



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

 www.em-consulte.com



Communication

Le concept de test relationnel en psychothérapie : origines, développements et applications aux troubles de la personnalité

The test concept in psychotherapy: Origins, developments and application to personality disorders

U. Kramer^{*}, S. Kolly, J.-N. Despland

Département de psychiatrie, CHUV, FMH, institut universitaire de psychothérapie et programme personnalité de la section K. Jaspers, université de Lausanne, Cèdres-Cery, CH-1008 Prilly-Lausanne, Suisse

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
 Disponible sur Internet le 6 octobre 2010

Mots clés :
 Psychoanalyse
 Psychothérapie
 Psychothérapie centrée sur la clarification
 Test relationnel
 Troubles de la personnalité

Keywords:
 Clarification-oriented psychotherapy
 Personality disorder
 Psychoanalysis
 Psychotherapy
 Test

RÉSUMÉ

Le concept de test relationnel (*test*, en anglais ; Weiss et Sampson, 1986 [16]) est présenté. Ses origines dans les écrits de Freud sont brièvement retracées et son inscription dans la théorie des croyances pathogènes de Weiss présentée. Par ailleurs, les autres éléments de la théorie psychanalytique de Weiss sont présentés (buts thérapeutiques, obstacles, traumas, insight, test relationnel). Toutes ces étapes sont illustrées par des exemples tirés de la littérature. Un développement récent du concept de test relationnel est présenté et appliqué à la psychothérapie des troubles de la personnalité (Sachse, 2003 [14]). Finalement, les auteurs donnent deux brefs exemples de tests relationnels tirés de leur propre pratique de psychothérapeute et discutent des modèles en les comparant entre eux. Des conclusions concernant l'utilité du concept de test relationnel pour la pratique psychothérapeutique et la recherche en psychothérapie sont proposées.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

The test concept (Weiss and Sampson, 1986 [16]) is presented. Its origins in Freud's works are briefly evoked and its place within the theory of pathogenic beliefs by Weiss presented. We present also the remaining elements of Weiss' psychoanalytic theory which are objectives, obstacles, traumas and insight. Every step of the reflection is illustrated with case examples, drawn from the literature. A recent development of the test concept is presented and applied to the psychotherapy of personality disorders (Sachse, 2003 [14]). Finally, the authors give brief examples of tests having occurred in their own practice as psychotherapists and discuss the models by comparing them among each other. Conclusions are drawn concerning the usefulness of the test concept for psychotherapy practice and research.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Cet article vise à retracer les origines du concept de « test relationnel » (*test*, ou *testing behavior*) défini dans le cadre de la théorie des croyances pathogènes de Weiss [2,16–18]. Un récent développement de ce concept a été proposé par Sachse [14], dans le cadre de la théorie de la double régulation de l'action, plus particulièrement dans le contexte de la clinique des troubles de la personnalité.

Selon Weiss et Sampson [16], l'individu n'est pas uniquement sujet aux contraintes pulsionnelles [3–7], comme l'a souligné l'hypothèse du fonctionnement automatique de la vie intrapsychique, mais est aussi capable d'exercer, de façon inconsciente, un contrôle sur son propre fonctionnement. Ce contrôle inconscient serait en accord avec des croyances pathogènes (*pathogenic belief*) [16], inférées à partir des expériences traumatiques spécifiques durant l'enfance.

2. La notion de « plan » et de test relationnel

Au cœur de la théorie proposée par Weiss et Sampson [16], se situe la notion de « plan » inconscient désignant un moyen

^{*} Auteur correspondant.
 Adresse e-mail : Ueli.Kramer@chuv.ch (U. Kramer).

d'atteindre un but et servant lui-même éventuellement de moyen à un autre but. À ce stade, il apparaît que l'hypothèse du fonctionnement automatique basée uniquement sur la notion de pulsion et son interdit est insuffisante. Il s'agit d'introduire la métanotion de « plan inconscient » qui permet de comprendre les mouvements oscillatoires des défenses, ayant lieu en fonction de la croyance pathogène. Illustrons cette notion de plan par un exemple clinique de la pratique psychanalytique [16 ; p. 12–5] : une patiente en analyse présente une croyance pathogène inconsciente : « Je mérite d'être rejetée ». À un moment donné du traitement, elle propose à son analyste de terminer le traitement, car, selon ses dires, elle se sentirait bien. Ses plans font qu'elle se présente comme étant bien, elle propose l'arrêt du traitement qui pourra être vécu par elle comme rejet de la part de l'analyste, afin de vérifier sa croyance pathogène inconsciente de ne mériter que le rejet. En avançant qu'elle va bien, elle vise à déculpabiliser l'analyste s'il envisage d'aller dans le sens de sa requête explicite. Le but ultime de cette manœuvre sera de permettre à la patiente de tester si sa croyance pathogène est fautive, ce qu'elle espère au fond d'elle. Pourtant, si l'analyste va dans le sens de sa requête explicite, la patiente a la confirmation de sa croyance de mériter le rejet. Dans l'exemple présent, l'analyste a analysé cette requête de manière minutieuse et a mis en évidence les liens évoqués ci-dessus. Selon Weiss et Sampson [16], cette attitude thérapeutique a permis à la patiente d'affaiblir la force de conviction de la croyance pathogène. Cette séquence présente donc un « test relationnel » qui vise à tester la validité de la croyance pathogène.

