

Sous la direction de Serge Sultan & Lionel Chudzik

DU DIAGNOSTIC AU TRAITEMENT : RORSCHACH ET MMPI-2



Chapitre 9

L'Évaluation Thérapeutique : une intervention originale brève

Stephen E. Finn, Center for Therapeutic Assessment, Austin, Texas, USA
& Lionel Chudzik, Université de Tours, France

L'Évaluation Thérapeutique (ET) est un paradigme original de l'évaluation psychologique dans lequel les tests sont utilisés comme la pièce maîtresse d'une intervention psychothérapeutique brève (Finn, 1996, 2007). Cette méthode est née de la tradition collaborative et humaniste de l'évaluation psychologique introduite par Constance Fischer (1985/1994), Leonard Handler (1995), Caroline Purves (2002), et d'autres. Elle a été développée par Stephen Finn et ses collègues aux États-Unis après avoir remarqué que de nombreux patients semblaient présenter de profonds changements suite à une évaluation psychologique. Finn a alors mis au point un format semi-structuré et a étendu son utilisation aux enfants, adolescents, familles et couples (Finn, 2007). Aujourd'hui, l'ET est généralement recommandée pour des clients volontaires, mais son utilisation avec des personnes sous obligation de soins et incarcérées est actuellement à l'étude. Dans bien des cas, le MMPI-2 et le Rorschach sont les pièces maîtresses de cette intervention.

1. APPROCHE THÉORIQUE

Bien que l'ET soit pratiquée par des cliniciens de différentes orientations théoriques, son essence vient des théories intersubjectives, phénoménologiques et interpersonnelles. L'analyse des résultats des tests impliquent une intégration des méthodes nomothétiques et idiographiques et l'interprétation tient compte de la raison de l'évaluation et de la relation du patient avec le psychologue. En ce sens, les épreuves et les méthodes utilisées sont l'occasion pour le patient de s'adresser au psychologue, et les réponses reflètent la qualité de la relation clinique. Le psychologue utilise les résultats et son expérience des tests pour se « mettre dans la peau » de son patient et pour

comprendre de façon empathique son vécu, ses positions et ses dilemmes face au changement. En outre, l'expérience du psychologue, ses affects et ses réactions contre-transférentielles sont des éléments essentiels qui éclairent des processus potentiellement importants pour le patient et qui peuvent éviter des biais dans l'interprétation et la communication des résultats (Fowler, 1998 ; Handler & Meyer, 1998 ; Smith, 1998).

Une fois que le psychologue a saisi la dynamique de son patient à travers tous ces résultats, il s'efforce de l'aider à développer une « histoire » plus cohérente, précise, compatissante, et utile à propos de lui-même et du monde qui l'entoure. Cette nouvelle conception de soi peut conduire à de nouveaux comportements. Par exemple, un patient qui se croit « paresseux », parce qu'il manque de motivation et de dynamisme, peut apprendre à travers une évaluation qu'il est déprimé. Cette nouvelle « histoire » est non seulement plus précise et moins négative, mais elle permet aussi d'envisager des mesures concrètes que le patient pourrait suivre pour lutter contre son manque de passion et de motivation (par ex. : psychothérapie ou médicaments). Ce changement peut entraîner des réactions affectives intenses et il est très important de s'assurer d'une relation suffisamment sécurisante avec les patients pour les soutenir et les protéger d'une expérience traumatique. Dans ces conditions, les patients peuvent continuer à se développer à partir d'une évaluation, et ce, longtemps après qu'elle soit formellement terminée.

2. DONNÉES EMPIRIQUES SUR LES EFFETS DE L'ÉVALUATION THÉRAPEUTIQUE

L'ET a été utilisée avec des adultes, des couples, des adolescents et des enfants et a montré des résultats cliniques prometteurs. Des recherches menées avec des adultes en consultation externe ont montré une diminution de la symptomatologie (Finn & Tonsager, 1992 ; Newman & Greenway, 1997), une augmentation de l'estime de soi (Finn & Tonsager ; Newman & Greenway, 1997 ; Allen, Montgomery, Tubman & Escovar, 2003), et une augmentation de l'espoir (Finn & Tonsager, 1992). Par rapport aux évaluations traditionnelles, l'évaluation collaborative a également conduit à un meilleur respect des recommandations de traitement (Ackerman, Hilsenroth, Baity & Blagys, 2000), et à une meilleure alliance lors de psychothérapies ultérieures

(Hilsenroth, Peters & Ackerman, 2004). Avec les adultes hospitalisés, une très brève ET (4 heures) a abouti à une meilleure alliance, à une meilleure coopération, à une satisfaction plus grande par rapport au traitement, à la baisse de la détresse et à un sentiment accru de bien-être, par rapport à une thérapie de soutien structurée et un traitement psychiatrique standard (Little et Smith, 2009).

Une étude récente avec des enfants de moins de 13 ans et leurs familles a montré une diminution de la symptomatologie chez les enfants et les mères, une diminution des conflits familiaux, et une communication et cohésion accrue après une ET de huit séances. En outre, les mères présentaient des sentiments plus positifs et moins négatifs envers leurs enfants après l'évaluation (Tharinger, Finn, Gentry, Hamilton, Fowler & Matson, 2009). Dans une étude récente concernant des garçons préadolescents présentant un trouble oppositionnel avec provocation, Smith, Handler et Nash (sous presse) ont montré que l'ET peut être efficace et ils ont trouvé que divers processus thérapeutiques pouvaient être à l'œuvre dans différents cas. Il existe deux études concernant les adolescents. Newman (2004) a constaté que parmi les adolescents en difficulté, une ET de 2 heures ($n = 18$) a abouti à une réduction de la symptomatologie et de la dépression, à une meilleure estime de soi par rapport à un groupe ($n = 18$) ayant reçu 5 heures de psychothérapie. Et Ougrin, Ng et Low (2008) ont comparé l'ET à une évaluation traditionnelle non collaborative, chez un groupe de 38 adolescents présentant des automutilations. Les adolescents du groupe ayant bénéficié de l'ET étaient beaucoup plus susceptibles d'être présents au premier rendez-vous en ambulatoire après la sortie d'hospitalisation (75 % vs 40 %) et susceptibles de s'impliquer dans la prise en charge (62 % vs 30 %) ; ces deux facteurs ont été associés à de meilleurs résultats psychosociaux.

