

# DOSSIER

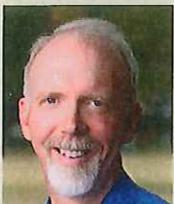
L'Évaluation thérapeutique, un nouveau paradigme clinique

## Le compte rendu écrit



Lionel Chudzik

Psychologue clinicien  
Docteur en psychologie



Stephen E. Finn,  
Ph. D.

Psychologue,  
centre d'évaluation  
thérapeutique,  
Austin, Texas, États-Unis

**Si chacune des étapes qui constitue l'Évaluation thérapeutique a son importance, il en est une qui est assez atypique, consistant en la rédaction d'une lettre adressée directement au patient. Envoyée à l'issue de la séance de résumé / discussion, elle est un véritable temps fort, livrant toutes les informations qui ont émané des séances précédentes, les analyses du psychologue et les réponses qui se profilent aux questions de départ. Une présentation détaillée et illustrée de cette technique de restitution.**

Plusieurs modèles de compte rendu écrit ont déjà été proposés (Sultan, Chudzik, 2010), avec différentes structures, telles que le fait de passer en revue chaque test ou encore de procéder par grand domaine de fonctionnement (émotion, comportement, pensée, relation interpersonnelle, etc.). Bien souvent, ces écrits ont été pensés pour des professionnels, psychiatres le plus souvent. L'écrit à destination de nos patients est souvent considéré avec circonspection et évité. Très vite se pose la question de ce que nous pouvons écrire ou pas, la question du risque d'enfermer la personne dans une étiquette ou un diagnostic, la question de la réception de cet écrit, etc. Toutes ces questions sont, bien entendu, légitimes et nécessaires. Et leur origine est facilement compréhensible. Dans le cas où le bilan psychologique est demandé par un psychiatre pour une aide au diagnostic et à la prise en charge, c'est-à-dire dans le cas d'une évaluation traditionnelle, le patient n'est que très peu impliqué dans la démarche. Il est alors difficile de l'y réintroduire à la fin du processus.

L'Évaluation thérapeutique (Finn, 2007) a permis de repenser ce document et d'en faire un écrit complètement

personnalisé, une lettre. Elle fait partie intégrante de l'ET et a sa raison d'être. Brianne R. Lance et Radhika Krishnamurthy \* ont montré, en effet, que la meilleure façon de faire une restitution de résultats d'un bilan psychologique était de combiner un retour oral et un retour écrit. Cette lettre est donc la suite logique de la séance de résumé / discussion. Elle constitue un pont entre l'Évaluation thérapeutique et la vie de tous les jours du patient. Elle est aussi une reconnaissance de tout le travail effectué avec le thérapeute.

Cette partie de l'ET peut prendre plusieurs formes, et nous n'aborderons ici que la version destinée aux adultes. Cependant, lorsque la personne est orientée par un autre professionnel (un psychothérapeute qui fait face à une difficulté dans une prise en charge, un psychiatre voulant des informations pour un diagnostic...), ce dernier recevra aussi un compte rendu écrit mais différent. Dans ce cas de figure, il est également demandé aux professionnels, dans les premiers contacts, de formuler leur demande sous forme de questions. Et l'écrit qui leur sera envoyé reprendra ces questions. Une autre innovation de l'Évaluation thérapeutique concerne le retour écrit à destination des enfants (Tharinger *et al.*, 2008). Dans ce cas de figure, un conte sera écrit pour l'enfant qui reprendra l'ensemble de l'Évaluation thérapeutique, incluant les questions que les parents se posaient au départ, les événements significatifs qui se sont produits durant l'ET et les solutions trouvées. Il sera remis en main propre à l'enfant en lui expliquant de quoi il s'agit, et il lui sera demandé de choisir quelqu'un dans la pièce pour le lire à voix haute. Ce type de séance est toujours très émouvante pour l'ensemble des participants. →

### Note

\* Lance B. R., Krishnamurthy R., 2003, « A Comparison of Three Modes of MMPI-2 Test Feedback », présentation au Midwinter Meeting of the Society for Personality Assessment, San Francisco, CA.

