

**Ogden, P. et Goldstein, B. (2020). Psychothérapie sensorimotrice à distance: engagement du corps, création de présence et création de relations en vidéoconférence.** Dans H. Weinberg & A. Rolnick (éd.) *Théorie et pratique de la thérapie en ligne: Interventions fournies par Internet pour les individus, les familles, les groupes et les organisations.* pp: 47-63. New York: Routledge.

**La psychothérapie sensorimotrice** valorise les communications liées au corps et le «récit somatique» : l'histoire racontée par la posture, le geste, les expressions faciales, le mouvement et le regard. Dans cette approche, une attention est accordée à la façon dont le corps lui-même détient l'héritage de traumatismes et de carences d'attachement, et comment cet héritage peut être changé grâce à la conscience du corps et de ses mouvements.

Parce que les habitudes physiques reflètent et entretiennent des processus implicites, dont certains sont façonnés dans le cerveau et le corps avant l'acquisition du langage, le récit somatique peut révéler des schémas qui ne sont pas racontés avec des mots. En psychothérapie sensorimotrice, les corrélations entre le corps, les croyances et les émotions sont primordiales. Par exemple, une croyance limitante telle que «je n'ai aucun soutien », ou une émotion telle que la déception, correspondra à des schémas de sensations, posture, geste, souffle, démarche, état du système nerveux autonome et mouvement. Les clients deviennent conscients de ces habitudes procédurales, et peuvent peu à peu acquérir des compétences pour changer celles qui reflètent et maintiennent des schémas obsolètes qui interfèrent avec la satisfaction et la richesse de la vie actuelle.

Pour aider les clients à découvrir et à changer les habitudes non conscientes qui diminuent le bien-être, la psychothérapie sensorimotrice donne la priorité à la pleine conscience dans l'instant présent *de l'expérience* des schémas physiques, émotionnels et cognitifs plutôt que la conversation, ou «parler de» (Kurtz, 1990; Ogden & Minton, 2000; Ogden, Minton & Pain, 2006; Ogden 2015). La pleine conscience est souvent caractérisée comme un effort interne non verbal, et enseignée comme une activité solitaire et silencieuse, même lorsqu'elle est pratiquée en groupe. En revanche, la «pleine conscience relationnelle incorporée» de la psychothérapie sensori-motrice intègre ce qui se produit à chaque instant entre le thérapeute et client à travers la relation co-crée : les thérapeutes encouragent les clients à observer l'expérience interne dans le moment présent et à partager verbalement ce qu'ils observent au fur et à mesure que leur expérience se produit »(Ogden & Goldstein, 2017, p 68).

La conscience relationnelle incorporée englobe plusieurs éléments clés: le thérapeute observe des éléments visibles de l'expérience ici et maintenant des clients, les incite à prendre conscience de cette expérience ( *Restez avec cette sensation de creux dans votre poitrine et la tristesse qui va avec* ) et pose des questions de pleine conscience ( *Que remarquez-vous dans votre corps en ce moment? Est-ce que cette sensation reste la même ou change?*). Grâce à ces interventions, les clients prennent conscience de l'organisation de l'expérience dans le moment et peuvent rapporter verbalement ce qu'ils remarquent au thérapeute.

Bien que cette approche soit traditionnellement un traitement en présentiel, elle se prête bien à un format de vidéoconférence, où le client reçoit des services de psychothérapie sur un autre site que le thérapeute, mais où ils peuvent se voir et s'entendre en temps réel.

Hilty, Ferrer, Parish, Johnson, Callahan et Yellowlees (2013) ont conclu que «la vidéoconférence apparaît aussi efficace que les soins en présentiel pour la plupart des paramètres, tels que la faisabilité, les résultats, et la satisfaction par rapport à une seule consultation ou lors d'un suivi »(p. 15). Cependant, puisque travailler avec le mouvement, le geste, la posture du client ainsi que la conversation corps à corps entre le thérapeute et le client sont des éléments essentiels de l'approche, la psychothérapie sensorimotrice par vidéoconférence présente des défis spécifiques. Pour élucider

ces défis et leurs solutions possibles, nous présentons une étude de cas composite d'un client - "Lea" - qui souffre d'un antécédent de traumatisme (agression sexuelle par un ami de la famille), de troubles de l'attachement (divorce et abandon) et a un diagnostic de trouble obsessionnel compulsif (TOC).

## **Introduction à Lea**

Lea, une étudiante de 21 ans, avait des inquiétudes et des doutes incontrôlables qui étaient devenus des obsessions. Lorsque ceux-ci sont apparus, elle a adopté des habitudes répétitives qui ont diminué l'anxiété causée par ses obsessions. Ces rituels chronophages lui avaient causé une détresse supplémentaire et perturbé ses études et ses relations. Les symptômes de Lea incluaient beaucoup de ceux typiques du TOC: lavage répété des mains, peur de toucher des objets «contaminés», vérifications répétées (par exemple pour voir si les portes sont bien verrouillées), besoin que les choses soient dans un certain ordre, besoin de faire les choses «comme il faut».

Les symptômes de Lea ont commencé avant le divorce de ses parents lorsqu'elle avait huit ans, laissant Lea, une enfant unique, aux soins à plein temps de son père. Sa mère s'est remariée, avait quitté le pays et fondé une nouvelle famille. Ceux qui luttent contre les TOC sont particulièrement sensibles au stress et ont tendance à se concentrer sur les pensées négatives, et Lea n'a pas fait exception. Elle a parlé du «rejet» et de l'«abandon» qu'elle ressentait et se demandait à haute voix ce qui n'allait pas chez elle.

Ses sentiments d'insuffisance l'ont conduite à avoir des difficultés à tisser des liens étroits avec les autres, et Lea avait tendance à s'isoler de ses pairs. Les rituels qu'elle accomplissait compulsivement exacerbèrent ses critiques à l'égard d'elle-même, créant un cercle vicieux de comportements dont elle ne pouvait pas s'échapper facilement, caractéristique de ceux qui ont un diagnostic de TOC. Les sentiments d'abandon de Lea, son isolement et sa faible estime de soi étaient compliqués par le harcèlement sexuel et les violences d'un ami de son père sur une période de deux ans au début de son adolescence, un traumatisme que Lea n'avait révélé à personne jusqu'à ce qu'elle entre en thérapie.

## **Commencer la vidéoconférence : le cadre physique et la préparation**

En vidéoconférence, l'alliance thérapeutique peut devenir floue et affaiblie. Il est important de créer un cadre physique pour vidéoconférence qui reflète la sécurité et l'accordage au thérapeute pour renforcer la contenance thérapeutique. L'environnement de travail doit être calme et soutenir une attention concentrée.

Lors de leur première réunion, Lea et sa thérapeute ont chacune choisi une pièce pour leurs séances de visioconférence, qui ont aidé à établir un sentiment de continuité et de prévisibilité.