Outre la recherche empirique, un certain nombre d'études de cas ont été publiées concernant des adultes (Finn, 1996, 2007 ; Finn & Martin, 1997 ; Finn & Kamphuis, 2006 ; Fischer, 1978 ; Fischer & Finn, 2008 ; Gorske, 2008 ; Peters, Handler, Blanc, & Winkel, 2008 ; Wygant & Fleming, 2008), des enfants (Guerrero, Lipkind, & Rosenburg, sous presse ; Handler, 2006 ; Hamilton, *et al.*, 2009, Haydel, Mercer, & Rosenblatt, sous presse ; Smith & Handler, 2009, Smith, Wolf, Handler, & Nash, 2009 ; Tharinger, Finn, Wilkinson, & Schaber, 2007 ; Tharinger

& Roberts, sous presse), des couples (Finn, 2007), et des adolescents (Michel, 2002 ; Tharinger, Finn, & Gentry, sous presse).

3. L'ÉVALUATION THÉRAPEUTIQUE : PROCÉDURE

La structure générale de l'Évaluation Thérapeutique comprend six étapes.

3.1 Étape 1 : La première rencontre

Lors de la première séance, le patient et le psychologue discutent des objectifs et du contexte de l'évaluation. Si le patient a été adressé par un autre professionnel, le psychologue évoque (avec l'autorisation de ce collègue), les raisons pour lesquelles cette évaluation a été demandée. Le point crucial de cette première rencontre va être la formulation des questions du patient lui-même. Celles-ci concernent généralement le patient ou ses conditions de vie. Le travail de l'ET se fera à partir de ces questions. Ensuite, le clinicien recueille des renseignements généraux concernant chacune des questions du patient, et les aspects pratiques de l'évaluation sont examinées (par exemple, le coût, le nombre de séances ultérieures, celui qui aura accès aux résultats...). Le patient a la possibilité de poser des questions sur le processus d'évaluation et de faire part de ses préoccupations ou ses craintes.

En se centrant sur les questions propres au patient, ses préoccupations, ses priorités, l'ET contribue : 1) à motiver les patients à répondre aux tests de manière ouverte et honnête, 2) à identifier des « fenêtres » à travers lesquelles des résultats difficiles à entendre pourront être présentés à la fin de l'évaluation, et 3) à évaluer et à développer la curiosité du patient et son auto-observation, ce qui peut suffire à diminuer la détresse et ouvrir la voie à un changement thérapeutique.

3.2 Étape 2 : La passation des tests (habituellement 3 à 4 séances)

Dans l'ET, le psychologue porte une attention particulière à la façon dont les différents tests psychologiques sont présentés et administrés aux patients. En général, il est important de commencer par expliquer

que ces tests sont largement utilisés dans de nombreux contextes différents et procurent des informations sur les points forts, les problèmes, et les traits de personnalité. Ensuite, le psychologue explique en quoi ces tests-là, en particulier, sont pertinents pour répondre aux questions du patient. Par exemple, un patient qui a demandé, « à quel point suis-je déprimé ? » peut être informé par le fait que le MMPI-2 et le Rorschach ont été utilisés dans des recherches pour mesurer la sévérité de la dépression. Un patient qui est préoccupé par des problèmes de concentration et de difficultés à achever ses tâches au travail peut s'entendre dire que le Wechsler Adults Intelligence Scale-III (WAIS-III) peut aider à comprendre la nature de ses difficultés.

Le psychologue administre les tests (en général un par séance) suivant les instructions standardisées et les procédures d'administration recommandées. Cependant, il veille à ce que l'administration soit la plus confortable possible pour les patients. S'ils expriment des réserves au sujet d'un test en particulier, ils sont encouragés à évoquer leurs réticences et, à moins qu'ils soient rassurés, ils ne sont jamais invités à participer ou à finir (si les préoccupations sont exprimées au cours d'une administration) les tests avec lesquels ils ne sont vraiment pas à l'aise. Cette approche fournit souvent des indications éventuelles concernant les dilemmes du patient. Par exemple, un patient qui n'aime pas le Rorschach en raison de « toutes ces taches sombres qui ont l'air effrayantes » est susceptible d'éviter d'entrer en contact avec ses propres sentiments sombres et de craindre un effondrement dépressif. Dans le même ordre d'idées, après une administration standardisée des tests, les patients sont invités à évoquer leur expérience de chaque test, leurs sentiments, et sont encouragés à partager leurs réflexions, leurs interprétations, et ce qu'ils comprennent de telle ou telle réponse. Cette technique a été appelée l'enquête « élargie » et se fonde sur un certain nombre de techniques mises au point notamment par Handler (2006).

En se référant aux objectifs personnels des patients, en expliquant en quoi les différents tests sont pertinents et invitant le patient à partager ses idées concernant les tests, le psychologue : 1) suscite la coopération et la motivation du patient, 2) le traite avec respect en le laissant participer à la construction du psychologue, 3) utilise la compréhension du patient lui-même concernant ces résultats, et 4) l'aide à l'intégration des nouvelles informations qu'il peut retirer des résultats.

3.3 Étape 3 : Les tests sont cotés et interprétés

Dans l'ET, un grand respect est accordé aux hypothèses nomothétiques issues des tests standardisés. Ainsi, la prochaine étape consiste à coter et interpréter les résultats des tests comme s'ils étaient la seule source d'information dont nous disposions sur le patient. Autrement dit, le psychologue interprète, dans un premier temps, les résultats de l'évaluation comme s'il ignorait les questions du patient, et cherche à rendre cohérent l'ensemble des résultats des tests et des diverses informations disponibles. Puis, le psychologue considère à nouveau les résultats, en ayant les questions du patient à l'esprit. À ce stade, il commence à esquisser des tentatives de réponses aux questions et à anticiper quelles vont être les réponses qui seront les plus difficiles à entendre et à comprendre pour le patient.

