

**L'USURE DE COMPASSION**  
Un risque de la profession du  
psychothérapeute  
PARTIE 2



V Le trauma en psychothérapie  
VI Conceptualisation triaxiale du stress traumatique secondaire  
VII Modérer le stress traumatique secondaire dans le processus thérapeutique

**Objectifs de la formation**

- Apprécier, pour soi-même, l'usure de compassion et l'épuisement professionnel
- Intervenir de manière à modérer le stress traumatique secondaire dans un processus thérapeutique
- Repérer et apprécier, dans la vie personnelle et professionnelle, les facteurs contribuant et les facteurs modérateurs à l'usure de compassion
- Élaborer un plan d'intervention destiné à un psychothérapeute en thérapie individuelle souffrant d'usure de compassion.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## LE TRAUMA EN PSYCHOTHÉRAPIE

- ### L'entretien clinique comme situation triadique
- Le patient
  - La demande
  - Le psychothérapeute
    - Présent dans sa profession
      - a. Rencontrer
      - b. L'écoute bienveillante
        - La sérénité vs. la réduction au silence
        - La neutralité bienveillante
      - c. La centration sur le patient
    - Absent dans sa problématique personnelle

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### La réduction au silence

- ❑ Changer de sujet
- ❑ Éviter le sujet
- ❑ Donner des réponses toutes-prêtes
- ❑ Minimiser la souffrance du patient
- ❑ Ennui
- ❑ Utiliser l'humour pour changer ou minimiser le sujet
- ❑ Faire semblant d'écouter ou d'être intéressé
- ❑ Ne pas croire le patient
- ❑ Ne pas être capable de faire attention au patient
- ❑ Culpabiliser le patient pour son expérience
- ❑ ...

(Baranowsky, 2002)

V. point 5.1.3.1.

### La centration sur le patient

- ❑ **Compréhension empathique**  
Se décentrer de son mode de pensée pour entrer dans le mode de pensée du patient, tout en gardant son individualité.
- ❑ **Identification active**  
Réduire le patient en le ramenant à soi.  
*Que ferais-je si j'étais lui?*  
*Comment me sentirais-je si j'étais lui?*



### Empathie

- ❑ Soutient le travail thérapeutique
- ❑ Laisse le psychothérapeute vulnérable aux résidus émotionnels associés au trauma

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### Point Réflexion Personnelle

#### Se conscientiser

A partir de l'échelle d'évaluation de la réduction au silence, j'évalue ma tendance à réduire mes patients au silence.

*Le but de cet exercice est d'identifier, de reconnaître l'impact de la réduction au silence sur le travail du psychothérapeute, mais en aucun cas de le juger.*

*Une meilleure conscience de soi aide le psychothérapeute à trouver l'aide dont il peut avoir besoin à son étape de développement.*



### Le récit du trauma: un choc en soi

- ❑ La dissociation chez le patient traumatisé  
Fonction: diminuer la conscience face à l'insoutenable
- ❑ L'absence d'émotion dans le récit du trauma
  - ➔ le psychothérapeute n'est pas averti du caractère inhumain du récit à venir
- ❑ L'absence de mise en contexte  
Souvenirs fragmentés
  - ➔ pas de modérateur pour le psychothérapeute



V. point 5.2.

### Le récit du trauma: un choc en soi

- ❑ Le détail traumatique
  - ➔ le psychothérapeute est confronté à un fragment de souvenir, parfois le plus dur
- ❑ La faillite de l'humanité
  - ➔ dans tous les cas, le psychothérapeute est témoin secondaire d'une faillite de l'humanité et, de par sa fonction, est rencontré comme représentant de l'humanité



V. point 5.2.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### La relation psychothérapeute – patient dans la situation triadique de l’entretien clinique

- Le transfert
  - Définition:  
Le transfert est la répétition d’une relation d’Objet du passé avec une autre personne
  
  - Répétition symbolique de
    - Conflits intrapsychiques issus de relations précoces (réelles ou fantasmatiques)
    - Rappports entretenus avec d’autres personnes
  
  - Le patient attribue au psychothérapeute un rôle tel que prévu dans les scénarios de son monde interne

V. point 5.3.1.1.

### La relation psychothérapeute – patient dans la situation triadique de l’entretien clinique

- Les enjeux liés au trouble de l’Axe I
  - Détresse psychique face à des indices qui rappellent l’événement traumatique
  - Reviviscences
  