## → RÉDACTION DE LA LETTRE

Cette lettre suit certains principes pour la rédaction. Elle est rédigée à la première personne du singulier et elle s'adresse directement au patient. Cette lettre doit refléter l'atmosphère affective qui a été créée avec le patient au cours de l'Évaluation thérapeutique. Certaines personnes auront besoin d'une distance plus grande et la lettre sera plus formelle, d'autres auront besoin d'une proximité affective plus importante et la lettre se fera plus chaleureuse. La lettre est organisée en fonction de la séance de résumé / discussion. Bien souvent, elle reprendra les questions du patient et apportera les réponses trouvées durant l'ET. Parfois, il est utile d'organiser la séance de résumé / discussion en commençant par une présentation générale des résultats avant d'aborder les questions. Dans ce cas, la lettre reprendra cette même organisation. L'écrit ne contient pas que les résultats des tests. Le thérapeute fera mention des contributions du patient à la compréhension de ces résultats. Nous emploierons les termes qu'il a utilisés, les métaphores qui seront apparues durant les séances, parfois certaines réponses au Rorschach par exemple ou, pour les enfants, certains dessins. La lettre doit contenir les questions du patient et les réponses qui ont été élaborées pendant le processus. Là encore, en utilisant les apports du patient, les exemples qu'il a proposés, les explications qu'il a données. À chaque fois qu'il est fait mention d'un test, celui-ci doit être expliqué et rappelé au souvenir de la personne. Par exemple, après avoir mentionné le MMPI, nous évoquerons « le très long questionnaire » ou « les taches d'encre » pour le Rorschach. Ou encore, tous les termes que la personne aura utilisés pour le dénommer. La lettre contiendra aussi les analyses du thérapeute, dont il aura discuté avec le patient. La lettre pourra aussi contenir ses impressions. Mais, surtout, elle devra faire part de ce qu'il aura appris lui-même durant cette Évaluation thérapeutique. Enfin, mais cela paraîtra évident à ce stade, la lettre ne contiendra pas de jargon professionnel. Elle se doit d'être le plus fluide possible et de retransmettre au plus près les échanges qui auront eu lieu.

Cher M. S.,

*J'espère que vous allez bien. Comme promis, je vous envoie le compte rendu du bilan que nous avons fait ensemble. J'espère que ce document vous sera utile et vous rappellera les points que nous avons discutés lors de notre dernière rencontre. Je vais donc reprendre vos questions et utiliser les résultats que nous avons obtenus, ainsi que nos discussions pour y répondre. Avant de commencer, je voudrais souligner combien j'ai été impressionné par le travail que vous avez mené tout au long de nos rencontres. Vous avez affronté, en peu de temps, des choses que vous aviez « lissées » depuis de nombreuses années. Ce qui nous a permis de donner du sens à votre mal-être.*

## EXEMPLE CLINIQUE

Le meilleur moyen de rendre compte de cet écrit dans l'Évaluation thérapeutique est bien sûr de donner un exemple. Il en existe plusieurs dans la littérature (Finn et Chudzik, 2010), dont un de fable pour enfant (Finn et Chudzik, 2013). La lettre ci-dessous est adressée à M. S., venu consulté pour des crises d'angoisse particulièrement intenses et fréquentes. Présentes depuis six ans au moment de la première consultation, elles surviennent le plus souvent en début de soirée et perdurent jusque tard dans la nuit. Durant ces crises d'angoisse, il reste prostré sur son lit avec des difficultés de respiration, des douleurs au cœur et une peur de mourir intense. De nombreux examens médicaux ont été réalisés, mais n'ont rien révélé. Il a entamé de nombreuses thérapies : TCC, EMDR, sophrologie, hypnothérapie. Il a, en outre, consulté un psychiatre pour un traitement médicamenteux. Toutes ces démarches demeurent sans succès, à l'exception de l'hypnothérapie qui semble avoir débouché sur un mieux-être. C'est avec découragement et agacement qu'il viendra à notre première rencontre. Il acceptera l'idée d'une Évaluation thérapeutique après les explications d'usage. La lettre ci-dessous reprend les cinq questions qu'il a souhaité poser pour cette évaluation. Deux tests ont été utilisés : le MMPI-2-RF et le Early Memory Procedure (Bruhn, 1992). La phase d'évaluation a été marquée par la peur de M. S. que les tests puissent mettre au jour quelque chose de grave ou qu'ils puissent faire empirer ses crises d'angoisse. C'est une des raisons pour lesquelles le Rorschach si ne sera pas utilisé. Quelques rencontres après le début de l'ET, les crises d'angoisse vont disparaître petit à petit. Une enquête élargie au MMPI-2-RF (Ben-Porath, Tellegen, 2008) sera alors déterminante. Les résultats montrant des scores d'anxiété très bas, je lui ai présenté les profils et expliqué les scores. En lui soulignant ma surprise, je lui ai demandé ce que ça lui faisait de voir de tels résultats. Il s'est mis à pleurer en me disant que le jour où il avait passé le MMPI-2-RF, il se sentait bien et n'avait pas voulu se décrire comme anxieux. Ces résultats venaient lui confirmer qu'il pouvait être quelqu'un d'autre. La lettre retrace différents moments comme celui-là. Les termes entre guillemets sont ceux que M. S. a utilisés à divers moments de l'ET.