3.4 Étape 4 : Séance d'intervention (facultative)

L'un des développements récents de l'ET est l'utilisation d'une « séance d'intervention » – avant la séance de résumé / discussion – pour présenter et explorer une hypothèse, issue des résultats de l'évaluation. Ce type de séance n'est pas nécessaire ou souhaitable pour tous les clients.

Fondamentalement, dans une séance d'intervention, le psychologue utilise des tests non standardisés ou d'autres techniques – comme le psychodrame, le jeu de rôle ou des techniques d'art-thérapie – pour faire vivre au patient une expérience qui pourra l'aider dans la compréhension de ses propres questions. Alternativement, des tests standardisés peuvent être administrés de façon individualisée, ou suivant des instructions non standardisées. Durant cette séance, préparée avec un ensemble d'hypothèses dérivées des résultats, concernant les conflits du client, ses défenses et ses questions fondamentales, le psychologue tente de faire émerger une des difficultés du patient. Si ces efforts portent leurs fruits, patient et thérapeute pourront alors observer, analyser et débattre de ces problèmes à mesure qu'ils se produisent dans l'évaluation et essayer de généraliser cette compréhension nouvelle à la vie en général du client.

À titre d'exemple, imaginons un patient avec la question suivante : « Pourquoi suis-je si fatigué tout le temps et ne puis-je plus jouir de la

vie comme j'en avais l'habitude?». Supposons que les scores au Rorschach de ce patient suggèrent une dépression sous-jacente importante (par exemple, DEPI = 6), mais que le MMPI-2 ne révèle pas de dépression auto-déclarée (échelle 2 = 50T) mais une utilisation intensive de la répression et du déni afin de gérer des affects douloureux (par exemple, échelle 3 = 75T). L'évaluateur peut alors demander au patient de raconter des histoires à partir de planches du T.A.T. sélectionnées en fonction de leur contenu dysphorique évident. Si le patient raconte des histoires liées à des événements douloureux et cohérents puis finit par dire « Mais, les choses se passent très bien » ou « En fin de compte, elle finit par effacer tout cela et continue sa vie », le psychologue pourra demander au patient de raconter une histoire sans une fin heureuse. Le psychologue pourra alors le conduire à observer et discuter des mécanismes en jeu et leur rôle dans le maintien des affects douloureux hors de la conscience, le coût en termes de fatigue, de manque de motivation, et d'anhédonie. Le cas échéant, le patient et le psychologue pourront alors examiner d'autres moyens de gestion des sentiments difficiles.

En général, les séances d'intervention sont centrées sur des difficultés psychologiques qui pourraient être difficiles à comprendre à partir des seuls résultats. Dans notre expérience clinique, de nombreux clients décrivent ces séances comme les ayant touchés considérablement.

3.5 Étape 5 : Préparation de la séance de résumé / discussion

Après la session d'évaluation / test, l'évaluateur prend le temps de planifier soigneusement la séance de résumé / discussion. Sur la base de notre travail clinique et des recherches, il semble que la présentation des résultats est plus efficace pour les patients lorsque les résultats sont présentés en tenant compte de la façon dont ils s'accordent avec la conception que les patients ont d'eux-mêmes (Schroeder, Hahn, Finn, & Swann, 1993).

Dans un premier temps, le psychologue doit rapporter l'information qui est très proche de la représentation que le patient a de lui-même. Après cela, seront amenés les résultats qui sont un tant soit peu nouveaux et différents, ensuite ceux qui sont susceptibles d'entrer en conflit avec la façon dont le patient envisage sa situation. Si on

commence par ce matériau difficile, généralement les patients réagissent de façon défensive ou anxieuse ou seront bouleversés dès le début de la séance. D'un autre côté, si ces points difficiles ne sont pas abordés, le patient pourrait penser que les outils d'évaluation ou le psychologue sont incompetents ou que les résultats des tests sont trop honteux pour être discutés.

Une autre ligne directrice pour la préparation de cette séance concerne le processus et le ton de la séance. Comme l'a suggéré Finn (1996), l'évaluateur peut utiliser les résultats de l'évaluation comme une fenêtre empathique donnant sur l'expérience du patient et se demander : « Si j'étais cette personne, quelle serait la meilleure façon de me parler de mes résultats au test ? ». Par exemple, les patients obtenant une échelle F élevée au MMPI-2, et de multiples élévations aux échelles cliniques, ainsi qu'un indice de dépression (DEPI) de 6 au Rorschach, sont dans un état de débordement général. Pour ce type de patients, le psychologue devrait prévoir une séance de résumé / discussion courte, structurée, portant sur les principaux points. Avec un patient présentant une élévation à l'échelle 4 (70T) au MMPI-2, ainsi qu'aucune réponse texture ($T = 0$) et un seul Contenu Humain au Rorschach, le psychologue devrait prendre soin de présenter les résultats d'une manière plus directe et détachée plutôt que d'une manière trop « sympathique » ou « sensible », ce qui risque de décrédibiliser l'évaluation.

Enfin, la plupart des patients (pas tous) semblent apprécier une certaine reconnaissance du psychologue quant à la vulnérabilité suscitée par l'évaluation et le fait qu'ils ont joué le jeu. Ces observations sont naturellement traitées dans la discussion des résultats des tests (en particulier lors de l'interprétation des protocoles ouverts et honnêtes). Il peut être opportun de commencer ou de terminer cette séance en exprimant une certaine gratitude envers la confiance que le patient nous a accordée.

3.6 Étape 6 : Séance de résumé / discussion

S'il y a eu une séance d'intervention, on commence généralement la séance de résumé / discussion en reprenant avec le patient ses impressions et ses réactions. Ensuite, le psychologue décrit le déroulement de cette séance, généralement en relisant les questions de départ du patient

et l'encouragement à interrompre, à confirmer ou infirmer, à poser des questions et à partager toutes ses réactions lors de la séance. Avec de nombreux patients, il est utile de commencer en montrant les profils de la WAIS-III ou du MMPI-2, et d'expliquer brièvement comment ils se lisent. Puis, le psychologue commence à examiner les résultats les plus importants et la façon dont ils se rapportent aux questions du client.

