

La logique ablative de l'Hypnothérapie Somatique

Pourquoi éliminer les ressentis émotionnels désagréables à leur source est plus cohérent scientifiquement — et plus efficace — que d'en superposer de positifs.

La distinction centrale.

La plupart des hypnothérapies conventionnelles, tout comme la majorité des psychothérapies cognitives et comportementales, fonctionnent selon un principe additif : elles visent à construire de nouvelles associations émotionnelles positives, à renforcer des pensées constructives, à développer des stratégies d'adaptation, et à recouvrir progressivement les ressentis indésirables par des ressentis plus souhaitables. L'hypothèse sous-jacente est que l'accumulation d'expériences positives finira, avec le temps, par diluer ou supprimer les négatives.

L'Hypnothérapie Somatique fonctionne selon une logique opposée — une logique ablative. Plutôt que d'ajouter des couches de ressentis positifs par-dessus des ressentis négatifs persistants, elle s'emploie à identifier les ressentis émotionnels ou somatiques désagréables à leur origine, à les amener à la conscience dans un contexte hypnotique sécuritaire, et à permettre à l'esprit subconscient de les libérer ou de les résoudre directement. Le ressenti négatif n'est pas recouvert — il est traité à sa racine et éliminé.

Ce n'est pas là une simple préférence philosophique. Cela reflète une compréhension cohérente et bien étayée de la façon dont les ressentis émotionnels sont générés, stockés et maintenus dans le système nerveux humain — et des raisons pour lesquelles les approches cognitives ou additives échouent si fréquemment à produire un soulagement durable.

Les ressentis émotionnels sont des événements sensoriels corporels, non des constructions cognitives.

Le premier point, et le plus fondamental, est d'ordre anatomique. Les ressentis émotionnels — peur, anxiété, deuil, honte, colère, douleur — ne sont pas des pensées. Ce sont des **événements sensoriels**

générés dans le corps, traités par des structures cérébrales sous-corticales qui opèrent largement en dehors de la portée de l'intention consciente.

Les [recherches fondatrices du neuroscientifique Joseph LeDoux sur les circuits émotionnels](#) ont démontré que des stimuli menaçants peuvent déclencher des réponses défensives complètes — accélération cardiaque, tension musculaire, activation hormonale — par une voie sous-corticale rapide (la « voie courte » via l'amygdale) qui court-circuite entièrement le traitement cortical. Cette voie est rapide, puissante et largement inaccessible à la pensée rationnelle. La « voie longue » — passant par le cortex — peut éventuellement moduler la réponse, mais elle ne peut pas l'empêcher ni l'effacer de façon fiable, car les deux systèmes ne sont pas symétriquement bidirectionnels : [les voies ascendantes \(corps vers cerveau\) sont dominantes ; les voies descendantes \(pensée vers corps\) sont faibles et modulatrices.](#)

L'[hypothèse des marqueurs somatiques](#) d'Antonio Damasio enrichit ce tableau. Damasio a démontré que les ressentis émotionnels sont ancrés dans des états corporels — variations du rythme cardiaque, du tonus musculaire, de l'activité endocrinienne, des tensions viscérales — qui sont relayés au cerveau et enregistrés comme « marqueurs somatiques » qui façonnent profondément la perception, la prise de décision et le comportement. Ces marqueurs émergent de signaux corporels transmis vers le cerveau, non d'une construction cognitive délibérée. Comme Damasio l'a observé, les émotions ne résultent pas d'une réflexion aboutissant à un ressenti — elles sont antérieures à la pensée, plus rapides qu'elle, et elles façonnent la pensée qui s'ensuit.

L'implication est claire : si la souffrance émotionnelle est enracinée dans des signaux somatiques corporels persistants, alors toute approche thérapeutique qui opère exclusivement au niveau de la pensée et de la cognition travaille *en aval du problème*. Elle peut améliorer le récit, reformuler le sens, développer un contrôle comportemental — mais elle ne peut pas modifier de façon fiable l'état émotionnel corporel sous-jacent lui-même. D'où la plainte clinique courante, familière de tout thérapeute : « *Je comprends pourquoi je ressens ça — mais je le ressens toujours.* »

Pourquoi les approches additives échouent souvent à produire un soulagement durable.

L'échec des approches additives et cognitives à produire un changement émotionnel profond et durable n'est pas simplement une question de technique insuffisante. Il reflète une inadéquation structurelle entre le niveau auquel l'intervention opère et le niveau auquel la souffrance émotionnelle est encodée.

Les souvenirs traumatiques et générateurs d'anxiété sont principalement stockés comme des **mémoires émotionnelles implicites** — encodées non pas dans le système de mémoire explicite et narratif (hippocampe et cortex préfrontal), mais dans des structures sous-corticales, en particulier l'amygdale, qui opère en dehors de la conscience. Comme la recherche en psychotraumatologie le confirme de façon constante, les mémoires traumatiques sont encodées comme des expériences sensorielles, émotionnelles et somatiques fragmentées plutôt que comme des récits cohérents — ce qui explique précisément pourquoi en parler, les analyser ou tenter de les « recadrer » cognitivement ne parvient souvent pas à réduire leur charge émotionnelle.