Vous m'avez aussi appris quelque chose sur les attaques de panique. Je n'ai que rarement vu de telles manifestations disparaître de façon aussi subite. Il me semble aujourd'hui que votre colère à leur rencontre est l'une des raisons de leur disparition. Vous avez su ne plus vous laisser envahir par elles.

Concernant vos questions :

### 1. Comment arrêter ces crises d'angoisse ?

Cette question est vite devenue caduque au cours de nos premiers entretiens, puisque les crises d'angoisse ont presque totalement disparu. J'ai été impressionné lors de nos premiers entretiens par l'intensité et la durée qu'elles avaient. Cependant, nous avons vu qu'elles pouvaient revenir de façon atténuée ou ponctuelle.

Au cours de nos rencontres, nous avons vu que ces crises d'angoisse étaient liées à certaines émotions que vous craigniez. Le travail sur les souvenirs que nous avons fait nous a particulièrement éclairés sur ce point. Vous avez tout d'abord rapporté des souvenirs très généraux, en pensant que vous n'aviez pas de souvenir de votre enfance ou qu'il n'y avait rien d'intéressant à en dire. Puis, petit à petit, vous avez retrouvé des souvenirs précis de votre histoire. Ces souvenirs, parfois très étonnants, nous ont montré combien votre famille avait fonctionné en « lissant » toute émotion trop importante, même positive (le souvenir de votre chambre de petit garçon, le souvenir du scooter). À un point, parfois, que vos parents ne voyaient pas vos signaux d'alarme (le souvenir où vous fumez des joints dans la salle à manger). Cette enfance a eu des bons côtés, et vos parents ont fait comme ils ont pu. Il serait inopportun de leur faire des reproches aujourd'hui. Cependant, ce fonctionnement familial ne vous a pas permis d'apprendre à exprimer et à gérer vos propres émotions. En grandissant, vous avez repris à votre compte ce fonctionnement, en « lissant » vos propres émotions. Le cannabis vous a, à mon avis, aidé en cela pendant de nombreuses années. Lorsque vous avez arrêté, les crises d'angoisse sont apparues. Nous avons vu qu'elles étaient déclenchées par des émotions que vous n'arriviez pas à exprimer ou dont vous aviez peur. Vous avez pleuré lors de nos premiers rendez-vous, tout en me disant que cela ne vous était pas arrivé depuis de nombreuses années. Par la suite, nous avons vu à plusieurs reprises que vos émotions avaient pris la place des crises d'angoisse. Si cela peut être douloureux, comme dans les moments de tristesse, ces émotions sont préférables aux crises d'angoisse.

Aujourd'hui, ces crises d'angoisse peuvent vous servir de signal. Elles apparaissent lorsque vous êtes confronté à quelque chose de difficile et que vous ne le prenez pas en compte. En quelque sorte, ces crises d'angoisse vous rappellent à l'ordre et vous empêchent de tricher avec vous-même. Je vous encourage à vous en servir. Lorsque vous sentez les premiers signes, demandez-vous ce que cela vous indique. Qu'est-ce qui s'est passé qui ait pu vous rendre malheureux ? Et, surtout, de partager cela avec quelqu'un. Lorsque les crises d'angoisse sont dues à une colère que vous ne vous autorisez pas, écoutez cette colère et faites-en part à la personne qui en est à l'origine. Si la crise d'angoisse est due à une tristesse que vous ne vous autorisez pas, appelez un(e) ami(e) pour partager cette émotion ou pour sortir.

