

## Pensées, Sentiments, Ressentis, Émotions

Dans la plupart des langues modernes, il existe un mot archaïque qui désigne précisément l'expérience intérieure brute que l'on ressent émotionnellement « au plus profond de soi. » En français, ce mot est « **sentiment** ». Issu du latin *sentire* (sentir, percevoir), il a longtemps désigné les sensations corporelles et les états émotionnels internes profonds, avant de prendre, dans l'usage moderne, des connotations plus cognitives ou émotionnelles.

En Hypnothérapie Somatique, nous choisissons délibérément de préserver cet usage ancien et biologiquement fondé. Nous employons les termes **sentiment** et **ressenti émotionnel** de façon interchangeable pour traduire le concept anglais *feeling*\* — en tant qu'expérience sensorielle perçue sur, ou « en dedans » du corps. Cette précision terminologique nous permet d'éviter la confusion courante entre **le ressenti** corporel brut et **l'émotion** construite par l'esprit. Elle honore à la fois la sagesse ancestrale et la clarté scientifique.

À travers [les 82 modèles scientifiquement reconnus du comportement humain](#) auxquels font référence les nombreux modèles des émotions en neurosciences affectives contemporaines — **aucun** ne traite les mots « **sentiment** » (ou ressentis émotionnels) et « **émotion** » comme des synonymes, comme interchangeables, ou comme de simples variantes sémantiques autour du même concept. Cette distinction n'est ni pédante ni sémantique. Elle est sémiotique et fondamentale pour comprendre tout ce qui suit.

Les **ressentis** sont des expériences sensorielles corporelles et intéroceptives brutes, qui découlent d'états internes. Les **émotions** sont des expériences catégoriques (distinctes) construites, que le cerveau bâtie en interprétant et en intégrant ces ressentis par le biais de l'apprentissage, de la mémoire, du contexte et du sens. Cette architecture émotionnelle est fortement soutenue par plusieurs modèles, notamment la Théorie des Émotions Construites (Barrett, 2017), [les recherches sur l'intéroception \(Craig, 2002\)](#), l'Hypothèse des Marqueurs Somatiques

(Damasio, 1994), et la [convergence trans-diagnostique cartographiée par Nolen-Hoeksema et Watkins \(2011\)](#).

Pourtant, dans les conversations de tous les jours, la psychologie personnelle, la littérature motivationnelle et de développement personnel, les médias et une grande partie des échanges thérapeutiques courants, les deux termes sont employés comme s'ils décrivaient la même chose. Il s'agit là de l'un des malentendus les plus répandus et les moins remis en question dans notre culture occidentale — **une croyance populaire erronée** qui, ayant été culturellement renforcée pendant des générations, semble aujourd'hui aller de soi de manière intuitive. Comment ce fossé entre la réalité scientifique et la compréhension quotidienne a-t-il vu le jour, et pourquoi s'est-il révélé si obstinément résistant à la correction ?

### **Les deux dimensions d'un ressenti : émotionnelle et somatique**

Au sein de la catégorie plus large des ressentis — et directement pertinent pour la façon dont les [modèles constructionnistes de l'émotion](#) comprennent l'architecture de l'expérience intérieure — une distinction supplémentaire s'avère à la fois scientifiquement précise et cliniquement essentielle : la distinction entre la **dimension émotionnelle** d'un ressenti et sa **dimension somatique**.

La **dimension émotionnelle** d'un ressenti est sa qualité catégorielle et conceptualisée — l'étiquette que l'esprit attache à un état intérieur : *anxieux, triste, en colère, honteux, coupable, apeuré*. Ces étiquettes ne sont pas des données sensorielles brutes. Ce sont les constructions interprétatives du cerveau — sa meilleure tentative de donner sens à un état corporel en s'appuyant sur la mémoire, le contexte et les catégories apprises. Selon la [théorie des émotions construites de Barrett](#), ce que nous appelons « se sentir anxieux » ou « se sentir déprimé » n'est pas une lecture directe du corps, mais une signification que le cerveau construit en interprétant un état physiologique à travers des concepts appris, un contexte, et une grille de lecture socialement façonnée.