Elles ont également discuté de la désactivation de leurs téléphones et de toute distraction sur l'ordinateur, telle que le flux des e-mails, des SMS ou des alertes, pour réduire la tendance à effectuer plusieurs tâches ou à se laisser distraire par ces tentations.

Étant donné que la psychothérapie sensorimotrice dépend de la pleine conscience, d'un ralentissement pour permettre aux « cercles vicieux » en mémoire implicite de changer, il est utile de calmer l'esprit avant la session. Si le thérapeute arrive à une session de visioconférence en «action» ou en «mode- faire» rapide, cela n'aidera pas le client à ralentir. La pleine conscience est facilitée lorsque le client peut également calmer son esprit et être conscient de son expérience plutôt que «faire».

Faire taire l'esprit était un défi pour Lea, et elle et le thérapeute ont décidé de commencer chaque session de vidéoconférence avec quelques instants de pleine conscience dirigée sur un scanner corporel pour l'aider à passer en mode «être» plus conscient.

Le but initial du thérapeute de Lea était de former une alliance thérapeutique collaborative avec elle. La psychothérapie sensorimotrice est une approche ciblée sur l'attachement qui met l'accent sur le rôle de la relation thérapeutique pour favoriser la sécurité et la guérison des conséquences d'une expérience défavorable. Il convient de noter que l'alliance thérapeutique s'établit non seulement avec des mots, mais par la communication affective implicite de corps à corps.

Comme Bowlby l'a affirmé il y a des décennies, «Avec la théorie de l'attachement à l'esprit, un thérapeute transmettra, *en grande partie par des moyens non verbaux*, son respect et sa sympathie pour les désirs qu'a son patient de l'amour et des soins de ses proches, pour son anxiété, sa colère et peut-être son désespoir de voir ces désirs frustrés et / ou dénigrés »(1980, p. 180, italiques ajoutées). De même, Schore (2009) écrit: «Au niveau le plus fondamental, le travail de la psychothérapie n'est pas défini par ce que le thérapeute fait explicitement, objectivement pour le patient, ou dit au patient. Le mécanisme clé est plutôt de savoir comment *être implicitement et subjectivement avec le patient* »(p. 41).

Le partage de l'état, un accordage réciproque et incarné, est essentiel à la relation thérapeutique ; ceci dans une pleine conscience transmise et vécue à travers la communication affective de corps à corps.

De toute évidence, cela présente des défis dans la vidéoconférence en ligne.

Le partage d'état en vidéoconférence exige que le thérapeute puisse rencontrer le client dans un territoire émotionnel résonnant en l'absence de proximité physique. Parce que c'est non verbal et implicite, le partage de l'état peut être plus difficile à réaliser pendant la vidéoconférence, surtout si on utilise un petit écran.

Lea et son thérapeute ont décidé d'utiliser leurs ordinateurs à grand écran, plutôt que l'ordinateur portable ou le téléphone portable pour permettre que des détails non verbaux tels que la posture du corps et l'expression du visage soient plus facilement remarqués et ressentis par chacun.

Le partage de l'état exige également que les thérapeutes sachent comment ils utilisent leur voix pour se connecter avec les clients. Dans la relation thérapeutique, «du cerveau droit au cerveau droit », la communication prosodique agit comme un véhicule essentiel des communications implicites... L'hémisphère droit est important dans le traitement de la «musique» derrière nos mots (Schore & Schore,2008, p. 14.)

Il est essentiel d'établir la sécurité relationnelle et le partage de l'état dans la vidéoconférence : la capacité du thérapeute à s'accorder à la prosodie du client - timbre, volume, rythme des mots – ainsi qu'au contact visuel, à l'expression faciale et aux mouvements physiques (en se penchant vers, en accordant la respiration, en inclinant la tête et ainsi de suite) est essentielle pour se joindre de manière ajustée au client.

Ainsi, les thérapeutes ont besoin d'être en contact avec eux-mêmes, leur corps et leur propre état, y compris leur contre-transfert, leurs défenses, impulsions d'actions, etc.

En psychothérapie sensorimotrice, suivre la posture, l'expression et le mouvement du corps est essentiel. Au cours de la première séance, Lea et son thérapeute ont parlé de l'importance d'aborder le corps et les défis que cela présente en visioconférence par rapport à la thérapie présenteielle. Par exemple, le suivi du corps est limité lorsque seul le visage du client, plutôt que tout son corps, est visible sur l'écran. Éloigner les chaises de la caméra permet au corps de devenir visible, mais cela rend difficile le suivi des subtilités des expressions faciales. Ensemble, Lea et son thérapeute ont établi des lignes directrices pour travailler avec ces défis.

Ils ont choisi des pièces assez grandes pour pouvoir rapprocher et éloigner leurs chaises de leurs ordinateurs, et ils ont chacun utilisé des chaises à roulettes. Ils ont exploré la bonne distance, chacun se rapprochant puis s'éloignant de la caméra, en vérifiant la réaction de Lea à chaque position. Avec sa thérapeute, Lea a décidé que le cadrage «par défaut» qui était le plus confortable pour elle était de pouvoir voir la tête et les épaules du thérapeute. Cela est devenu la position habituelle du thérapeute dans la visioconférence avec Lea, mais a été ajusté tout au long de chaque session. Ils ont également convenu de déplacer leurs chaises plus loin de la caméra lors de l'exploration de la

posture et du mouvement pour rendre le corps plus visible ; et de se rapprocher de la caméra à d'autres moments, surtout quand Lea se sentait émotionnellement vulnérable et avait besoin de ressentir clairement son empathie dans l'expression faciale et le contact visuel.

La thérapeute a également demandé à Lea de prêter une attention particulière à son corps et de veiller à signaler tout changement physique vécu, car ceux-ci pourraient ne pas être visibles pour le thérapeute.

Il est bon de fournir un menu de ce qui pourrait être important, comme « dites-moi quand quelque part dans votre corps ça devient serré, ou vous ressentez une sensation de picotement, ou un petit mouvement, comme un soulèvement de vos doigts, ou une pression avec les pieds... »

La thérapeute de Lea lui a également demandé la permission de lui poser fréquemment des questions sur son corps pour compenser les limites du suivi du corps en visioconférence, et a également demandé à Lea de lui dire si l'une de ces questions ne lui convenait pas. Par exemple, des questions telles que « Quand vous évoquez la maltraitance, que remarquez-vous dans votre corps? Pouvez-vous sentir un mouvement, peut-être dans vos jambes ou ailleurs? » deviennent encore plus fréquentes et cruciales lors de la visioconférence.