Les recherches ont confirmé l'utilité de la démarche de l'ET en montrant que la meilleure méthode pour faire part des résultats des tests est l'interactivité (Hanson, Claiborn, & Kerr, 1997). Pour cette raison, Finn (2007) appelle maintenant ce genre de séances « résumé / discussion », plutôt que « séances de restitution », car ce dernier terme implique un flux unilatéral d'informations allant du psychologue au patient.

Finn (1996, 2007) recommande de commencer par un premier élément, tout en étant très attentif aux réactions du patient. S'il est d'accord avec les conclusions, l'évaluateur s'assure qu'il n'acquiesce pas de façon aveugle en demandant un exemple issu de la vie quotidienne. Si un patient n'est pas d'accord, on lui demande de nous aider à être plus proche de son expérience. S'il rejette totalement une hypothèse, l'évaluateur a plusieurs options. Parfois, il est utile de reformuler la conclusion en utilisant un langage différent ; d'autres fois, on demande au patient si une partie de nos résultats semble tout de même correcte. À d'autres moments encore, il est préférable de faire marche arrière et d'accepter que le test peut se tromper. L'évaluateur ne doit jamais débattre à propos de la validité des résultats des évaluations.

Comme indiqué précédemment, il est important de présenter les résultats en commençant par les informations qui sont proches de la représentation que le patient a de lui-même, tout en guettant les signes de bouleversement ou de réaction défensive. Il est parfois préférable de s'arrêter et de revenir plus tard sur les résultats car les clients débordés par leurs émotions ne pourront pas traiter les informations. Si tous les résultats ont été vus, le psychologue amène la fin de la séance en sollicitant d'autres questions ou des réactions de la part du patient, en le remerciant pour sa participation, en évoquant la lettre qui suivra, et en invitant le patient à assister à une séance de suivi. Les psychologues sont également encouragés à partager leurs ressentis ou ce qu'ils ont appris en travaillant avec le client.

3.7 Étape 7 : Lettre envoyée au patient

Lors d'une ET, le psychologue envoie une lettre au patient, peu après la séance de résumé / discussion, en reprenant les principaux points et en intégrant les modifications du patient et ses exemples. De cette façon, le patient perçoit son rôle dans l'analyse des résultats de l'évaluation. Avec la permission du client, une copie de la lettre est également envoyée au professionnel qui l'a orienté.

Le déroulement de la séance de résumé / discussion est inclus dans la lettre, fournissant au client une occasion de réfléchir sur le processus de l'évaluation et de nous fournir ses commentaires sur les points forts et les faiblesses de l'évaluation.

3.8 Étape 8 : Séance de suivi (facultatif)

Durant la séance de résumé / discussion, les clients sont invités à revenir à une date ultérieure (généralement 4 à 6 semaines plus tard) pour parler, avec recul, de leurs réactions et de leurs nouvelles questions éventuelles. Comme Finn (2007) l'a expliqué, ces réunions servent de « séances de rappel » pour renforcer les aspects bénéfiques de l'ET. Une invitation similaire est adressée aux professionnels demandeurs, qui utilisent souvent l'évaluation comme base pour la suite du travail avec le client.

4. ÉVALUATION THÉRAPEUTIQUE D'UN HOMME PRÉSENTANT UNE ADDICTION AU SEXE

Ben, est un homme de 27 ans, homosexuel, orienté sur Stephen Finn par John, psychologue, qui le suit pour une « addiction sexuelle » depuis plus d'un an. Le traitement de l'addiction sexuelle est une des spécialités de ce psychologue.

Lors du premier contact téléphonique, John fit part de son inquiétude et de son sentiment de frustration. Malgré des séances individuelles et de groupe et un programme en 12 étapes, Ben présente encore des « passages à l'acte » sexuels risqués. John pense que Ben a des difficultés à identifier les déclencheurs émotionnels liés à ses comportements sexuels, et il se demande s'il ne pourrait pas bénéficier

d'une hospitalisation dans un service spécialisé dans les addictions sexuelles. Les principales questions de John sont les suivantes : Pourquoi Ben n'arrive-t-il pas à réduire ses passages à l'acte sexuels ? Qu'est-ce qui déclenche les passages à l'acte de Ben et pourquoi n'en a-t-il aucune idée ? Devrait-il aller dans un hôpital spécialisé dans l'addiction sexuelle ?

La frustration de John est évidente dans la formulation de ses questions. Au cours de la conversation téléphonique, Finn lui fit remarquer qu'il semblait très inquiet au sujet de Ben, et souligna à quel point il semblait bouleversé. John confia qu'il avait très peur que Ben ne contracte le VIH à travers ses activités sexuelles non protégées, il précisa qu'il se sentirait « extrêmement mal » si cela se produisait.

4.1 Première rencontre

Quelques jours plus tard, Ben appela et prit rendez-vous pour une première rencontre. Ben était un jeune homme mince et brun, l'air abattu. Il parlait rapidement mais d'une voie basse, avec peu de contacts visuels, tout en déchirant un Kleenex. Ses questions principales pour l'évaluation étaient les suivantes : « Pourquoi est-ce que je continue à agir de façon si dangereuse sexuellement alors que je sais que c'est vraiment stupide ? Que vais-je devoir faire pour arrêter cela ? Pourquoi est-ce que je me hais ? »

Finn souligna que Ben semblait vraiment au plus bas, et celui-ci acquiesça. Il se sentait vraiment décevant pour John à cause de son manque de progrès alors que John avait habituellement un « taux de réussite élevé » dans la prise en charge des addictions sexuelles. Il précisa que les gens du groupe étaient déçus car il n'avait pas appelé à l'aide lorsqu'il était sur le point de « passer à l'acte ». Cela semble faire partie du fonctionnement du groupe et a déjà aidé d'autres personnes. Lorsque Finn demanda pourquoi il n'avait pas appelé, Ben répondit qu'il ne voulait pas être un fardeau, et qu'il était généralement « trop tard » quand il lui venait l'idée d'appeler.

