

Les difficultés émotionnelles rencontrées par les psychologues israéliens spécialisés en psycho-traumatologie

Une étude a été faite par deux chercheurs israéliens en Psychologie, Shaül Shalvi et Diana Luzatto. Elle s'intitule: "Lack of Safe Environment: Emotional Difficulties and Coping among Clinicians treating Traumatized Patients Within a Terrorized Society – Israel 2006". Elle est parue dans le volume 12, n° 4 de décembre 2006, p. 282-292, de la revue *Traumatology*.

Il m'a paru intéressant de rapporter ici les résultats de cette recherche, car elle souligne un aspect important de la pratique du traitement de la psycho-traumatologie en Israël.

En effet, nombre de psychologues, qui soignent les victimes du terrorisme sont susceptibles de souffrir de victimation secondaire, à cause de l'interaction avec leurs patients et à cause du fait qu'ils sont eux-mêmes (ou leurs familles) soumis aux risques d'attentats.

Les attaques terroristes palestiniennes, par bombes humaines sont devenues une routine ces 8 dernières années.

D'autres formes d'attaques ont eu lieu également : tirs dans la foule, véhicules chargés d'explosifs explosant dans les marchés, kidnappings de soldats et de civils, attentats par utilisation d'engin de travaux publics, de couteaux, de marteaux, bombardement permanents de villes telles que Sderot (appelée « ville de la terreur ») ou Ashkelon et Ashdod, depuis le retrait israélien de Gaza, etc.

Le psychologue et son patient partagent donc une réalité de terreur, ce qui diminue les capacités de résilience chez tous les deux (but recherché par l'ennemi).

Même si le soignant n'est pas directement confronté aux attentats, les reportages à la TV et à la radio maintiennent ce climat de menaces permanentes, dans lequel il doit travailler.

Shalvi et Luzatto ont pris un échantillon de 10 psychologues cliniciens travaillant avec des survivants d'attaques terroristes souffrant de symptômes (à différents degrés) d'ESPT. Ils ont proposé à chacun une interview de 90'. L'échantillon comprenait 5 femmes et 5 hommes. L'âge variait de 32 à 60 ans.

Les questions de base étaient :

- Combien avez-vous de patients traumatisés dans votre clientèle ?
- Quel genre de trauma traitez-vous ? (terrorisme, viols, victimations aiguës, chroniques)
- Combien de fois prenez-vous des vacances dans l'année ?
- Quel environnement sain vous êtes-vous aménagé ? (famille, amis, groupe de soutien, de traitement pour vous-même) ?

Des questions concernant l'implication personnelle des psychologues furent aussi posées :

- Pourquoi avez-vous choisi le traitement du psycho-traumatisme ?
- Pensez-vous qu'il est difficile pour un clinicien de traiter l'ESPT, alors qu'il est lui-même soumis à un risque potentiel d'attaques terroristes ?
- En quoi le traitement influence-t-il votre sensation de sécurité (le fait de penser à votre famille, de regarder la TV, de monter dans un bus ou dans le train...) ?

-Vous intéressez-vous aux détails *spécifiques* des attaques terroristes qui ont frappé vos patients (risque de scotomisations) ?

-Avez-vous personnellement été exposé (e) à un évènement traumatique ?

-Comment parvenez-vous à reconstruire un environnement sûr pour votre patient ?

-En quoi ce genre de traitement influence votre vision politique ?

-Pouvez-vous définir le contre-transfert que vous avez avec ces patients ? Est-il différent de celui que vous avez avec les autres patients ?

-Permettez-vous à ces patients un contact avec vous plus flexible que pour les autres patients ?

-Connaissez-vous la littérature concernant la « fatigue de compassion », la victimation secondaire, le « burnout » ?

Tous les 10 ont répondu que traiter des patients psycho-traumatisés fait partie du quotidien de la pratique en Israël. De plus, ils ont tous affirmé que refuser ce genre de patients est très mal vu, car tout le peuple partage cette réalité de terrorisme, et on attend beaucoup des psychologues, pour rassurer et soigner la population.

Tous les membres de l'échantillon ont indiqué qu'ils sont tout à fait conscients de cette réalité partagée avec les patients.

Les résultats de l'enquête ont montré aussi que les cliniciens reconnaissaient une certaine perte des limites dans le traitement, car ils développaient une trop grande identification à leurs victimes. Ils affirmaient même qu'établir des frontières trop rigides avec le patient risquaient d'être nocives pour les deux. C'est ainsi qu'ils permettent à leurs clients de les contacter chez eux, à n'importe quelle heure du jour et de la nuit.

De plus, la recherche a montré que ces thérapeutes avaient perdu la confiance de base dans le genre humain. Pour eux, l'humanité est foncièrement mauvaise (cf. Baruch Goldstein, médecin et psychologue clinicien, qui a assassiné de nombreux arabes dans une mosquée des Territoires en).

Par ailleurs, ces thérapeutes israéliens estiment que les problèmes qu'ils ont à affronter sont différents de ceux rencontrés par leurs collègues des autres pays, même si ces derniers sont aussi soumis aux risques de guerres/attentats (11/09 aux USA, morts récentes de soldats français en Afghanistan), car le nombre d'agressions en Israël est bien plus important. Ils ressentent donc une sensation de solitude professionnelle.

Tous les cliniciens ont reconnu le besoin de soutien pour eux-mêmes, mais ils ne font rien pour l'obtenir, estimant que les autres soignants, ou leurs conjoints sont dans la même situation qu'eux.

Les psychologues israéliens de l'échantillon prennent peu de vacances, par crainte de laisser leurs patients sans soin. Ils sont ébahis lorsqu'ils entendent que leurs collègues européens peuvent prendre jusqu'à un mois de vacances !

Shalvi et Luzzatto parlent d' « emergency routine » i.e. de « routine d'urgence » pour ces psychologues. Ils vivent et travaillent dans l'urgence et sont souvent en « burnout » (comme les policiers ou militaires) sans l'admettre, à cause de l'ambiance générale de stress. Leur position dans la société israélienne est donc « limite » dans ce sens qu'ils ont peu de recul et qu'ils maîtrisent mal leurs contre-transferts.

Conclusion

Le futur de la psycho-traumatologie en Israël va dépendre des efforts des universitaires, des praticiens, et des pouvoirs publics. En effet, il faut résoudre les problèmes à l'intérieur de la profession (risque de « burnout ») et à l'extérieur (relation avec l'ensemble de la population soumise aux stress de toutes sortes). À l'intérieur, en réduisant aussi les tensions entre les cliniciens et les autres spécialistes, en continuant de veiller à la qualité de la formation, en multipliant les programmes de formation permanente, de soutien psychologique aux praticiens, en renforçant les organisations professionnelles, et en veillant à ne pas se couper du monde international de la Psychologie et de la Médecine d'urgence.

Israël Bernard Feldman

Dr en Psychologie – Psychanalyste – Victimologue

Responsable en Israël de la Chaire d'enseignement UNESCO sur la Violence (UNITWIN)

Président de l'Association Israël-France de Victimologie de l'enfant et de sa famille

Chargé de cours Université Paris V

Membre du bureau de la Société Israélienne de Psychologie

Membre de la World Society of Victimology