De plus, ils ont discuté du fait que la thérapeute ferait également attention à son propre corps et partagerait sa réponse somatique à quelque chose que Lea pourrait dire, par exemple, "Je sens comme si mon estomac se resserrait et je recule alors que vous mentionnez votre solitude - je me demande si cela correspond à ce que vous ressentez dans votre corps? " Le thérapeute peut également contacter ce qui se passe entre lui et le client, émotionnellement et physiquement, comme en disant: « Il y a un réel changement dans l'émotion entre nous », ou « Il semble que vous reculiez sur votre chaise alors que je me penche en avant. »

Une fois ces premières lignes directrices établies, Lea et sa thérapeute étaient prêtes à commencer la psychothérapie sensorimotrice par vidéoconférence. Le premier objectif de Lea était de moduler l'anxiété et l'hyperactivation et de réduire les comportements de TOC qu'elle trouvait les plus difficiles, donc la thérapie a commencé par développer des ressources somatiques - des actions physiques qui soulageraient Lea « juste un peu » de son anxiété.

Le but n'était pas d'éliminer complètement son anxiété, mais plutôt de découvrir une variété de gestes ou de mouvements qui l'aideraient à la calmer légèrement.

### **Ressource somatique: la main sur le cœur**

Lea avait une grande peur de la maladie à cause des germes qu'elle pourrait contacter, une peur qu'elle admettait irrationnelle. Son objectif déclaré était de ne pas se laver les mains après un contact avec des objets, surtout quand elle était en public. Cependant, quand elle essayait de s'abstenir, son anxiété augmentait, provoquant une augmentation de sa fréquence cardiaque. La ressource somatique découverte par Lea était de mettre la main sur son cœur, ce qui l'a aidée à apaiser l'anxiété et à acquérir un sentiment d'autorégulation.

Léa et sa thérapeute ont toutes deux déplacé leurs chaises de sorte que chacun de leurs torsos, plutôt que juste leurs visages, soit visibles. Lentement et consciemment, la thérapeute a suggéré de porter doucement ses mains à son cœur, et de remarquer l'effet. Le thérapeute et Lea ont pratiqué ensemble cette ressource somatique : ceci renforce leur accordage et permet au thérapeute de montrer un modèle de un toucher de soi doux et nourrissant. Tout en répétant cette ressource somatique encore et encore, Lea a commencé à reconnaître que rien de mal ne s'était passé quand elle s'était abstenue de se laver. Avec cette nouvelle prise de conscience, Lea a construit de la confiance en s'appuyant sur son propre corps pour gérer son anxiété.

Dans la psychothérapie sensorimotrice, les clients et les thérapeutes collaborent pour découvrir les ressources somatiques. Ceci est particulièrement important pour ceux qui souffrent de TOC, car la recherche de l'aide des parents, des enseignants et des thérapeutes est une réponse prédominante en

cas d'anxiété ou d'obsession où les pensées sont ressenties comme ingérables. Cependant, la recherche de réassurance par un thérapeute ou une figure d'attachement peut favoriser un cycle sans fin, les clients craignant de ne pas pouvoir s'auto-réguler.

La découverte par Lea d'une ressource somatique était un outil tangible qu'elle pouvait utiliser de façon indépendante plutôt que de faire appel à d'autres, ce qu'elle a trouvé stimulant.

### **Ressource somatique : Posture**

L'anxiété de Lea au sujet de manger dans les restaurants avait commencé après le divorce de ses parents et était devenue si intense qu'elle était obsédée par le fait d'éviter toute nourriture qu'elle considérait comme "malsaine". Elle est devenue incapable de se rendre dans un restaurant sans avoir reçu au préalable l'assurance que le lieu répondait à ses préoccupations toujours croissantes. Pendant la vidéoconférence, Lea était en proie à l'anxiété en parlant de cette question. Sa thérapeute a remarqué que tout le corps de Lea s'était resserré et sa posture était devenue à la fois tendue et tombante. Cette posture serrée et affaissée diminuait encore son sentiment de confiance et de contrôle, la rendant encore plus anxieuse.

Lea et sa thérapeute ont collaboré pour trouver des moyens de diminuer sa tension et de changer sa posture. Elles ont toutes deux éloigné leurs chaises de leurs ordinateurs suffisamment pour qu'elles puissent voir la posture de l'autre. Cela a permis à la thérapeute de montrer en modèle différentes postures - une posture affaissée et une posture verticale, alignée - et de décrire la différence qu'elle avait vécue avec chacune de ces deux positions, invitant Lea à expérimenter ainsi. Lea a comparé chaque posture et son thérapeute lui a demandé de remarquer les différences dans les émotions, pensées et degrés d'estime de soi.

Lea avait récemment vu la production de Broadway « le roi lion » et s'est rappelé le moment où le jeune Simba avait repris confiance. Elle a décrit comment tout son corps s'était déplacé alors qu'il tenait sa tête haute et comment sa posture était devenue grande et puissante. La thérapeute de Lea a observé et nommé des changements similaires dans le corps de Lea pendant qu'elle parlait, l'encourageant à exagérer cette posture pour atteindre une taille plus grande, une position plus puissante.

Comme les pièces de Lea et de sa thérapeute étaient grandes, elles pouvaient facilement aller assez loin de la caméra pour permettre une vue de leur corps en position debout. Ce faisant, elles ont exploré la position alignée de Simba contrastant avec une position effondrée, et Lea a immédiatement remarqué qu'elle se sentait plus craintive, anxieuse et moins disposée à observer son environnement lorsque sa posture était effondrée. Elle a reconnu qu'une position verticale diminuait sa peur. Sa thérapeute a suggéré qu'elles pratiquent cette posture verticale en marchant. Elles ont chacune pris quelques minutes pour se promener dans leurs pièces, en remarquant ce que cela faisait de marcher avec une posture haute et droite. Quand elles sont revenues face à face devant l'ordinateur, Lea a indiqué qu'elle se sentait plus engagée avec son environnement dans une posture droite, et a imaginé entrer dans un restaurant dans cette posture : celle-ci devint alors son travail à pratiquer à domicile. Lea a constaté qu'elle se sentait plus forte, plus puissante et plus confiante et pouvait explorer le scénario de manger dans un restaurant quand elle maintenait une posture alignée et haute.

### **Ressource somatique : limites**

Lea a eu du mal à établir des limites avec d'autres qui étaient «trop proches» de son espace personnel, ou lui demandaient de faire quelque chose qu'elle ne voulait pas faire. S'appuyant sur un exercice des limites, traditionnellement utilisé pour établir un sentiment ressenti de sécurité physique, la thérapeute de Lea lui a suggéré d'explorer de dire «non» avec leur corps plutôt qu'avec des mots.

Poussant leurs chaises loin de la caméra pour plus de visibilité, elles ont essayé différentes façons de dire physiquement «non»: tendre leur corps, utiliser des expressions faciales, rétrécir les yeux et

lever leurs mains avec les paumes tournées vers l'extérieur.