- Les enjeux liés au trouble de l’Axe II
  - Phase développementale lors du trauma
  - Transfert positif ou négatif



V. points 5.3.1.2. et 5.3.1.3.

### La relation psychothérapeute – patient dans la situation triadique de l’entretien clinique

- La charge émotionnelle  
Le patient transfère une charge émotionnelle qu’il ne peut plus supporter tout seul  
Cette charge s’exprime, notamment, sur le visage du patient

V. point 5.3.1.4.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### La relation psychothérapeute – patient dans la situation triadique de l’entretien clinique

- Le contre-transfert
  - Définition
  - ✓ les réponses affectives, idéelles et physiques d’un thérapeute envers son patient, le matériel clinique de celui-ci, son transfert et ses reproductions
  - ✓ les défenses conscientes et inconscientes du thérapeute contre les affects, les conflits intrapsychiques et les associations éveillés par le matériel clinique et le transfert du patient
  - Un outil d’analyse



V. points 5.3.2.1. et 5.3.2.2.

### La relation psychothérapeute – patient dans la situation triadique de l’entretien clinique

- Stress de compassion
  - ✓ le résidu d’énergie émotionnelle provenant de la réponse empathique au patient
  - ✓ la demande continue d’action pour soulager la souffrance d’un patient

(Figley, 2002, p.1437)

V. point 5.3.2.3.

### La relation psychothérapeute – patient dans la situation triadique de l’entretien clinique

- Le contre-transfert traumatique
  - Un processus où l’histoire traumatique du patient réveille des expériences traumatiques qu’un thérapeute a vécu dans le passé

(Herman, 1992)



V. point 5.3.2.4.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### Point Réflexion Personnelle

#### Analyser

A partir de ma liste

*If you can't stand the heat, get out of the kitchen*

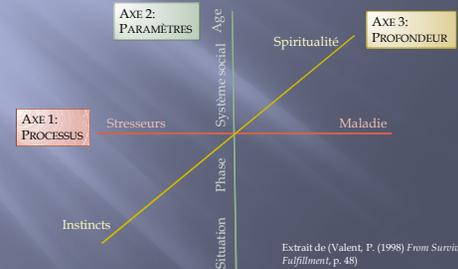
J'ai déjà identifié les stratégies de survie que j'ai déployées dans les situations où je me suis senti(e) en détresse (partie 1)

Maintenant, j'identifie

- ✓ les stratégies de survie du patient
- ✓ les émotions exprimées par le patient (visuel, sons)
- ✓ les émotions que j'ai ressenties

## CONCEPTUALISATION TRIAXIALE DU STRESS TRAUMATIQUE SECONDAIRE

### Conceptualisation triaxiale du stress traumatique



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## L'usure de compassion

- La réponse traumatique de la stratégie de survie Sauver - Soigner
- Équivalent adaptatif de la stratégie de survie du patient
- Stratégie de survie adaptative adjacente à celle du patient

VI, point 6.1.

## L'usure de compassion

- La réponse traumatique de la stratégie de survie Sauver - Soigner
- Centration sur le patient → Équivalent adaptatif de la stratégie de survie du patient est éveillé chez le psychothérapeute
- Transfert et contretransfert → Stratégie de survie adaptative adjacente est éveillée chez le psychothérapeute

VI, point 6.1.

Stratégie de survie	Réponse adaptative (psy)	Réponse mal-adaptative (psy)	Trauma
 Sauver (Soigner)	Empathie Dévouement	Centration sur soi	Douleur +++ U. C.
 S'attacher	Pris en charge	Abandonné	Vulnérabilité
 S'affirmer	Puissance	Impuissance	Épuisement
 S'adapter	Espoir	Désespoir	Succomber
 Combattre	Effrayer	Tuer	Assassiner
 Fuir	Délivrance	Englouti	Choc de l'inévitabilité
 Concourir	Dominance	Exploitation	Élimination
 Coopérer	Amour	Abus	Se désintégrer

II, point 2.2.2.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



### Point Réflexion Personnelle

#### Discerner

A partir de mes analyses, je mets en perspective les stratégies de survie du patient et les miennes.

