

Objectifs :

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

Table des matières

I Introduction

- 1.1. Aperçu des métiers à risque
- 1.2. Un domaine de recherche récent

II Le traumatisme psychique

- 2.1. Définition
- 2.2. Conceptualisation du stress traumatique de Paul Valent
 - 2.2.1. Paul Valent (1938 -) Psychiatre, enfant survivant de l'Holocauste
 - 2.2.2. Les stratégies de survie
 - 2.2.3. Conceptualisation triaxiale du stress traumatique

III Traumatisme primaire et traumatisme secondaire

- 3.1. Traumatisme primaire
 - 3.1.1. Définition
 - 3.1.2. Stress traumatique
 - 3.1.3. Etat de stress aigu
 - 3.1.4. Syndrôme de stress post-traumatique (PTSD)
- 3.2. Traumatisme secondaire
 - 3.2.1. Définition
 - 3.2.2. Effets vicariant (Vicarious effects)
 - 3.2.3. Effets chiasmatisque (Chiasmatal effects)
 - 3.2.4. Stress traumatique secondaire
 - 3.2.5. Syndrôme de stress traumatique secondaire (STSD)

IV Les blessures psychologiques de la profession de psychothérapeute

- 4.1. Critical incident stress

Catherine Petit, Psychologue

- 4.1.1. Définition
- 4.1.2. Le suicide d'un patient

4.2. L'usure de compassion

- 4.2.1. Définition
- 4.2.2. Symptomatologie

4.3. L'épuisement professionnel

- 4.3.1. Définition
- 4.3.2. Symptomatologie

4.4. La satisfaction de compassion

- 4.4.1. Définition
- 4.4.2. Discussion

4.5. Les échelles d'évaluation

- Le Test d'usure de compassion (Figley, C. – traduction Larivey, M.)
- Secondary Traumatic Stress Scale (Bride, B. , Robinson, M., Yegidis, B. & Figley, C., 2004)
- Secondary Trauma Scale (Motta, Kefer, Hertz, & Hafeez, 1999)
- Trauma and Attachment Belief Scale (Pearlman, 2003)
- Professional Quality of Life Scale - R- IV (Stamm, B., 2009)

4.6. Prévenir l'usure de compassion du psychothérapeute?... ce que la recherche en dit

- 4.6.1. Centre de traitements des victimes de tortures à Berlin, Allemagne (Birck, 2002)
- 4.6.2. Programmes de traitement de la torture aux Etats-Unis (Akinsulure-Smith, Keatley & Ramussen, 2012)
- 4.6.3. Les attentats d'Oklahoma City (Wee & Myers, 2002)
- 4.6.4. Traiter les auteurs d'abus sexuel (Steed & Bicknell, 2001)

4.7. L'usure de compassion : un risque de la profession

V Le trauma en psychothérapie

5.1. L'entretien clinique comme situation triadique

- 5.1.1. Le patient
- 5.1.2. La demande
- 5.1.3. Le psychothérapeute
 - 5.1.3.1. Présent dans sa profession
 - a. Rencontrer
 - b. L'écoute bienveillante
 - La sérénité vs. la réduction au silence
 - La neutralité bienveillante

Catherine Petit, Psychologue

c. La centration sur le sujet

5.1.3.2. Absent dans sa problématique personnelle

5.2. Le récit du trauma : un choc en soi

5.2.1. La dissociation chez le patient traumatisé

5.2.2. L'absence d'émotion dans le récit du trauma

5.2.3. L'absence de mise en contexte

5.2.4. Le détail traumatique

5.2.5. La faillite de l'humanité

5.3. La relation psychothérapeute – patient dans la situation triadique de l'entretien clinique

5.3.1. Le transfert

5.3.1.1. Définition

5.3.1.2. Les enjeux liés au trouble de l'axe I

5.3.1.3. Les enjeux liés au trouble de l'axe II

5.3.1.4. La charge émotionnelle

5.3.2 Le contre-transfert

5.3.2.1. Définition

5.3.2.2. Un outil d'analyse

5.3.2.3. Stress de compassion

5.3.2.4. Le contre-transfert traumatique

VI Conceptualisation triaxiale du stress traumatique secondaire

6.1. L'usure de compassion

6.2. L'épuisement professionnel

6.3. Influence du stress traumatique secondaire sur les patients

VII Modérer le stress traumatique secondaire dans le processus thérapeutique

7.1. Le travail avec le patient

7.1.1. Ne pas réduire au silence

7.1.2. Conceptualiser le traumatisme pour minimiser l'impact traumatique

7.1.3. Les stratégies de détente et l'expérience de la beauté chez le patient

7.1.4. Traiter le traumatisme

7.1.4.1. Choisir une approche

- La thérapie d'exposition
- Les interventions cognitivo-comportementales
- L'EMDR

Catherine Petit, Psychologue

7.1.4.2. Maîtriser son approche

- La formation continue
- La supervision clinique

7.1.5. Traiter les aspects développementaux

7.1.5.1. Stades de développement d'Erik Erikson

7.1.5.2. Crise développementale en jeu chez le patient

- Identifier la crise développementale mobilisée dans le traumatisme
- Nouvelle résolution de la crise pour l'avenir du patient

