

Ressentir différemment conduit à penser et à réagir différemment

La solidité scientifique d'un paradigme émotionnel inversé

Depuis plus d'un siècle, les modèles thérapeutiques dominants centrés sur l'intellect (modèles descendants, cognitifs ou de thérapie verbale) ont fonctionné sur l'hypothèse que **penser différemment** conduit à **ressentir différemment**. Ce paradigme, centré sur l'intellect et la cognition considère le changement des pensées, des croyances ou des interprétations, comme le mécanisme principal de la régulation émotionnelle et du changement comportemental.

Bien que ces approches aient permis de développer des outils thérapeutiques précieux et aient démontré une efficacité mesurable dans des environnements contrôlés, elles reposent sur un paradigme, c'est-à-dire **un cadre historiquement contingent, et non sur une loi biologique** « coule dans le ciment ». Dernièrement, un ensemble de recherches vastes et croissantes, issues des neurosciences, des sciences affectives et psycho-physiologiques, confirment un paradigme plus fidèle à la réalité biologique : **ressentir différemment conduit à penser et à réagir différemment**.

Ce paradigme inversé place les **ressentis (émotionnels)** - les sensations corporelles physiologiques concrètes et mesurables générées par le système nerveux autonome, l'activité endocrinienne et les processus sensorimoteurs - **à la racine de l'expérience émotionnelle**. Il s'appuie directement sur les modèles contemporains des neurosciences affectives, de l'interoception, de l'allostasie, du traitement prédictif (inférence active) et de la cognition incarnée. Ensemble, ces cadres offrent un compte rendu cohérent et mécaniste de la façon dont le changement émotionnel se déroule réellement dans tout système nerveux vivant.

Les ressentis comme substrat primaire de l'expérience émotionnelle

Les neurosciences modernes ont abandonné la vision classique selon laquelle les émotions seraient des « objets mentaux » discrets, câblés de façon rigide dans des circuits cérébraux spécifiques, que l'on pourrait identifier, étiqueter, contester ou recadrer directement. Au contraire, **les émotions sont des significations construites que le cerveau génère à partir des états corporels en cours** (Barrett, 2017). Le processus bien documenté qui médiatise cette construction est l'**interoception** : la surveillance continue, moment par moment, par le cerveau de l'état interne du corps (rythme cardiaque, respiration, nœuds, lourdeurs, tensions, raideurs, douleurs, état viscéral, température, etc.).

Les signaux provenant des viscères, du système cardiovasculaire et des tissus musculo-squelettiques atteignent l'insula, le cortex cingulaire antérieur et les noyaux du tronc cérébral avant toute interprétation consciente (Craig, 2002 ; Seth & Critchley, 2013). **En état de détresse émotionnelle, ces signaux intéroceptifs ascendants dominent le traitement neural**. Ils façonnent la perception, rétrécissent l'attention, biaisent la récupération de la mémoire et déterminent la préparation à l'action de l'organisme bien avant que la cognition d'ordre supérieur puisse intervenir. **La cognition n'initie ni ne dirige la cascade émotionnelle ; elle suit et tente d'en donner un sens.**

Cette perspective est solidement appuyée par la **théorie de l'émotion construite** (Barrett, 2017), qui postule que le cerveau utilise l'expérience passée (organisée sous forme de concepts) et les prédictions intéroceptives actuelles pour attribuer un sens aux sensations corporelles en contexte. **Ce que nous vivons subjectivement comme « colère », « anxiété » ou « deuil » est la meilleure estimation du cerveau quant à la signification de ces sensations dans la situation donnée. Changez les sensations corporelles, et l'émotion construite change — souvent sans besoin de recadrage cognitif délibéré.**

L'hypothèse des marqueurs somatiques d'Antonio Damasio offre une fondation antérieure et complémentaire. Les marqueurs somatiques sont des ressentis corporels (viscéraux et musculo-squelettiques) qui

deviennent associés à des résultats spécifiques par apprentissage. Ces marqueurs agissent comme des signaux de biais rapides et non conscients qui guident la prise de décision et le comportement, surtout dans des situations incertaines ou chargées émotionnellement. Les patients présentant des lésions du cortex préfrontal ventromédian perdent l'accès à ces marqueurs et, malgré un intellect intact, prennent des décisions catastrophiques dans la vie réelle (Damasio, 1994 ; Damasio & Carvalho, 2013). **C'est le corps, et non le raisonnement abstrait, qui fournit la force motivationnelle et directionnelle.**

Pourquoi le changement centré sur la cognition est souvent limité

Les approches cognitives supposent implicitement un contrôle descendant robuste : que les pensées peuvent supplanter ou remodeler les états corporels à volonté - **ce qui semble vrai en situations de sérénité ou de faible intensité émotionnelle**. Cependant, les données cliniques montrent que sous haute intensité émotionnelle, la régulation descendante est fragile, très coûteuse en énergie métabolique et facilement perturbée par les états mêmes qu'elle vise à corriger.

