

Abdel Halim Boudoukha

Burn-out et stress post-traumatique

Préface du Professeur Marc Hautekeete

2^e édition

DUNOD

Maquette de couverture :
Atelier Didier Thimonier

| | |
|--|--|
| <p>Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.</p> <p>Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements</p> | <p>d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.</p> <p>Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).</p> |
|  | |

© Dunod, 2020

11 rue Paul Bert - 92240 Malakoff
ISBN 978-2-10-080202-9

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Table des matières

| | |
|--|-----|
| <i>Préface</i> | 5 |
| CHAPITRE 1 – CLINIQUE DU BURN-OUT ET DU TRAUMATISME PSYCHOLOGIQUE | 17 |
| 1. Le burn-out..... | 20 |
| 2. Événements traumatogènes et stress post-traumatique..... | 37 |
| 3. Psychopathologie du burn-out et du stress post-traumatique..... | 52 |
| 4. Conclusion..... | 71 |
| CHAPITRE 2 – LA PRÉSENCE CONJOINTE D'UN BURN-OUT PATHOLOGIQUE ET D'UN TSPT : UN NOUVEAU SYNDROME ? | 73 |
| 1. L'expression conjointe du burn-out et du TSPT : cas clinique et singularité..... | 77 |
| 2. Études de cas : illustrations cliniques de la présence conjointe d'un traumatisme psychologique et d'un burn-out..... | 99 |
| 3. TSPT et burn-out : comment définir la complexité d'un tableau clinique comorbide ?..... | 114 |
| CHAPITRE 3 – APPROCHES THÉRAPEUTIQUES DU BURN-OUT PATHOLOGIQUE ET/OU DU TRAUMATISME PSYCHOLOGIQUE (TSPT) : COMMENT PRENDRE EN CHARGE LES PATIENTS EN SOUFFRANCE ? | 131 |
| 1. La psychothérapie du burn-out pathologique..... | 135 |
| 2. La thérapie du traumatisme psychologique..... | 149 |
| 3. La thérapie conjointe du burn-out et du traumatisme psychologique..... | 161 |
| <i>Bibliographie</i> | 187 |
| <i>Index des notions</i> | 205 |
| <i>Index des auteurs</i> | 207 |

Préface

En psychopathologie et en psychiatrie il y a toujours eu des modes. À certaines époques, on a mis l'accent sur des troubles très divers, troubles dont la nosographie était parfois bien incertaine, sinon sujette à caution. Dans certains cas, on peut y déceler un lien net avec les modes de pensée culturellement dominants. Un exemple classique en est l'hystérie, « maladie » quasiment réservée aux femmes très en vogue à une époque régentée par l'homme tout-puissant, qui est disparue des classifications actuelles.

Mais il arrive que cette mise en lumière sociale d'un trouble soit liée à une évolution réelle des conditions de vie et/ou à des événements forçant l'intérêt public. C'est le cas du *burn-out* pour la première raison et du trouble du stress post-traumatique (TSPT) pour la seconde. Devenu un terme communément attaché aux conditions de travail, le *burn-out* est à l'honneur de nombreux articles de journaux. Le TSPT est devenu un classique des séries télévisées.

Tous deux concernent le stress mais ces appellations assez récentes n'en font pas pour autant des troubles nouveaux. Je précise que je parle ici dans les deux cas de « troubles », bien que seul le TSPT soit reconnu officiellement comme tel dans les classifications, contrairement au *burn-out* qui en est absent mais qui est largement reconnu comme tel par la communauté des psychothérapeutes.

L'ancienneté de la connaissance du trouble est souvent cachée par une terminologie différente. On peut signaler le « surmenage » qui a longtemps précédé le terme de *burn-out* inventé il y a une quarantaine d'années en mettant l'accent sur le stress au travail et qui a explosé dans la connaissance populaire il y a une vingtaine d'années. Il est curieux de voir que le *burn-out* est parfois encore traduit par le seul « épuisement professionnel » (voir Wikipédia !), passant sous silence la composante « stress », ce qui entretient la confusion. On ne peut nier que le *burn-out* ait pu exister avant les années soixante-dix, mais il est nettement apparu avec une évolution des pratiques dans le monde du travail, cause non seulement d'un épuisement mais aussi indéniablement d'un stress. Outre l'aspect « épuisement », il implique une situation stressante, souvent à forte composante de relations interpersonnelles, qui a perduré dans

le temps produisant alors un stress chronique. C'est ainsi qu'il est maintenant reconnu que le *burn-out* se retrouve aussi hors du cadre institutionnel du travail, dans des situations analogues, sources d'épuisement mais aussi de stress (par exemple les aidants, les mères de famille, etc.).