Dans un premier temps, Ben fut invité à donner ses propres réponses concernant ses passages à l'acte répétitifs. Sans conviction, il évoqua un évitement des sentiments douloureux, sans plus de précision. Il était évident que cette explication provenait plus du groupe de thérapie ou

de John que de lui-même. Il n'était d'ailleurs pas très convaincu de cette possibilité. Il fut alors surpris d'être questionné sur les aspects positifs de ces relations, sur ce qu'il appréciait. Finn refléta cette surprise et Ben remarqua que personne ne lui avait jamais posé cette question auparavant. Il établit ensuite un contact visuel direct pour la première fois et dit : « Quand j'ai des rapports sexuels avec un bel homme, je me sens bien et attirant. Et je ne me sens pas souvent de cette façon-là ». Il ajouta qu'il se considérait lui-même comme une « poule mouillée » et qu'il n'avait jamais été bon en sport. Ceci fut l'occasion d'obtenir plus de détails sur son enfance. La mère de Ben fut hospitalisée pour dépression à plusieurs reprises dans son enfance et son père, travaillant beaucoup, était rarement à la maison. Son frère aîné et lui-même s'étaient élevés tout seuls. Cette première séance se termina sur le type d'homme que Ben considérait comme attrayant. Il répondit avec embarras : « Les hommes avec un beau corps, je suppose ». Finn plaisanta : « Rien d'étonnant à cela, n'est-ce pas ? ». Et Ben leva la tête et sourit timidement, en disant : « Non, je suppose que non ! »

À la fin de la séance, Ben avait un regard plus direct, et se dit enthousiaste et curieux de faire l'évaluation. Après son départ, Finn réalisa qu'il se sentait très protecteur envers Ben, et il se souvint combien John était préoccupé et inquiet à son sujet.

4.2 Passation et interprétation des tests

Nous résumerons brièvement les résultats des tests de Ben. La première épreuve proposée fut le MMPI-2 et il obtint le code type 4-7 bien défini. Ce profil est associé à un cycle alternant des passages à l'acte suivi par des sentiments de honte sévère et d'auto-dévalorisation. Ce cycle est généralement très difficile à interrompre, et la plupart des experts s'accordent à dire que la dynamique majeure sous-jacente avec ce type de personne est un sérieux sentiment de honte et que les passages à l'acte sont souvent un soulagement temporaire. Cependant, il n'y avait aucun signe de dépression grave dans les résultats du MMPI-2.

Dans l'espoir d'explorer la troisième question de Ben (« pourquoi est-ce que je me hais ? »), Finn lui proposa de remplir la première partie de la Procédure des Premiers Souvenirs (Bruhn, 1992), dans laquelle

les patients indiquent leurs souvenirs les plus anciens, puis évaluent leurs valences émotionnelles (positives vs négatives) et leurs nettetés (nettes vs floues). Pour Bruhn, le souvenir évalué comme étant le plus clair et le plus négatif est une métaphore d'un problème central non résolu. Dans le cas de Ben, il s'agissait de son premier souvenir, datant de ses 4 ans :

« Maman est au lit, où elle a passé toute la journée, probablement pendant des semaines, et mon frère et moi essayons de la lever pour qu'elle mange quelque chose. Mon père nous a dit, quand il est parti ce matin-là, de nous assurer qu'elle se lèverait. Nous continuons à essayer et essayer encore mais elle ne veut pas se lever. Je commence à pleurer parce que je crains que mon père soit en colère contre nous. Je crois que c'est le lendemain que l'ambulance est arrivée et l'a emmenée à l'hôpital, où elle a subi des électrochocs ».

Le sentiment le plus fort associé à ce souvenir est « un sentiment d'échec » parce que lui et son frère n'avaient pas été en mesure de réveiller leur mère. Lors de l'examen de ce souvenir, Finn demanda si Ben pensait qu'il y avait un lien quelconque avec sa « haine de lui-même », mais il répondit : « Non ». Il dit que sa mère avait fait des excuses à plusieurs reprises pour sa dépression et qu'il savait qu'elle l'aimait.

Contrairement au MMPI-2, l'indice de dépression du Rorschach était de 6, ce qui suggère un problème important lié à des affects douloureux sous-jacents. Ben a donné quatre réponses Vista, suggérant un sentiment de honte important, un très faible indice Égocentrisme (.12), confirmant tout le mal qu'il pense de lui, et un score à la Constellation Suicidaire de 9 – au-dessus du seuil suggérant un risque suicidaire. Ben a également donné un grand nombre de réponses dans le blanc ($S = 8$) et de contenus agressifs ($AgC = 7$), ce qui suggère une colère sous-jacente importante. Son grand nombre de réponses sexe ($Sx = 7$) semble correspondre à ses préoccupations et ses comportements sexuels.

Le plus intéressant, cependant, est la séquence des scores au Rorschach. Le protocole contient cinq réponses MOR et on trouve immédiatement après la plupart des contenus MOR, ou d'autres indices d'affect douloureux, des percepts sexuels. Par exemple à la planche VI, les réponses de Ben sont « une feuille pliée en décomposition » (pour l'ensemble, réunissant à la fois un score MOR et un score Vista) et puis

« le pénis en érection » (une réponse sexe) dans le détail D6. À la planche IX, il voit « une nourriture avariée » de nouveau sur l'ensemble de la planche (réunissant à la fois un score MOR et une réponse alimentaires, Fd), suivi de « la poitrine d'un homme musclé, avec des mamelons dressés. Il est excité » (dans le détail D6, coté Hd et Sx).

La séquence des scores semble indiquer que les préoccupations sexuelles de Ben augmentent lorsqu'il se rapproche de sa dépression sous-jacente, sa honte et sa faible estime de soi. Cette interprétation n'est pas différente de celle de John et du groupe, mais on peut se demander s'ils ont vraiment apprécié l'intensité des affects douloureux contre lesquels se défend Ben.

Après l'administration standard du Rorschach, Finn essaya de parler avec Ben de ces séquences dans ses réponses, mais Ben s'agita, parut mal à l'aise et dit qu'il avait besoin de partir. Finn découvrit beaucoup plus tard que Ben avait quitté la séance et s'était immédiatement rendu dans un endroit où il rencontrait des hommes pour des relations sexuelles anonymes.