Ma stratégie de survie était-elle l'équivalent adaptatif de celle du patient ou la stratégie de survie adaptative adjacente à celle du patient?

VI, point 6.2

- ### L'épuisement professionnel
- ❑ La réponse traumatique de la stratégie de survie Atteindre un objectif - S'affirmer
  - ❑ Incapacité répétée de ne pouvoir atteindre un objectif conduit à l'épuisement professionnel
  - ❑ Cadre organisationnel qui ne permet pas d'atteindre des objectifs conduit à l'épuisement professionnel
- VI, point 6.2

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Stratégie de survie	Réponse adaptative (PSS)	Réponse mal-adaptative (PSS)	Trauma
 Sauver (Soigner)	Empathie Dévouement	Centration sur soi	Douleur +++ U. C.
 S'attacher	Pris en charge	Abandonné	Vulnérabilité
 S'affirmer	Puissance	Impuissance	Épuisement
 S'adapter	Espoir	Désespoir	Succomber
 Combattre	Effrayer	Tuer	Assassiner
 Fuir	Délivrance	Englouti	Choc de l'inéluctable
 Concourir	Dominance	Exploitation	Élimination
 Coopérer	Amour	Abus	Se désintégrer

II. point 2.2.2

## Point Réflexion Personnelle

### Méditer

Mon incapacité à atteindre un objectif est-elle due à la complexité du tableau clinique de mon patient ou au cadre organisationnel?

M'arrive-t-il de faire miens les objectifs de mon patient? Je me souviens que l'entretien clinique est une situation triadique et je repositionne la demande entre moi et mon patient.

## Axe 2: Paramètres

- ☐ Nature des stresseurs:
  - Sévérité (inclus des morts ou des mutilations)
  - Durée
  - Identification à la victime par la relation ou l'âge
  - Lieu de l'événement en relation avec d'autres événements traumatiques
- ☐ Phase du désastre:
  - Post-impact: sauvetage
  - Rétablissement: thérapie




---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Axe 2: Paramètres

- Système social
  - Relation thérapeute - patient
  - Confrères du psychothérapeute
  - Institutions
  - Famille
  - CommunautéDes conflits institutionnels, de carrière et/ou familiaux peuvent être aussi stressant que la relation d'aide
- Phase développementale du psychothérapeute

VI

## Axe 3: Profondeur

- Instincts et besoins de survie
- Besoins sociaux de base
- Spiritualité, mythes magiques
- Moralité, bien/mal, justice - Jugements internes et externes
- Significations
- Idéaux, valeurs et principes
- Codes, dignité, droits et éthique - déontologie, éthique
- Religion, idéologie et croyances
- Symboles
- Identité
- Créativité, esthétique
- Sacré
- Sagesse, connaissance et vérité

VI

## Influence du stress traumatique secondaire sur les patients

- Chez le psychothérapeute:
- Non-reconnaissance, déni du trauma du patient
  - Attention fragmentée
  - Manque d'empathie
  - Intellectualisation
  - Déshumanisation des victimes comme des cas ou des sujets de recherche
  - Diagnostics et traitements biaisés
  - Sur-engagement avec le trauma du patient

VI, point 6.3.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### Influence du stress traumatique secondaire sur les patients

Chez le patient:

- ▣ Perçoit le psychothérapeute comme naïf, ignorant, limité
- ▣ Trouve le psychothérapeute antipathique, incompréhensif et froid
- ▣ Ressent la relation thérapeutique comme plus traumatisante que le traumatisme primaire
- ▣ Nie les problèmes du psychothérapeute (par nécessité) et s'en accommode

VI, point 6.3.

### Influence du stress traumatique secondaire sur les patients

Conséquences manifestes :

- ▣ Souffrance accrue du patient
- ▣ Intensification des symptômes
- ▣ Fin prématurée du traitement

VI, point 6.3.

### MODÉRER LE STRESS TRAUMATIQUE SECONDAIRE DANS LE PROCESSUS THÉRAPEUTIQUE



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Le travail avec le patient

- ▣ Ne pas réduire au silence  
La réduction au silence est une réaction basée sur une série de *suppositions* qui conduisent le psychothérapeute à rediriger, éteindre, minimiser ou négliger le matériel traumatique.