La **dimension somatique** d'un ressenti est sa réalité corporelle brute et pré-conceptuelle — les [sensations physiques](#) réelles à travers lesquelles cet état émotionnel est porté et exprimé dans le corps : un nœud dans la gorge, une lourdeur dans la poitrine, un serrement dans l'estomac, des étourdissements, une tension dans les épaules, une constriction de la respiration. Ces expériences somatiques ne sont pas des métaphores. Ce sont des événements physiologiques mesurables — le substrat à partir duquel l'étiquette émotionnelle est construite.

En bref, la dimension émotionnelle — appelée « **sentiment** » ou « **ressenti émotionnel** » — nomme et interprète l'expérience. La dimension somatique — appelée simplement « **ressenti** » — est l'expérience corporelle brute elle-même. L'un est la carte ; l'autre est le territoire.

Cette distinction n'est pas seulement théorique. Elle a des implications directes sur ce que la thérapie peut atteindre — et là où une résolution durable est réellement possible. L'étiquette émotionnelle (*anxiété, honte, chagrin*) est accessible à la réflexion consciente et au langage. Elle peut être discutée, recadrée ou réinterprétée au niveau cognitif. Le substrat somatique, en revanche, ne répond pas au recadrage. Il ne se met pas à jour par la seule prise de conscience. Il nécessite un engagement direct au niveau où il vit : en dedans du corps.

C'est pourquoi, dans le cadre du modèle constructionniste, un changement émotionnel durable — plutôt qu'un simple recadrage cognitif — doit ultimement être ancré dans le corps. Lorsque le substrat somatique d'un ressenti est résolu, l'étiquette émotionnelle qui en avait été construite perd spontanément sa charge. L'émotion n'a pas besoin d'être combattue ou remplacée. Elle se réorganise d'elle-même, parce que son fondement physiologique a changé.

## **Ce que cible l'Hypnothérapie Somatique — et pourquoi**

L'Hypnothérapie Somatique travaille directement et spécifiquement avec la **dimension somatique** des ressentis — le substrat corporel et

[intéroceptif](#) qui sous-tend et soutient l'expérience émotionnelle. Elle ne débat pas et ne recadre pas l'étiquette émotionnelle. Elle localise la réalité somatique (physique) derrière cette étiquette et l'aborde là, à sa racine — pas au niveau de l'étiquette.

Le sentiment — *anxiété, chagrin, colère, honte* — n'est pas ignoré ; il sert de point d'accès. C'est la qualité émotionnelle nommée (l'étiquette que l'esprit attribue à un état interne) qui oriente le processus thérapeutique et éveille la composante somatique, l'amenant dans le champ de la conscience focalisée. Mais c'est la composante somatique — le nœud, la constriction, la lourdeur — qui devient la véritable cible du travail thérapeutique : le site du déracinement, de la résolution et de la dissolution.

En Hypnothérapie Somatique, le sentiment fournit l'orientation ; le ressenti fournit l'adresse. La résolution se produit à l'adresse — pas au niveau de l'étiquette. Ce ciblage de la dimension somatique explique pourquoi les résultats de l'Hypnothérapie Somatique sont *ressentis* dans le corps — et non seulement compris par l'esprit. Lorsque le substrat somatique se résout, le changement se manifeste comme un déplacement physiologique tangible : un relâchement de la tension, un assouplissement, un allègement de la constriction, un retour de la respiration.

La réorganisation qui s'ensuit — l'effacement de l'anxiété, le soulèvement du chagrin, la dissolution de la honte — n'est pas le produit d'une nouvelle pensée ou d'un recadrage cognitif. C'est la conséquence naturelle en aval d'un changement somatique qui s'est déjà produit.

### **La transition linguistique et culturelle à l'origine de la confusion**

La page web [Pensées, Ressentis, Émotions](#) retrace ce changement historique avec clarté. Au cours du XIX<sup>e</sup> siècle, sous les pressions de la sécularisation et de la professionnalisation de la psychiatrie et de la psychologie, l'ancien terme « sentiment » — qui désignait depuis longtemps des expériences concrètes, sensorielles et corporelles — [est](#)

progressivement devenu « ressenti émotionnel » puis, plus récemment, simplement « émotion ».