### 2. Pourquoi moi ? Et pourquoi ça continue avec tous les efforts que je fais ?

Cette question souligne combien ces crises étaient incompréhensibles pour vous et injustes. Elles vous ont paralysé pendant plusieurs années sans que vous puissiez comprendre ce qui vous arrivait. Et vous avez vraiment essayé beaucoup de méthodes différentes (psychiatre, EMDR, hypnose, sophrologie, thérapie cognitivo-comportementale). Vous avez vraiment essayé de traiter ce problème et vous avez fait preuve de beaucoup de courage.

Pourquoi vous ? Il serait impossible de ne trouver qu'une seule réponse à cette question. Ce que nous avons vu de votre enfance nous donne des pistes. Comme je vous l'ai expliqué, un nourrisson, un enfant, un adolescent a besoin de ses parents pour apprendre à réguler ses émotions. Certains de mes collègues utilisent la métaphore de la tasse et de la soucoupe pour expliquer cela. Quand un nourrisson naît, il ne dispose que d'un dé à coudre pour mettre toutes ses émotions à l'intérieur, et, bien sûr, le dé à coudre déborde. Les parents sont là pour mettre une soucoupe en dessous du dé pour récupérer toutes les émotions qui débordent. Petit à petit, cette soucoupe permet à l'enfant de mieux gérer ses émotions et son dé à coudre se transforme en tasse à café. La soucoupe reste utile et, plus elle sert, plus l'enfant grandit et sa tasse à café se transforme en bol, puis en saladier... Adulte, cet enfant aura à sa disposition un seau et pourra contenir tout un tas d'émotions différentes sans que cela ne déborde. Lorsque les parents ne permettent pas à l'enfant de faire cet apprentissage, l'enfant va trouver des stratégies pour gérer les émotions qui débordent. Il arrive alors que certaines personnes soient envahies par ces émotions, mais sans pouvoir les reconnaître et les nommer. Ils tentent alors de les contrôler ou de les mettre de côté. Mais ces émotions continuent d'agir. Le résultat peut mener aux crises d'angoisse que vous avez vécues. Pourquoi vous ? Parce que vous n'avez pas appris à nommer et à reconnaître toutes ces émotions que vous vous autorisez à vivre aujourd'hui. Le « lissage », dont nous avons souvent parlé lors de nos dernières rencontres, ne vous a pas permis cet apprentissage.

Heureusement, aujourd'hui, tout cela semble s'être éloigné. Nous avons noté à plusieurs reprises, comme je vous le disais plus haut, que, lorsque vous vous permettiez de pleurer ou de faire part de votre colère, les crises d'angoisse n'étaient plus là.

### 3. Pourquoi je n'y arrive pas : j'ai pas d'enfants, j'ai pas de femme, de maison, j'ai 35 ans et je suis toujours tout seul !

### 5. Pourquoi je ne m'accepte pas ?



# DOSSIER

## L'Évaluation thérapeutique, un nouveau paradigme clinique

→ Je vais me permettre d'apporter des réponses à ces deux questions en même temps. Il me semble, en effet, que nous les avons toujours traitées ensemble au cours de nos rencontres.

Ces deux questions ont été les plus douloureuses pour vous. Tout ce que je vous ai écrit jusqu'à maintenant pourrait nous aider à répondre à cette question. Nous avons surtout évoqué les émotions négatives, mais nous avons vu que cela fonctionnait aussi pour des aspects plus positifs. Vous avez des difficultés à vous trouver des côtés positifs et vous avez tendance à penser que les gens vous perçoivent de cette façon. Le MMPI-2-RF, le long questionnaire que vous avez passé, nous a permis de voir que vous aviez obtenu le score maximal sur une échelle évaluant la mauvaise estime de soi. Une telle vision de soi n'est pas possible sans certaines distorsions dans votre façon de vous percevoir. Vous m'avez souvent évoqué vos inquiétudes quant à votre poids. Nous avons vu comment votre « surpoids » était arrivé au cours de votre enfance : des périodes d'ennui et de solitude, du grignotage, les reproches de votre mère sans réelle aide, le manque de valorisation de la part de vos parents. Le fonctionnement émotionnel de votre famille ne vous a pas aidé à développer une vision de vous très positive : à être fier de vous, à vous trouver beau, à être spontané, etc. Nous avons vu, à travers vos souvenirs, les répercussions que cela pouvait avoir. Notamment, avec le souvenir de cette fille qui vous avait surpris en vous embrassant. Vous aviez été surpris qu'elle puisse s'intéresser à vous. Puis, plus tard, lorsque votre petite amie est partie faire ses études à Bordeaux, vous vous êtes dit que cela n'était pas pour vous. Et il y aurait sans doute beaucoup d'exemples de ce type.