Sous forte tension émotionnelle, le cortex préfrontal (CPF) est sous-régulé (phénomène souvent décrit comme le « détournement par l'amygdale »), tandis que les systèmes sous-corticaux et du tronc cérébral prennent le dessus. **Le stress aigu altère la mémoire de travail, l'attention soutenue, la flexibilité cognitive et le contrôle inhibiteur** - précisément les fonctions exécutives nécessaires à une réévaluation réussie (Raio et al., 2013 ; McRae & Gross, 2020). Les revues méta-analytiques confirment que la réévaluation cognitive est nettement moins efficace lorsque l'intensité émotionnelle est élevée ou lorsque la personne est déjà stressée ou épuisée (Sheppes & Meiran, 2007 ; McRae & Gross, 2020). **Dans ces conditions, les nouvelles pensées peuvent être acceptées intellectuellement, mais rester physiologiquement inertes ; la prise de conscience survient sans**

soulagement somatique, et le changement comportemental reste fragile ou de courte durée.

Les modèles cognitifs peinent aussi à expliquer la rapidité et l'automatisme des réponses viscérales déclenchées par la mémoire. Une croyance abstraite ne peut pas produire directement une tachycardie, une constriction intestinale ou un gel moteur ; ces phénomènes requièrent des voies physiologiques préexistantes qui précèdent la pensée consciente. **Le cerveau ne génère pas les émotions de haut en bas à partir de la cognition ; il les génère de bas en haut à partir des états intéroceptifs et autonomes, puis construit le sens autour d'eux.**

Le paradigme inversé : Changez le ressenti, et le système se réorganise

Le paradigme inversé résout ces contradictions en ciblant l'expérience émotionnelle à sa source physiologique. Lorsque les ressentis corporels sont directement accessibles, régulés et autorisés à se résoudre - **par un processus de soustraction (déracinement) plutôt que d'addition ou de recadrage** -, une séquence neurophysiologique fiable se déroule :

- Les patterns du système nerveux autonome passent de la dominance sympathique vers la régulation parasympathique - la physiologie se calme.
- Les erreurs de prédiction intéroceptive diminuent ; le modèle interne du corps se met à jour.
- La signalisation ascendante de menace et de détresse vers le cortex diminue.
- L'activité cognitive se réorganise spontanément, sans recadrage forcé.
- La préparation comportementale et les tendances à l'action changent naturellement.
- La signification émotionnelle se transforme, car le corps ne fournit plus le substrat physiologique pour l'ancien récit.

Ce n'est pas un truc psychologique ni une intervention symbolique. **C'est un processus neurophysiologique régi par les principes de l'allostase** (régulation prédictive du milieu interne du corps avant que l'homéostasie ne soit menacée), **du traitement prédictif** (inférence active) **et de l'inférence intéroceptive** (Barrett & Simmons, 2015 ; Kleckner et al., 2017 ; Petzschner et al., 2021). Le cerveau génère constamment des prédictions sur les besoins corporels et agit pour les satisfaire. Lorsque des résidus émotionnels non résolus maintiennent le corps dans un état allostatique dérégulé, les prédictions du cerveau restent biaisées vers la menace ou le détresse. **Libérer le pattern somatique met à jour les prédictions, permettant à l'ensemble du système - corps, émotion, pensée et comportement - de se réorganiser.**

Il s'agit d'un changement de paradigme, et non simplement d'une nouvelle technique

Ce modèle constitue un véritable changement de paradigme. La souffrance émotionnelle n'est plus vue comme une erreur cognitive à corriger d'en haut (cognitivement, par l'esprit conscient), mais comme un état physiologique à résoudre à sa source. La régulation est comprise comme principalement ascendante, la cognition émergeant comme un résultat naturel plutôt que comme le moteur.

En alignant le changement thérapeutique sur les principes de fonctionnement propres du système nerveux, le paradigme inversé explique plusieurs observations cliniques autrement déroutantes : pourquoi un soulagement profond, rapide et durable peut survenir sans travail cognitif prolongé ; pourquoi le soulagement précède souvent la prise de conscience ; et pourquoi la clarté, le sens et la cohérence comportementale émergent souvent seulement après que le corps s'est apaisé.