Le TSPT est aussi un terme récent, mais il est généralement lié à un événement précis. On pourrait aussi citer plusieurs termes utilisés au cours du temps pour dénommer des troubles que l'on peut, a posteriori, qualifier de TSPT. La névrose traumatique, puis l'état de « choc » des soldats ayant combattu dans les tranchées durant la guerre de 1914-1918 en sont des exemples. Cependant remarquons un point peu développé à l'époque. Soit un soldat retrouvé en état de « choc » après une offensive ou un bombardement particulièrement intense : on a bien un événement précis cause du « choc », mais ce soldat-là a subi cette vie d'enfer durant des mois auparavant. Dans ce cas nous avons un événement stressant produisant le choc mais qui survient après de longs mois de stress permanent. Sous l'appellation « état de choc » on a de nombreux cas très différents allant du soldat qui vient juste d'arriver sur le front jusqu'à celui qui a subi un stress chronique jusqu'à l'événement déclencheur final.

Il est donc difficile de se fonder sur des cas anciens, assimilables au *burn-out* ou au TSPT, les définitions des termes antérieurement utilisés impliquant des critères différents de ceux actuellement considérés comme caractéristiques de ces troubles. Dans la grande majorité des cas les descriptions qui en sont faites dépendent trop des références aux critères caractéristiques de l'époque pour être suffisamment précises et exhaustives afin qu'on les réétudie exactement avec les critères actuels.

Il n'en reste pas moins que les conditions d'apparition du *burn-out* et du TSPT sont bien différenciées sur le plan historico-social. Le TSPT, dans sa définition actuelle, n'est plus lié aux seuls événements de guerre, mais aussi à tout événement violemment stressant : attentat, catastrophe naturelle, accident, viol, que ce soit en tant que victime ou en tant que témoin. De tout temps de tels événements ont eu lieu et il faut donc admettre que des personnes ont été victimes d'un TSPT. On peut avancer l'idée que de telles situations stressantes violentes sont de plus en plus fréquentes : c'est le cas depuis quelques décennies des accidents de voiture et actuellement des attentats.

Cependant il faut remarquer que peu (il y en a toujours trop!) de gens en sont directement affectés : la multiplication des médias a largement concouru à la diffusion de ces scènes stressantes. Ainsi le nombre de personnes sensibilisées est-il devenu extrêmement important et une sorte de préparation au stress aigu se fait-elle de façon insidieuse. Un tremblement de terre dans un pays lointain fait un nombre de victimes bien plus important mais le risque d'y être directement confronté étant faible, il n'a pas ce même impact. Les interviews de personnes non directement concernées devant venir sur les lieux d'attentats récents ou évoquant ces faits sans les avoir réellement vécus montrent à l'envi qu'elles se sentent stressées, même sans raison objective. Le risque permanent d'un attentat lors d'une sortie en ville est avancé par un nombre assez important de personnes. Ne s'agit-il pas là d'un état de stress chronique concernant d'autres personnes que celles ayant développé un TSPT à la suite de l'attentat ?

Question ancienneté, il en va différemment du *burn-out* : la pénibilité au travail dans les époques antérieures, de l'Antiquité aux années soixante, était surtout d'ordre physique. Le travail des paysans et des ouvriers d'usine pouvait être épuisant mais si stress chronique il y avait, il renvoyait surtout au risque de manquer de revenus suffisants pour vivre et non au travail en soi. Les conditions d'apparition d'un véritable *burn-out* étaient très rares et ce trouble passait donc inaperçu. C'est le changement des conditions de travail, en particulier l'augmentation de la pression temporelle, des contrôles, de la productivité personnelle, de la sélection éliminant les plus fragiles (ex : les plus âgés), des écrémages et des suppressions annoncées des postes de travail, etc., qui a engendré le *burn-out*. Ainsi est apparu un « nouveau » trouble du stress, du moins un trouble dont l'existence devient visible par sa fréquence.