Notons que l'hypothèse en lien avec la notion de plan visant le contrôle inconscient du fonctionnement de l'individu a été testée à l'aide des études de cas détaillées [2,16], en comparaison avec l'hypothèse du fonctionnement automatique du psychisme. Les résultats démontrent la pertinence de l'hypothèse du contrôle inconscient, et plus particulièrement la pertinence supérieure de la notion de plan et de test relationnel par rapport au modèle plus simple du fonctionnement automatique. Par ailleurs, la notion de plan a aussi été recherchée empiriquement par Miller et al. [13], ainsi que sur les plans clinique et empirique dans le contexte des théories interpersonnelles [1,8,9,12].

Le concept de test relationnel implique que les croyances pathogènes inconscientes, afin de les changer, ne doivent pas nécessairement être rendues conscientes par la technique de l'interprétation (comme c'est le cas dans le cadre de l'hypothèse du fonctionnement automatique), mais les croyances pathogènes peuvent changer sans devoir passer par la conscience, donc sans recourir à l'interprétation de la part du psychanalyste : les croyances pathogènes peuvent aussi changer suite à l'expérience vécue du patient au sein de la relation de transfert avec l'analyste d'une nouvelle offre relationnelle avec le patient. L'analyste a ainsi la tâche d'identifier les plans inconscients du patient et de proposer une attitude thérapeutique relationnelle adaptée à ceux-ci, moment par moment, qui permettra au patient d'infirmer les croyances pathogènes reliées aux plans. Des exemples seront donnés ci-après.

3. Développements de la notion de test relationnel

Dans le contexte des développements des formes de psychothérapies spécifiques aux différents troubles psychiatriques, Sachse [13,15] a repris la notion de test relationnel dans le contexte de la psychothérapie centrée sur la clarification [10,11]. Cette forme de psychothérapie, spécifique aux troubles de la personnalité, est basée sur le modèle de la double régulation de l'action [15] qui postule au moins deux niveaux de régulation de l'action : authentique et non authentique/de contrôle/de jeu

interactionnel. Pour une régulation authentique de l'action, l'individu exprime ses désirs, besoins et motifs, de manière transparente à son partenaire d'interaction, en disant : « Je te prie de me respecter en tant que personne » ; en revanche, pour une régulation basée sur le jeu interactionnel, l'individu a fait l'expérience, au cours de son développement psycho-affectif, qu'une telle expression authentique peut être dangereuse ou ignorée, et il développe des stratégies visant à contraindre son partenaire d'interaction de le respecter en tant que personne (ou de respecter d'autres désirs, besoins et motifs authentiques de la personne), par exemple en se présentant comme très faible et en suscitant ainsi de la pitié chez l'interlocuteur. Dans la relation psychothérapeutique spécifiquement, le patient teste la relation : l'individu peut dire, à chaque fois que le thérapeute propose d'aborder un sujet délicat : « Vous avez un problème, vous voulez me faire dire quelque chose que je ne veux pas dire ! » Le patient peut ainsi signifier au thérapeute : « Vous ne me respectez pas ! », et ainsi le contraindre à éviter avec lui le sujet délicat. Ce faisant, le thérapeute signifie bien sûr qu'il est d'accord avec l'interprétation du patient que le thérapeute voudrait contraindre son patient à dire quelque chose, ce qui serait en lien avec un problème personnel du thérapeute. Ce dernier doit donc savoir réagir immédiatement dans cette situation. Selon Sachse [15], une attitude de neutralité ne permettrait pas au patient d'exclure l'hypothèse que le thérapeute ne le respecte pas fondamentalement. Selon le modèle de la double régulation de l'action, le thérapeute peut se centrer sur les besoins authentiques et les motifs, ou sur les croyances pathogènes inconscientes.

