

Expériences de thérapeutes en séance avec des clients dépressifs: une théorie ancrée.

Jan Roubal, Tomas Rihacek

Département de Psychologie, Université Masaryk, Brno, République Tchèque

Ceci est la version manuscrite validée de l'auteur du texte.

La version finale a été publiée dans Taylor & Francis Online et est disponible ici :

<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10503307.2014.963731>

Références

Roubal, J., & Rihacek, T. (2014). Therapists' in-session experiences with depressive clients: A grounded theory. *Psychotherapy Research*. (in press/online)

Article traduit de l'anglais par Sylvie Daudin, Gestalt-thérapeute (77) – sdaudin@gmail.com

Merci à Lynne Rigaud (Commission Mixte Recherche SFG/CEGT) pour sa relecture attentive.

Note des Auteurs

Jan Roubal, Département de Psychologie, Université Masaryk

Tomas Rihacek, Département de Psychologie, Université Masaryk

Cette étude a été soutenue par la Fondation Grant pour la Science tchèque GAP407/11/0141

Toute correspondance relative à cet article est à adresser à Jan Roubal, Department of

Psychology, Faculty of Social Studies, Masaryk University, Jostova 10, 602 00 Brno, Czech

Republic. E-mail: jan.roubal.cz@gmail.com

Résumé

Objectif: Cette étude explore le processus expérientiel des psychothérapeutes au cours d'une séance avec un client dépressif.

Méthode : Des entretiens individuels et de focus-groupes (groupes de discussion) ont été menés avec 30 thérapeutes et la méthode de la théorie ancrée a été utilisée en tant que cadre méthodologique.

Résultats: L'expérience des thérapeutes a été conceptualisée en tant qu'*Oscillation Expérientielle* entre se rapprocher de l'expérience dépressive d'un client et s'en éloigner. Son développement au fil de la séance est décrit par un modèle en 6 étapes de *Trajectoire de Co-expérience de la Dépression*.

Conclusions: La théorie qui en résulte regroupe les réponses émotionnelles de divers thérapeutes à un client dépressif au sein d'un modèle processuel cohérent, qui nous permet de repérer les changements d'expériences des thérapeutes, de nommer les relations entre ceux-ci et de les relier aux micro-processus de la thérapie en séance.

Mots-Clés: dépression, expérience du thérapeute, relation thérapeutique, contre-transfert, méthode de la théorie ancrée

Une grande partie de la littérature clinique et empirique décrit la manière dont la psychothérapie peut aider une personne déprimée, mais, en comparaison, nous avons très peu connaissance de l'expérience de la personne en soutien qui s'approche des profondeurs de la dépression d'un client et qui s'efforce d'aider le client épuisé à résoudre cela.

Une observation clinique partagée alerte au sujet du fait que travailler avec un client dépressif peut entraîner une détérioration des propres humeurs du thérapeute, et il a à prendre soin de ne pas y tomber trop profondément (Rahn & Mahnkopf, 1999). Les thérapeutes exposés aux puissants états émotionnels dépressifs de leurs clients sont généralement mal préparés pour cela. Ils sont formés à une ouverture thérapeutique et une posture empathique, mais rarement à se protéger particulièrement de processus d'expérience dépressifs indirects. Afin d'aider à les y préparer, il convient d'en savoir plus au sujet de l'expérience des thérapeutes qui rencontrent des clients déprimés. Quels sont leurs sentiments, pensées, conscience corporelle, besoins, et systèmes de soutien ?

Bien que les clients dépressifs soient d'un côté "faciles à aimer", s'occuper de tels patients peut inversement faire émerger des sentiments d'inadéquation de la part de leurs thérapeutes (McWilliams, 2011). Des doutes personnels ou des tendances surprotectrices avec les clients qui, du fait de leur dépression, ne sont pas à même de répondre, peuvent peser sur les thérapeutes et détruire leur enthousiasme pour leur travail et leur bien-être d'une manière relativement graduelle et imperceptible. Wolf, Goldfried, and Muran (2013) décrivent ce poids rampant, disant que lorsque les thérapeutes regardent l'heure toutes les 5 minutes en espérant la fin de l'heure tout en étant assis avec un client absorbé par lui-même qui reconnaît à peine la présence du thérapeute, ils pourraient devenir autocritiques, ne pas se sentir à la hauteur et

regretter d'exercer cette profession qui les force à soumettre leurs propres besoins à ceux d'autrui (p. 5).

En fait, tel que Koekkoek, van Meijel, et Hutschemaekers (2006) l'éclairent dans leur revue de littérature extensive, les patients subissant une dépression chronique sont considérés par les cliniciens comme un des principaux types de "patients difficiles" du fait de leurs comportements exigeants, autodestructeurs, et dépendants. C'est l'impuissance et le désespoir des clients déprimés qui peut activer de fortes réactions négatives du côté de leur thérapeute (Levenson, 2013). Les thérapeutes peuvent alors se sentir pris au piège par leurs propres émotions négatives et se percevoir eux-mêmes impuissants, ce qui peut créer en rebond des doutes quant à leur choix de vocation professionnelle pour les thérapeutes qui débutent et du cynisme et du désespoir par rapport à leur efficacité pour des professionnels expérimentés (Wolf et al. 2013).

Travailler avec des clients déprimés peut non seulement éroder la confiance en soi des thérapeutes professionnels mais aussi les mettre en danger à titre personnel. Des recherches ont montré que des clients découragés et dépressifs avaient un impact stressant important sur les thérapeutes (Deutsch, 1984). Dans son étude qualitative des expériences de contre-transfert de psychothérapeutes ayant une histoire personnelle d'hospitalisation psychiatrique, Cain (2000) révélait que ces "soignants blessés" avaient expérimenté des degrés variables d'identification à leurs clients. De la même manière, dans l'étude de Brody et Farber (1996), les clients dépressifs étaient évalués comme suscitant le plus haut degré de dépression chez leur thérapeute. La nature particulière de telles influences dépressogènes est décrite par Coyne (1976a) dans sa théorie des aspects interpersonnels de la dépression et son caractère de contagion, ce qui soutenait également l'étude empirique de Joiner (1994).

Les thérapeutes peuvent ainsi être reconnus comme des travailleurs à risque, du fait qu'ils sont mis en danger par leur propre dépression, laquelle constitue l'une des expressions les plus courantes des crises professionnelles des psychothérapeutes (Gilroy, Murra & Carroll, 2002). Bien que des expériences négatives avec des patients difficiles soient un facteur de risque quant à la détresse professionnelle et au syndrome de burnout (Jenaro, Flores & Arias, 2007), les thérapeutes courent, en général, le risque de marginaliser leurs expériences avec les clients en les évaluant comme singulières et subjectives, ou même de les dévaluer comme intrusives, contre-productives, et non professionnelles (Wolf et al. 2013). En percevant leurs propres réactions comme du simple "bruit" dans le processus thérapeutique, les thérapeutes accroissent non seulement le risque de développer un syndrome de burnout, mais en outre ils "risquent de passer à côté d'une source importante de données qui pourraient directement ou indirectement affecter l'alliance thérapeutique et d'influencer négativement les résultats du soin" (Wolf et al. 2013, p. xiii). Ignorer ses propres réponses expérientielles aux clients peut même mener à nuire aux clients (Castonguay, Boswell, Constantino, Goldfried & Hill, 2010).

Les recherches existantes restent principalement cantonnées à cataloguer les expériences des thérapeutes avec des clients dépressifs, et à comparer parfois ces expériences avec les réactions des thérapeutes aux clients faisant l'objet d'autres diagnostics, par exemple borderline ou schizophrénique (Boswell & Murray, 1981; Brody & Farber, 1996; McIntyre & Schwartz, 1998). Il existe également un manque d'études distinguant l'impact à long terme de l'influence immédiate en séance. Quelques études ont été menées au sujet des expériences des thérapeutes durant des séances de thérapie en général (par ex., Deutsch, 1984; Howard, Orlinsky & Hill, 1969; Williams, Polster, Grizzard, Rockenbaugh & Judge, 2003) mais celles-ci ne concernaient pas la psychothérapie de la dépression.

Au vu des besoins de s'adresser à la réaction expérientielle des thérapeutes, à côté du manque de littérature empirique dédié à ce champ, nous avons formulé notre question de recherche comme suit : **Comment les thérapeutes font-ils l'expérience d'une séance de psychothérapie avec un patient dans un état dépressif ?** A partir de l'intérêt originel envers les expériences des thérapeutes de clients dépressifs en général, le point d'intérêt particulier de l'étude fut affiné en vue d'inclure les microprocessus en séance (en contraste avec l'impact à long terme). Dans ce cahier des charges, nous avons ciblé en particulier toutes les réactions évoquées par les thérapeutes, sans essayer de distinguer les composantes transférentielles et contre-transférentielles de l'expérience subjective du thérapeute décrites par Gelso and Hayes (2007).

Etant donnée la nature exploratoire de la question de recherche, la méthodologie qualitative a été jugée appropriée. Bien que l'attention de l'étude portée à l'expérience puisse suggérer une analyse phénoménologique (par ex., Smith, Flowers & Larkin, 2009) comme approche favorable, la méthode de la théorie ancrée a été choisie pour sa capacité à capter l'aspect processuel du phénomène. La version straussienne de la méthode (Strauss & Corbin, 1990) a été adoptée dans cette étude, du fait qu'elle souligne particulièrement cet aspect processuel.

Méthode

Participants

Les thérapeutes. Trente thérapeutes tchèques (17 femmes et 13 hommes) ont participé à cette étude. Leur âge variait de 26 à 67 ans (Moyenne = 40.1, Ecart-Type = 10.3) et ils avaient entre 6 mois et 37 ans d'expérience de travail avec des clients dépressifs (M = 10.3, E.T. = 8.9)

L'échantillon représentait une variété d'orientations théoriques : psychodynamique/psychanalytique (16), humaniste/expérientielle (15), systémique/systèmes familiaux (3), cognitive-comportementaliste (2) et intégrative (2). Vingt-trois des thérapeutes étaient formés à une seule approche, 6 à deux approches, et 1 à trois approches. La répartition inégale des orientations théoriques découlait du processus de recherche. Selon le principe d'échantillonnage ciblé (Patton, 2002), nous avons fait au sujet des participants de la recherche des choix fondés sur le plan théorique à différentes étapes du processus de recherche.