Apparemment donc, les deux troubles semblent bien différenciés par leurs conditions d'apparition, mais l'exemple du soldat décrit précédemment montre la possibilité d'une intrication entre un stress permanent, sans doute supportable mais minant peu à peu les ressources de *coping* de l'individu, et un stress aigu produit par un événement brutalement destructeur. Le second serait-il arrivé sans le premier ?

Dans ces deux troubles, il est absolument probable que des caractéristiques individuelles entrent en interaction avec les facteurs de stress. Que

ce soit dans le *burn-out* ou le TSPT, toutes les personnes placées dans la même situation ne manifestent pas le trouble. Des caractéristiques de personnalité sont nettement impliquées et constituent un facteur de sensibilisation. Mais l'un ou l'autre de ces deux troubles peut lui-même être un facteur de préparation. Leur intrication est donc un problème important et rend complexe la prise en charge psychothérapeutique.

Cela ne donne qu'une petite idée de la complexité de l'approche de ces deux troubles.

L'ouvrage d'Abdel-Halim Boudoukha est, à ma connaissance, le seul abordant le sujet dans son ensemble : non seulement il traite le *burn-out* et le TSPT séparément, mais il aborde aussi leur possible interrelation.

Il est évidemment indispensable de les présenter chacun isolément, ce qui apparaît dans d'autres publications : de multiples cas se présentent au psychothérapeute concernant uniquement soit le *burn-out* soit le TPST et il est important de les reconnaître correctement et d'être au fait des dernières modalités de prise en charge. Mais ce qui caractérise cet ouvrage c'est le parti de l'approche scientifique. Ces deux domaines, le *burn-out* et le TSPT, donnent trop souvent lieu à des présentations simplistes, souvent approximatives sinon fausses et un tri sérieux des publications est nécessaire. Ainsi les travaux exposés reposent sur la recherche empirique, quantitative et sur la recherche clinique expérimentale ; les bases théoriques et la pratique se réfèrent aux thérapies comportementales et cognitives (TCC). En cela cet ouvrage est original et exemplaire.

J'ai précédemment donné un exemple de l'intrication possible d'un stress chronique et d'un stress aigu apparus successivement dans les mêmes conditions. En psychopathologie on a l'habitude de traiter de troubles bien définis, pris isolément, mais depuis quelque temps l'attention s'est largement portée sur les comorbidités et il apparaît maintenant qu'elles ne sont pas l'exception mais au contraire très courantes. Dans ce livre l'auteur alloue une large place à la comorbidité entre le *burn-out* et le TSPT. Cet apport d'Abdel-Halim Boudoukha est réellement innovant et constitue l'un des points d'intérêt majeurs de cet ouvrage. Le problème fréquent des comorbidités est en partie à l'origine d'un nouveau mode d'appréhension des troubles mentaux et en conséquence de leur prise en charge. Les comorbidités peuvent n'être que la juxtaposition d'un trouble sur un autre. Généralement il y a un trouble

considéré comme principal et un ou des troubles comorbides. Mais il y a aussi des cas où l'on ne peut pas sérieusement dire que l'un ou l'autre est principal.

On peut fournir plusieurs types d'explications à ces comorbidités mais il y a en deux qui me semblent prévaloir.

La plus connue est orientée : une personne souffrant d'un trouble va devenir addictive à l'alcool ou aux drogues illicites pour « gérer » son anxiété. Un schizophrène va s'adonner aux drogues. Oui, mais on sait maintenant que la consommation de drogues peut augmenter le trouble schizophrénique et que certaines drogues peuvent provoquer des troubles de type schizophrénique et la relation n'est pas obligatoirement en sens unique.

La seconde consiste à considérer que des facteurs sont communs à divers troubles mentaux. L'approche dimensionnelle qui tend à se développer actuellement est compatible avec cette conception. L'approche transdiagnostique développée en thérapies comportementales et cognitives (TCC) met ainsi en évidence des dysfonctionnements que l'on peut étudier et comparer à travers les différents troubles. Des processus psychologiques sont à la base de l'explication de la psychopathologie. Cette approche processuelle rend en particulier bien compte des comorbidités.

C'est cette approche qu'Abdel-Halim Boudoukha introduit dans cette troisième édition : elle est au premier plan des travaux actuels et s'avère bien adaptée à la problématique complexe des troubles du stress et en particulier des liens pouvant exister entre le *burn-out* et le TSPT.

Cette partie particulièrement novatrice de cet ouvrage ouvre les portes à une meilleure compréhension de ces troubles mais aussi à une prise en charge plus efficace car axée sur les fondements psychologiques mêmes du *burn-out* et du TSPT.