4.3 Séance d'intervention

Pour la séance suivante, une séance d'intervention fut prévue pour la première question, concernant ce qui le poussait à ses comportements sexuels risqués. Dans un premier temps, il fut demandé à Ben de situer, sur une échelle de 0 à 10, son envie de sexe compulsif au moment présent. Ben dit qu'il venait d'avoir une bonne journée et qu'il se situait à peu près à un « 1 » sur l'échelle. Finn dit à Ben qu'il vérifierait avec lui à différents moments de la séance pour voir si ce niveau changeait. Une série de planches du TAT fut alors proposée à Ben avec les instructions standardisées. Les trois premières planches (12BG, 2 et 13G) furent choisies pour leur contenu émotionnellement « neutres ». Par exemple, pour l'image d'un bateau reposant sur la berge d'une rivière (carte 12BG), Ben raconta l'histoire de deux frères partis pêcher un beau jour d'été. Après ces planches neutres, Finn demanda à Ben une autre évaluation, et Ben se sentait toujours à un 1 sur l'échelle d'addiction sexuelle. Trois autres planches lui ont alors été proposées (3BM, 3GF, et 13) en faisant l'hypothèse qu'elles pourraient susciter des affects douloureux. Les trois histoires de Ben furent très dysphoriques.

Voici l'histoire qu'il raconta à la planche 13B, représentant un garçon assis sur le palier d'une porte l'air abattu :

« Il a été laissé seul à nouveau. Personne n'est là. Ses parents sont partis, ses frères et sœurs ne sont nulle part, et il n'a pas d'ami. Il ne sait pas quoi faire de lui-même et est assis là à attendre que quelqu'un vienne chez eux. [SF : Que ressent-il et à quoi pense-t-il ?] Horrible... Seul... Qu'il ne peut plus supporter cela et... (Ben commence à pleurer) qu'il pourrait aussi bien être mort sans que quiconque s'en soucie ».

Finn resta silencieux quelques instants, le temps que Ben retrouve son calme, puis :

Finn : Celle-là est vraiment pénible pour vous.

Ben : (en pleurant) C'était moi, vous savez, quand j'étais petit. Je n'ai pas vraiment envie de l'admettre.... Mes parents étaient des gens bien, mais ils ne savaient pas ce qu'ils faisaient avec les enfants.

Finn dit qu'il avait soupçonné que ce soit le cas, et ils ont parlé de la réticence de Ben à se rappeler combien son enfance avait été vide, parce qu'il ne voulait pas être en colère contre ses parents. Finn compatit, et ensuite demanda à Ben de noter le degré de son envie de sexe compulsif actuelle.

Ben : (stupéfait et cessant de pleurer) Très haut ! 10 ! Je n'ai jamais eu ça avant. Même lorsque je racontais l'histoire, je commençais à planifier où je pourrais passer à l'acte après ! Maintenant, je comprends vraiment ce que vous me disiez la semaine dernière [lorsque Finn avait essayé d'évoquer la séquence des scores au Rorschach]. Je commence à penser au sexe quand j'ai ces sentiments !

Finn : Cela a du sens – les sentiments étaient très douloureux, et vous ne connaissez pas d'autres moyens pour y faire face...

Ben : Je voulais finir l'histoire en disant que le garçon allait dans sa chambre et se masturbait, mais j'avais peur de ce que vous en penseriez.

Finn et Ben évoquèrent la façon dont cette stratégie d'auto-apaisement avait fonctionné face à la solitude une fois qu'il eut atteint un certain âge. Avant le départ de Ben, Finn exprima son inquiétude et demanda à Ben ce qu'il pouvait faire après la séance avant d'aller à la

recherche de sexe. Ben dit qu'il se rendrait à une réunion du programme en douze étapes et qu'il tenterait de voir John le jour suivant. Il déclara aussi qu'il sentait moins l'envie de sexe maintenant qu'ils en avaient parlé tous les deux, et évalua ce besoin à 3.

4.4 Consultation avec le thérapeute de Ben

Peu de temps après cette séance, Finn appela John et lui demanda s'il pouvait le rencontrer pour parler des résultats et pour obtenir son aide pour préparer la dernière séance, où tous les trois évoqueront l'évaluation et tenteront de répondre aux questions de Ben.

Finn commença par dire à John qu'il pouvait voir pourquoi celui-ci était si perplexe et inquiet au sujet de Ben – que Ben était compliqué et que Finn s'était senti lui-même inquiet et protecteur. John semblait soulagé. Puis ils évoquèrent les résultats des tests, en soulignant la grande honte sous-jacente, et comment ses passages à l'acte étaient une tentative de fuir des affects incroyablement douloureux. Ils évoquèrent l'interprétation de la constellation suicidaire et le fait que les affects douloureux pouvaient « soudainement » le pousser à des passages à l'acte défensifs, et que ceux-ci pouvaient être extrêmement suicidaires. Il fut question à nouveau de l'hospitalisation et de l'inquiétude du thérapeute. Tous deux travaillèrent alors sur un moyen d'utiliser les deux groupes et John afin de sécuriser et étayer Ben. John se sentit gêné et dit qu'il n'était pas sûr que lui ou le groupe de thérapie ne sachent quoi faire quand Ben ferait part de sa honte. John évoqua alors une séance récente au cours de laquelle Ben avait dit au groupe qu'il se sentait « laid ». Le groupe avait passé toute la séance à essayer de convaincre Ben qu'il était séduisant, et John avait adhéré à ce que disait le groupe. Mais, ces interactions avaient sans doute conduit Ben à se sentir « honteux de sa honte ». John admit alors qu'il en avait pleinement conscience, et qu'il était terriblement paniqué par les tendances auto-destructrices de Ben parce que son propre frère s'était suicidé il y a 8 ans.

Finn remercia John pour avoir partagé cela, et dit que lui aussi avait du mal à vivre avec la douleur des patients lorsqu'elle atteignait cette intensité.