Selon Sachse [15], il y a deux manières de réagir à un test relationnel : soit le thérapeute réussit le test, soit le thérapeute échoue au test du patient. Pour notre situation, un thérapeute qui réussit le test devrait adopter une attitude relationnelle centrée sur les motifs, en satisfaisant – de manière authentique et impliquant des niveaux d'expression verbaux, paraverbaux et non verbaux – le motif sous-jacent du respect de la personne (« Sachez que moi, personnellement, je ferai tout dans ce traitement pour vous respecter en tant que personne, c'est vous qui décidez des thèmes que vous abordez »). On pourrait dire que le thérapeute répond aux motifs authentiques sous-jacents, ce qui aura comme effet que le patient s'ouvrira davantage. Pour notre situation, un thérapeute échouant au test répondrait directement par un acting thérapeutique (« C'est vrai que je peux aussi avoir des problèmes et c'est mieux qu'on aborde ensemble les questions pour lesquelles nous nous sentons à l'aise tous les deux ! »). Un thérapeute qui échoue à un test, soit par un acting thérapeutique ou par la neutralité – laissant ainsi la porte ouverte à une interprétation alternative – , risque que le patient se détourne du thérapeute ; un patient qui a été assuré que le thérapeute a des problèmes ne peut plus faire confiance à celui-ci. On peut dire que cette réaction soutient la croyance pathogène inconsciente et aura comme effet que le patient se méfie davantage. Le thérapeute doit donc se comporter, tout en le ressentant authentiquement en tant que personne, de manière à ce que le motif de base du patient soit rassuré (« être respecté »), ce qui devrait diminuer la probabilité de rencontrer des tests relationnels dans les séances suivantes. Dans des cas spéciaux, comme des troubles de la personnalité *borderline*, les tests relationnels font partie intégrante de l'ensemble du traitement ; le patient *borderline* tend à tester le thérapeute de manière de plus en plus forte au cours du traitement, afin de vérifier que la confiance accordée au début, pour les sujets peu délicats, est également vraie pour un sujet plus difficile abordé plus tard dans le processus thérapeutique. Ce dernier aspect montre que le concept de test relationnel peut être utile non seulement en début de

traitement, lors de l'évaluation, mais tout au long de la psychothérapie [12].

4. Clinique : application du concept aux troubles de la personnalité

4.1. Premier exemple

Mme G. est une patiente *borderline* qui a accepté de commencer une psychothérapie, mais le fait de parler d'elle-même authentiquement lui est difficile. Elle amène le thérapeute sur un terrain qui lui est plus familier que celui de la psychothérapie et multiplie les stratégies pour que le thérapeute entre dans son jeu : « Posez-moi des questions, je ne suis pas très inspirée aujourd'hui ». Elle recherche la complicité et cherche à plaisanter avec le thérapeute ou à établir une relation assez superficielle : « Vous ne me souhaitez pas bon anniversaire ? ».

Le thérapeute ne répond pas à ces sollicitations, de sorte qu'elle change aussitôt de registre, les manœuvres de séduction faisant place à des provocations concernant le cadre établi : « J'ai le droit de vous téléphoner » (sous-entendu autant que je veux en dehors des séances), voire à des critiques directes à l'égard du thérapeute : « Vous êtes sûr que vous avez fait des études ? » Notons en passant que le silence du thérapeute et une attitude trop distante renforcent le vécu persécutoire (« Pourquoi vous me regardez comme ça ? »).

Cette façon d'entrer en relation a une valeur défensive contre un vécu angoissant associé à l'établissement d'une relation plus investie. Compte tenu de son histoire, l'établissement d'une relation basée sur la confiance réciproque n'est pas acquis et la patiente continue à redouter l'établissement d'une relation de confiance, craignant que cela ne dure pas et qu'elle finisse par être rejetée. Cela est basé sur la croyance que des relations de confiance ne peuvent pas être établies, notamment parce qu'elle croit qu'elle ne le mérite pas et qu'elle n'est pas digne d'intérêt : « Je suis une mauvaise patiente et une sale peste ». Par ailleurs, c'est pour cette raison qu'elle s'attend systématiquement à recevoir des réprimandes, « Vous allez m'engueuler », et qu'elle craint d'être rejetée, « Je suis insupportable ». Elle tente d'expulser avec vigueur cette représentation d'elle-même, que ce soit par la projection ou le déni, et tente d'éviter d'aborder ce thème par des manœuvres de séduction ou en proposant des sujets susceptibles de provoquer un conflit. Elle agit comme si elle souhaitait que le thérapeute ne découvre pas cette « mauvaise » partie d'elle-même, parce qu'elle croit qu'elle courra le risque d'être rejetée. Avec ces manœuvres, elle ne cesse de tester la résistance du thérapeute à la tolérer telle qu'elle est, et multiplie les stratégies pour confirmer sa croyance qu'elle ne peut faire confiance à personne et qu'elle va être rejetée parce qu'elle n'est pas suffisamment bien.