Pendant ce temps, la psychiatrie (du grec *psyche* = âme/esprit + *iatriy* = traitement) et la psychologie (*psyche* + *logos* = étude) se sont éloignées des anciennes conceptions de l'expérience humaine centrées sur le cœur et les ressentis pour s'orienter vers des modèles centrés sur le cerveau, la conscience et l'intellect. Dans l'Hypnothérapie Somatique, nous conservons l'ancien usage biologiquement fondé : « sentiment » et « ressenti émotionnel » sont employés de façon interchangeable pour désigner la dimension émotionnelle des expériences sensorielles perçues sur ou « en dedans » du corps — évaluées, interprétées et intégrées par l'intéroception, puis conceptualisées par l'esprit rationnel comme des « émotions ». Lorsque le terme « ressenti » porte lui-même une connotation spécifiquement émotionnelle, il est alors écrit « ressenti\* ». Cet usage correspond aux significations traditionnelles, biologiques et médicales et diffère considérablement de l'usage fusionné commun dans de nombreuses approches centrées sur l'intellect et la conscience.

### **Pourquoi le malentendu persiste**

La persistance de cette croyance n'est pas accidentelle. Elle reflète une évolution progressive de la narration thérapeutique sous l'influence des stratégies centrées sur le cerveau et sur l'intelligence, qui sont devenues les modèles dominants, évolutifs et commercialisables dans la pratique occidentale. Une fois que ces approches centrées sur la conscience ont pris le devant de la scène, le langage a naturellement suivi. La thérapie par la parole, la pensée positive, les affirmations et le recadrage intellectuel reposent tous sur le postulat séduisant que « changer ses pensées changera ce que l'on ressent ».

Ces approches sont beaucoup plus faciles à standardiser, à enseigner, à certifier et à offrir au grand public que le travail personnalisé, précis, centré sur les ressentis et le corps, qui consiste à résoudre les patterns somatiques à leur racine. Le milieu commercial récompense les interventions qui paraissent valorisantes et intellectuellement

accessibles, telles que : « changez vos pensées, changez votre vie. » La réalité scientifique moins confortable — à savoir que les pensées ne surgissent pas dans le vide, qu'elles sont des compagnons interprétatifs des états de ressenti, et que [les forts sentiments négatifs désactivent précisément les mécanismes nécessaires à la régulation descendante](#) — est beaucoup moins commode sur le plan commercial.

La dynamique et l'ampleur de ce changement présentent une forte spécificité culturelle. Dans les pays d'Europe de l'Est, avant la chute du communisme en 1990, les modèles thérapeutiques centrés sur l'intellect et la conscience étaient découragés, marginalisés, voire ridiculisés et donc largement indisponibles. La psychiatrie et les pratiques de guérison traditionnelles — Bajalica, Vrač, Znakhar et d'autres formes ancestrales enracinées dans une sagesse centrée sur le cœur et les ressentis en premier — sont restées la réponse principale à la détresse émotionnelle et spirituelle.

Ces traditions vivantes fonctionnaient selon le même paradigme inversé que l'Hypnothérapie Somatique ravive aujourd'hui : ressentir différemment mène à penser et à réagir différemment. Les signaux du corps étaient écoutés directement. L'importation rapide des modèles occidentaux centrés sur l'intellect après 1990 représentait donc davantage un déplacement culturel par capture épistémique qu'une avancée scientifique — un déplacement qui a entraîné la fusion linguistique des « sentiments » et des « émotions » comme une vérité apparemment évidente en soi.

### **L'écart entre l'expérience réelle et la compréhension courante**

La plupart des gens perçoivent intuitivement la distinction — « je sais que je ne devrais pas me sentir ainsi, mais je le ressens quand même » — pourtant le récit dominant les encourage à continuer d'essayer de *penser* pour s'en sortir. Le malentendu persiste parce qu'il est renforcé quotidiennement : dans les livres, les podcast, les médias sociaux, les programmes de bien-être au travail et de nombreuses conversations thérapeutiques. Le langage courant, façonné par plus d'un siècle de

pressions sécularisées et des décennies d'accent mis sur les stratégies intellectuelles, a tout simplement fusionné les deux termes : sentiments et émotions.

Pourtant, [les 82 modèles scientifiquement reconnus du comportement humain](#), la littérature sur l'intéroception, les marqueurs somatiques de Damasio, [le modèle constructionniste de Barrett](#) et l'ensemble du paradigme du traitement prédictif et de l'allostasie pointent tous dans la direction opposée. La croyance populaire, cependant, reste ancrée dans le récit laïque traditionnel, centré sur l'intellect et la cognition — une version de la réalité plus commode et valorisante. Il en résulte un angle mort culturel largement répandu.