A la première étape, cela engageait à identifier les thérapeutes centrés sur la relation et à mener des entretiens individuels avec huit d'entre eux afin d'explorer le thème en profondeur et de développer le modèle de base. A la seconde étape, nous avons sélectionné vingt-deux thérapeutes ayant une palette d'orientations théoriques et mené deux groupes-cibles avec eux en vue d'élaborer le modèle théorique et d'évaluer la pertinence et la transférabilité du modèle vers les thérapeutes de formation différente. Enfin, nous avons testé le modèle via un entretien ciblé avec un thérapeute dont l'orientation théorique était absente de l'échantillon (TCC). Tous les participants ont signé un formulaire d'accord éclairé. Afin de protéger leur identité, des noms fictifs ont été utilisés dans cette étude.

Analystes. Les auteurs sont des thérapeutes de 18 (le premier auteur) et 9 années (le second auteur) de pratique. Ils ont tous deux une orientation expérientielle en commun, la Gestalt-thérapie. Le premier auteur, qui a une expérience thérapeutique approfondie du travail avec des clients dépressifs tant dans le contexte d'un hôpital psychiatrique qu'en pratique privée, a réuni toutes les données et il fut le principal analyste dans cette étude. Le second auteur, qui rencontre moins fréquemment des clients dépressifs, fut le co-auteur de la conception de la recherche et un analyste auditeur.

Suivant leur orientation théorique, les auteurs ont été influencés par la perspective interpersonnelle de la Gestalt-thérapie sur la dépression. Cette perspective a servi de concept sensibilisateur (Charmaz, 2006) dans cette étude, ce qui a été explicitement reconnu et nous a donc fourni un cadre général de compréhension du phénomène étudié. En Gestalt-thérapie, les symptômes dépressifs sont vus comme l'expression individuelle d'une expérience relationnelle particulière. La dépression est comprise comme un phénomène relationnel figé, co-construit d'instant en instant d'une manière stéréotypée tant par la personne dépressive que par les autres. Elle se caractérise par (a) un profond attachement, duquel l'autre est aimé et nécessaire, (b) l'échec de tout effort pour atteindre l'autre, et (c) l'absence émotionnelle de l'autre de la relation (Francesetti & Roubal, 2013). Dans la situation thérapeutique ici-et-maintenant le client et le thérapeute sont d'une certaine manière "en train de déprimer ensemble", (Roubal, 2007) du fait qu'ils co-crésent tous deux le cercle vicieux interpersonnel de la dépression, dans lequel le manque d'énergie les empêche d'établir un contact satisfaisant, mutuellement énergisant.

Procédure

En accord avec les principes méthodologiques de la théorie ancrée (par ex., Charmaz, 2006; Strauss & Corbin, 1990), la constitution et l'analyse des données ont été étroitement imbriquées au fil du processus de recherche. Ainsi, nous avons décidé de structurer cette section selon les étapes qui émergeaient naturellement au cours du processus, plutôt que de la scinder en sous-sections classiques de recrutement, constitution de données, et analyse. L'analyse a été en partie menée à l'aide du logiciel Atlas.ti software (version 5).

Etape 1: La réflexion du chercheur. Finlay and Evans (2009) mettent en avant l'importance de réfléchir aux aspects émotionnels et relationnels du chercheur qui entrent non-consciemment dans le processus de recherche. A l'aide de la technique des deux chaises, tel que suggéré par Finlay and Evans, le premier auteur s'est interviewé à propos de sa propre expérience de conduite de thérapie avec des clients dépressifs, quant à ses idées préconçues concernant ce thème, et sur sa propre attitude envers le phénomène de la dépression. L'interview a été transcrite et ensuite soumise à l'auditeur (le second auteur), avec les résultats de l'analyse (voir Etape 6).

Etape 2: Mener des entretiens individuels et formuler un concept central provisoire. Le premier auteur a mené des entretiens individuels à demi-structurés avec 7 thérapeutes. Afin de faire partie de l'échantillon, les thérapeutes devaient répondre à trois critères : (1) Avoir achevé une formation psychothérapeutique complète, (2) un minimum de cinq années de pratique thérapeutique, et (3) une expérience de travail avec des clients dépressifs.

Les entretiens ont débuté d'un prompt: "Essayez de vous souvenir d'une séance au cours de laquelle l'un de vos clients traverse une dépression", suivi de la question: "Quelle expérience avez-vous vécu sur le moment?" L'expérience des participants était alors explorée de manière plus détaillée avec des questions telles que: "Avez-vous fait l'expérience de changement d'une manière ou d'une autre au cours de la séance?", "Qu'avez-vous fait?", "Qu'avez-vous trouvé soutenant?", "Que s'est-il passé ensuite?", et "Qu'avez-vous éprouvé alors?" et aussi à l'aide de métaphores. Le premier auteur a analysé les transcriptions des verbatim à l'aide de procédures de codage ouvertes (Strauss & Corbin, 1990) avant que l'entretien suivant n'ait lieu, ce qui permettait de rendre les entretiens suivants plus précis. A la fin de cette étape, le concept central de trouver "une distance expérientielle vis-à-vis du client" a émergé de l'analyse.

Etape 3: Mener des focus groupes (groupes de discussions) et développer des catégories. Le premier auteur a mené deux focus groupes, soit 14 et 8 thérapeutes consécutivement, ce qui avait pour visée de développer plus avant et d'affiner les catégories à partir de l'analyse précédente. Les focus groupes ont eu lieu lors d'une conférence psychothérapeutique nationale. Les participants ont été recrutés via une brochure d'invitation et devaient avoir (1) leur formation thérapeutique achevée et (2) de l'expérience dans le travail avec des clients dépressifs, afin de satisfaire aux conditions requises pour l'étude. Ces thérapeutes sont référencés par leur numéro de groupe (FG1 et FG2) dans le texte qui suit. Au cours de cette étape, le concept central fut élaboré en tant qu' "oscillation", entre accordage des thérapeutes à l'expérience émotionnelle de leurs clients et retrait des thérapeutes de cette expérience.

Etape 4: Développer un paradigme de codage axial modifié et analyser à nouveau les données. Afin de développer des liens théoriques entre les concepts, deux étapes méthodologiques furent choisies : (1) Les souvenirs de 32 événements thérapeutiques particuliers furent extraits des données (en laissant de côté les constats généralisés faits par les thérapeutes sur le sujet et, parfois, en réunissant des informations relatives à un événement éparpillées au fil de l'entretien) et (2) un paradigme de codage axial modifié fut développé et utilisé pour analyser à nouveau cet ensemble d'événements.

Pour le développement des relations théoriques entre les concepts, Strauss et Corbin (1990) recommandent leur paradigme de codage axial. Même si nous trouvons cette approche analytique utile d'une manière générique, dans notre cas, nous avons eu à modifier le paradigme pour l'adapter à la question de recherche et à la nature de nos données. Sur la base de l'analyse précédente (Étapes 2 à 4), nous avons mis en place le paradigme suivant:

Situation → Expérience → faire face → Conséquence. Nous avons ensuite utilisé ce paradigme pour analyser à nouveau les données plus en détail, avec un événement pour unité analytique. Ainsi, au sein de chaque description d'événement nous avons tenté de trouver les liens entre les caractéristiques contextuelles de la situation thérapeutique particulière, l'expérience des thérapeutes, leurs manières de faire face, et les conséquences. Six descriptions d'événements furent jugées incomplètes au regard du paradigme de codage axial (par ex., des informations substantielles concernant certaines des composantes du paradigme manquaient) et furent donc retirées de l'analyse suivante. Quatre autres événements durent être retirés quand un examen plus serré a révélé que les clients n'étaient en fait pas dépressifs, même si leurs problèmes ressemblaient à la dépression. Cette réduction a créé un ensemble de 22 événements analysés.

Etape 5: Formuler un modèle séquentiel et chercher la variabilité du processus. A l'aide de la méthode comparative constante (Charmaz, 2006; Glaser & Strauss, 1967), les analyses de l'événement de l'étape précédente ont été comparées entre elles afin de rechercher similarités et variabilité dans l'ensemble des événements. A partir de cette étape, un modèle théorique a été créé. Il décrit une séquence générale d'étapes qui ont évolué, du processus des thérapeutes faisant avec leurs réactions émotionnelles jusqu'au contact avec leurs clients dépressifs. Cette séquence a ensuite été validée en analysant à nouveau les événements individuels et en recherchant les irrégularités ou contradictions en lien avec le modèle. Cette analyse minutieuse a mené à une meilleure consolidation du modèle et à la description de trois variantes de la séquence d'étape, tel que décrit dans les Résultats.

Etape 6: Validation du modèle par l'échantillonnage théorique. Les auteurs étaient conscients du fait que le modèle se fondait sur un échantillon de thérapeutes d'orientations à prédominance psychodynamique/psychanalytique ou humaniste/expérientielle. Ainsi, suivant le principe de l'échantillonnage théorique (par ex., Strauss & Corbin, 1990), le premier auteur a mené un entretien avec un thérapeute expérimenté d'orientation TCC (24 ans d'expérience dans le travail avec des clients dépressifs). Cet entretien a contribué à deux événements supplémentaires de la base de données. Ces événements additionnels ont été analysés selon la procédure décrite aux Etapes 4 et 5 et les résultats se sont avérés tout à fait compatibles avec le modèle. Comme toute autre forme de validation, le premier auteur a présenté le modèle séquentiel au thérapeute TCC à la fin de l'entretien de recherche, lequel a déclaré que le modèle correspondait très bien à sa propre expérience. Etant donné le fait que les données événementielles de sources si diverses n'avaient pas fourni de nouvelles informations, les auteurs ont conclu que la saturation théorique était alors atteinte.