Je recommande cet ouvrage à tous les chercheurs, praticiens et étudiants avancés en psychiatrie, psychologie et psychothérapie. Il est d'une grande richesse car son auteur a travaillé dans ce domaine durant de longues années, en tant que praticien et en tant que chercheur. Cette mise à jour est la bienvenue : l'ensemble de l'ouvrage repose sur des travaux scientifiquement fiables menés dans le cadre de l'approche diagnostique catégorielle mais le

Burn-out et stress post-traumatique

questionnement approfondi mené par Abdel-Halim Boudoukha a montré la nécessité de dépasser les limites de ce modèle et de présenter au lecteur ce qui se fait de plus nouveau dans le domaine psychothérapeutique : l'approche processuelle ou approche transdiagnostique. Voici donc un ouvrage à jour des travaux actuels indispensable à ceux et celles qui s'intéressent aux *burn-out* et au TSPT.

Pr. Marc Hautekeete

Introduction

Burn-out et traumatismes psychologiques occupent très largement l'actualité depuis quelques années. En effet, les situations de violence auxquelles notre société est soumise sont particulièrement dramatiques tant dans notre environnement de vie (*cf.* les attentats terroristes dont nous avons été victimes) que dans notre environnement de travail (*cf.* les suicides de professionnels sur le lieu de travail).

Stressé, fatigué, épuisé, vidé, choqué, traumatisé ? Ces adjectifs sont utilisés tellement fréquemment qu'ils semblent faire partie intégrante de la vie. Le phénomène a d'ailleurs pris une ampleur telle qu'il ne se passe pas une journée sans que nous nous y référions pour expliquer nos états d'âme, notre santé, nos tracas passagers, nos échecs ou encore les comportements de nos semblables. Depuis l'appropriation de ces qualificatifs par le langage populaire, il n'est plus possible aujourd'hui de parler de problèmes humains sans y faire allusion. Les journaux, la radio et, de manière encore plus manifeste, la télévision, nous rappellent constamment qu'ils sont la cause de tous nos maux et qu'il faut lutter contre eux pour atteindre le bonheur.

Le stress est le premier désigné au rang des accusés : un très grand nombre de facteurs sont susceptibles de le causer dans notre société post-industrielle. Parmi ceux le plus souvent invoqués, la sphère du travail et les phénomènes de violence occupent une place prépondérante. On souffre à cause de son travail, parce qu'il est épuisant ou qu'on s'y sent inutile, mais on souffre également parce que l'on en recherche un ou que l'on n'en trouve pas depuis des années. La détresse en raison du travail est telle qu'elle a donné lieu à un acronyme, les RPS ou risques psychosociaux (RPS), incontournables dès lors qu'il s'agit d'aborder la souffrance au travail. Nasse et Légeron (2008) les définissent comme des « risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental » (2008, p. 49). Les RPS résultent donc de la combinaison de dimensions individuelles, collectives et organisationnelles dans l'activité professionnelle. Ils

comportent la notion de « risque » ou de facteurs de risque, qui désigne tout facteur ou toute condition qui augmente la probabilité d'un développement psychopathologique, et celle de « trouble », qui désigne l'état de souffrance.

Parmi les « risques psychosociaux » au travail (RPS), le stress chronique à la base du *burn-out* occupe une place particulière en tant que souffrance psychologique. S'il trouve une partie de ses racines dans des facteurs individuels, l'environnement de travail ne peut en être exclu : le *burn-out* est avant tout le résultat produit par des contextes situationnels, même si ce phénomène se traduit essentiellement au niveau de l'individu.

D'un autre côté, les phénomènes de violence semblent de plus en plus fréquents. Ils provoquent également de nombreuses souffrances. Au cours de notre vie, nous y sommes malheureusement confrontés, directement ou indirectement, voire parce que dans le cadre de notre vie professionnelle ou personnelle, nous accueillons ou côtoyons des personnes qui en sont victimes. Ils sont enfin omniprésents parce que de plus en plus disséqués, photographiés et médiatisés. Ils provoquent de nombreuses souffrances comme le stress post-traumatique ou traumatisme psychologique qui a fait « irruption » dans le champ du travail, à de multiples occasions, que ce soit en raison du caractère de plus en plus violent des rapports humains en entreprise (agressions, hold-up) ou par le biais de l'accompagnement des situations traumatiques (soins palliatifs, secouristes, pompiers, etc.). Ces états de souffrance et de détresse consécutifs du stress, qui sont des expériences particulièrement négatives, génèrent un mal-être – c'est indéniable – mais aussi, dans certains cas, de véritables « maladies ». Il est donc nécessaire de mieux comprendre l'apparition et le développement de telles « maladies » (maladies que l'on peut considérer comme des troubles spécifiques du stress) car dès lors, il est possible de développer des prises en charge psychologiques efficaces par la validation empirique.