L'hypnothérapie additive se heurte au même problème structurel. Superposer des suggestions positives sur une mémoire émotionnelle implicite non résolue ne modifie pas la mémoire elle-même. L'apprentissage émotionnel original reste encodé dans les circuits sous-corticaux, pleinement intact, prêt à refaire surface dès que le déclencheur adéquat apparaît. C'est pourquoi le soulagement des symptômes obtenu par des approches purement suggestives ou additives se révèle si souvent fragile, contextuel et temporaire : la charge émotionnelle sous-jacente n'a pas été touchée.

Une difficulté supplémentaire tient au fait que la plupart des personnes qui cherchent une thérapie sont déjà dans des états de dérégulation émotionnelle — stressées, anxieuses, inondées de signaux émotionnels non résolus. Dans ces conditions, la voie cognitive descendante est encore affaiblie. Le système nerveux est déjà dominé par une activation sous-corticale, ce qui signifie que les tentatives délibérées de penser, recadrer ou se suggérer positivement un chemin

hors d'un ressenti ont encore moins de chances d'avoir une prise physiologique.

Les neurosciences du changement émotionnel durable.

Le soutien scientifique le plus convaincant en faveur d'une approche ablative vient de la recherche sur la **reconsolidation mnésique** — l'une des découvertes les plus significatives des neurosciences modernes appliquées à la psychothérapie.

Pendant la majeure partie du vingtième siècle, on supposait que, une fois consolidée, une mémoire à long terme devenait essentiellement stable et permanente — lisible mais non réécrivable. La recherche sur la reconsolidation a renversé cette hypothèse. Elle a démontré que lorsqu'un souvenir stocké est réactivé — ramené à la conscience — il entre temporairement dans un état labile et malléable avant d'être de nouveau stabilisé. Durant cette brève fenêtre d'instabilité, la mémoire est réellement ouverte à la modification : de nouvelles informations émotionnelles peuvent y être intégrées, et la charge émotionnelle originale peut être significativement réduite ou éliminée.

Ce point est crucial : la recherche sur la reconsolidation mnésique a identifié un mécanisme fondamental du cerveau capable d'un désapprentissage ciblé et profond, et de la nullification des apprentissages émotionnels sous-corticaux — ainsi que des comportements et états d'esprit qu'ils génèrent. Il s'agit d'une découverte transformatrice pour la psychothérapie, car elle suggère que le changement émotionnel durable n'exige pas des années de conditionnement progressif ou de superpositions additives. Il nécessite d'accéder directement à la mémoire émotionnelle originale, de créer les conditions pour qu'elle devienne labile, et d'introduire une nouvelle expérience émotionnelle permettant au cerveau de la mettre à jour.

Fondamentalement, ce processus est **ablatif par nature** : il n'ajoute pas une mémoire positive par-dessus une mémoire négative — il modifie la mémoire négative à sa source. Comme la recherche l'a constamment démontré, les interventions basées sur la reconsolidation bloquent le rappel ultérieur des aspects émotionnels d'un souvenir traumatique sans altérer la connaissance déclarative et factuelle des

événements impliqués. La personne se souvient toujours de ce qui s'est passé — mais la blessure émotionnelle a disparu. C'est précisément le résultat clinique que produit l'Hypnothérapie Somatique : la mémoire cognitive reste intacte, tandis que les ressentis émotionnels associés sont résolus.

Comment l'Hypnothérapie Somatique s'articule avec cette neurophysiologie.

L'Hypnothérapie Somatique est efficace parce qu'elle travaille en alignement avec — plutôt qu'en opposition à — la véritable direction de la causalité émotionnelle dans le système nerveux.

Plutôt que de tenter de générer des ressentis positifs par instruction cognitive, elle crée les conditions neurophysiologiques dans lesquelles les signaux émotionnels propres au corps peuvent faire surface en sécurité. Sous hypnose somatique, le système nerveux entre dans un état de conscience focalisée et détendue dans lequel les circuits sous-corticaux et autonomes deviennent accessibles. Les défenses s'abaissent — non par la force, mais par la création d'un sentiment de sécurité. L'attention est guidée vers la sensation corporelle plutôt que vers le récit cognitif. La mémoire émotionnelle implicite originale, avec toutes ses composantes somatiques — la tension, la crispation, la peur ou le deuil viscéral — devient accessible à un engagement direct.

Une fois la mémoire émotionnelle originale réactivée dans ce contexte sécuritaire, les conditions de la reconsolidation sont réunies : la mémoire est labile, la personne est présente au ressenti plutôt que de s'en dissocier, et le processus thérapeutique introduit une nouvelle réalité émotionnelle — celle de la résolution, de la libération et de la sécurité — que l'esprit subconscient intègre comme une mise à jour de l'apprentissage original. La charge émotionnelle n'est pas supprimée, masquée ou contrecarrée. Elle est résolue.