Etape 7: Validation du modèle par un analyste auditeur. En tant qu'ultime étape, le second auteur a procédé à un audit de l'analyse en comparant la description originale des événements avec le modèle résultant. L'auditeur a conclu que: (1) la théorie était bien ancrée sur les données et n'omettait pas d'aspect important présent parmi les données et qu'elle était cohérente au plan théorique, (2) les idées reçues et suppositions initiales du chercheur principal (tel que reflété dans l'interview menée à l'Etape 1) ne biaisaient pas le processus analytique de manière indésirable, mais enrichissaient au contraire la sensibilité théorique (Glaser, 1978; Strauss & Corbin, 1990) à l'égard du phénomène présent dans les données. L'auditeur a également apporté des commentaires qui ont aidé à la consolidation du modèle final.

Contrôles de crédibilité

Plusieurs étapes ont été suivies afin d'assurer la crédibilité de l'étude; (1) la réflexion personnelle du chercheur concernant le thème étudié, (2) une analyse répétée des données, qui a révélé des significations plus subtiles et permis une élaboration plus structurée et plus détaillée du modèle, (3) l'utilisation d'un échantillonnage théorique et le suivi du principe de saturation théorique, (4) l'emploi d'un analyste auditeur, (5) l'utilisation de feedbacks des participants du groupe-cible qui ont comparé le modèle final à leur expérience clinique.

Résultats

Oscillation expérientielle

Les thérapeutes ont eu tendance à décrire leur propre expérience en séance en lien avec l'expérience de leurs clients dépressifs comme similaire ou en contraste. Ils ont utilisé la métaphore de "distance expérientielle" et décrit comment ils "se rapprochaient" au plan expérientiel du vécu d'un client dépressif et s'en "éloignaient". *L'oscillation expérientielle* nous a servi de concept global pour décrire les changements d'expériences des thérapeutes: "Au cours de la séance de thérapie je me suis senti (...) comme si j'allais vers elle [la cliente] pendant un moment et ensuite à côté. (...) J'oscillais un peu dans cela" (FG1).

L'oscillation expérientielle fut décrite de façon métaphorique comme monter et descendre dans un puits: un puits, comme les profondeurs de la dépression et (...) la surface, comme la lumière du jour. J'ai le sentiment de vouloir rester dans la profondeur de la dépression pour être avec le client. Et en même temps pour maintenir le contact [avec la surface au-dessus]. (...) Cela me pousse dans les deux directions. (...) Je pourrais soit être en colère contre le client et le laisser, ou relâcher ma prise de la surface et être

avec lui et commencer à m'identifier à lui. (...) [La surface est] la réalité quotidienne, comment je suis normalement, comment je vis dans mon monde. (FG1)

Trajectoire de Co-expérimentation de la Dépression

Le processus d'*oscillation expérientielle* des thérapeutes entre les deux pôles a graduellement progressé au cours de la séance de thérapie. Nous pouvons identifier différentes étapes de cette progression en séance et nous avons décrit leur séquence typique dans la *Trajectoire de Co-expérimentation de la Dépression* générale présentée en Image 1. Dans certains cas, cette séquence générale se répétait plus d'une fois au cours d'une séance, tandis que dans d'autres cas, seules certaines parties de celle-ci pouvaient être reconnues.

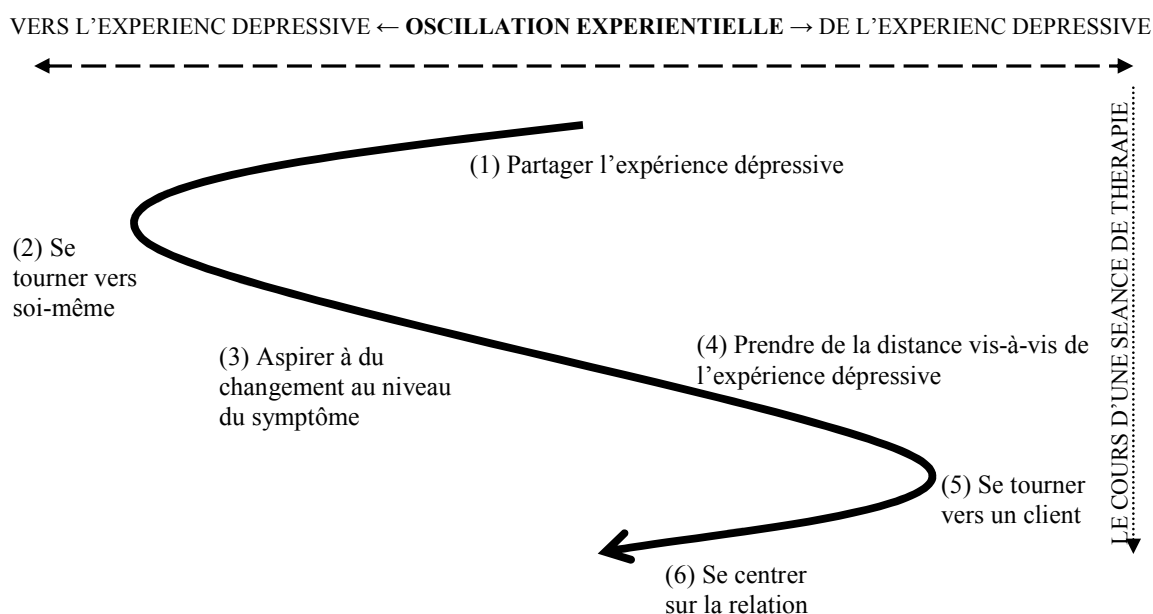


Image 1. Trajectoire de Co-expérience de la Dépression

Etape 1: Partager l'expérience dépressive. Dans cette phase, l'expérience du thérapeute devenait similaire à celle de leurs clients dépressifs. Les thérapeutes traversaient doute personnel, sentiments d'échec, impuissance, désespoir, et aussi perte de vivacité et fatigue générale. Ils relataient avoir eux-mêmes éprouvé des symptômes dépressifs comme s'ils tombaient en dépression avec leurs clients. Ils perdaient la distance vis-à-vis de l'expérience de leur client, leur manquait une perspective plus large, et ils se sentaient tirés vers le bas en direction eux-mêmes d'une expérience dépressive: "Il m'arrive (...) de tomber dedans en quelque sorte. En bas. Je me dis: C'est si terriblement désespéré. Pas étonnant qu'il n'y ait pas d'issue" (FG2). Les thérapeutes éprouvaient de la tristesse, de l'anxiété, du vide, de la peur pour leur client, et de la peur vis-à-vis de leur propre échec. Ils percevaient une perte de capacité à penser clairement et à se concentrer. Au plan corporel, ils ressentaient rigidité, lourdeur, faiblesse et épuisement: "Quand je suis assis avec lui là, je ressens une terrible fatigue. (...) Comme si je n'allais plus pouvoir lever ma main" (FG2). Les thérapeutes se sentaient aussi submergés par un sentiment de désespoir: "Rien n'a de sens et rien ne marche" (Fanny). Les thérapeutes changeaient d'une manière si proche de celle de leurs clients qu'ils arrêtaient de se percevoir eux-mêmes. Leur expérience fusionnait avec celle de leurs clients dépressifs.

Etape 2: Se tourner vers soi-même. Après l'étape précédente, les thérapeutes ont commencé à percevoir cette co-expérimentation de la dépression du client comme personnellement dangereuse: "Le client me tire vers le bas" (FG1). Les thérapeutes se sentaient menacés par la situation: "Ne pas trop y sombrer" (FG2). L'intensité de l'expérience dépressive des thérapeutes s'accroissait jusqu'à atteindre un point de bascule, où les thérapeutes arrêtaient de résonner à l'expérience de leur client. Au lieu de cela, ils déplaçaient leur attention vers eux-mêmes et commençaient instinctivement à se protéger, comme Garry: "Me protéger! (...) [Ne

pas] me laisser ressentir cette écrasante attitude négative qu'elle a envers elle-même." Un thérapeute a décrit comment l'expérience dépressive partagée avait changé sa perception de lui-même. Il s'était tellement approché du client dépressif "émotionnellement" qu'il avait cessé de se percevoir en tant qu'expert – une personne chargée de et capable d'aider. Ce n'est que lorsque son expérience a atteint une certaine intensité qu'il s'est déconnecté de son client et a pris conscience de lui-même, de son rôle, de ses ressources:

Quand je me rapproche de ce client dans mes émotions, il y a une forme de limite, quand je me dis: 'C'est si lourd!' [Et dans ma tête au client:] 'Tu devrais aller voir un psychologue'. Je réalise alors que c'est exactement ce qu'il fait! (...) J'oublie en fait que je suis psychologue. Parce que je perçois combien c'est lourd pour moi, pendant qu'il est en train de me le décrire. (FG2)

Se tourner vers soi-même est devenu un moment de conscience personnelle intense pour les thérapeutes: "Je tente de me redresser (...) pour devenir conscient de ma respiration, juste respirer plus... A travers mon corps pour être en contact avec qui je suis. Ne pas être submergé par cela" (FG2). A ce stade, l'expérience des thérapeutes a commencé à s'éloigner de l'expérience dépressive du client.

Etape 3: Aspirer à du changement au niveau du symptôme. Après ce tournant, les thérapeutes cessaient de co-expérimenter la dépression avec leur client et prenaient une posture d'experts plus détachée au plan expérientiel. De cette position ils mettaient alors leur attention sur les symptômes de dépression de leur client, et devenaient ainsi capables d'externaliser et de dépersonnaliser l'expérience dépressive globale. Cela leur évitait de tomber plus avant dans la co-expérience dépressive et leur ouvrait un sentiment de distance. Ils adoptaient une approche

thérapeutique plus directive, donnant des conseils pratiques à leurs clients, et essayant de les aider à résoudre leurs problèmes: “Cela me tente de chercher une solution” (Diana).