Conclusion

L'affirmation que **ressentir différemment conduit à penser et à réagir différemment** n'est pas une préférence philosophique, mais une assertion solidement ancrée dans la biologie, soutenue par les neurosciences affectives, la recherche sur l'interoception, l'allostase, le traitement prédictif et la cognition incarnée. **En reconnaissant les ressentis corporels comme les racines de l'expérience émotionnelle et les processus intéroceptifs comme les principaux moteurs de la régulation, ce paradigme offre la cohérence conceptuelle d'un cadre plus précis, plus humain et plus efficace pour le changement émotionnel.**

Dans cette perspective, la guérison émotionnelle n'est pas imposée d'en haut par la volonté ou la prise de conscience ; elle se déploie naturellement d'en dedans. Lorsque les ressentis (conditions corporelles) qui soutiennent la détresse sont résolus, l'ensemble du système se réorganise. Les pensées suivent. Le comportement s'adapte. Le sens se transforme.

.....

Resources supporting the above claims:

1. **Barrett, L. F. (2017).** The theory of constructed emotion: An active inference account of interoception and categorization. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 12(1), 1–23. <https://doi.org/10.1093/scan/nsw154>
2. **Damasio, A., & Carvalho, G. B. (2013).** The nature of feelings: Evolutionary and neurobiological origins. *Nature Reviews Neuroscience*, 14(2), 143–152. <https://doi.org/10.1038/nrn3403>
3. **Craig, A. D. (2002).** How do you feel? Interoception: The sense of the physiological condition of the body. *Nature Reviews Neuroscience*, 3(8), 655–666. <https://doi.org/10.1038/nrn894>
4. **Damasio, A. R. (1994).** [*Descartes' error: Emotion, reason, and the human brain.*](#) Putnam - pdf.
5. **Barrett, L. F., & Simmons, W. K. (2015).** Interoceptive predictions in the brain. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(7), 419–429. <https://doi.org/10.1038/nrn3950>

6. **Hoemann, K. & Barrett, L.F. (2019).** Concepts dissolve artificial boundaries in the study of emotion and cognition. <https://affective-science.org/pubs/2018/hoemann-barrett-cognition-emotion-2018.pdf>
7. **Kleckner, I. R., Zhang, J., Touroutoglou, A., Chanes, L., Xia, C., Simmons, W. K., Quigley, K. S., Dickerson, B. C., & Barrett, L. F. (2017).** Evidence for a large-scale brain system supporting allostasis and interoception. <https://doi.org/10.1038/s41562-017-0069>
8. **McRae, K., & Gross, J. J. (2020).** Emotion regulation. *Emotion*, 20(1), 1–9. <https://doi.org/10.1037/emo0000703>
9. **Quigley, K.S. et al. (2024).** Interoceptive Mechanisms and Emotional Processing (Annual Review of Psychology). <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev-psych-020924-125202>
10. **Ochsner, K. N., Silvers, J. A., & Buhle, J. T. (2012).** Functional imaging studies of emotion regulation: A synthetic review and evolving model of the cognitive control of emotion. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1251(1), E1–E24. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2012.06751.x>
11. **Petzschner, F. H., Garfinkel, S. N., Paulus, M. P., Koch, C., & Khalsa, S. S. (2021).** Computational models of interoception and body regulation. *Trends in Neurosciences*, 63–76. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2020.09.012>
12. **Raio, C. M., Orederu, T. A., Palazzolo, L., Shurick, A. A., & Phelps, E. A. (2013).** Cognitive emotion regulation fails under stress. *Proceedings of the National Academy of Sciences*: <https://doi.org/10.1073/pnas.1301918110>
13. **Seth, A.K. & Critchley, H.D. (2013).** Interoception and emotion (key review). https://www.researchgate.net/publication/316413451_
14. **Robinson, E. Watkins, & E. Harmon-Jones (Eds.),** *Handbook of cognition and emotion* (pp. 272–292). Guilford Press.
15. **Sheppes, G., & Meiran, N. (2007).** On the dynamics of online regulation of sadness using distraction and cognitive reappraisal. *Personality and Social Psychology Bulletin*: <https://doi.org/10.1177/0146167207305537>
16. **Zamarriola, G. et al. (2020).** A Systematic Review of Associations Between Interoception, Vagal Tone, and Emotional Regulation. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7419655/>
17. **Chen, W.G. et al. (2021).** Functions of Interoception: From Energy Regulation to Experience of the Self. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7780233/>
18. **Interoception, emotion awareness, and affective disorders.** <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11020380/>

19. Interoception from homeostasis to self.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7780233/>

20. Interoception and emotion regulation

<https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2020.01792/full> –