C'est pourquoi l'esprit subconscient peut désapprendre un pattern de réponse émotionnelle malsain aussi rapidement qu'il l'a appris. La vitesse de l'apprentissage et du désapprentissage subconscients est bien établie : une seule expérience émotionnelle accablante peut encoder une réponse de peur en une fraction de seconde — et la

fenêtre de reconsolidation, une fois ouverte, peut permettre que cette même réponse soit mise à jour tout aussi rapidement. Ce qui détermine le résultat n'est pas la durée de l'intervention, mais la profondeur de l'accès à la mémoire émotionnelle originale et la qualité de l'expérience corrective introduite dans la fenêtre de reconsolidation.

La distinction ablative en pratique clinique.

La différence entre les approches additives et ablatives devient frappante dans les résultats cliniques. Avec les approches additives — qu'il s'agisse d'hypnothérapie conventionnelle, d'affirmations positives ou de recadrage cognitif — les client(e)s rapportent souvent se sentir mieux pendant et immédiatement après les séances, mais constatent que les ressentis indésirables réapparaissent lorsqu'ils rencontrent les déclencheurs originaux. La nouvelle couche positive apporte un soulagement dans des conditions calmes, mais manque de la robustesse neurophysiologique nécessaire pour tenir sous le stress, car l'apprentissage émotionnel sous-cortical sous-jacent n'a pas été modifié.

Avec l'approche ablative de l'Hypnothérapie Somatique, la cible est la mémoire émotionnelle elle-même — l'apprentissage implicite et corporel qui génère le ressenti indésirable. Lorsque cet apprentissage est mis à jour avec succès grâce au processus de reconsolidation, le déclencheur perd son emprise. La personne peut mentalement revisiter ses souvenirs les plus difficiles et constater que les ressentis détressés qui y étaient associés ont diminué ou disparu — tandis que la mémoire factuelle reste entièrement intacte. Ce n'est pas de la suppression ; c'est une résolution authentique. Et parce qu'elle opère au niveau du mécanisme neurophysiologique sous-jacent plutôt qu'au niveau du récit conscient, elle est durable.

Cela explique également pourquoi les résultats en Hypnothérapie Somatique peuvent être évalués sur-le-champ, au cours de la séance elle-même. Parce que le changement se produit au niveau du signal émotionnel corporel — et non au niveau d'une prise de conscience ou d'une compréhension — il est immédiatement perceptible. Le ou la client(e) ne quitte pas la séance en croyant qu'il ou elle pourrait se

sentir mieux ; il ou elle le ressent directement, durant la séance, au moment où la résolution se produit.

Conclusion.

La logique ablative de l'Hypnothérapie Somatique n'est pas une préférence thérapeutique — c'est une nécessité neurophysiologique. Les ressentis émotionnels sont générés de bas en haut, par des systèmes sous-corticaux et autonomes qui ne répondent pas à l'instruction consciente. Ils sont encodés dans des systèmes de mémoire implicite largement inaccessibles à l'intervention cognitive. Un changement émotionnel durable exige d'accéder directement à ces systèmes, de créer les conditions pour que la mémoire émotionnelle originale devienne labile, et de permettre au cerveau de la mettre à jour grâce à une expérience corrective authentique.

C'est ce que la recherche sur la reconsolidation mnésique a identifié comme le mécanisme fondamental du changement thérapeutique transformateur. C'est ce que l'Hypnothérapie Somatique opérationnalise en pratique. Et c'est précisément pourquoi une approche qui élimine les ressentis émotionnels désagréables à leur source — plutôt que d'y superposer des ressentis positifs — est non seulement plus logiquement cohérente, mais aussi plus scientifiquement fondée et plus efficace sur le plan clinique.

Key scientific references

LeDoux, J.E. (2000). Emotion circuits in the brain. *Annual Review of Neuroscience*, 23, 155–184. [PubMed](#)

LeDoux, J.E. & Pine, D.S. (2016). Using neuroscience to help understand fear and anxiety: A two-system framework. *American Journal of Psychiatry*, 173(11), 1083–1093. [Full text](#)

LeDoux, J.E. (2012). Rethinking the emotional brain. *Neuron*, 73(4), 653–676. [PMC](#)

Damasio, A.R. (1996). The somatic marker hypothesis and the possible functions of the prefrontal cortex. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 351, 1413–1420. [PubMed](#)

Bechara, A. & Damasio, A.R. (2005). The somatic marker hypothesis: A neural theory of economic decision. *Games and Economic Behavior*, 52(2), 336–372. [ScienceDirect](#)

Ecker, B. (2018). Clinical translation of memory reconsolidation research: Therapeutic methodology for transformational change by erasing implicit emotional learnings. *International Journal of Neuropsychotherapy*, 6(1), 1–92. [Full text](#)

Ecker, B., Ticic, R. & Hulley, L. (2022). Memory reconsolidation and the crisis of mechanism in psychotherapy. *New Ideas in Psychology*, 66. [ScienceDirect](#)

Kindt, M. & colleagues (2013–2019). Memory reconsolidation interference as an emerging treatment for emotional disorders. *Psychological Medicine*. [PMC](#)

Van der Kolk, B. (2014). *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. Viking.

Brewin, C.R. (2011). The nature and significance of memory disturbance in post-traumatic stress disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 203–227.

Implicit memory and trauma: [IP Trauma — Memory and Trauma](#)