Les thérapeutes s’employaient à un traitement efficace de la dépression et prenaient la responsabilité du changement de leur client. Les interventions qui n’avaient pas pour but de changer les symptômes de la dépression servaient aussi de moyen pour échapper au risque d’être entraînés dans les sentiments de désespoir mentionnés précédemment:

Je me sens animé par cette personne. Je commence à être très actif tout à coup, je commence à inventer, je commence à avoir beaucoup de suggestions, et je commence à prendre soin de lui. (...) Je sais que c’est presque un genre de piège dans lequel je peux être pris. C’est plus facile pour moi que de rester avec lui [dans la dépression]. (FG2)

L’expérience des thérapeutes se cristallisait contre l’expérience dépressive de leurs clients: “Un genre de potentiel mobilisateur (...) commence à me parcourir presque automatiquement. Plus la personne est sombre, plus je me mobilise farouchement” (FG2). Les thérapeutes tentaient d’apporter à leurs clients de l’optimisme, de changer l’attitude de leurs clients envers eux-mêmes et envers le monde environnant, de les divertir de leur expérience dépressive pour centrer l’attention sur les aspects plaisants et positifs de la vie, et de valoriser les qualités et le potentiel de leurs clients. Ils ont par la suite pris conscience du fait que ces interventions servaient principalement à les aider à soutenir leur propre expérience:

Je ressens la lourdeur (...) et je tente de montrer (...) que finalement le seul fait qu’il soit venu ici est porteur de sens. Qu’il fait au moins quelque chose. Et souvent j’ai pris conscience du fait que je faisais plutôt cela pour moi-même à ce moment-là. (FG2)

Etape 4: Prendre de la distance vis-à-vis de l'expérience dépressive. A mesure que la séance de thérapie avançait, l'expérience des thérapeutes s'écartait de plus en plus de l'expérience dépressive de leurs clients. Les efforts des thérapeutes pour changer les symptômes de dépression de leur client apparaissaient vains au cours de la séance. Les encouragements, l'activité, et une approche optimiste ne menaient à aucun changement, les thérapeutes n'étaient pas satisfaits des résultats de leurs efforts. Les clients ne changeaient pas en accord avec les attentes des thérapeutes. Ils restaient dépressifs, immergés dans leurs sentiments de vide, de résignation, et de désespoir. Les thérapeutes avaient l'impression qu'ils "poussaient dans un sens où le chemin était fermé" (Fanny), la situation thérapeutique se coinçait quelque part et le client se "fossilisait.. dans les mêmes thèmes cycliques et les mêmes phrases répétées: que rien n'a de sens de toutes façons et qu'elle ne s'en débarrassera jamais [de la dépression] et que le monde est si peu joyeux et..." (Joseph).

Les thérapeutes devenaient impatients et frustrés. Ils commençaient implicitement à rendre leurs clients responsables de leurs propres échecs et ressentaient de la colère: "Je ressens seulement un genre de colère. Je suis vraiment en colère. (...) L'immobilité, l'inertie [me met en colère]. [C'est] comme si tu essayais d'appeler dans le vide." (FG1). " Je suis en colère contre lui, je sens que je voudrais lui donner un coup de pied [le faire bouger]" (FG1). Les thérapeutes commençaient à voir leurs clients comme des porteurs de symptômes qui ne souhaitaient pas changer selon les attentes des thérapeutes: "Un ressenti du genre [disant au client]: 'Si seulement vous vouliez un peu, essayer un peu plus, ce serait possible!' C'est bien ce que cela suscite en moi" (FG2).

Les thérapeutes se différenciaient de l'expérience de leurs clients: "Je me disais: 'Mon Dieu, il ne faut jamais que je devienne comme cela'" (Cécile). L'expérience des clients leur

apparaissait incompréhensible ou ils la dépréciaient: “Il me semble irréel que quelque chose comme cet [état d’esprit] puisse exister. C’est une chose totalement incroyable pour moi (Brian). Les thérapeutes percevaient une tendance à éviter d’autres contacts avec le client, ils envisageaient de l’adresser à un autre expert ou de mettre fin à la thérapie.

Etape 5: Se tourner vers un client. Les thérapeutes s’étaient tellement éloignés de leur client au plan expérientiel qu’ils avaient perdu toute empathie à leur égard. Ils s’étaient tellement prémunis de co-expérimenter la dépression avec leur client qu’ils avaient temporairement quitté leur posture aidante:

Il me vient en pensée que ce serait probablement une bonne chose s’il commettait le suicide dont il parle depuis tout ce temps... Cette pensée entre dans mon esprit. Et elle m’arrête. C’est exactement le type de signal d’arrêt qui m’alerte et fait que je me recentre vers le client. [Je ressens] même un genre d’horreur et de honte [à ce moment-là]. (FG2).

Les thérapeutes arrivaient à un tournant où ils admettaient que leur effort pour soulager le client des symptômes de la dépression n’était pas fructueux. Ils finissaient par être épuisés et frustrés de leur tentative pour faire changer leurs clients, ce qui n’était pas possible alors. Ils ont arrêté de lutter et se sont résignés aux possibilités concrètes limitées du client et de la situation thérapeutique globale. Ils ont accepté la réalité donnée de l’état présent de leurs clients et se sont mis à modifier leur approche thérapeutique: “Je me rends compte (...) que ma précipitation ou rapidité ou lourdeur me pousse à aller vite, à être exigeant... Donc je [change cela et] je reste juste là (...). Je suis à nouveau plus silencieux (...), m’ajustant à sa vitesse” (FG2). Les thérapeutes lâchaient ainsi le rôle de l’expert responsable de porter le changement et restaient simplement en présence de l’autre: “Je peux m’asseoir avec elle, mais je ne peux pas l’aider” (Cécile).

A cette étape, les thérapeutes éprouvaient plus intensément la tension interne entre une tendance naturelle à se protéger d'un côté et leur responsabilité professionnelle de l'autre.

Se tourner vers un client devenait un moment de conscience de la présence du client en tant qu'une personne que le thérapeute rencontre.

Etape 6: Se centrer sur la relation. Après le second tournant, l'expérience du thérapeute venait de nouveau à se rapprocher de l'expérience dépressive du client. Au lieu de se centrer sur les symptômes, les thérapeutes se tournaient désormais vers la relation: "Je la rejoins. Rien ne s'améliore vraiment, nous n'arriverons à aucune solution, à rien [de nouveau], mais un genre de contact peut s'établir. Je suis avec elle, (...) [il y a] un genre de relation" (Fanny). C'était non seulement un changement dans leur approche thérapeutique envers le client, mais cela permettait également de faire face à l'expérience personnelle du thérapeute:

Eh bien, j'ai le sentiment que cela... que cela m'aide, quand ces instants de contact un peu plus profond surviennent, que je commence à percevoir cela d'une façon qui fait un peu sens et d'une certaine manière je peux ainsi apprécier la personne malgré tout ça. Cela m'aide qu'il n'y ait pas que de l'obscurité, mais en fait aussi quelque chose de vivant. Quelque chose de vraiment vivant ! [Cela m'aide] qu'il n'y ait pas que la 'mort', (...) [mais aussi] la vie est là... Quand je me rapprochais d'elle, je ne ressentais pas que sa dépression, mais aussi elle-même en tant qu'être. (Fanny)

Les thérapeutes redéfinissaient leur rôle dans la situation et cela les soutenait pour aller à nouveau vers le client: "J'ai arrêté de le pousser à bouger, et je vais vers lui à la place" (Fanny). La résignation quant au projet de changer les symptômes et le fait de se centrer plutôt sur la relation rendait leur travail à nouveau riche de sens au plan personnel. Cela leur apportait du soulagement, les aidant à rester avec leur client:

C'était un soulagement... C'était vraiment un soulagement, quand j'ai eu le sentiment que cela [le changement des symptômes dépressifs] n'est pas un genre de devoir. (...) Que [simplement] notre rencontre en elle-même (...) avait un effet positif pour elle (...) cela m'a vraiment aidé. (Joseph)

Les thérapeutes ne prenaient plus la responsabilité du processus de thérapie comme ils l'avaient fait à l'étape *Aspirer à du changement au niveau du symptôme*, mais ils ne faisaient pas non plus fait porter la seule responsabilité du côté du client comme à l'étape *Prendre de la distance vis-à-vis de l'expérience dépressive*. Ils estimaient que c'était partagé par le thérapeute et le client, ce qui les aidait à prendre en main leur expérience en présence de leur client dépressif.

Les thérapeutes faisaient l'expérience de l'ambivalence. Ils se sentaient soulagés en abandonnant l'effort improductif, mais demeuraient dans l'expérience désagréable avec le client en même temps:

C'était comme s'ancrer fermement. Vous vous asseyez, vous arrêtez de gigoter dans un genre d'activité, vous vous asseyez simplement. D'un côté c'est un soulagement par rapport à l'activité, mais de l'autre, vous êtes toujours assis dans quelque chose de désagréable. (Fanny)

Variabilité de la Trajectoire de Co-expérimentation de la Dépression

L'expérience des thérapeutes au cours de chaque événement particulier peut être décrite par une variable particulière de la *Trajectoire de Co-expérimentation de la Dépression* en utilisant deux aspects: (1) la direction du mouvement expérientiel (vers la co-expérimentation de la dépression ou à partir de celle-ci) et, (2) l'intensité de ce mouvement.

Les descriptions des thérapeutes ont suggéré que les réactions expérientielles prenaient différentes intensités, tel qu'inféré d'après leur utilisation des adjectifs. Certains, comme Brian, n'éprouvaient qu'une faible réaction en direction de *Partager une expérience dépressive*. "A l'intérieur, je suis d'accord avec elle quant au fait qu'il peut en être ainsi". Dans d'autres cas, un mouvement fort vers le client pouvait même produire une identification expérientielle avec ce dernier et la perte de vigilance des thérapeutes envers leurs propres besoins et ressources, comme dans le cas d'Adam:

Ma confiance en moi disparaissait extrêmement vite. Je me disais: 'Qu'est-ce que mon être accomplit ici? Je ne peux rien faire.' Impuissance, impuissance... C'était la pire des choses.