Il convient de noter qu'une telle action du thérapeute peut apparaître déformée si les paumes tournées vers l'extérieur remplissent l'écran du client. Le thérapeute doit être conscient de la façon dont ses actions apparaissent sur l'écran du client. La thérapeute de Lea a gardé un œil sur la fenêtre qui reflétait son propre corps pour s'assurer que sa démonstration des mouvements de poussée apparaissait comme prévu à Lea, et ne semblait pas déformée.

Lea aimait les exercices de poser des limites. Elle a dit qu'elle ressentait un «non» fort à l'intérieur et l'impulsion à piétiner avec les pieds. Sa thérapeute a suggéré: «Vous aimeriez peut-être vous lever et piétiner pour dire «non» ? Lea hésita, disant qu'elle serait gênée que quelqu'un la voie piétiner. Sa thérapeute a suggéré qu'elle pourrait couper le son sur son ordinateur et essayer le piétinement hors de vue de la caméra. Avec la capacité de contrôler son environnement et d'exclure la thérapeute, Lea se sentait plus en sécurité et plus à l'aise. Après avoir essayé l'exercice, elle est revenue en visuel, a rallumé le son, son visage brillait et elle a rapporté un sentiment de liberté.

Riant, elle a dit qu'elle avait piétiné le sol si violemment qu'elle avait inquiété sa colocataire, qui était venue en courant de l'autre pièce.

Ce travail de frontière a ensuite été appliqué à des situations réelles lorsque l'anxiété et les symptômes de TOC empiétaient sur le bien-être de Léa. Par exemple, elle a dit «non» quand ses inquiétudes concernant les germes sont apparues. Elle a imaginé Simba et sa position puissante, et a ri en décrivant Simba essayant de trouver son rugissement : quand il a essayé, seul le plus petit des rugissements a été vocalisé au début, mais il a persisté. Lea s'imaginait rugir «non» dans un restaurant, et a même ri à haute voix alors qu'elle décrivait tous les convives rugissant dans son scénario imaginaire.

Sa thérapeute a suggéré qu'ils pourraient peut-être tous les deux rugir «non», dans un message de solidarité avec Lea en sa nouvelle affirmation et sa joie. Face à face sur leurs écrans d'ordinateur, le thérapeute a compté jusqu'à trois, puis les deux rugirent, pour le plus grand plaisir de Lea.

Cette expérience de collaboration joyeuse a été renforcée par le format de visioconférence, Lea pouvait contrôler le volume de son ordinateur, se mettre hors de vue du thérapeute et faire taire la thérapeute ou elle-même lorsqu'elle en ressentait le besoin en mettant son son en sourdine. De cette façon, elle pouvait affirmer son sentiment de contrôle sur son environnement et se donner de la sécurité en essayant de nouvelles actions. Cela a atténué le sentiment de gêne ou même de honte qui pouvait empêcher d'explorer de nouvelles actions.

À cet égard, la vidéoconférence offre plus d'options que le travail en présentiel.

### **Ressource somatique : souffle**

Lea utilisait compulsivement les médias sociaux, qui étaient devenus une obsession globale.

Il y a seulement une génération, les échanges sociaux étaient limités aux membres de la famille, à certains amis, et aux personnes soigneusement sélectionnées qui étaient au courant de nos pensées et actions personnelles. Maintenant, les jeunes ont souvent un besoin croissant de faire savoir aux autres leurs actions et leurs pensées à tout moment de la journée. Cette culture dans laquelle il est si facile de documenter nos vies peut favoriser un comportement addictif, bien que des critères diagnostiques clairs restent à définir (van Rooij, Ferguson, Van de Mheen, 2017).

Plusieurs facteurs sont à la base de ce phénomène. Les messages sur les réseaux sociaux laissent souvent de côté les moments les plus difficiles de la vie, les blessures, frustrations, tristesses et angoisses. Au lieu de cela, une tentative délibérée est faite pour dépeindre un personnage qui transmet le message «tout est super». Ce faux self, à son tour, génère chez les autres un sentiment de désir, d'envie, le sentiment d'être laissé de côté et des attentes irréalistes sur ce que la vie devrait être.

Lea aspirait à être une «influenceuse» sur les médias sociaux en générant des followers et en obtenant des sponsors pour lui payer des publicités. Lea a connu une dépendance, obsessionnelle,

ne pouvant jamais mettre fin à la pression pour publier, tweeter, etc., semblable au phénomène qui se produit dans le cycle de dépendance à toute substance (Borba, 2017, Pantic, 2014).

Parallèlement, elle ressentait de l'anxiété sur les commentaires négatifs reçus en ligne et vivait dans la peur constante des ennemis en ligne. Elle se sentait aussi douloureusement exclue chaque fois qu'elle découvrait qu'elle n'avait pas été invitée à un événement ou à faire la fête avec d'autres qu'elle connaissait. Elle a reconnu qu'elle avait tendance à se retirer, à éviter et à se renfermer lorsqu'elle se sentait blessée. Elle a décrit un été entier au cours duquel elle n'avait vu personne et était restée solitaire dans sa chambre, se connectant uniquement via les réseaux sociaux. Comme son retrait social s'est intensifié, elle est devenue plus isolée dans tous les aspects de sa vie.

Se sentant sous pression pour créer de nouveaux contenus en ligne toujours plus spirituels, beaux ou dramatiques, Lea se retrouva dans une spirale descendante. Elle avait des sentiments qui devenaient rapidement accablants quand elle attendait de la reconnaissance et des réponses à ses messages. Ses pensées auto-destructrices ont augmenté, son estime de soi déjà faible a chuté et elle a été prise au piège de la dépression. Son anxiété s'est encore aggravée après une brève relation amoureuse quand son ancien partenaire a commencé à publier des photos pour montrer qu'il était passé à autre chose. Lea se sentait humiliée, surtout en contraste avec les mises à jour supposées parfaites de l'état des relations des autres. Sa dépendance aux médias sociaux était devenue insupportable,

lui laissant un sentiment d'être abandonnée, laissée de côté, que le monde se passait sans elle, réactivant la blessure d'attachement d'avoir perdu sa mère.

La vidéoconférence offre un cadre puissant pour traiter les angoisses et les dépendances liées aux médias sociaux. La configuration thérapeutique peut être comparée à celle dans laquelle le thérapeute essaie de travailler avec un client alcoolique alors que l'alcool est présent, tentant et préoccupant le client. La consigne selon laquelle Lea s'abstiendrait d'utiliser les médias sociaux pendant les sessions lui était difficile à réaliser. Des messages apparaissaient sur son ordinateur ou son téléphone pendant la visioconférence, et plutôt que de désactiver cette fonctionnalité, Lea tentait de cacher son utilisation des réseaux sociaux à son thérapeute. Finalement, elle a avoué qu'elle «trichait» en la vérifiant les médias sociaux pendant les sessions, et s'est exclamé: "Ont-ils une cure de désintoxication pour cela?"

