langage de nous permettre de nous référer à des choses appartenant au monde intérieur de l'imagination que nous pensons trouver ou faire advenir dans le monde extérieur.)

la manière brute de l'expérience pour bâtir un abri dans ce monde. En même temps, la métaphore sert d'outil à l'imagination afin de négocier une réalité plus vaste et partagée, du moins potentiellement. D'un côté du cycle entre imaginaire et réalité, nous avons la construction par bribes de la métaphore, fondée sur des expériences du monde, de l'autre, l'appel à l'existence d'un monde imaginaire où la métaphore fait sens.

On peut approcher d'une autre manière le contraste entre l'autocréation de mondes métaphoriques et l'acte plus modeste de bricolage métaphorique au sein d'un monde partagé : celle de l'opposition entre vérités poétique et narrative. Certaines choses sont vraies en vertu de la cohérence de l'histoire ; dans ce contexte, les métaphores ont une fonction subsidiaire : consolider un argument ou faire avancer le récit. D'autres choses sont vraies en vertu de la force évocatrice d'une seule image ou d'une métaphore en soi. Dans ce cas, un fragment poétique crée son propre contexte de signification et de vérité par les associations et actions qu'il évoque.

Madame Wright vit les deux formes de vérité à travers l'expérience de ses symptômes. Elle est obsédée et saisie par la sensation de flotter, au point que cela devient son monde. Toutefois, ce monde flottant est restreignant et incomplet. Il ne comporte que peu de satisfactions et la sépare manifestement des autres. Elle peut faire un pas et sortir de cette monade et raconter sa situation difficile : le flottement devient alors un élément dans une intrigue où son histoire et celle de ses proches ont entraîné sa chute et son expérience d'isolement. Paradoxalement, en faire le récit diminue effectivement le sentiment de flottement de madame Wright pour un certain temps — elle n'est plus contenue en lui — du moins jusqu'au moment où elle se remémore sa situation difficile et retombe dans l'impression d'être enfermée dans un corps-esprit frêle, arraché à ses racines. Dans le récit, c'est précisément parce qu'elle a été immobile depuis si longtemps, incapable de se mouvoir, de parler et d'agir par elle-même, qu'elle ressent ses pertes actuelles comme le fait d'avoir perdu ses propres assises. Lorsqu'elle se voit dans cette trajectoire, il lui devient possible d'imaginer une nouvelle forme d'expérience, non seulement planter de nouvelles racines pous se fixer au sol, mais aussi trouver quelque valeur au mouvement — la liberté, le pouvoir et même la joie.

Conclusion : toucher le fond

L'anthropologie médicale contemporaine a mis de plus en plus l'accent sur l'importance des récits de maladie dans l'explication de la souffrance et de la guérison (Kleinman 1988). Cependant, l'expérience n'est pas constituée des seuls récits. En effet, les récits de maladie sont souvent fragmentaires ou peu développés ; lorsqu'ils sont les plus cohérents, ils peuvent être aussi formalistes et distants de l'expérience de ceux qui souffrent. La personne atteinte appréhende les expériences marquantes de maladie et les exprime à travers des métaphores (Kirmayer 1992b). Celles-ci peuvent subvertir le projet du récit au point de dominer le sens du soi (Kirmayer, sous presse). En psychothérapie, on encourage les personnes souffrantes à découvrir de nouvelles possibilités narratives latentes dans leurs propres métaphores de la maladie et du soi. La guérison symbolique comprend

alors la transformation métaphorique de la souffrance, le tissage d'expériences fragmentaires de la maladie et des récits cohérents et la reconstitution d'un soi socialement valorisé (Kirmayer 1993).

Les significations de la maladie et les fictions de guérison évoquent des vérités tant métaphoriques que narratives. Le bricolage de la métaphore peut produire une vérité sans faille et la cohérence d'un récit, mais ce dernier offre tout autant de nouvelles possibilités métaphoriques à chacun de ses tournants. La métaphore est le plus clairement visible, telle un roc qui affleure, précisément quand le récit s'effondre.

La vérité poétique de la métaphore repose sur des coordinations psychodynamiques synesthésiques, historico-personnelles et structuro-formelles de la signification et de la référence (Friedrich 1986). Chacune de ces logiques associatives peut être représentée comme un réseau organisateur ou un paysage. Nous nous attendons à ce que le choix d'une métaphore s'inscrive toujours dans de tels réseaux associatifs et qu'il puisse donc être réduit à l'un ou l'autre d'entre eux (ou à quelque combinaison simple)[4]. Cependant, il y a au moins trois raisons qui indiquent que les métaphores ne peuvent être réduites ainsi : (1) les métaphores peuvent émerger d'un enchaînement ou d'une combinaison d'un grand nombre d'images et de mécanismes associatifs différents ; en tant que résultats de tels processus analogiques, les métaphores ne sont pas aisément réductibles à un ensemble fini de propositions ; (2) les métaphores peuvent fournir elles-mêmes une grande part de la logique de similitude et d'association ; dans ce cas, le lien entre deux événements ne devient compréhensible qu'en tant qu'extension d'une autre métaphore ; (3) les métaphores peuvent être une boutade, un essai plutôt qu'une proposition, une promulgation qui crée du sens pour la première fois ; une grande part de cette signification est potentielle et ne peut être découverte que si la métaphore est reprise et utilisée.