### **La force discrète de la clarté conceptuelle**

C'est précisément pour cette raison que l'approche de l'Hypnothérapie Somatique est si efficace. En maintenant la claire distinction conceptuelle entre pensées, ressentis et émotions — et, au sein des ressentis, entre leur dimension émotionnelle (sentiment / ressenti émotionnel) et leur dimension somatique (ressenti) — et en travaillant directement avec les ressentis au niveau somatique plutôt que de débattre ou de recadrer au niveau des pensées, nous contournons le malentendu culturel et atteignons le site où le changement est réellement possible.

Dans l'état d'accès hypnotique utilisé en Hypnothérapie Somatique, la profonde relaxation corporelle combinée à l'attention focalisée crée une passerelle privilégiée vers le niveau somatique de l'expérience. Comme le montrent [les recherches de David Spiegel sur l'hypnose et le cerveau](#), cet état nous permet d'engager activement et de résoudre les ressentis non résolus directement à leur racine somatique — là où ils se manifestent réellement — plutôt que de superposer de nouveaux contenus cognitifs ou des suggestions sur des patterns somatiques non résolus, comme le font les approches additives. Chaque fois que le substrat somatique change, les sentiments associés se réorganisent naturellement et spontanément.

L'écart entre la réalité scientifique et les croyances populaires n'est donc pas seulement linguistique. Il est philosophique et historique — un glissement d'un siècle s'éloignant du cœur, des sentiments et de la sagesse ancestrale, au profit de modèles plus commercialisables, centrés sur l'intellect. Cependant, de nos jours, les neurosciences contemporaines ont rattrapé ce que les traditions ancestrales et des décennies d'observation clinique ont toujours révélé : les sentiments sont les principaux moteurs. Les émotions suivent. Et la résolution authentique ne vient pas du ré-étiquetage de l'expérience au niveau mental, mais de sa dissolution au niveau des [expériences vécues et ressenties « en dedans »](#).

Lorsque le corps ne réagit plus comme si le passé se répétait, les pensées et les comportements s'ensuivent naturellement. La physiologie s'apaise, le système se réorganise et la vie elle-même est perçue différemment — non pas conceptuellement, mais de façon tangible. C'est la différence entre un soulagement temporaire et une résolution durable.

La distinction n'est pas sémantique. Cela souligne la cohérence conceptuelle du paradigme inversé du « ressenti d'abord » mis en pratique. Et c'est la raison pour laquelle l'Hypnothérapie Somatique continue d'offrir des résultats là où d'autres approches laissent si souvent les patterns sous-jacents intacts.

**Ressources soutenant les affirmations ci-dessus** (Les neurosciences contemporaines confirment aujourd'hui ce que la sagesse ancestrale et l'observation clinique ont révélé depuis longtemps)

- PubMed — Interoceptive awareness and affective experience (2019). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31125635/>
- Barrett, L.F. (2017). [The theory of constructed emotion. \*Social Cognitive and Affective Neuroscience\*](#).
- Damasio, A.R. [Descartes' Error: Emotion, Reason, and the Human Brain](#).
- Nolen-Hoeksema, S. & Watkins, E.R. (2011). [A heuristic for developing transdiagnostic models of psychopathology](#).
- Craig, A.D. (2002). How do you feel? [Interoception: the sense of the physiological condition of the body](#).

- Ecker, B., Ticic, R., & Hulley, L. (2012). [\*Unlocking the Emotional Brain: Eliminating Symptoms at Their Roots Through Memory Reconsolidation.\*](#)
- Kleckner, I.R. et al. (2017). [Evidence for a large-scale brain system supporting allostasis and interoception.](#)
- LeDoux, J.E. (2000). Emotion circuits in the brain. *Annual Review of Neuroscience*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10845062/>
- Spiegel, D. et al. (2016). Mechanisms of hypnotic analgesia. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27316551/>
- Nummenmaa, L. et al. (2014). [Bodily maps of emotions. \*Proceedings of the National Academy of Sciences.\*](#)
- New Hypnotherapy — [Pensées, sentiments, émotions](#)