D'un autre côté, *Prendre de la distance vis-à-vis de l'expérience dépressive*, quand les thérapeutes se différenciaient au plan expérientiel de leurs clients, pouvait aussi revêtir une forme plus ou moins intense. Eva décrivait simplement une légère distance expérientielle: "Donc je me demandais si elle allait ou non réussir cela. Quand elle le promettait ici. (...) Un sentiment étrange pour moi... Un peu d'une position de pouvoir." D'autres prenaient tellement de distance vis-à-vis de leurs clients qu'ils perdaient le contact personnel avec eux: "Je me surprends en train de me dire de le secouer: (...) Merde?! Quels genres de problèmes as-tu! Si seulement tu savais [ce que sont les vrais problèmes]..!" (FG2).

Nous avons identifié trois **variantes processuelles** de la *Trajectoire de Co-expérimentation de la Dépression*. La première variante, présente dans 13 des 22 événements, correspondait à la séquence générale caractérisée par un équilibre entre *Partager une expérience dépressive* et *Prendre de la distance vis-à-vis de l'expérience dépressive*. Les autres événements peuvent se subsumer en deux variantes où l'un des deux pôles dominait.

La seconde variante, présente dans 4 événements, représente la dimension de *Prendre de la distance vis-à-vis de l'expérience dépressive* des thérapeutes avec une faible part de *Partager une expérience dépressive*. Au plan expérientiel, les thérapeutes oscillaient plutôt à l'écart de l'expérience de leur client et résistaient vis-à-vis de la tendance à se laisser submerger par l'expérience dépressive. Ils étaient capables de faire avec leurs sentiments de frustration et de colère envers le client sans les mettre en œuvre. La troisième variante, présente dans 5 événements, représentait la configuration inverse. Elle exposait fortement la dimension *Partager une expérience dépressive* des thérapeutes avec une faible part de *Prendre de la distance vis-à-vis de l'expérience dépressive*. Les thérapeutes pouvaient prendre en charge leurs expériences sans se cristalliser de manière particulière contre l'expérience dépressive de leur client. Ils parvenaient à rester proches de l'expérience de leur client sans tomber dans la co-expérimentation de la dépression.

Discussion

Notre modèle résultant de la *Trajectoire de Co-expérimentation de la Dépression* peut être utilisé pour organiser la littérature empirique et théorique existante en reliant les réponses émotionnelles de différents thérapeutes au sein d'un modèle processuel cohérent, qui nous permet de repérer les changements des expériences des thérapeutes, de qualifier les relations entre celles-ci et de les relier avec les micro-processus de thérapie en séance.

La littérature empirique montre que le mouvement expérientiel d'approche et d'éloignement à l'égard d'une personne déprimée constitue un phénomène de recherche et d'observation conséquent depuis un certain temps déjà. Coyne (1976b) a examiné les réactions interpersonnelles suscitées par l'exposition à un individu déprimé et a identifié deux réactions

fondamentales: l'induction de l'humeur déprimée et le rejet de la personne déprimée. Ces tendances ont également été identifiées dans notre recherche à travers les catégories *Partager une expérience dépressive* et *Prendre de la distance vis-à-vis de l'expérience dépressive*. Même si les recherches de Coyne ne portaient pas une attention particulière aux thérapeutes, nous pouvons supposer que ces réactions humaines naturelles apparaissent aussi pour ces derniers.

Prendre de la distance vis-à-vis de l'expérience dépressive représente la réaction des thérapeutes aux sentiments de découragement et de fatigue suscités par le client dépressif. Bien que King and Heller (1984) ne soient pas parvenus à reproduire les résultats de Coyne, Gurtman (1986) a montré de manière convaincante que le rejet des personnes dépressives était constant à travers les études et les méthodes. Un grand nombre d'études ont montré de manière répétée que les personnes dépressives suscitaient des réactions de rejet voire même d'hostilité de la part des autres (par ex., Gotlib & Robinson, 1982; Gurtman, Martin & Hintzman, 1990; Marks & Hammen, 1982; Paukert, Pettit & Amacker, 2008; Strack & Coyne, 1983). Green (2006) explique de manière théorique comment le manque de satisfaction des besoins autorégulateurs d'un thérapeute peut mener à des sentiments de frustration et de colère envers le client, la colère étant vue comme un signe de ces besoins et la haine telle une force qui peut émanciper le thérapeute de leur encombrement. Nous pouvons supposer que les besoins non satisfaits du thérapeute, ainsi que la quête de réassurance excessive du client - un facteur connu pour être spécifique à la dépression (Joiner, Metalsky, Gencoz & Gencoz, 2001) - résultent en une réaction de retrait du thérapeute.

En outre, l'accordage du thérapeute (représenté par la catégorie *Partager une expérience dépressive*) semble être un élément stable et particulier décrit dans la littérature empirique. L'étude de Rossberg, Karterud, Pedersen, et Friis (2007) relative aux clients présentant des

troubles de la personnalité illustre la relation positive entre les symptômes dépressifs d'un client et les sentiments du thérapeute d'une confiance atténuée et d'être submergé. Un phénomène appelé "caractère contagieux de la dépression," (Coyne, 1976a) décrivant la transmission d'expressions émotionnelles et comportementales de la dépression (humeur basse, tristesse, anhédonie, pessimisme etc.) de la personne déprimée à une autre personne, a été largement exploré auprès de divers populations et contextes. Des signes de dépression étaient non seulement repérés dans des relations plus longues, soit avec des colocataires ou des partenaires intimes, mais ils émergeaient également à la suite d'une rencontre courte et souvent indirecte avec une personne dépressive. Dans la méta-analyse de Joiner et Katz (1999), 25 des 40 études ont prouvé l'existence du "caractère contagieux" de la dépression dans des relations proches, bien que de plus grandes précisions quant aux conditions de ce phénomène soient requises dans des recherches ultérieures.

Malheureusement, les études décrivant ce phénomène dans la relation thérapeutique manquent encore. Nous pouvons cependant supposer que des processus similaires puissent, comme dans d'autres relations, apparaître dans le cadre thérapeutique.

Ceci dit, les études ne soutiennent pas toutes le phénomène de l'accordage expérientiel du thérapeute au client dépressif. En comparaison de la réponse de rejet, les résultats de recherche relatifs à l'*induction* d'humeur paraissent moins fiables (Gurtman, 1986), tendent à être diffus, et leur lien avec le rejet appelle un examen plus approfondi. Par exemple, dans leur étude sur les comportements qui médiatisent des réponses interpersonnelles à la dépression, Stephens et Hokanson (1987) ont également confirmé l'existence de la réaction de rejet mais sans trouver de preuve d'une *induction* d'humeur négative. Cependant, cette recherche n'était pas menée auprès de vrais clients déprimés mais auprès de collègues qui jouaient le rôle de clients déprimés. Par

conséquent, nous pouvons faire l'hypothèse qu'un accordage émotionnel automatique profond du thérapeute à l'expérience existentielle de la dépression n'a pas pu être établi. Le comportement dépressif, pour sa part, a provoqué une réaction de rejet et peut donc être modélisé.

Des aspects qualitatifs du phénomène (ci-dessus mentionné) dans la relation thérapeutique ont été explorés par McPherson, Walker, et Carlyle (2006), qui ont décrit l'expérience de conseillers en soins primaires avec des clients dépressifs résistants et ont identifié une palette d'émotions, des réponses de soin (ressentir de l'empathie et se soucier des clients) aux réponses négatives (se sentir impuissant, en échec, déqualifié, épuisé, frustré, et en souffrance).

Des expériences du même ordre sont apparues et ont été conceptualisées dans notre analyse, mais a contrario de nos résultats, Mc Pherson et al. ont conclu que les clients avaient aussi un impact positif sur leur thérapeute (apprécier le défi, satisfaction professionnel, et sentiment "omnipotent"). Leur étude n'a cependant pas distingué les expériences en séance et celles de long terme. Leurs résultats suggèrent que l'impact positif apparaissait au cours de la thérapie à long terme, ce qui pourrait expliquer pourquoi cela n'avait pas été relevé de nos données en séance.

Des descriptions plus complexes d'expériences de thérapeutes sont présentes dans la littérature théorique. Levenson (2013) présente une liste de réactions interpersonnelles courantes que les thérapeutes exposent fréquemment concernant leur travail avec des clients dépressifs chroniques. La liste recouvre un large spectre d'états émotionnels décrits dans la littérature, allant de : être "lessivé" à être "ennuyé" ou même "en colère". Tous les 19 états expérientiels, à l'exception de "s'ennuyer", apparaissaient aussi dans nos données. La note de synthèse de

Levenson ne répertorie pourtant pas les expériences et n'étudie pas les liens entre celles-ci. Dans plusieurs autres analyses théoriques, les relations entre les expériences de différents types de thérapeutes sont plus conceptualisées, souvent en termes de polarités.

Wolf et al. (2013) décrivent la tension fondamentale entre la situation professionnelle d'un thérapeute et sa réponse émotionnelle personnelle à une personne en souffrance. Ils décrivent les sentiments négatifs des thérapeutes (frustration, ennui, peur, colère et haine) comme des "forces qui tirent les thérapeutes de leur idéal professionnel" (Wolf et al. 2013, p. 4). Une compréhension théorique psychanalytique (McWilliams, 2011) peut également être synthétisée en réactions contre-transférentielles polarisées de base aux clients dépressifs. D'un côté ("transfert complémentaire"), le thérapeute peut avoir des fantasmes de devenir "Dieu" ou la "Bonne Mère", ou "le parent sensible, accueillant que le client n'a jamais eu" (McWilliams, 2011, p. 250). D'un autre côté ("contre-transfert concordant"), le thérapeute peut se sentir soit "incompétent, maladroit, blessant, et insuffisamment bon" (les éléments introjectés), ou "démuni, incompetent, démoralisé, et futile (les éléments anaclitiques)" (McWilliams, 2011, p. 250). Dans la pratique, l'expérience du thérapeute se situe sur le continuum entre ces deux aspects, de même que les types de dépression anaclitique et introjective existent à des niveaux croisés pour tout client.