Ce à quoi nous sommes arrivés est que vous ne vous acceptez pas, parce que vous n'avez pas appris à le faire. Mais, aujourd'hui, cela fonctionne comme un cercle vicieux. Vous en êtes venu à penser que les autres partageaient cette vision de vous. Comme nous l'avons vu lors de notre dernière rencontre, cette vision de soi est difficile à changer, mais je vous encourage à laisser les gens qui vous entourent penser ce qu'ils souhaitent de vous. En ce qui vous concerne, je pense que vous avez déjà changé votre façon de vous voir ces derniers temps, et je pense que cela va continuer. Nous en reparlerons, mais nous pourrions continuer à travailler sur ce point si vous le souhaitez.

#### 4. Pourquoi je mets tant de barrières entre moi et les gens ?

Les réponses aux questions précédentes vous aideront à mieux comprendre ces barrières. Comme nous l'avons vu, vous doutez beaucoup de vous-même. Nous avons vu qu'avec la baisse des crises d'angoisse, vous retrouviez le goût d'aller vers les autres, et avec beaucoup de plaisir. Il est certain que de nombreuses barrières vont disparaître maintenant. Cependant, vous m'avez souvent rappelé que ces barrières vous étaient aussi nécessaires, et je le comprends tout à fait. Nous avons chacun des barrières qui sont là pour nous protéger des autres. Et votre expérience avec cette femme de Limoge vous l'a rappelé. L'objectif est de les réduire suffisamment pour vous laisser la possibilité de découvrir les gens que vous rencontrez. Mais pas totalement pour vous protéger. Si je reprends tout ce que nous avons fait ensemble, il me semble que ces barrières vous sont utiles d'une certaine façon. Elle sont là pour vous protéger et elles soulignent donc un danger ou une peur. Nous pourrions aussi en reparler à l'occasion de notre prochaine rencontre.

Pour conclure, j'espère que cela vous sera utile. Je vous encourage à modifier tout ce qui ne vous convient pas sur cette lettre et nous en reparlerons lors de notre prochaine rencontre. Je tiens à vous remercier pour l'authenticité dont vous avez fait preuve avec moi durant nos rencontres. Je sais combien cela vous a été difficile et je vous en suis reconnaissant.

Nous avons prévu de nous revoir le vendredi ----.

Bien cordialement,  
Lionel Chudzik  
Psychologue clinicien, docteur en psychologie

Le jour de la séance de suivi, cinq semaines après la séance de résumé / discussion, M. S. n'avait pas refait de crise d'angoisse équivalente de celles qui l'avaient amené à consulter. Il nous dira avoir lu plusieurs fois la lettre et que cela lui faisait du bien. Après une discussion sur des manifestations d'anxiété encore présentes, nous avons convenu que cette lettre pouvait lui servir à extérioriser ces émotions, en l'aidant à pleurer par exemple. À la suite de la séance de suivi, nous avons convenu de nous revoir afin de l'aider à apprendre à repérer ses émotions lorsqu'elles se présentent.

#### CONCLUSION

Le style de ces comptes rendus bouscule la façon de faire habituelle. Cependant, leur format, leur ton, ont été pensés pour pouvoir refléter le contenu des séances et non plus seulement les résultats. Ils reflètent de même l'authenticité de cette démarche. Il est difficile de se sentir compris par un diagnostic ou par un score à une variable de test. Le ton de ces lettres permet de retranscrire au plus près tout le travail effectué et la qualité de la relation clinique instaurée. ▀