En effet, sa thérapeute avait remarqué ses épaules voûtées et son expression anxieuse alors que Lea tentait de maintenir une double attention - à la fois sur la session et sur le flux de ses médias sociaux. Quand ils ont abordé ce problème, Lea a dit qu'elle se sentait à la fois vide et remplie d'anxiété (c.-à-d. de tremblements).

La thérapeute de Lea l'a encouragée à regarder les médias sociaux pendant la session et à porter son attention sur la façon dont elle tenait son corps, en particulier ses épaules. Lea a découvert qu'elle était courbée des épaules, très immobile, et retenait son souffle pendant de longs moments quand elle regardait les réseaux sociaux. Sa thérapeute lui a suggéré d'explorer la possibilité de modifier ces réactions physiques : elle a poussé sa chaise plus loin de l'écran pour montrer comment elle pouvait détendre ses épaules et doucement élargir sa poitrine en pliant ses coudes et en déplaçant ses bras et ses épaules vers l'arrière, suggérant que Lea explore également ce mouvement et remarque ce qui changeait, le cas échéant, dans son corps.

Lea a rapporté que repousser ses épaules lui permettait de s'allonger et qu'elle pouvait respirer plus profondément, en douceur et facilement. Les devoirs entre les sessions étaient que Lea regarde comment elle tenait son corps et comment cette posture était liée à sa respiration tout au long de son utilisation quotidienne des médias sociaux. Elle a réalisé que courber ses épaules et retenir son souffle approfondissait l'anxiété et la panique ; en contraste, faire l'exercice de respiration l'a aidée à reconnaître l'impact négatif que cette respiration avait sur tout son corps.

Encourager Lea à noter ses pensées et ses sentiments au fur et à mesure de leur apparition, et à avoir une nouvelle conscience de son souffle et de son corps, a jeté les bases d'un travail encore plus profond.

Les séances de vidéoconférence se sont poursuivies, et les exercices et les documents de *Sensorimotor Psychotherapy, Interventions for Trauma and Attachment* (Ogden et Fisher, 2015, p. 389, p.697-719) ont été intégrés à la session et pratiqués comme devoirs. Son obsession a diminué quand elle a continué à intégrer l'exercice de travail respiratoire lorsqu'elle utilisait les réseaux sociaux.

### **Ressources somatiques : tendre la main**

Des actions de recherche de proximité, comme tendre la main, assurent la proximité des figures d'attachement (Bowlby 1969/1982) et "sont basées sur les prévisions de cette personne sur la façon dont ses figures d'attachement réagiront probablement s'il se tourne vers eux pour obtenir du soutien »(Bowlby, 1973, p.203). Ainsi, les actions de recherche de proximité sont ajustées en fonction de la réponse des figures d'attachement.

Ogden (2012/2015) déclare que tendre la main avec le(s) bras peut être exécuté dans une variété de styles qui reflètent et maintiennent une signification non symbolisée: paume vers le haut ou vers le bas, avec une pleine extension du bras ou avec le coude plié près du corps, la musculature détendue ou rigide, les épaules incurvées ou reculées »(p. XX).

Lea avait peur des interactions sociales et avait tendance à s'isoler plutôt que de poursuivre des relations. Elle était réticente à tendre la main aux autres, déclarant que «personne ne sera là. » La thérapeute de Lea a mis en œuvre des façons créatives de se refléter en miroir l'une face à l'autre dans des actions de recherche de proximité, comme se rapprocher de la caméra de l'ordinateur puis se distancier, se pencher vers l'écran, et se rapprocher l'une de l'autre avec leurs yeux et éventuellement avec les bras, Lea rapportant les changements qu'elle remarquait à chaque fois. La psychothérapie sensorimotrice capitalise sur les neurones miroirs : les thérapeutes modélisent certaines actions pour amorcer le client à exécuter les mêmes. Alors que Lea observait sa thérapeute montrer le mouvement de tendre la main, les neurones moteurs de son cerveau ont été activés comme si elle exécutait la même action (Rizzolatti & Craighero, 2004; Rizzolatti, Fadiga, Gallese, & Fogassi, 1996). Léa était alors plus disposée à explorer de tendre la main vers l'écran, en miroir de sa thérapeute. La thérapeute s'est assurée d'avoir sa chaise assez loin de la caméra pour que l'action de tendre la main ne soit pas déformée sur l'écran d'ordinateur de Lea. Dans ce soutien, de manière ludique, Lea pouvait essayer de nouvelles actions de recherche de proximité en imitant celles de son thérapeute ; ensemble, elles ont exploré la signification des actions de Lea. Par exemple, comme Lea tendait la main comme pour toucher la main de sa thérapeute à travers l'écran de l'ordinateur, les mots accompagnant le geste étaient: "J'ai de l'aide et je vais m'en sortir", se référant à son combat avec les TOC. Lea a commencé à considérer qu'elle n'était pas seule, qu'elle avait de l'aide et qu'elle pourrait peut-être tendre la main aux autres.

De plus, la thérapeute a suggéré de sélectionner chacune un petit objet qui représentait le soutien. Lea avait une collection de cristaux sur son bureau et elle a choisi une grande améthyste polie. Sa thérapeute avait un panier de pierres polies dans son bureau et en a sélectionné une. Ensemble, elles se sont entraînées à tendre la main en même temps pour saisir l'objet qui symbolisait le support. En explorant le sens qui y était associé, Lea a dit qu'elle se sentait soutenue par l'améthyste en raison de sa densité, son poids, sa texture lisse et sa familiarité. Garder l'améthyste avec elle dans son sac à main ou sa poche signifiait qu'elle méritait du soutien méritant et un peu de nourriture affective.

Cet exercice l'a également aidée à combattre les sentiments d'isolement, et lui a permis de commencer à laisser les autres s'approcher en sentant une posture interne plus solide.

### **Mémoire traumatique : restaurer l'action capacitante**

Toutes les ressources somatiques décrites ci-dessus ont aidé Lea à développer des capacités d'autorégulation, ouvrant la voie à un traitement plus complexe des souvenirs douloureux. Alors



qu'elle pratiquait ces ressources dans sa vie quotidienne, sa confiance en elle-même a augmenté, et finalement elle s'est sentie prête à retraiter directement l'agression par l'ami de son père, quelqu'un en qui elle avait confiance, quand elle était jeune ado. Elle a exprimé sa honte et ses pensées autocritiques comme: «Pourquoi ai-je laissé cela se produire? Je n'ai même pas essayé de l'arrêter », en ne se rendant pas compte que pendant l'événement, elle s'était instinctivement figée et était devenue incapable d'agir pour se défendre.