Elliot (2013) a décrit des "marqueurs de difficulté d'alliance", de la catégorie dite "difficulté de retrait", qui correspondent à nos résultats. Nous pouvons associer notre étape *Aspirer à du changement au niveau du symptôme* avec sa catégorie "conscience personnelle et refus de tâche", où le client refuse d'accomplir l'activité thérapeutique suggérée, suscitant ainsi l'anxiété du thérapeute quant au contrôle et générant pour lui frustration et contrariété. En outre, nos étapes *Partager l'expérience dépressive* et *Prendre de la distance vis-à-vis de l'expérience*

dépressive peuvent être reliées à la catégorie “difficultés de retrait cachées” d’Elliott, où le client se désengage du processus thérapeutique et suscite des sentiments d’impuissance, menant à une frustration et une colère réactives du thérapeute, ou au désengagement émotionnel du thérapeute, menant à son ennui ou sa somnolence. Notre théorie ajoute les résultats mentionnés ci-dessus en reliant les différentes réponses émotionnelles des thérapeutes dans un modèle processuel cohérent, qui nous permet de repérer les changements dans l’expérience des thérapeutes, de qualifier ces relations et de les relier aux micro-processus de la thérapie en séance.

Bien que le fait de travailler avec des clients dépressifs pèse beaucoup sur les thérapeutes, assez peu de choses sont connues sur le plan empirique concernant le processus expérientiel du thérapeute au cours d’un tel contexte de soin. Notre théorie nous permet de lier les résultats mentionnés ci-dessus en un modèle processuel cohérent et de préciser la nature de la charge du thérapeute avec ces clients.

Pourquoi les thérapeutes ne savent-ils pas apprendre de leur expérience passée ?

Au cours de l’analyse, une question troublante est survenue: Pourquoi les thérapeutes répètent-ils la *Trajectoire de Co-expérimentation de la Dépression* même après l’avoir vécue de nombreuses fois auparavant ? Même les thérapeutes chevronnés de notre échantillon ont indiqué s’être sentis piégés de manière répétée dans un schéma relationnel figé avec des clients dépressifs. Pourquoi ne pouvaient-ils pas apprendre de contacts passés avec les clients dépressifs et éviter cette chausse-trappe avec leurs clients suivants ?

Le concept de contagion émotionnelle peut s’expliquer comme l’imitation et la synchronisation automatiques des expressions comportementales des émotions (Hatfield et al. 1993) qui survient naturellement et souvent sans conscience réflexive. Dans leur méta-analyse,

Joiner et Katz (1999) présentent de manière étayée que la dépression est “contagieuse” non seulement au plan émotionnel, mais en tant que complexe de tous ses symptômes tels que l’impuissance, la fatigue, et l’anhédonie, par exemple. Levenson (2013, p. 2014) affirme que ces réponses émotionnelles “automatiques” et “universelles” se manifestent également au niveau corporel et il indique que, dans une large mesure, le thérapeute n’a pas le choix entre les contenir ou les exprimer. Dans ses résultats en neurosciences, Le Doux (1996) distingue cette réponse émotionnelle automatique transmise par l’amygdale des émotions produites par le chemin thalamo-néocortical, lequel, étant plus lent, permet cependant un processus plus conscient.

En tenant compte de nos résultats dans le contexte de la recherche contemporaine en neurosciences relative à l’interconnexion entre mental, cerveau, et relations, nous pouvons noter d’autres ressemblances intéressantes.

Les neurones corticaux pré-moteurs appelés neurones miroirs (Gallese & Goldman, 1998) manifestent le même modèle d’activité, autant lorsque le sujet accomplit quelque activité visant un but que lorsqu’il observe l’autre réaliser la même action. Cette activité neuronale est “en premier lieu de nature pratique... car elle implique l’appariement direct ou l’harmonisation des corps de soi et de l’autre. Il semble y avoir un appariement immédiat” (Thompson, 2001, p. 9). Exciter les neurones miroirs des régions frontale et pariétale du cortex et des zones reliées “crée une image neuronale de l’état mental d’une autre personne (...). L’image de l’état intentionnel de l’autre est alors utilisée pour amorcer l’imitation comportementale et la simulation interne” (Siegel, 2012, p. 176).

Lorsque nous appliquons cette perspective à notre thème, nous pouvons dire que le cerveau d’un thérapeute s’apparie immédiatement au cerveau du client déprimé avant que le thérapeute ne puisse même remarquer cela ou l’influencer consciemment. La “simulation

interne” par le thérapeute de l’état mental du client amène le thérapeute à co-expérimenter la dépression avec le client. Il semble que du fait de la nature automatique d’une telle réponse, les thérapeutes ne puissent pas l’éviter même s’ils ont déjà vécu cela et réfléchi à ce sujet au cours de leur travail passé.

Tout en reconnaissant le fait que les thérapeutes sont incapables d’éviter cette réaction, il est important d’affirmer que le fait de passer outre cet accordage initial avec leurs clients peut en fait s’avérer préjudiciable au processus thérapeutique, sachant que cette réaction représente le crucial “passage vers l’empathie” (Siegel, 2012, p. 165) et qu’elle ouvre l’ ”intersubjectivité de la conscience” (Thompson, 2001, p. 15). Dans son analyse phénoménologique de l’empathie, Thompson (2001, p. 15) déclare qu’ “[afin] de percevoir l’Autre, l’intersubjectivité ouverte essentielle à une expérience perceptive doit déjà être présente.” Ainsi que le montrent les neurosciences, “le partage des processus d’appréciation de base et de stimulation établit le chemin fondamental par lequel une personne vient à se relier à une autre dans des relations émotionnelles” (Siegel, 2012, p. 169).

Une meilleure synchronie non-verbale entre client et thérapeute est associée à la qualité estimée par le client de la relation thérapeutique, à leur auto-efficacité et à une meilleure régression des symptômes (Ramseyer & Tschacher, 2011).

Lorsqu’un thérapeute est accordé et transmet la compréhension de l’état affectif intérieur du client, cela offre au client l’expérience que son propre état affectif peut être vu et partagé par autrui (Greenberg, 2006). Le thérapeute atteint l’autre par accordage et comble l’ “abîme” interpersonnel (Francesetti & Roubal, 2013) que crée la dépression. Ce rapprochement est déjà soignant, car il facilite le développement de processus parallèles, de médiation préfrontale pour la personne déprimée, comme la “communication humaine intime, réciproque, peut directement

activer le réseau neuronal responsable de la compréhension, de capacités de réponse flexibles, et donner forme à l'expérience subjective d'une vie émotionnelle vibrante." (Siegel, 2012, p. 169). Sur la base des découvertes actuelles des neurosciences, Greenberg (2006) met également en avant le fait que l'influence de l'hémisphère droit et du domaine non-verbal dans une relation thérapeutique qui approche de la manière la plus efficace les processus d'autorégulation affective du client dépressif se déroule le plus souvent de manière non-consciente.

Un accordage du thérapeute aux clients dépressifs peut être vu non seulement comme risqué à l'égard du burnout, mais aussi, à l'inverse, comme naturel et inévitable pour le soin efficace de la dépression.

“Les propriétés miroirs de nos cerveaux nous permettent d'imaginer de manière empathique ce qui se passe à l'intérieur d'une autre personne. La simulation interne – le processus d'absorber et de résonner aux états internes d'autrui – est envisagée comme le premier stade de la compassion, ou du fait de ‘se sentir avec’ d'autres personnes” (Siegel, 2012, p. 165).

Nous supposons que le danger résultant de l'accordage relationnel avec un client dépressif peut être atténué si le thérapeute gagne en conscience quant aux processus à l'œuvre en séance. La contagion émotionnelle, qui est principalement non-consciente, spontanée, et une réaction involontaire pourrait ainsi se changer en empathie, en un outil thérapeutique reconnu, plus cognitif, conscient, et qui peut être ensuite cultivé au bénéfice du client. Cette hypothèse va cependant au-delà du modèle présenté et se doit d'être vérifiée à l'occasion de prochaines études.

Limites et implications futures de la recherche

La définition de la dépression. Dans notre étude, la dépression était entendue comme comprenant une gamme hétérogène de sous-types et de manifestations, tel que décrit par

Levenson (2013). D'autres caractéristiques de la dépression, soit quantitatives (utilisation d'échelles de mesure pour évaluer la gravité de la dépression) soit qualitatives (préciser les dynamiques intra- et interpersonnelles) nous permettraient de distinguer les réactions expérientielles suscitées du côté des thérapeutes par divers états dépressifs des dynamiques interpersonnelles. Un pas prometteur pour une étude future serait, par exemple, de différencier les deux différents sous-types de dépression déterminés au plan développemental (Blatt, 2004): la dépression "anaclitique" ou dépendante (préoccupation de thèmes d'abandon et de perte), et la dépression "introjective" (préoccupation d'une autocritique sévère). Reis et Grenyer (2002) ont validé ces sous-types dépressifs en indiquant leurs cadres d'attachement différenciés. Hardy, Stiles, Barkham, and Startup (1998) ont distingué ces sous-types en styles interpersonnels de clients sous-impliqués et sur-impliqués. Il a conclu que les thérapeutes avaient une approche affective, d'orientation relationnelle (ce qui correspond à notre catégorie *Partager l'expérience dépressive*) avec des clients sur-impliqués et des méthodes de soin plus cognitives (notre catégorie *Prendre de la distance vis-à-vis de l'expérience dépressive*) avec des clients sous-impliqués. Bien qu'en pratique nous rencontrions typiquement un continuum entre ces sous-types de dépression (McWilliams, 2011), les réactions du thérapeute en réponse à une dynamique différentielle intra- et interpersonnelle nécessiterait un examen approfondi dans des recherches à venir.