Pour madame Wright, la métaphore du flottement fonctionne comme une obsession autour de laquelle d'autres expériences et conflits peuvent s'accumuler, se condenser et s'organiser. L'ordonnancement qu'impose la métaphore n'est pas une structure cristalline (à l'instar de celles invoquées par le structuralisme) mais un paysage ou mieux une « écologie de l'esprit » pour reprendre l'expression de Bateson, c'est-à-dire un ensemble organique qui s'ancre dans le monde grâce aux dimensions sensorielles, émotionnelles et conceptuelles de la métaphore et que soutiennent les dispositifs métaphoriques.

La théorie de la métaphore prétend que les symboles et les choses (l'imaginaire et la réalité, l'esprit et le corps) appartiennent au même monde. La tâche de l'anthropologie médicale est de comprendre l'interaction entre ces aspects ou d'autres descriptions de l'expérience. Ceci est d'autant plus important pour l'anthropologie médicale qu'il s'agit du domaine où les réalités corporelles ne peuvent être entièrement subsumées par les inventions symboliques.

L'anthropologie médicale doit naviguer entre réalisme et constructivisme, intégrant d'une certaine façon les éléments utiles de ces deux perspectives. Ceci est

4. Bien sûr, le choix de la logique qui prédomine ou fait relief relève tout autant des préoccupations de l'interprète que des façons de penser de l'individu.

peut-être moins chimérique qu'il en paraît à première vue. Si nous avons réellement affaire à un processus circulaire dans lequel nous inventons tout en étant réinventés par nos propres métaphores, les deux directions opposées du processus font alors partie d'un grand cercle épistémologique. La métaphore est clairement un exemple de construction sociale de l'expérience inscrite dans le corps (*embodied*). En même temps, les métaphores se fondent sur des expériences corporelles qui semblent universelles (Crovitz 1970 ; Johnson 1987). Elles sont donc aussi mises en forme par des données corporelles. Il ne peut y avoir de démarcation nette entre données corporelles et ce qui est socialement construit puisque tant les contraintes corporelles que les pratiques sociales sont consansubstantielles à l'expérience.

Réfléchir sur la métaphore — au-delà de l'objet immédiat de cet article sur les microdynamiques de l'expérience des symptômes — a aussi des implications par rapport au projet plus large de comprendre le système biomédical de savoir/pouvoir (Scheper-Hughes et Lock 1987). Les métaphores qui naissent de la volonté des individus d'appréhender leurs situations difficiles et de leur donner un sens s'entrecroisent avec le langage politique du pouvoir et de la dissidence (Ware et Kleinman 1992). Tout choix d'une métaphore prête du pouvoir à une vision particulière du monde, avec ses implications évidentes et cachées. Nous pouvons juger de la valeur d'une métaphore sur des bases esthétiques et utilitaires. Saisir la métaphore *comme* métaphore (« ce n'est *qu*'une figure de langage ») est certes un processus correctif valable auquel nous devons, du moins partiellement, les avancées de la science. Toutefois, ces avancées autocritiques se font toujours et inévitablement sur une toile de fond de métaphores non examinées, générées à nouveau à chacune des étapes ou à chacun des changements de paradigme en science.

Découvrir les métaphores de l'implicite dans une culture est une tâche sans fin. En effet, nous ne pouvons jamais saisir à la fois l'objet d'étude et le système métaphorique à travers lequel nous le comprenons et l'explorons, et simultanément devant nous — à moins de créer une troisième position qui implique à son tour un autre système métaphorique implicite. Une fois de plus, nous voilà confrontés au problème de la circularité épistémologique. Plutôt que des efforts naïfs pour remplacer les métaphores par des descriptions littérales de l'expérience, il nous faut une créativité continue dans l'invention de métaphores ainsi que des efforts incessants pour nous interroger sur leurs implications.

(Texte inédit en anglais traduit par Mikhaël Elbaz)

Références

BRUNER J.
1990 *Acts of Meaning*. Cambridge : Harvard University Press.

CROVITZ H.
1970 *Galton's Walk*. New York : Harper and Row.

FRIEDRICH P.
1986 *The Language Parallax : Linguistic Relativism and Poetic Indeterminacy*. Austin : University of Texas Press.