# Bibliographie

- Ackerman S. J., Hilsenroth M. J., Baity M. R., Blagys M. D., 2000, « **Interaction of Therapeutic Process and Alliance during Psychological Assessment** », *Journal of Personality Assessment*, 75 : 82-109.
- Adler A., 1925, *The Practice and Theory of Individual Psychology*, Bensenville, I. L., Lushena Books, 2014.
- Aschieri F., Smith J. D., 2012, « **The Effectiveness of Therapeutic Assessment with an Adult Client : A Single Case Study Using a Time-Series Design** », *Journal of Personality Assessment*, 94 : 1-11.
- Bandura A., 1994, *Self-Efficacy : The Exercise of Control*, New York, Freeman.
- Bandura A., 2003, *L'Auto-efficacité : vers une théorie unifiée du changement comportemental*, Bruxelles, De Boeck.
- Ben-Porath Y., Tellegen A., 2008, *MMPI-2 RF Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form*, Minneapolis, University of Minnesota Press.
- Berk L. E., Winsler A., 1995, *Scaffolding Children's Learning : Vygotsky and Early Childhood Education*, Washington D. C., National Association for the Education of Young Children.
- Bruhn A. R., 1992, « **The Early Memories Procedure : a Projective Test of Auto-Biographical Memory (Part 1)** », *Journal of Personality Assessment*, 58 : 1-15.
- Finn S. E., 1996a, *A Manual for Using the MMPI-2 as a Therapeutic Intervention*, Minneapolis, University of Minnesota Press.
- Finn S. E., 1996b, « **Assessment Feedback Integrating MMPI-2 and Rorschach Findings** », *Journal of Personality Assessment*, 67 : 543-557.
- Finn S. E., 2005, « **How Psychological Assessment Taught Me Compassion and Firmness** », *Journal of Personality Assessment*, 84 (1) : 29-32.
- Finn S. E., 2007, *In our Clients' Shoes : Theory and Techniques of Therapeutic Assessment*, Mahwah N. J., Erlbaum.
- Finn S. E., 2012, « **Therapeutic Assessment with a Couple in Crisis : Undoing Problematic Projective Identification via the Consensus Rorschach** », in Finn S. E., Fischer C. T., Handler L., *Collaborative / Therapeutic Assessment : A Case Book and Guide*, Hoboken, N. J., Wiley.
- Finn S. E., Chudzik L., 2010, « **L'évaluation thérapeutique : une intervention originale brève** », in Sultan S. et Chudzik L. (sous la direction de), *Du diagnostic au traitement : Rorschach et MMPI-2*, Wavre, Mardaga.
- Finn S. E., Chudzik L., 2013, « **L'évaluation thérapeutique pour enfant : théorie, procédures et illustration** », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 61 (3) : 166-175.
- Finn S. E., Fischer C. T., Handler L., 2012, *Collaborative / Therapeutic Assessment : A Casebook and Guide*, Hoboken, N. J., Wiley.
- Finn S., Kamphuis J. H., 2004, « **Therapeutic Assessment with the MMPI-2** », in Butcher J. N., *MMPI-2 : A Practitioner's Guide*, Washington D.C., APA Books.
- Finn S. E., Tonsager M. E., 1992, « **Therapeutic Effects of Providing MMPI-2 Test Feedback to College Students Awaiting Therapy** », *Psychological Assessment*, 4 : 278-287.
- Finn S. E., Tonsager M. E., 1997, « **Information-Gathering and Therapeutic Models of Assessment : Complementary Paradigms** », *Psychological Assessment*, 9 (4) : 374-385.
- Fischer C. T., 1985, *Individualizing Psychological Assessment*, Mahwah, N. J., Erlbaum, 1994.
- Franklin A. J., 1993, « **The Invisibility Syndrome** », *Family Therapy Networker*, 17 (4) : 32-39.
- Freud A., 1936, *The Ego and the Mechanisms of Defense*, New York, International Universities Press.
- George C., West M. L., 2012, *The Adult Attachment Projective Picture System : Attachment Theory and Assessment in Adult*, New York, Guilford Press.
- Handler L., 2006, « **Therapeutic Assessment with Children and Adolescents** », in Smith S., Handler L. (sous la direction de), *Clinical Assessment of Children and Adolescents : A Practitioner's Guide*, Mahwah, N. J., Erlbaum & Associates.
- Hanson W. E., Claiborn C. D., Kerr B., 1997, « **Differential Effects of Two Test-Interpretation Styles in Counseling : A Field Study** », *Journal of Counseling Psychology*, 44 : 400-405.

Hartmann H., 1958, *Ego Psychology and the Problem of Adaption*, New York, International Universities Press.

Horney K., 1945, *Neurosis and Human Growth*, New York, Norton.

Kivlighan D. M. Jr., Marmarosh C. L., Hilsenroth M. J., 2014, « Client and Therapist Therapeutic Alliance, Session Evaluation and Client Reliable Change : A Moderated Actor-Partner Interdependence Model », *Journal of Counseling Psychology*, 61 (1) : 15-23.