Le travail de psychothérapie sensorimotrice sur les souvenirs traumatiques s'adresse aux défenses physiques instinctives de protection qui émergent automatiquement lors d'une menace. Ces défenses sont de deux types : les défenses mobilisantes, comme appeler à l'aide, combattre et fuir,

et les défenses immobilisantes telles que la sidération, la mort feinte ou l'effondrement (Ogden, Minton & Pain,2006). **Découvrir et exécuter physiquement des actions instinctives de mobilisation alors que celles d'immobilisation sont devenues les défenses par défaut aide à diminuer les sentiments d'être hors de contrôle ou impuissant, et à les remplacer par l'expérience de l'autonomie et du contrôle.**

Alors que Lea parlait de l'agression sexuelle, elle a rapporté que son corps se sentait «fermé» et «surtout engourdi», indiquant des défenses d'immobilisation . Sa thérapeute lui a demandé s'il y avait une partie de son corps qui était moins engourdie, une question destinée à l'inciter à engager une action. Lea a signalé une légère tension dans ses bras et ses mains. Étant donné que la tension est souvent un précurseur de l'action, le thérapeute a dirigé l'attention consciente de Lea sur cette tension et lui a demandé ce que son corps "voulait faire ». Lea a dit qu'elle ressentait une impulsion à pousser.

Dans la partie précédente sur le travail sur les limites, les actions posant des limites étaient pratiquées sans lien à un contenu de mémoire, alors que dans ce cas, ces actions émergeaient de sa conscience corporelle pendant le traitement de la mémoire traumatique. L'impulsion défensive de repousser qui ne pouvait pas être exécutée au moment de l'agression est apparue spontanément alors que Lea dirigeait son attention consciente vers la tension dans ses mains alors qu'elle se souvenait de l'incident.

En thérapie présenteielle, cette action de poussée pourrait être exécutée contre un oreiller tenu par le thérapeute, ce qui permettrait au client de ressentir sa capacité physique à se défendre dans l'ici et maintenant. Comme cela n'est pas possible en vidéoconférence, la thérapeute de Lea lui a suggéré de pousser contre le mur en utilisant le grand ballon d'exercice que Lea avait dans sa chambre. Elle a demandé à Lea de placer ce ballon contre le mur et de pousser contre lui, ce qui a fourni un certain renvoi , simulant l'effet de pousser contre un oreiller tenu par le thérapeute. Lea a senti une poussée d'énergie pendant qu'elle poussait fort contre le ballon. Elle a rapporté que ce mouvement était «vraiment, vraiment bien» et qu'elle était en colère que cet abus lui soit arrivé. La colère sert à soutenir des défenses instinctives (Frijda, 1986; Hobson, 1994; Rivers, 1920), et tandis que la colère de Lea dynamisait son action de pousser, elle ressentait un sentiment physique de pouvoir et de force. Lea s'était sentie impuissante à se défendre jusqu'à ce qu'elle puisse expérimenter la satisfaction d'exécuter physiquement et avec vigueur une action défensive.

Par la suite, elle a rapporté une confiance retrouvée dans les interactions avec les autres et moins d'isolement.

Son «gel» face à la menace présumée qu'elle ressentait implicitement lorsqu'elle était avec d'autres a été remplacé par un sentiment de confiance corporelle dans sa capacité à se protéger et à se défendre.

### **Mémoire liée à l'attachement et forte émotion :**

Bowlby (1980) déclare que «bon nombre des émotions les plus intenses surviennent pendant la formation, le maintien, la rupture et le renouvellement des relations d'attachement »(p. 40). Léa avait toujours fait de son mieux pour minimiser les émotions intensément douloureuses liées au départ de sa mère. Jusqu'à ce qu'elle ait développé les ressources pour réguler son anxiété et son

hyperactivation, sa fenêtre de tolérance (une expression inventée par Dan Siegel, 1999) n'était pas assez large pour tolérer cette intensité émotionnelle. Lea et sa thérapeute ont estimé que sa tolérance aux émotions avait suffisamment augmenté pour qu'elle soit maintenant prête à affronter les émotions fortes liées à l'abandon qu'elle avait vécu enfant.

Aborder les émotions fortes présente des défis en vidéoconférence, car les clients ont besoin d'un autre compatissant - le thérapeute - pour s'accorder, accepter et «contenir» la vulnérabilité liée aux émotions, ainsi que pour réguler leur intensité si nécessaire. Il est impératif que les clients puissent sentir et recevoir un soutien empathique du thérapeute, ce qui était généralement absent lors de l'événement ou des événements d'origine. Un élément crucial est la propre tolérance du thérapeute aux émotions, qui déterminera les types, la force et la variété des émotions qui seront exprimées ou niées par le client (Schore, 2003). En vidéoconférence, les thérapeutes doivent évaluer leur propre tolérance aux émotions et prêter attention à leurs propres communications verbales et non verbales pour s'assurer que leur capacité à accueillir avec bienveillance les émotions soit clairement vue et ressentie par le client.

La thérapeute de Lea a remarqué que lorsqu'elle parlait de sa mère, sa colonne vertébrale s'affaissait légèrement. Alors qu'auparavant Lea avait développé une posture alignée comme ressource face à l'anxiété, à ce stade de la thérapie, la thérapeute a au contraire demandé à Lea d'exagérer cette posture affaissée. Des études montrent que lorsque les sujets incarnent une certaine posture, ils sont susceptibles de se rappeler des émotions et des souvenirs dans lesquels cette posture avait été opérationnelle (Dykstra, Kaschak et Zwann 2006).

En effet, alors que Lea permettait à sa posture de s'affaisser un peu plus, elle a dit qu'elle se sentait très mal dans sa peau, et un souvenir vivace de son passé lui vint à l'esprit : une image où elle regardait sa mère s'éloigner de chez eux, monter dans sa voiture et partir. Réalisant l'importance d'expérimenter et d'exprimer la douleur de ce souvenir en sa présence, la thérapeute de Lea l'a encouragée à se concentrer sur l'image tout en laissant sa colonne vertébrale s'effondrer, ce qui a intensifié les émotions de tristesse et de douleur de Lea.

En veillant à transmettre sa résonance émotionnelle à distance, la thérapeute a émis des sons non verbaux réconfortants, encourageants, pendant que Lea pleurait. Elle voulait communiquer sans mots qu'elle était présente avec Lea dans ce moment déchirant, même à des milliers de kilomètres, afin que Lea puisse sentir que quelqu'un capable de partager l'intensité de ses sentiments l'accompagnait alors qu'elle revisitait cette vieille blessure. Ces sons non verbaux, exprimés de façon que le client sache que le thérapeute «comprend», peuvent transmettre un degré d'empathie qui dépasse les mots.

Les émotions sont surtout reflétées dans les expressions faciales, qui sont enregistrées implicitement par les autres qui «font des inférences sur l'intention, la personnalité et les relations sociales...» (Ekman, 2004, p. 412). La thérapeute de Lea s'est assurée de se pencher vers la caméra pour que ses expressions faciales d'empathie et de compassion et la douceur de ses yeux soient clairement visibles pour Lea. « se pencher vers » communique également un désir de proximité, dont les clients ont généralement besoin lorsqu'ils ont mal. Les sons non verbaux, les expressions faciales, le regard et la recherche de proximité transmettaient à Lea que sa thérapeute résonnait avec son état émotionnel interne et favorisaient sa capacité à ressentir et exprimer des émotions profondes dans une relation sûre et accordée.