4.5 Séance de résumé / discussion

La séance de résumé / discussion, avec John, Finn et Ben s'est magnifiquement déroulée. Ben commença par raconter qu'il avait téléphoné à un membre du groupe la veille parce qu'il se sentait proche d'un passage à l'acte sexuel. Cela l'a aidé, et tous ont convenu que le fait que Ben puisse demander de l'aide au groupe était un pas important. John demanda à Ben s'il savait ce qui s'était passé pour qu'il ait envie d'agir ainsi, et Ben dit qu'il était effrayé par cette séance. Finn demanda alors s'il y avait quelque chose en particulier qui l'avait effrayé, et celui-ci détourna les yeux et dit : « Que vous me disiez que je suis une cause perdue ». Mais Ben sourit un peu et établit un contact visuel lorsque Finn dit, « Bien sûr ! J'aurais dû le savoir ». Et Ben parut détendu lorsque John dit : « Merci de nous faire part de cela Ben. Et je suis si heureux que vous ayez appelé Tom [le membre du groupe]. Je ne veux pas que vous restiez avec ces pensées et ces sentiments tout seul ».

Finn évoqua alors les réponses Vista au Rorschach :

Finn : Vous avez un score de 4 sur un indicateur du Rorschach qu'obtiennent des gens qui se perçoivent vraiment terriblement négativement, ils pensent qu'ils sont sans valeur et bons à rien. Un score de 1 est généralement douloureux, et vous avez 4...

Ben : Est-ce que c'est comme le sentiment que vous ne méritez pas l'air que vous respirez ?

Finn : Je crois que oui, est-ce que cela vous parle ?

Ben : C'est ce que ma mère me disait toujours à propos de ce que je faisais — que je ne méritais pas l'air que je respirais.

John : Et comment vous sentiez-vous quand elle disait cela ?

Ben : Encore pire. Comme si je la décevais et que je devais m'inquiéter pour qu'elle ne se sente pas mal.

Finn rappela alors à Ben sa première réponse au test des souvenirs, où il ressentait comme un échec le fait de ne pas pouvoir soigner la dépression de sa mère. John a demandé à relire ce souvenir et ils eurent une série d'échanges prometteurs quant au travail futur. Quelque temps plus tard, la session prit fin.

4.6 Lettre envoyée à Ben

Peu de temps après la dernière séance, une lettre fut envoyée à Ben. Elle résumait les réponses aux questions de Ben, qui avaient été discutées à la dernière séance, et demandait à Ben de faire quelques commentaires.

Parmi les commentaires de Ben sur l'évaluation, on pouvait lire ceci :

« Je suis toujours étonné de voir comment les tests m'ont aidé à comprendre pourquoi je passais à l'acte, et comment cela était lié à mon enfance. Je n'avais aucune idée de combien cela m'avait touché... Cela m'a aidé à cesser d'agir, ainsi qu'à tendre la main à John, et aux personnes de mon groupe... Je vous remercie pour votre gentillesse et votre aide. Je ne me suis jamais senti jugé par vous, du début à la fin et je sens que vous avez vraiment compris des choses sur moi que personne n'a jamais compris... »

4.7 Séance de suivi

Six mois après l'évaluation, John apprit à Finn que les passages à l'acte sexuel de Ben étaient presque entièrement sous contrôle. Deux ans après l'évaluation, Ben était encore en thérapie, et s'était engagé dans une relation avec un autre homme pendant 9 mois.

5. CONCLUSION

L'ET utilise la puissance des tests psychologiques traditionnels pour aider les patients et leur entourage à comprendre leurs « dilemmes face au changement » (Papp, 1983). Cette procédure éclaire d'un jour nouveau les domaines de la vie dans lesquels les patients voudraient faire des changements sans y parvenir du fait de processus émotionnels qu'ils ne saisissent pas. Comme dans le cas de Ben, lorsqu'un patient en vient à comprendre ses propres blocages et les raisons pour lesquelles il n'a pas été capable de changer, sa honte s'amenuise souvent. Et la honte s'estompant, les patients deviennent capables de changements qui leur étaient impossibles auparavant. Une telle utilisation des tests requiert une combinaison de compétences et d'expertises unique

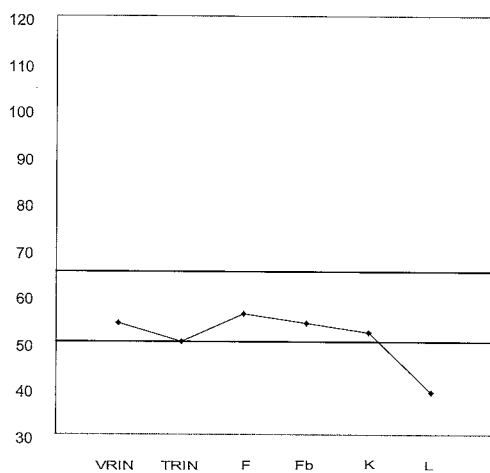
à la profession de psychologue, qui intègre le diagnostic psychologique et les compétences thérapeutiques des psychologues, en une puissante intervention à court terme. Il est certain que les psychologues souhaitant pratiquer l'ET ont besoin d'une grande compétence dans les tests psychologiques et d'une bonne formation en psychothérapie.

Bien que les recherches montrant l'efficacité de l'ET s'accumulent dans divers types de problèmes cliniques, il reste important de noter que l'ET est une intervention relativement récente et que nous avons encore besoin de recherches pour en connaître les limites et les mécanismes qui font qu'elle fonctionne. Il en est de même pour les contre-indications. Dans certaines situations pénales, comme l'expertise par exemple, l'ET peut entraîner une grande confusion concernant le rôle de l'évaluateur, ou se trouver en conflit avec les intérêts du patient. De même, lorsque l'évaluation est demandée pour une orientation, par exemple pour savoir si un enfant doit sauter une classe, l'ET peut devenir compliquée et inefficace. L'ET a toutes ses chances avec des patients pour lesquels les professionnels ne sont pas parvenus à une compréhension suffisante par d'autres moyens, et qui veulent et peuvent participer à une évaluation.