C'est à ces questions que sera consacré cet ouvrage. En effet, c'est avant tout par ses conséquences négatives, tant en termes d'émotions, de comportements que de pensées, que le stress est rétrospectivement identifié. C'est aussi par l'identification de symptômes somatiques (du corps) et psychiques (de l'esprit) spécifiquement reliés aux conséquences du stress que des « maladies » ont été décrites dans la littérature scientifique. Il s'agit plus particulièrement du « syndrome de *burn-out* », que l'on retrouve plus simplement sous le terme de *burn-out*, et du stress post-traumatique ou

traumatisme psychologique, appelé académiquement trouble de stress post-traumatique (TSPT).

Ces deux formes spécifiques de stress ont été formalisées assez récemment, bien que leur existence en tant qu'entités cliniques soit déjà ancienne, sous le nom de « névrose traumatique » pour le TSPT et de « surmenage » pour le *burn-out*. Si les recherches cliniques et expérimentales sur le traumatisme psychologique et le *burn-out* ont commencé à apparaître dans des revues scientifiques vers le début des années soixante-dix, elles ont, dès le départ, soulevé un ensemble de questions, notamment sur la réalité de l'existence de ces « troubles spécifiques du stress » en termes d'entités ou de troubles mentaux spécifiques. Nous verrons que si un grand nombre de questions ont trouvé réponse, certaines interrogations restent en suspens. Le premier chapitre sera consacré dans sa première partie à la clinique et aux modèles prédominants du *burn-out* et, dans sa deuxième partie, aux troubles de stress post-traumatique. Nous nous attacherons également à présenter l'histoire de ces troubles afin d'expliquer comment leur formalisation a pu voir le jour.

Un problème persistant mérite dès lors toute notre attention : il s'agit de l'étude systématiquement séparée du *burn-out* et du traumatisme psychologique. En effet, s'ils sont tous deux considérés comme des conséquences de stress, de stress chronique pour le *burn-out* et de stress aigu et violent pour le TSPT, leur étude conjointe ne fait l'objet que de rares publications scientifiques. On peut avancer comme début d'explication que le TSPT est formalisé comme un trouble psychique et qu'il est référencé dans les grandes classifications des maladies mentales, contrairement au *burn-out* qui, lui, n'est pas considéré comme un trouble et n'appartient à aucune nosographie (classification des troubles psychiques). Les premiers articles qui ont porté sur la question n'ont pas été acceptés par les revues scientifiques au titre qu'elles ne publiaient pas de *pop psychology*¹. Nous verrons d'ailleurs que lorsqu'une personne en présente les symptômes (un niveau de *burn-out* très intense), le diagnostic de dépression est préférentiellement posé. Ce problème d'identification du diagnostic explique en partie que l'étude du TSPT associée au *burn-out* s'avère compliquée. Pourtant, des

1. La *pop psychology* pour *popular psychology* est un terme péjoratif voire méprisant indiquant un effet de mode, un sujet qui n'est pas sérieux. *Pop psychology* désigne également un phénomène psychologique éphémère.

travaux récents justifient l'étude conjointe de ces deux « maladies du stress », voire le diagnostic d'un nouveau trouble. Le deuxième chapitre sera donc dévolu aux liens entre *burn-out* et TSPT. Il sera l'occasion d'une présentation clinique de la symptomatologie polymorphe de sujets rapportant à la fois un TSPT et un *burn-out* pathologique, puis d'une discussion sur la complexité du tableau clinique.