Alors que les sanglots de Lea se calmaient, le thérapeute a utilisé de courtes phrases simples d'empathie, de compréhension et d'encouragement, ce qui a incité Lea à continuer de ressentir ses émotions. Ces déclarations, dites tendrement avec une prosodie résonnante, incluaient: «Oh, il y a tellement de douleur ... comme c'est blessant pour une si petite fille ... cette image vous a hanté toute votre vie ... vous n'avez jamais vraiment surmonté ça, hein » et ainsi de suite. Des déclarations comme «la douleur donne envie de se recroqueviller, hein » intègrent également le corps, et en entendant cela, Lea s'est recroquevillée encore plus, ce qui à son tour a approfondi ses émotions. Il était important pour la thérapeute de suivre la réaction de Lea à chaque déclaration, dont la

plupart résonnaient - mais certaines non. Une déclaration avec laquelle Lea n'a pas résonné était : "Vous devez avoir souhaité qu'elle ne parte pas." La thérapeute a remarqué le plissement du front de Lea, a su que sa déclaration n'était pas ajustée, et a immédiatement réparé, en disant: «Ce n'est pas tout à fait ça, est-ce que ... peut-être que ça aurait été pire si elle était restée... ? » Lea hocha la tête alors que ses larmes coulaient encore plus, en disant: "Tout ce qu'ils faisaient, c'était se battre!" La capacité du thérapeute à suivre et à réparer une déclaration qui ne résonnait pas a aidé Lea à se sentir comprise et a encore approfondi ses émotions.

La présence incarnée et le partage d'état que la thérapeute de Lea a montré pendant la vidéoconférence ont créé pour Lea assez de sécurité pour ressentir pleinement et exprimer la douleur émotionnelle de son passé. Après que ses sanglots se soient calmés, Lea pouvait plus facilement reconnaître l'inexactitude du sens qu'elle avait construit à partir de l'abandon de sa mère. Les croyances limitantes d'être indigne et de ne pas mériter d'amour ont été échangées contre la prise de conscience que l'abandon n'avait rien à voir avec sa valeur personnelle, et qu'elle, comme nous tous, méritait l'amour. La posture effondrée de Lea, qui avait reflété son sentiment d'indignité, ne soutenait pas cette nouvelle réalisation. Après cette session, Lea et sa thérapeute ont incarné ensemble une posture alignée et une respiration pleine qui élargissait la poitrine de Lea et soulevait son menton ; tout ceci reflétait et aidait à ancrer pour Lea la nouvelle croyance : "je mérite l'amour."

## Conclusion

À première vue, la psychothérapie sensorimotrice en tant que thérapie orientée vers le corps peut ne pas sembler adaptée à la vidéoconférence, car travailler avec le mouvement, la posture et le geste sont indispensables à cette méthode. Cependant, avec les ajustements suivants, la psychothérapie sensorimotrice par vidéoconférence peut être un moyen efficace d'aider les patients.

- Prévoyez un lieu de travail à la maison qui ressemble à votre lieu professionnel (*même atmosphère chaleureuse, « cosy »*) et dans lequel vous ne serez pas dérangé pendant les séances. *Aidez le patient à organiser un espace suffisamment sécurisé et où il ne sera pas dérangé.*
- Prévoyez une pièce suffisamment grande pour que vous puissiez vous tenir debout, vous éloigner de l'ordinateur sans avoir besoin de régler l'écran pour rendre l'ensemble de votre corps visible pour marcher, aller et venir, faire les démonstrations.
- Utilisez un ordinateur grand écran plutôt qu'un ordinateur portable ou un téléphone pour élargir le champ visuel (*de même pour le patient*).
- Utilisez une chaise à roulettes (*de même pour le patient si possible*) pour ajuster facilement la distance et la proximité de l'écran pour montrer plus facilement la posture, le geste et d'autres mouvements.
- Discutez des défis d'une approche axée sur le corps avec les patients et demandez-leur de rester attentifs à leurs mouvements, leur posture et leurs sensations corporelles et de vous dire ce qu'ils remarquent, en particulier les mouvements qui ne sont pas visibles sur l'écran.
- Échangez avec les patients pour vous mettre d'accord sur une image visuelle à l'écran qui sera votre base de référence (visage uniquement, corps entier ou torse), en notant aussi que le travail de psychothérapie sensorimotrice avec le corps nécessite des ajustements – parfois reculer pour voir tout le corps, ou se rapprocher pour voir les expressions du visage
- Il est bon d'avoir des accessoires (par exemple, des balles de thérapie, des oreillers et des cordes pour le travail sur les limites) disponibles pour vous et votre patient.
- Réalisez que les gestes des bras, comme tendre la main ou repousser, peuvent être déformés par la visioconférence, et assurez-vous que votre distance à l'ordinateur permet un geste d'apparence normale, non agressif sur l'écran de votre client.

- Portez une attention particulière à votre expression faciale, au contact oculaire et à la prosodie, et assurez-vous que ceux-ci sont bien visibles par le patient en cas de besoin, car ce sont les principaux

moyens de communiquer l'empathie.

- Demandez aux patients la permission de poser de nombreuses questions sur le corps, car il est inévitablement plus difficile de suivre le corps par visioconférence.
- Proposez un menu de questions liées au corps (comme «peut-être vous sentez-vous tendu ? ou sentez-vous un mouvement dans votre corps ? », ou une sensation comme des picotements ou des bourdonnements ?, peut-être votre fréquence cardiaque a changé ?, et ainsi de suite) pour inciter vos clients à prendre conscience du corps.
- Proposez un menu qui attire l'attention sur des mouvements potentiels de préparation à l'action - comme «peut-être quelque part votre corps devient tendu ?, ou vous ressentez une sensation de picotements ?, ou un début de mouvement, comme un soulèvement de vos doigts ou une pression avec vos pieds ?... »
- Partagez de manière appropriée votre propre expérience de votre corps pour donner l'exemple d'être à l'aise avec la conscience du corps, sensibiliser et encourager les clients à faire de même.
- Restez attentif à l'échange interpersonnel de corps à corps, moment après moment.
- Utilisez un rythme lent pour encourager la pleine conscience, en donnant aux clients tout le temps de sentir leur corps.
- Soutenez le partage de l'état émotionnel en prenant conscience de ce qui se passe dans votre propre corps, ainsi que la curiosité de ce qui se passe dans le corps du client.