1. *Je ne peux rien y faire*  
Écouter n'aidera pas, donc je ne veux pas écouter
  2. *Si on touche à l'évènement traumatique, la personne va s'écrouler*
  3. *Je serai détruit(e) si j'entends parler de l'évènement*
  4. *De bonnes choses arrivent aux bonnes personnes*
  5. *C'est trop grave pour être vrai*
  6. *Cela met en péril ma conception du monde*
  7. *Gros désir que le patient « passe par dessus »*
  8. *Si cela t'est arrivé, cela peut m'arriver*
- (Baranowsky, 2002)

VII, point 7.1.1.

## Point Réflexion Personnelle

### S'ouvrir à soi

Dans l'intimité de mon rapport à moi, aimant et accueillant ma personne et mon histoire, je réponds -pour moi- aux questions suivantes:

- ✓ Y a-t-il des récits que je ne parviens pas à écouter?
- ✓ Comment est-ce que je réduis ces patients au silence?
- ✓ De quoi est-ce que je me défends?
- ✓ Pourquoi est-ce si dur à entendre?

(Baranowsky, 2002)



## Le travail avec le patient

- ▣ Conceptualiser le traumatisme pour minimiser l'impact traumatique
  - Les significations, ébauche de travail sur la spiritualité
    - La reproduction, la parentalité
    - La sexualité
    - La violence
    - Les blessures, la maladie
    - La mort
  - La dissociation au service du psychothérapeute



VII, point 7.1.2.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



### Le travail avec le patient

- ▣ Les stratégies de détente et l'expérience de la beauté chez le patient
  - Revenir au calme
  - Augmenter la tolérance aux affects positifs
  - Se connecter à l'humanité (pour le psychothérapeute, en être témoin)

VII, point 7.1.3.



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



### Le travail avec le patient

- Traiter le traumatisme
  - Choisir une approche
    - La thérapie d'exposition
    - Les interventions cognitivo-comportementales
    - L'EMDR
  - Maîtriser son approche
    - La formation continue
    - La supervision clinique

VII, point 7.1.4.

### La thérapie d'exposition

L'anxiété est entretenue par l'évitement

```
graph LR; Situation --> Anxiété; Anxiété --> Évitement; Évitement --> Anxiété;
```

Exposition progressive

- en imagination aux souvenirs de l'événement traumatique
- in vivo aux stimuli sûrs ou à faible risques qui rappellent l'événement traumatique et qui font peur ou qui sont évités

VII, point 7.1.4.1.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## La thérapie d'exposition

- ▣ Terence Keane, PhD
- ▣ Edna Foa, PhD
- ▣ Barbara Rothbaum, PhD
  
- ▣ AHCPR : Niveau **A**

VII, point 7.1.4.1.

## Les interventions cognitivo-comportementales

### Thérapie du traitement cognitif

#### Exposition au trauma

- en écrivant l'histoire du trauma
- en la relisant de façon répétitive

#### Emphase sur les stratégies cognitives

- Modifier les pensées négatives, erronées qui ont émergé suite à l'événement traumatique en pensées plus réalistes

Thèmes: sécurité, confiance, pouvoir, estime de soi, intimité

VII, point 7.1.4.1.

## Les interventions cognitivo-comportementales

- ▣ Patricia Resick, PhD
- ▣ Traitement de victimes de viol, puis SSPT
  
- ▣ AHCPR : Niveau **A**

VII, point 7.1.4.1.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Les interventions cognitivo-comportementales

### Stress inoculation training

Phase 1: psychoéducation sur le stress et les stratégies pour faire face

Phase 2 : Développer/Consolider des stratégies pour faire face (respiration, relaxation musculaire, jeu de rôle, stratégies cognitives...)

Phase 3: Appliquer les stratégies pour faire face sur des stimuli de plus en plus stressant

VII, point 7.1.4.1.

## Les interventions cognitivo-comportementales

- ▣ Donald Meichenbaum, PhD
- ▣ AHCPR: Niveau A pour les abus sexuels sur les femmes
- ▣ Pour les anciens combattants: les données sont limitées et mitigées

VII, point 7.1.4.1.