Différences de genre.

Notre étude ne prend pas en compte les différences de genre concernant la manière de faire face à la dépression (Murakumi, 2002), ce qui peut susciter des réactions différentes du côté des thérapeutes. En outre, la réaction à la dépression est également influencée par le genre de la

personne qui y réagit (Nolen-Hoeksema, 2001). Selon Hammen et Peters (1978), les hommes sont plus critiques au regard de la dépression féminine et plus enclins à accepter des hommes dépressifs et vice versa. Howard et al. (1969) suggèrent que les femmes thérapeutes ont moins souvent expérimenté des sentiments désagréables avec des clients (mais seuls 40% des clients de cette étude étaient dépressifs). D'autre part, McIntyre et Schwartz (1998) n'ont pas identifié de différence significative entre thérapeutes hommes et femmes dans leurs réactions contre-transférentielles aux clients dépressifs.

Participants. Les données ont été recueillies à l'aide d'un large spectre de thérapeutes afin de couvrir diverses approches et différentes durées d'expérience professionnelle. Cela nous a, d'une part, permis de formuler un modèle général et intégratif qui puisse s'appliquer à divers groupes de psychothérapeutes, puisque nous convenons avec Wolf et al. (2013) que tous les thérapeutes, quelle que soit leur orientation, sont vulnérables aux émotions problématiques et peuvent aussi les utiliser comme une source importante de données cliniques. D'autre part, sélectionner uniquement quelques approches clairement définies, tel que l'ont fait Hardy et al. (1998) avec des approches de soin de la dépression psychodynamique-interpersonnelle et cognitive-comportementale limitées dans le temps, nous permettrait de les comparer et de relier les stratégies de prise en charge par les thérapeutes à leur orientation théorique. Cela nous permettrait, ensuite, d'identifier les forces et faiblesses particulières à chacune des orientations (des orientations respectives) concernant la manière pour les thérapeutes de faire avec leurs propres expériences en séance.

De la même façon, différencier les thérapeutes novices et expérimentés fournirait des informations plus précises quant à l'impact qu'ont des années de pratique sur le vécu et sur les stratégies de prise en charge des thérapeutes, et quant aux risques particuliers de burnout

auxquels les thérapeutes font face au cours de leur carrière. Brody et Farber (1996), par exemple, ont identifié qu'en comparaison des cliniciens expérimentés, les thérapeutes novices étaient plus enclins à ressentir que leurs émotions sont trop fortes, trop fréquentes, et qu'ils doivent s'en défendre. En outre, en étudiant la capacité des thérapeutes à se décaler de leur conscience réflexive, Williams et al. (2003) ont différencié les stratégies des thérapeutes novices (plus de dévoilement personnel) de celles des thérapeutes expérimentés (plus de techniques d'arrêt). Les recherches de McIntyre et Schwartz (1998) montrent aussi qu'avec l'appui d'un plus grand nombre d'années d'expérience professionnelle, les thérapeutes sont moins sujets à être impactés psychologiquement par la domination ou par les difficultés avec les clients déprimés.

Constitution des données. Rassembler des données de la part des thérapeutes restreint la description de la situation thérapeutique à une perspective unique. A cela s'ajoute le fait qu'explorer les expériences des clients en séance, tel qu'ont procédé Williams et Levitt (2007) dans leur étude des expériences par les clients de différences avec les thérapeutes, nous permettrait de décrire de manière plus richement détaillée le jeu relationnel, y compris les expériences en cours des deux côtés. Le modèle général de la *Trajectoire de Co-expérimentation de la Dépression* obtenu dans notre étude pourrait ainsi servir de base pour d'autres projets de recherche plus complexes.

La méthode que nous avons utilisée pour la constitution des données, par ex. analyse qualitative des événements issus de souvenirs, est répertoriée par Hill et Knox (2009) comme l'une des méthodes recommandées pour la recherche sur le développement de la relation thérapeutique et elle est utilisée pour des modèles de recherche similaires (par ex., Chadwick & Stevenson, 2008; Williams et al. 2003). Cependant, cette méthode de constitution de données est inévitablement influencée par la sélectivité et la distorsion au cours du processus de collecte.

Il se peut que les thérapeutes aient centré leur attention sur les clients avec lesquels ils avaient un lien particulier ou sur les clients présentant les symptômes les plus sévères. Il se peut également qu'ils se soient remémorés des séances de thérapie particulièrement difficiles, complexes ou qui leur avaient laissé beaucoup à élaborer émotionnellement et intellectuellement. En fait, le retour d'informations que nous avons reçu au cours de la validation du modèle après le dernier entretien avec le thérapeute choisi selon l'échantillon théorique (voir Etape 6 de la procédure de recherche) suggérait que le modèle convenait très bien à l'expérience de thérapeutes avec des clients qui restent dépressifs pendant toute la séance, mais pas complètement s'agissant des clients qui se sentent mieux au fil de la séance. C'est pourquoi nous avons limité notre modèle aux expériences de thérapeutes en séance avec des clients réellement dépressifs alors. Le fait de nous centrer sur ces expériences en ne tenant pas compte du long cours ni du contexte plus large de la thérapie nous a ainsi empêché de répondre à d'autres questions intéressantes, telles que: Dans quelle mesure le modèle décrit d'oscillation en séance apparaît-il dans le parcours d'ensemble de la thérapie? Le schéma a-t-il connu une évolution différente pour les thérapies qui progressaient, a contrario de celles qui ne progressaient pas bien? Il conviendrait que d'autres recherches distinguent les différentes caractéristiques des clients, thérapeutes, processus thérapeutiques, et les séances remémorées, afin de développer des variantes du modèle qui soient pertinentes au regard de conditions particulières.

Pour de futures recherches nous pouvons suggérer les procédures suivantes: Mener des entretiens de recherche immédiatement après les séances, comme dans une étude qualitative de contre-transfert (Hayes, McCracken, McClanahan & Hill, 1998), ou recueillir des données par des procédures de souvenir avec enregistrement, comme par exemple dans l'exploration des réflexions des thérapeutes au cours des séances de thérapie (Rober et al., 2008). Cela aiderait à

explorer tous types de séances telles qu'elles apparaissent naturellement, à mieux communiquer les expériences des thérapeutes suscitées par une situation thérapeutique décrite clairement, ainsi qu'à porter l'attention sur les microprocessus en séance particuliers à celle-ci. La procédure d'analyse de tâches (Greenberg, 2007) pourrait être utilisée et notre étude actuelle pourrait servir en tant que première étape de modélisation orientée vers la découverte.

Le modèle général de la *Trajectoire de Co-expérimentation de la Dépression* pourrait ensuite être validé et développé sous la forme d'une description plus détaillée des processus de changement en séance selon la perspective de l'expérience du thérapeute. Mettre en relation le processus et le résultat constituerait la dernière étape en vue de situer comment la propre expérience des thérapeutes et leurs manières d'y faire face influencent l'efficacité du soin de la dépression du client.

Un modèle processuel, et peut-être également un outil quantitatif, obtenu de telles recherches pourrait avoir plus d'implications générales et pourrait être utilisé pour explorer et décrire les expériences des thérapeutes avec d'autres populations de clients.

Conclusion: Compassion envers soi-même

Le prendre-soin-de-soi du thérapeute est un "prérequis pour les psychothérapeutes en activité" (Wolf et al. 2013, p. 276). Une part importante d'un tel soin envers soi-même réside dans la manière dont les thérapeutes répondent à leurs propres réactions négatives. Ces réactions devraient "non pas être supprimées ou rejetées mais plutôt reconnues avec tolérance et acceptation" (Elliott, 2013, p. 76). Le modèle ici présenté peut soutenir les thérapeutes pour de sorte qu'ils ne se blâment pas de leurs réactions négatives, mais plutôt qu'ils se valorisent en tant que ressource importante d'informations cliniques. Les thérapeutes peuvent alors comprendre

leurs propres expériences d'impuissance, d'épuisement, et de désespoir comme un mouvement expérientiel vers le client qui améliore la relation thérapeutique. En même temps, des expériences telles que l'impatience, la colère, et la frustration peuvent se comprendre comme un mouvement expérientiel d'éloignement vis-à-vis du client qui permet au thérapeute de prendre soin de lui-même et d'ouvrir au client une autre perspective. Nous espérons que nos résultats pourront aider les thérapeutes à accueillir leurs sentiments négatifs tout en menant une psychothérapie avec des clients déprimés, à repérer ces sentiments en conscience, à les accueillir avec compassion, et à les utiliser en vue de faciliter le processus thérapeutique.

Références

- Abba, N., Chadwick, P., & Stevenson, C. (2008). Responding mindfully to distressing psychosis: A grounded theory analysis. *Psychotherapy Research, 18*(1), 77-87.
doi:10.1080/10503300701367992.
- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, clinical, and research perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Boswell, P. C., & Murray, E. J. (1981). Depression, schizophrenia and social attraction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*(5), 641-647. doi:10.1037/0022-006X.49.5.641.
- Brody, E. M., & Farber, B. A. (1996). The effects of therapist experience and patient diagnosis on countertransference. *Psychotherapy, 33*(3), 372-380. doi:10.1037/0033-3204.33.3.372.
- Cain, N. R. (2000). Psychotherapists with personal histories of psychiatric hospitalization: Countertransference in wounded healers. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 24*(1), 22-28. doi:10.1037/h0095127.
- Castonguay, L. G., Boswell, J. F., Constantino, M. J., Goldfried, M. R., & Hill, C. E. (2010). Training implications of harmful effects of psychological treatments. *American Psychologist, 65*, 34-49. doi:10.1037/a0017330.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. Los Angeles, CA: Sage.
- Coyne, J. C. (1976a). Depression and the response of others. *Journal of Abnormal Psychology, 85*, 186-193. doi:10.1037/0021-843X.85.2.186.
- Coyne, J. C. (1976b). Toward an interactional description of depression. *Psychiatry, 39*, 28-40.