GIBBS R.W. Jr.
1992 « Categorization and Metaphor Understanding », *Psychological Review*, 99, 3 : 572-577.

GLUCKSBERG S. et B. Keysar
1990 « Understanding Metaphorical Comparisons : Beyond Similarity », *Psychological Review*, 97, 1 : 3-18.

JOHNSON M.
1987 *The Body in the Mind : The Bodily Basis of Meaning, Imagination, and Reason*. Chicago : University of Chicago Press.

KIRBY A.P.
1991 *Narrative and the Self*. Bloomington : Indiana University Press.

KIRMAYER L.J.
1988 « Mind and Body as Metaphors : Hidden Values in Biomedicine » : 57-92, in M. Lock et D. Gordon, *Biomedicine Examined*. Dordrecht : Kluwer.
1992a « The Body's Insistence on Meaning : Metaphor as Presentation and Representation in Illness Experience », *Medical Anthropology Quarterly*, 6, 4 : 323-346.
1992b « Social Constructions of Hypnosis », *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 40, 4 : 276-300.
1993 « Healing and the Invention of Metaphor : The Effectiveness of Symbols Revisited », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 17, 2.
s.p. « Improvisation and Authority in Illness Meaning », *Culture, Medicine and Psychiatry*.

KLEINMAN A.
1988 *The Illness Narratives*. New York : Basic Books.

LAKOFF G.
1987 *Women, Fire, and Dangerous Things*. Chicago : University of Chicago Press.
1988 « Cognitive Semantics » : 119-154, in U. Eco, M. Santambrogio et P. Violi, *Meaning and Mental Representations*. Bloomington : Indiana University Press.

LAKOFF G. et M. Johnson
1980 *Metaphors We Live By*. Chicago : University of Chicago Press.

LEVIN S.R.
1988 *Metaphoric Worlds : Conceptions of a Romantic Nature*. New Haven : Yale University Press.

LYNN S.J., J.W. Rhue et J.R. Weekes
1990 « Hypnotic Involuntariness : A Social Cognitive Analysis », *Psychological Review*, 97, 2 : 169-184.

OVERING J.
1990 « The Shaman as a Maker of Worlds : Nelson Goodman in the Amazon », *Man*, 25, 4 : 602-619.

QUINN N.
1991 « The Cultural Basis of Metaphor » : 56-93, in J.M. Fernandez, *Beyond Metaphor : The Theory of Tropes in Anthropology*. Stanford : Stanford University Press.

RORTY R.
1989 *Contingency, Irony, Solidarity*. Cambridge : Cambridge University Press.

SACKS O.
1982 *A Leg to Stand On*. New York : Harper & Row.

SCHEPER-HUGHES N. et M. Lock
1987 « The Mindful Body », *Medical Anthropology Quarterly*, 1 : 6-42.

TRAUGOTT E.C.
1985 « "Conventional" and "Dead" Metaphors Revisited » : 17-56, in W. Paprotté et R. Dirven, *The Ubiquity of Metaphor : Metaphor in Language and Thought*. Amsterdam : John Benjamins Publishing Co.

WARE N.C. et A. Kleinman
1992 « Culture and Somatic Experience : The Social Course of Illness in Neurasthenia and Chronic Fatigue Syndrome », *Psychosomatic Medicine*, 54 : 546-560.

RÉSUMÉ/ABSTRACT

La folie de la métaphore

Des travaux récents en sciences cognitives indiquent que les constructions conventionnelles et novatrices de l'expérience sont médiatisées par des concepts métaphoriques. Les métaphores relient les significations sensorielles, affectives et conceptuelles au point que même des concepts abstraits en sont tramés et contribuent aux expériences corporelles et sociales. À travers le cas d'une femme souffrant de sensations de flottement, j'illustre dans cet article comment la théorie de la métaphore intègre les aspects sociaux et corporels de l'expérience de la maladie. Cette approche pourrait lier les explications constructivistes et réalistes de la maladie et situer ainsi les processus symboliques et imaginaires à l'intérieur d'un monde partagé de substance et de sentiment.

The Madness of Metaphor

Recent work in cognitive science suggest that both conventional and innovative constructions of experience and mediated by metaphoric concepts. Metaphors bridge sensory, affective and conceptual meaning so that even abstract concepts are grounded in and contribute to bodily and social experiences. Through the example of a woman suffering from sensations of floating, I illustrate how metaphor theory integrates social and bodily aspects of illness experience. This approach promises to bridge constructivist and realist accounts of illness and so to situate symbolic and imaginative processes within a shared world of substance and feeling.

Laurence J. Kirmayer
Institute of Community and Family Psychiatry
4333, chemin de la Côte Sainte-Catherine
Montréal (Québec)
Canada H3T 1E4