## L'EMDR

### Eye Movement Desensitization and Reprocessing

Intégration neuro-émotionnelle par le mouvement oculaire

Exposition imaginaire de courte durée à l'événement traumatique (souvenir et pensée sur soi)

+  
Stimulations sensorielles bilatérales

VII, point 7.1.4.1.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## L'EMDR

- ▣ Francine Shapiro, PhD
- ▣ Jacques Roques
  
- ▣ Cote AHCPR: A pour les adultes  
B pour les enfants et les ados
- ▣ Militaires: prudence si blessures physiques
- ▣ Reconnu par l'OMS (2012), l'APA (2004)

VII, point 7.1.4.1.

## Le travail avec le patient

- ▣ Traiter les aspects développementaux
  - ▣ Stades de développement d'Erik Erickson

AXE 2:  
PARAMÈTRES

	Versant positif	Versant négatif
0 à 1 an	Confiance	Méfiance
2 à 3 ans	Autonomie	Honte et doute
3 à 5 ans	Initiative	Culpabilité
6 à 12 ans	Travail	Infériorité
Adolescence	Identité	Confusion
Début âge adulte	Intimité	Isolement
Après 20 ans	Générosité	Stagnation
Vieillesse	Sagesse	Désespoir

VII, point 7.1.5.1.

## Le travail avec le patient

- ▣ Crise développementale en jeu chez le patient
  - ▣ Identifier la crise développementale mobilisée dans le traumatisme
  - ▣ Nouvelle résolution de la crise pour l'avenir du client



VII, point 7.1.5.2.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Le travail avec le patient

- Traiter le rapport au monde: accompagner le patient dans sa spiritualité

AXE 3:  
PROFONDEUR

➢ Centration sur le patient

VII, point 7.1.6.

## Le travail sur soi (en parallèle à la thérapie)

- Maintenir la sérénité
  - La méditation
    - Être là avec soi
    - Aimer la vie en soi
    - Être la fin en soi
    - ➔ Expérience de la joie
  - Les stratégies de détente et l'expérience de la beauté chez le psychothérapeute
    - Revenir au calme
    - Augmenter les affects positifs
    - Se connecter à l'humanité, aimer la vie

VII, point 7.2.1.

Il dit à la mer  
retire-toi  
et aux îles et aux vents  
et toutes ces choses  
se retirèrent  
Il dit au vide : va-t'en  
et il sut  
qu'il aurait à regarder  
cela sans fin  
alors il laissa entrer  
en lui  
le recommencement  
dont il ne saurait rien  
sauf  
un frisson d'amour  
dont la lumière semble devant



Werner Lambersy  
Poète belge (1941- )

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Le travail sur soi (en parallèle à la thérapie)

- Crise développementale en jeu chez le psychothérapeute
  - Identifier la crise développementale mobilisée dans l'exposition au traumatisme
  - Identifier la crise développementale mobilisée dans le traitement du traumatisme
  - Nouvelles résolutions des crises pour l'avenir du psychothérapeute

AXE 2:  
PARAMÈTRES

VII, point 7.2.2.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Le travail sur soi (en parallèle à la thérapie)

Crise développementale en jeu chez le psychothérapeute

	Versant positif	Versant négatif
0 à 1 an	Confiance	Méfiance
2 à 3 ans	Autonomie	Honte et doute
3 à 5 ans	Initiative	Culpabilité
6 à 12 ans	Travail	Infériorité
Adolescence	Identité	Confusion
Début âge adulte	Intimité	Isolément
Âge adulte	Générosité	Stagnation
Vieillessement	Sagesse	Désespoir

VII, point 7.2.2.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Le travail sur soi (en parallèle à la thérapie)

- Retour sur la spiritualité du psychothérapeute
- Fin de la thérapie: *clôturer le dossier*
  - Les émotions résiduelles du psychothérapeute
    - Composante physique: Karl La Rowe *Transform compassion fatigue*
  - Apaiser les stratégies de survie du psychothérapeute

AXE 3:  
PROFONDEUR

AXE 1:  
PROCESSUS

VII, point 7.2.3 et 7.2.4.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Point Réflexion Personnelle

### Approfondir

Face à mes vulnérabilités et à la lumière de ce partage de connaissances et d'expériences, je réponds aux questions suivantes:

- ✓ Comment puis-je écouter ce patient sans le réduire au silence?
- ✓ De quoi ai-je besoin pour me sentir en sécurité?
- ✓ De quoi ai-je besoin pour rester efficace cliniquement?



## L'USURE DE COMPASSION

Fin de la partie 2



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---