Kocsis et Yellowlees (2017) concluent que la thérapie en ligne offre de nouvelles façons d'atteindre et de nouer de solides relations thérapeutiques avec de nombreux types de patients différents, et ont suggéré que cela favorise parfois l'intimité thérapeutique d'une façon que la psychothérapie présenteielle ne peut pas. La psychothérapie sensorimotrice à distance peut être particulièrement adaptée aux clients ayant un degré élevé de honte, de phobie corporelle ou sociale, ou de conscience de soi et de leur corps comme bizarre ou maladroit, à ceux qui ont besoin d'un plus grand contrôle ou à ceux qui pourraient se sentir plus en sécurité et plus à l'aise pour s'engager dans une thérapie orientée vers le corps depuis la sécurité de leur propre maison.

La psychothérapie sensorimotrice par vidéoconférence peut également améliorer l'efficacité et la continuité des soins, en augmentant leur accessibilité et en servant les communauté n'ayant pas accès à des thérapeutes locaux en psychothérapie sensorimotrice.

Les processus implicites ne sont pas toujours accessibles par les mots car ils existent en dessous de la conscience cognitive et du langage verbal. L'efficacité du parcours thérapeutique entre le thérapeute et le client peut être augmentée par une attention réfléchie non seulement au récit verbal, mais aussi au récit somatique - l'histoire racontée par la posture, le mouvement et l'expression. Avec des adaptations créatives explorées dans ce chapitre, la vidéoconférence peut être utilisée efficacement pour exploiter la sagesse du corps, offrant aux clients une voie précieuse pour guérir les blessures du passé et développer de nouvelles compétences.

## Références

Aly, R. (2017). Thérapie cognitivo-comportementale à distance pour les troubles obsessionnels compulsifs en Égypte: Un essai randomisé. *Psychiatrie européenne*, 41 . doi: org / 10.1016 / j.eurpsy.2017.01.1992

Bowlby, J. (1973). *Attachement et perte. Vol. 2. Séparation: anxiété et colère* . New York, NY: Livres de base.

Bowlby, J. (1980). *Attachement et perte. Vol. 3. Perte: tristesse et dépression* . New York, NY: Livres de base.

Borba, M, (2016) *UnSelfie, Pourquoi les enfants empathiques réussissent dans notre monde tout autour de moi*, New York, NY; Simon et Shuster

Dijkstra, K., Kaschak, M. P et Zwann, RA (2006). "La posture corporelle facilite la récupération des mémoires autobiographiques. " *Cognition* 102 (1), 139-149. Edelman, GM *Le souvenir présent: Une théorie biologique de la conscience* . (1999). New York: Basique Livres.

- Ekman, P. (2004). *Émotions révélées: reconnaître les visages et les sentiments pour améliorer la communication et la vie émotionnelle*. New York, NY: Henry Holt.
- Frijda, N. (1986). *Les émotions*. Cambridge, Royaume-Uni: Cambridge University Press.
- Hilty, DM, Ferrer, DC Parish, MB, Johnson, B., Callahan, EJ & Yellowlees, PM (2013) L'efficacité de la télésanté mentale, 11 (4): 398-409, *télémedecine et cybersanté*. doi: 10.1037 / a0034963
- Hobson, J. (1994). *La chimie des états conscients*. New York, NY: Back Bay Books.
- Kocsis, BJ et Yellowlees, P. (2017). Télépsychothérapie et relation thérapeutique: Principes, avantages et exemples de cas. *Télémedecine et e-Santé*. doi: org / 10.1089 / tmj.2017.0088
- Kurtz, R. (1990). *Psychothérapie centrée sur le corps: la méthode Hakomi*. Mendocino, Californie: LifeRhythm.
- Ogden, P. et Minton, K. (2000). Psychothérapie sensorimotrice: une méthode de traitement mémoire traumatique. *Traumatologie*, Vol VI, 3 (3), 1-20.
- Ogden, P. (2015). «Je peux voir clairement maintenant que la pluie a disparu»: le rôle du corps dans les prévisions sur l'avenir. Dans J. Pertrucelli (Ed.), *Corps-états: Perspectives interpersonnelles et relationnelles sur le traitement des troubles de l'alimentation*. (pp.92-103). New York, NY: Routledge.
- Ogden, P. & Goldstein, B. (2017), Embedded Relational Mindfulness (ERM) © in Child and Traitement des adolescents: une perspective de psychothérapie sensorimotrice, dans KD Buckwalter, et D. Reed. *La théorie de l'attachement en action, établir des liens entre les enfants et Parents*, Blue Ridge Summit, PA, Rowman et Littlefield
- Ogden, P. & Fisher, J. (2015) Psychothérapie sensorimotrice: interventions pour traumatisme et pièce jointe, New York, NY, WWNorton
- Ogden, P., Minton, K. et Pain, C. (2006) Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychothérapie, New York, NY, WWNorton
- Pantic, I. (2014). Réseautage social en ligne et santé mentale. *Cyberpsychologie, comportement et Réseaux sociaux*, 17 (10), 652-657.
- Rees, CS, Anderson, RA, Kane, RT et Finlay-Jones, AL (2016). traitement des troubles obsessionnels compulsifs: résultats préliminaires du «TOC? Pas moi!» Programme de thérapie cognitivo-comportementale autoguidé basé sur Internet pour les jeunes. *Journal of Medical Internet Research*, 3 (3), e29. doi: 10.2196 / mental.5363
- Rivers, W. (1920). *L'instinct et l'inconscient: une contribution à une théorie biologique de la psycho-névroses*. Cambridge, Royaume-Uni: Cambridge University Press.
- Rizzolatti, G. et Craighero, L. (2004). Le système miroir-neurone. *Revue annuelle de Neurosciences*, 27, 169-192.
- Rizzolatti, G., Fadiga, L., Gallese, V., et Fogassi, L. (1996). Cortex prémoteur et reconnaissance des actions motrices. *Cognitive Brain Research*, 3, 131-141.
- [Schoore, AN \(2009a\). "Le cerveau droit affecte la régulation: un mécanisme essentiel de développement, traumatisme, dissociation et psychothérapie." » Dans D. Fosha, D. Siegel et M. Solomon](#)
- (Eds.), *Le pouvoir de guérison de l'émotion: neuroscience affective, développement et clinique entraine toi*. (pp. 112-144). New York: WW Norton.
- Schoore, AN Schoore, JR et Schoore, AN (2008). Théorie moderne de l'attachement: le rôle central d'affecter la régulation dans le développement et le traitement. *Service social clinique*, 36, 9-20. <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10615-007-0111-7#page-1>
- Siegel, D. (1999). *L'esprit en développement*. New York, NY: Guilford Press.
- Van Rooij, AJ, Ferguson, CJ, van de Mheen, D., et Schoenmakers, TM (2017). Temps de abandonner la dépendance à Internet? Prédire l'utilisation problématique d'Internet, des jeux et des réseaux sociaux, du bien-être psychosocial et de l'utilisation des applications. *Neuropsychiatrie clinique*, 14 (1), 113-121