Par ailleurs, la sphère du travail a longtemps été considérée comme le facteur explicatif exclusif du *burn-out*. Le *burn-out* était donc réduit à une conséquence du travail ou à une pathologie strictement professionnelle. Or, les recherches scientifiques ont pointé les relations interpersonnelles stressantes, chroniques et astreignantes au niveau professionnel mais également dans la sphère personnelle comme des facteurs impliqués dans l'apparition du *burn-out*. C'est donc récemment qu'il est sorti de son confinement au domaine du travail pour faire l'objet de recherches dans différents champs, comme celui des lycéens, des étudiants, des aidants familiaux, des couples ou encore des mères de famille. D'autre part, l'identification du trouble de stress post-traumatique a été dans un premier temps limitée aux conséquences d'événements exceptionnels et traumatisants tels que la guerre. Il a fallu attendre la formalisation de sa symptomatologie principale, puis associée, pour qu'il couvre une gamme plus étendue de situations telles que des catastrophes naturelles, des tortures ou encore des agressions sexuelles, des prises d'otages, des tentatives de meurtre, des agressions ou des accidents de voiture graves, vécus directement ou indirectement, plus ou moins récemment, et qu'il s'étende aux personnes témoins ou proches des victimes de tels événements.

La formalisation, dans des domaines différents, du TSPT en tant que trouble d'une part et du *burn-out* en tant qu'état ou syndrome d'autre part explique que peu d'études portent sur ces deux « maladies » de stress simultanément. Au-delà des problèmes d'identification, de diagnostic ou de formalisation de ces « maladies », c'est la question de la prise en charge psychothérapique des personnes qui se pose car les patients-clients-usagers qui souffrent doivent bénéficier des traitements les plus efficaces. C'est à cette question que le dernier chapitre sera consacré. Nous nous concentrons dans un premier temps sur la psychothérapie du *burn-out*. En raison du nombre limité d'études sur ce domaine, nous nous appuyons essentiellement sur la prise en charge psychothérapique de ceux de nos patients présentant uniquement un *burn-out*. La thérapie du TSPT sera présentée

dans un deuxième temps. Enfin, nous terminerons ce dernier chapitre par des propositions-indications psychothérapeutiques pour une prise en charge des patients-clients-personnes présentant conjointement un TSPT et un *burn-out* pathologique.

L'évolution de ces souffrances au travail notamment dans leur inscription sociétale justifie la présente édition de cet ouvrage. En effet, la Haute Autorité de la Santé (HAS) a édité les recommandations de bonnes pratiques relatives au *burn-out* et l'Association des Psychologues Américains (APA) en a fait de même en ce qui concerne le traitement du trouble lié de stress post-traumatique.

Cette troisième édition vise donc à apporter une actualisation des connaissances sur le *burn-out* et son expression chez des personnes qui n'exercent pas une activité professionnelle (par exemple les aidants familiaux). Elle se donne également comme objectifs de décrire les évolutions diagnostiques relatives au TSPT et les nouvelles formes cliniques à la croisée du *burn-out* et du TSPT (fatigue de compassion, traumatismes vicariants, trauma secondaire).

Il nous semble que cet ouvrage trouve son intérêt en raison de la recrudescence des violences et du stress dans les relations interpersonnelles, qui semblent devenir de plus en plus stressantes, harassantes, voire violentes ou agressives. Elles génèrent des malaises, un mal-être, des souffrances qui, souvent, se chronicisent et conduisent à l'expression de troubles psychopathologiques. Parmi eux, le *burn-out* et les troubles de stress traumatique sont susceptibles de devenir de plus en plus fréquents, notamment de manière concomitante. Il est donc nécessaire et urgent que cette problématique soit abordée afin de donner de l'espoir aux personnes, souvent en extrême vulnérabilité psychique, qui en souffrent. Ce livre leur est destiné, ainsi qu'aux praticiens et à toutes celles et ceux qui désirent comprendre comment les stress chroniques et aigus peuvent se cristalliser en état de détresse massif.

Chapitre 1

Clinique du burn-out et du traumatisme psychologique¹

1. Toutes les vignettes cliniques s'appuient sur des extraits des entretiens cliniques de patients reçus dans le cadre d'une psychothérapie. Pour des raisons déontologiques, les données biographiques (sexe, âge, études, lieux de vie, situation matrimoniale, etc.) ont été modifiées afin de garantir l'anonymat des patients. Les données psychopathologiques (anamnèse, symptômes, diagnostic, etc.) ont été respectées afin de garantir la compréhension clinique. Enfin, tous les patients sont informés que le contenu des entretiens psychothérapeutiques est susceptible d'être utilisé dans le cadre d'une diffusion anonyme (articles scientifiques, enseignements universitaires, ouvrages, etc.).