7.1.6. Traiter le rapport au monde : accompagner le patient dans sa spiritualité

7.2. Le travail sur soi (en parallèle à la thérapie)

7.2.1. Maintenir la sérénité

7.2.1.1. La méditation

7.2.1.2. Les stratégies de détente et l'expérience de la beauté chez le psychothérapeute

7.2.2. Crise développementale en jeu chez le psychothérapeute

7.2.2.1. Identifier la crise développementale mobilisée dans l'exposition au traumatisme

7.2.2.2. Identifier la crise développementale mobilisée dans le traitement du traumatisme

7.2.2.3. Nouvelles résolutions des crises pour l'avenir du psychothérapeute

7.2.3. Retour sur la spiritualité du psychothérapeute

7.2.4. Fin de la thérapie : *clôturer le dossier*

7.2.4.1. Les émotions résiduelles du psychothérapeute

7.2.4.2. Apaiser les stratégies de survie du psychothérapeute

VIII Facteurs contribuant à l'usure de compassion

8.1. Facteurs personnels

8.1.1. Trauma personnels passés?

8.1.2. Événements de vie normatifs et non-normatifs

8.1.3. Stress et gestion du stress

8.1.4. Traumatisme primaire en cours de carrière

8.2. Les petites communautés

Cas : Les communautés de l'Arctique

8.3. Les enjeux de société

8.3.1. Les défis socio-économiques

8.3.2. Le stress traumatique collectif

Cas : L'affaire Dutroux (1996)

Catherine Petit, Psychologue

- 8.4. Conditions de travail
- 8.5. Risque de blessure personnelle
- 8.6. Manque de formation
- 8.7. Travailler dans l'isolement
- IX Facteurs modérateurs à l'usure de compassion
 - 9.1. Stratégies organisationnelles
 - 9.1.1. Accepter l'existence de l'usure de compassion
 - 9.1.2. L'intervision
 - 9.1.3. Pauses régulières
 - 9.1.4. Gérer la charge de travail traumatique
 - 9.1.5. Travail clinique à temps partiel
 - 9.1.6. Soutien social par les pairs
 - 9.2. Stratégies professionnelles
 - 9.2.1. Supervision
 - 9.2.2. Formation continue
 - 9.2.3. Low-impact debriefing : avantages et limites
 - 9.2.4. Développement professionnel
 - 9.3. Stratégies personnelles
 - 9.3.1. Temps de transition entre le travail et la maison
 - 9.3.2. Equilibre vie professionnelle – vie privée
 - 9.3.3. Conscience de soi
 - 9.3.4. Hobbies
 - Stratégies corporelles
 - Stratégies artistiques
 - 9.3.5. Soutien social fort à la maison
 - 9.3.6. S'informer et le rapport aux médias
- X Traiter l'usure de compassion
 - 10.1. Repos du clinicien
 - 10.2. Psychothérapie personnelle
 - 10.2.1. Une situation triadique pour le psychothérapeute-patient
 - 10.2.2. Travail sur les facteurs contribuant et modérateurs à l'usure de compassion
 - 10.2.3. Traiter le stress traumatique secondaire, STSD
 - 10.2.4. *Clôturer les dossiers* antérieurs

Catherine Petit, Psychologue

10.3. Accueillir un éventuel désir de réorientation de carrière

XII Conclusion

Bibliographie

Akinsulure-Smith, A., Keatley, E. & Rasmussen, A. (2012). Responding to Secondary Traumatic Stress: A Pilot Study of Torture Treatment Programs in the United States. *Journal of Traumatic Stress, 25*, 232–235.

Birck, A. (2002). Secondary traumatisatation and burnout in professionals working with torture victims. *Traumatology, 7*, 85-90.

Bride, B.E., Robinson, M.R., Yegidis, B., & Figley, C.R. (2004). Development and validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice, 14*, 27-35.

Erikson, E. (1959). *Enfance et société*. Neufchâtel : Delachaux et Niestlé.

Figley, C. (Ed.) (2002). *Treating compassion fatigue*. New York: Brunner-Routledge.

Figley, C., (Ed.) (1995). *Compassion fatigue: coping with secondary stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner - Mazel

Mathieu, F. (2012). *The compassion fatigue workbook: creative tools for transforming compassion fatigue and vicarious traumatisatation*. New York: Routledge

Moeller, S. (1999). *Compassion fatigue: How the media sell disease, famine, war and death*. New York: Routledge.

Morrisette, P. (2004). *The Pain of Helping: Psychological Injury of Helping Professionals*. New York: Brunner-Routledge.

Motta, R. W., Kefer, J.M., Hertz, M.D. and Hafeez, S. (1999). Initial Evaluation of the Secondary Trauma Questionnaire. *Psychological Reports, 85*, 997-1002.

Motta, R.W., Hafeez, S., Sciancalepore, R. and Diaz, A.B. (2001). Discriminant Validation of the Secondary Trauma Scale. *Journal of Psychotherapy in Independent Practice, 24*, 17-24.

O'Neill, L. (2010). Mental health support in northern communities: reviewing issues on isolated practice and secondary trauma. *Rural and Remote Health 10*: 1369. Available from: <http://www.rrh.org.au>

Pearlman, L.A. (2003). *Trauma and Attachment Belief Scale*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.

Catherine Petit, Psychologue

Salston, M. & Figley, C. (2003). Secondary Traumatic Stress Effects of Working With Survivors of Criminal Victimization. *Journal of Traumatic Stress (16)*, 167-174.

Steed, L., & Bicknell, J. (2001). Trauma and the therapist: The experience of therapists working with the perpetrators of sexual abuse. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies, 1 (3)*.

Valent, P. (1998). *From survival to fulfillment: A framework for the life-trauma dialectic*. Philadelphia: Brunner-Mazel.

Valent, P. (1998). *Trauma and fulfillment therapy*. Philadelphia: Brunner-Mazel.

van Lennep, D. (1971). Peser – Regarder – Rencontrer dans l'examen psychologique, *Revue de psychologie et des sciences de l'éducation, 6*, 149-170.

von Durckheim, K. (1999). *Méditer : Pourquoi et comment?* Paris : Trédaniel.