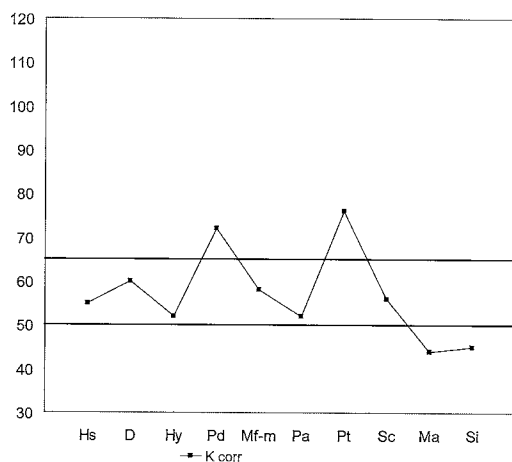
Pour les lecteurs qui souhaiteraient en savoir plus sur l'ET nous recommandons la consultation du site internet *www.therapeuticassessment.com*, qui possède une version française. Ils pourront télécharger de nombreux articles et consulter les dates de formations ayant lieu aux États-Unis, en Europe, et ailleurs dans le monde. Finn et ses collègues réfléchissent aussi à une procédure de certification à cette méthode. Des informations seront bientôt disponibles sur le site.

MMPI-2 Ben

Échelles de validité



Échelles cliniques



Extrait de la lettre envoyée à Ben à la fin de l'évaluation

Cher Ben,

Voici la lettre que je vous avais promise, résumant les résultats de l'évaluation psychologique que nous avons faite ensemble récemment. J'espère que ce document vous rappellera les points dont nous avons discutés lors de notre rencontre avec John, il y a quelques semaines. Je structurerai cette lettre, comme je l'ai fait lors de cette rencontre, en listant les questions que vous aviez posées au début de l'évaluation et en utilisant les résultats et nos discussions pour y répondre.

Avant d'aborder les résultats, je voudrais vous remercier encore pour votre confiance et votre ouverture durant l'évaluation. J'ai vraiment apprécié de travailler avec vous et je pense que vous avez été très courageux de faire cette évaluation. Clairement, vous êtes très curieux de vous-même et investi dans votre rétablissement. J'admire cela et les différentes façons que vous avez de travailler sur vous-même.

Maintenant, concernant vos questions :

Pourquoi est-ce que je continue à agir de façon si dangereuse sexuellement, alors que je sais que c'est vraiment stupide ?

Ben, comme nous l'avons vu durant l'évaluation, vos comportements sexuels sont une façon pour vous de vous sentir attirant – ce que vous ne ressentez pas habituellement. En agissant ainsi, vous vous éloignez et vous vous apaisez vous-même vis-à-vis de nombreuses émotions douloureuses que vous rangez dans un coin, sans savoir comment les gérer autrement. Beaucoup de ces émotions douloureuses proviennent d'un temps où vous étiez enfant. Comme vous l'avez dit, vos parents étaient de braves gens, mais ils ne savaient pas comment s'occuper des enfants, et il y a eu de nombreuses périodes durant lesquelles vous et votre frère avez dû vous débrouiller vous-mêmes, et durant lesquelles vous vous êtes senti seul et rejeté. Une autre partie des émotions douloureuses provient d'un temps plus récent, et sont liées à des choses que vous avez faites et dont vous avez honte maintenant. Par exemple, je sais que vous êtes fatigué de mettre votre santé en danger avec vos activités sexuelles. Mais j'espère que vous pourrez vous

pardonner vous-même pour cela en réalisant combien les émotions que vous tentez de gérer ainsi sont insupportables. Et vous n'aviez pas de soutien jusqu'à maintenant pour faire face à ces émotions.

Pourquoi est-ce que je me hais ?

Comme je viens de l'évoquer, Ben, dans un sens vous vous méprisez parce que vous n'avez pas compris les raisons de vos comportements sexuels dangereux, et vous vous sentez faible, et mauvais, et stupide de ne pas pouvoir juste « arrêter ça ». De plus, les résultats des tests suggèrent que vous avez construit depuis longtemps une « histoire » qui dit que vous n'êtes « pas assez bon » et cette croyance à votre sujet persiste encore aujourd'hui. Comme nous en avons discuté, je crois que cette histoire vous aidait à expliquer pourquoi vos parents ne semblaient pas plus intéressés par vous en tant qu'enfant. Vous auriez été terrifié si vous aviez réalisé qu'ils avaient des limites importantes, donc vous vous êtes attribué la responsabilité de cela. L'idée que vous étiez mauvais était adaptative, mais elle ne vous sert plus aujourd'hui et elle ne reflète pas la réalité de ce que vous êtes. Je sais que vous vous êtes senti loyal envers vos parents et que vous avez été inquiet du fait que si vous perceviez leurs défauts en tant que parents, vous auriez été ingrat. Mais je vous assure que vous les apprécierez, ET vous vous apprécierez vous-même davantage si vous faites un constat honnête de votre enfance et de comment elle vous a affecté.

Que vais-je devoir faire pour arrêter cela ?

En bref, Ben, votre première tâche est de considérer avec plus de compassion votre difficulté à contrôler vos comportements sexuels. Avant d'abandonner cette vieille stratégie, vous avez besoin d'apprécier combien cela vous a aidé. Alors, vous aurez besoin d'autres façons pour vous apaiser lorsque vous commencerez à vous sentir déprimé, honteux, seul, en colère, et désespéré. Vous avez dit que des membres du groupe en douze étapes avaient des idées de ce que vous pourriez faire dans ces moments, incluant le fait de les appeler. Une autre chose importante serait d'avoir de l'aide pour faire face, petit à petit, aux émotions douloureuses, tout en ayant le soutien de John et d'autres personnes. Vous souvenez-vous du soulagement que vous avez ressenti après avoir pleuré avec moi en regardant la photo de l'enfant qui était seul ? Je suis convaincu que John serait heureux de vous donner ce

type de soutien, et que cela vous aiderait à faire face à vos douleurs intérieures, mais pas toutes en même temps !

Pour conclure, Ben, merci encore de m'avoir laissé vous connaître à travers l'évaluation, et j'espère que cela sera utile pour le travail que vous ferez avec John. Si vous avez des questions concernant l'évaluation ou à propos de cette lettre, n'hésitez pas à m'appeler ou à me contacter par email ou à me faire passer vos questions par John.

Pour finir, j'aurais une faveur à vous demander. Pourriez-vous remplir le questionnaire pour me faire un retour sur l'évaluation et me le renvoyer dans l'enveloppe timbrée ci-jointe ? Vos commentaires honnêtes me permettront de mieux aider d'autres personnes.

Bien à vous,

Steve Finn

Stephen E. Finn, Ph.D.

Licensed Psychologist