- Deutsch, C. J. (1984). Self-reported sources of stress among psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 15(6), 833-845. doi:10.1037/0735-7028.15.6.833.
- Elliott, R. (2013). Therapist negative reactions: A person-centered and experiential psychotherapy perspective. In A. W. Wolf, M. R. Goldfried & J. C. Muran (Eds.), *Transforming negative reactions to clients. From frustration to compassion* (pp. 69-90). Washington, DC: American Psychological Association.
- Finlay, L., & Evans, K. (2009). *Relational-centered research for psychotherapists: Exploring meanings and experience*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Francesetti, G., & Roubal, J. (2013). Gestalt therapy approach to depressive experiences. In G. Francesetti, M. Gecele & J. Roubal (Eds.), *Gestalt therapy in clinical practice: From psychopathology to the aesthetics of contact* (pp. 433-494). Milano: Franco Angeli.
- Gallese, V., & Goldman, A. (1998). Mirror neurons and the simulation theory of mind-reading. *Trends in Cognitive Sciences*, 2, 493-501. doi:10.1016/S1364-6613(98)01262-5.
- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (2007). *Countertransference and the therapist's inner experience: Perils and possibilities*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gilroy, P. J., Murra, J., & Carroll, L. (2002). A preliminary survey of counselling psychologists' personal experiences with depression and treatment. *Professional Psychology: Research & Practice*, 33(4), 402-407. doi:10.1037/0735-7028.33.4.402.
- Glaser, B. G. (1978). *Theoretical sensitivity: Advances in the methodology of grounded theory*. San Francisco, CA: University of California.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago, IL: Aldine.

- Gotlib, I. H., & Robinson, L. A. (1982). Response to depressed individuals: Discrepancies between self-report and observer-rated behavior. *Journal of Abnormal Psychology, 91*, 231-240. doi:10.1037/0021-843X.91.4.231.
- Green, L. B. (2006). The value of hate in the countertransference. *Clinical Social Work Journal, 34*(2), 187-199. doi:10.1007/s10615-005-0008-2.
- Greenberg, L. S. (2006). *Emotion-focused therapy for depression*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. (2007). A guide to conducting a task analysis of psychotherapeutic change. *Psychotherapy Research, 17*(1), 15-30. doi:10.1080/10503300600720390.
- Gurtman, M. B. (1986). Depression and the response of others: Reevaluating the reevaluation. *Journal of Abnormal Psychology, 95*(1), 99-101. doi:10.1037/0021-843X.95.1.99.
- Gurtman, M. B., Martin, K. M., & Hintzman, N. M. (1990). Interpersonal reactions to displays of depression and anxiety. *Journal of social and Clinical Psychology, 9*, 256-267. doi:10.1521/jscp.1990.9.2.256.
- Hammen, C., & Peters, S. D. (1978). Interpersonal consequence of depression: Responses to men and women enacting a depressed role. *Journal of Abnormal Psychology, 87*, 322-332. doi:10.1037/0021-843X.87.8.322.
- Hardy, G. E., Stiles, W. B., Barkham, M., & Startup, M. (1998). Therapist responsiveness to client interpersonal styles during time-limited treatments for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(2), 304-312. doi:10.1037/0022-006X.66.2.304.
- Hatfield, E., Cacioppo, J. T., & Rapson, R. L. (1993). Emotional contagion. *Current Directions in Psychological Sciences, 2*, 96-99. doi:10.1111/1467-8721.ep10770953.

- Hayes, J. A., McCracken, J. E, McClanahan, M. K., & Hill, C. E. (1998). Therapist perspectives on countertransference: Qualitative data in search of a theory. *Journal of Counseling Psychology, 45*(4), 468-482. doi:10.1037/0022-0167.45.4.468.
- Hill, C. E., & Knox, S. (2009). Processing the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research, 19*(1), 13-29. doi:10.1080/10503300802621206.
- Jenaro, C., Flores, N., & Arias, B. (2007). Burnout and coping in human service practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice, 38*, 80-87. doi:10.1037/0735-7028.38.1.80.
- Joiner, T. E. (1994). Contagious depression: Existence, specificity to depressed symptoms, and the role of reassurance seeking. *Journal of Personality & Social Psychology, 67*(2), 287-298. doi:10.1037/0022-3514.67.2.287.
- Joiner, T. E., & Katz, J. (1999). Contagion of depressive symptoms and mood: Meta-analytic review and explanations from cognitive, behavioral, and interpersonal viewpoints. *Clinical Psychology and Science Practice, 6*, 149–164. doi:10.1093/clipsy/6.2.149.
- Joiner, T. E., Metalsky, G. I., Gencoz, F., & Gencoz, T. (2001). The relative specificity of excessive reassurance-seeking to depressive symptoms and diagnoses among clinical samples of adults and youth. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 23*(1), 35-41. doi:10.1023/A:1011039406970.
- King, D. A., & Heller, K. (1984). Depression and the response of others: A re-evaluation. *Journal of Abnormal Psychology, 93*, 477-480. doi:10.1037/0021-843X.93.4.477.
- Koekkoek, B., van Meijel, B., & Hutschemaekers, G. (2006). “Difficult patients” in mental health care: A review. *Psychiatric Services, 57*(6), 795-802. doi:10.1176/appi.ps.57.6.795.

Le Doux, J. (1996). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. New York: Simon & Schuster.

Levenson, H. (2013). Time-limited dynamic psychotherapy: Working with reactions to chronically depressed clients. In A. W. Wolf, M. R. Goldfried & J. C. Muran (Eds.), *Transforming negative reactions to clients: From frustration to compassion* (pp. 193-220). Washington, DC: American Psychological Association.

Marks, T., & Hammen, C. L. (1982). Interpersonal mood induction: Situational and individual determinants. *Motivation and Emotion*, 6, 387-399. doi:10.1007/BF00998192.

McIntyre, M. S., & Schwartz, R. C. (1998). Therapists' differential countertransference reactions toward clients with major depression or borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 54(7), 923-931. doi: 10.1002/(SICI)1097-4679.

McPherson, S., Walker, C., & Carlyle, J. (2006). Primary care counsellors' experiences of working with treatment resistant depression: A qualitative pilot study. *Counselling and Psychotherapy Research*, 6(4), 250-257. doi:10.1080/14733140601015190.

McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process* (2nd ed.). New York, NY: The Guilford Press.

Murakumi, J. (2002). Gender and depression: Explaining the different rates of depression between men and women. *Perspectives in Psychology*, 5, 27-34.

Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender differences in depression. *Current Direction in Psychological Science*, 10, 173-176. doi:10.1037/0033-2909.101.2.259.

Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

- Paukert, A. L., Pettit, J. W., & Amacker, A. (2008). The role of interdependence and perceived similarity in depressed affect contagion. *Behavior Therapy, 39*, 277-285.
doi:10.1016/j.beth.2007.08.001.
- Rahn, E., & Mahnkopf, A. (1999). *Lehrbuch Psychiatrie für Studium und Beruf*. Bonn: Verlag.
- Ramseyer, F., & Tschacher, W. (2011). Nonverbal synchrony in psychotherapy: Coordinated body movement reflects relationship quality and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*(3), 284-295. doi:10.1037/a0023419.
- Reis, S., & Grenyer, B. S. (2002). Pathways to anaclitic and introjective depression. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 75*, 445-459.
doi: 10.1348/147608302321151934.
- Rober, P., Elliot, R., Buysse, A., Loots, G., & De Corte, K. (2008). What's on the therapist's mind? A grounded theory analysis of family therapist reflections during individual therapy sessions. *Psychotherapy Research, 18*(1), 48-57.
doi:10.1080/10503300701324183.
- Rossberg, J. I., Karterud, S., Pedersen, G., & Friis, S. (2007). An empirical study of countertransference reactions toward patients with personality disorders. *Comprehensive Psychiatry, 48*, 225-230. doi:10.1016/j.comppsy.2007.02.002.
- Roubal, J. (2007). Depression - a gestalt theoretical perspective. *British Gestalt Journal, 16*(1), 35-43.
- Siegel, D. J. (2012). *The developing mind: How the relationships and the brain interact to shape who we are* (2nd ed.). New York, NY: The Guilford Press.
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. Los Angeles, CA: Sage.

- Strack, S., & Coyne, J. C. (1983). Social confirmation of dysphoria: Shared and private reactions to depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, *44*, 798-806.
doi:10.1037/0022-3514.44.4.798.
- Stephens, R. S., & Hokanson, J. E. (1987). Responses to depressed interpersonal behavior: Mixed reactions in a helping role. *Journal of Personality and Social Psychology*, *52*(6), 1274-1282. doi:10.1037/0022-3514.52.6.1274.
- Strauss, A. L., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, CA: Sage.
- Thompson, E. (2001). Empathy and consciousness. *Journal of Consciousness Studies*, *8*(5-7), 1-32.
- Williams, D., & Levitt, H. M. (2007). Client's experiences of difference with therapists: Sustaining faith in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, *18*(3), 256-270.
doi:10.1080/10503300701561545.
- Williams, E. N., Polster, D., Grizzard, M. B., Rockenbaugh, J., & Judge, A. B. (2003). What happens when therapists feel bored or anxious? A qualitative study of distracting self-awareness and therapists' management strategies. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *33*(1), 5-18. doi:10.1023/A:1021499526052.
- Wolf, A. W., Goldfried, M. R., & Muran, J. C. (2013). Introduction. In A. W. Wolf, M. R. Goldfried & J. C. Muran (Eds.), *Transforming negative reactions to clients: From frustration to compassion* (pp. 3-18). Washington, DC: American Psychological Association.
- Wolf, A. W., Goldfried, M. R., & Muran, J. C. (2013). Conclusion and clinical guidelines. In A. W. Wolf, M. R. Goldfried & J. C. Muran (Eds.), *Transforming negative reactions to*

clients: From frustration to compassion (pp. 269-282). Washington, DC: American Psychological Association.