Leon G. R., Gillum B., Gillum R., Gouze M., 1979, « Personality Stability and Change Over a 30-Year Period – Middle Age to Old Age », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47 (3) : 517-524.

McCullough L., Kuhn N., Andrews S., Kaplan A., Wolf J., Hurley C. L., 2003, *Treating Affect Phobia : A Manual for Short-Term Dynamic Psychotherapy*, New York, Guilford Press.

Miller L. R., Cano A., Wurm L. H., 2013, « A Motivational Therapeutic Assessment Improves Pain, Mood and Relationship Satisfaction in Couples with Chronic Pain », *The Journal of Pain*, 14 (5) : 525-537.

Newman M. L., Greenway P., 1997, « Therapeutic Effects of Providing MMPI-2 Test Feedback to Clients at a University Counseling Service », *Psychological Assessment*, 9 : 122-131.

Ougrin D., Ng A. V., Low J., 2008, « Therapeutic Assessment Based on Cognitive-Analytic Therapy for Young People Presenting with Self-Harm : Pilot Study », *Psychiatric Bulletin*, 32 : 423-426.

Saeger de H. et al., 2014, « Therapeutic Assessment Promotes Treatment

Readiness but Does Not Affect Symptom Change in Patients with Personality Disorders : Findings from a Randomized Clinical Trial », *Psychological Assessment*, 26 (2) : 474-483.

Sartre J.-P., 1938, *La Nausée*, Paris, Gallimard.

Schore A. N., 1994, *Affect Regulation and the Origin of the Self : The Neurobiology of Emotional Development*, Mahwah, N. J., Lawrence Erlbaum Associates.

Siegel D. J., 1999, *The Developing Mind : Toward a Neurobiology of Interpersonal Experience*, New York, Guilford Press.

Smith J. D., Eichler W. C., Norman K. R., Smith S. R., 2014, « The Effectiveness of Collaborative / Therapeutic Assessment for Psychotherapy Consultation : A Pragmatic Replicated Single Case Study », *Journal of Personality Assessment*, 1-10.

Smith J. D., Handler L., Nash M. R., 2010, « Family Therapeutic Assessment for Preadolescent Boys with Oppositional Defiant Disorder : A Replicated Single-Case Time-Series Design », *Psychological Assessment*, 22 : 593-602.

Stolorow R. D., Atwood G. E., 1992, *Contexts of Beings : the Intersubjective Foundations of Psychological Life*, Hillsdale, N. J., Analytic Press.

Sullivan H. S., 1940, *The Interpersonal Theory of Psychiatry*, New York, W. W., Norton & co, 1953.

Sultan S., Chudzik L., 2010, *Du diagnostic au traitement : Rorschach et MMPI-2*, Wavre, Mardaga.

Swann William B. Jr, 1997, « The Trouble with Change : Self-Verification

and Allegiance to the Self », *Psychological Science*, 8 : 177-180.

Tharinger D. J. et al., 2007, « Therapeutic Assessment with a Child as a Family Intervention : Clinical Protocol and a Research Case Study », *Psychology in the Schools*, 44 : 293-309.

Tharinger D. J., Finn S. E. et al., 2008, « Providing Psychological Assessment Feedback with Children through Individualized Fables », *Professional Psychology : Research and Practice*, 39 : 610-618.

Tharinger D. J., Finn S. E. et al., 2009, « Therapeutic Assessment with Children : A Pilot Study of Treatment Acceptability and Outcome », *Journal of Personality Assessment*, 91 : 238-244.

Tharinger D. J., Gentry L., Finn S. E., 2013, « Therapeutic Assessment with Adolescents and their Parents : A Comprehensive Model », in Saklofske D., Reynolds C. R., Schwann V. L. (sous la direction de), *Oxford Press Handbook of Psychological Assessment of Children and Adolescents*, New York, Oxford University Press.

Vygotsky L. S., Cole M., 1978, *Mind in Society : The Development of Higher Psychological Processes*, Cambridge, M. A., Harvard University Press.

White M., Epston D., 1990, *Narratives Means to Therapeutic Ends*, Adelaide (South Australia), Dulwich Centre.

Working Party Group on Integrated Behavioral Healthcare, 2014, « Joint Principles : Integrating Behavioral Health Care into the Patient-Centered Medical Home », *Annals of Family Medicine*, 12 : 183-185.