Son attitude globale peut être considérée comme un test à l'égard du thérapeute, mais des propos plus directs comme quand elle interpelle le thérapeute : « Alors, je ne suis pas une bonne patiente ? » sont une manière directe d'évaluer ce que pense le thérapeute à son égard et de mettre ainsi à l'épreuve sa croyance, à savoir si ce thérapeute est digne de confiance ou non. Une telle question interpelle immédiatement le thérapeute. Dans le cas où le thérapeute s'abstient de commentaires et reste neutre, le doute s'amplifie et accroît la méfiance. Dans le cas où il répond par l'affirmative, il ne fait que valider et entretenir le discours défensif de la patiente en échappant au problème de fond. Enfin, dans le cas où le thérapeute lui signifierait, verbalement ou non verbalement, qu'elle n'en fait pas assez, elle se sentirait rapidement prise en faute et se défendrait. Ce type de question doit être considéré comme un test relationnel et ne doit évidemment pas être pris au sens littéral. Une réponse directe ne serait pas adéquate et il est

nécessaire d'analyser attentivement les motifs sous-jacents à ce type de question.

Autrement dit, le thérapeute doit explorer avec la patiente sa croyance concernant la pérennité d'une relation et la confiance versus la méfiance qu'elle a vis-à-vis du thérapeute. Est-elle bien sûre que le thérapeute peut l'accepter telle qu'elle est, y compris avec ses « mauvais » côtés, ou doit-elle continuer à s'en défendre et adopter des attitudes qui donnent l'illusion d'une bonne relation. Lorsque le thérapeute comprend les enjeux de ce type de questions et parvient à en clarifier l'origine, il réussit le test relationnel et le travail thérapeutique peut se poursuivre de façon satisfaisante. Dans le cas contraire, la patiente continuera à solliciter le thérapeute pour obtenir une réponse à ce questionnement angoissant.

4.2. Second exemple

Une patiente *borderline* en début de traitement aborde en séance ses difficultés des troubles alimentaires dans des phrases subordonnées, sans les décrire, et en parlant vite et de manière mal articulée, de façon à ce que le thérapeute ne la comprenne presque pas. En effleurant ces thématiques, on peut faire l'hypothèse suivante du test relationnel : la patiente qui présente une croyance pathogène que la personne en face ne s'intéressera pas à elle, qu'elle n'est pas intéressante, teste le thérapeute si cette croyance est confirmée (test échoué pour le thérapeute [14]), ou si le thérapeute sait reprendre ces contenus effleurés de manière respectueuse (test réussi pour le thérapeute). Nous postulons que le but authentique de cette patiente est d'être prise au sérieux, d'être importante pour quelqu'un, y compris le psychothérapeute. L'attitude thérapeutique adéquate ici serait donc d'interrompre la patiente et de lui signifier que le thérapeute a entendu ses propos et sa manière camouflée de les présenter. Ainsi, le thérapeute réussit le test relationnel proposé par cette patiente.

5. Discussion

Dans le contexte actuel, la durée des psychothérapies est de plus en plus soumise aux critères d'économie de la santé. Cette pression économique exige du clinicien le maniement aisé des concepts adaptés à sa clientèle. La notion de test relationnel (*test*) s'inscrit dans cette lignée d'outils basés sur une théorie d'inspiration psychanalytique [18]. Par sa définition pragmatique et son opérationnalisation aisée, ce concept a pu être repris et développé dans le cadre d'autres formes de psychothérapie, notamment la psychothérapie centrée sur la clarification qui est spécifiquement adaptée aux caractéristiques psychopathologiques des troubles de la personnalité. Toutefois, malgré la référence commune, nous percevons plusieurs divergences entre l'approche originaire de Weiss et Sampson et celle de Sachse.

5.1. Spécificité de la notion pour des troubles de la personnalité

Comme souligné par Sachse, une caractéristique des patients avec troubles de la personnalité est de pratiquer des tests relationnels, surtout en début de traitement psychothérapeutique ; les autres patients les pratiqueraient nettement moins souvent. Cette restriction de prévalence des tests relationnels n'est pas présente dans le modèle de Weiss et Sampson. Les exemples cités dans cet article et donnés dans leurs écrits seraient tous des patients avec différents diagnostics psychiatriques, avec ou sans trouble de la personnalité. L'ampleur du concept tel que défini par Weiss et al. peut être due à un cadre différent : l'analyse. Dans ce cadre, les croyances pathogènes les plus archaïques peuvent apparaître et influencer la nature du transfert, même chez des sujets sans trouble grave de la personnalité.

5.2. Buts d'un test relationnel

Nous observons une différence entre les modèles quant à l'objectif d'un test relationnel. Pour Sachse, un test relationnel mérite son nom plus spécifiquement car le patient teste par ce biais la solidité de la relation thérapeutique. Un test relationnel n'est donc pas à comprendre d'un point de vue du contenu, mais d'un point de vue de la relation qu'essaie d'établir le patient avec son thérapeute ; cette manière d'entrer en relation est bien sûr basée sur des patterns interpersonnels à partir des expériences infantiles, mais la réfutation du contenu de ces patterns interpersonnels n'est pas l'objectif premier du test relationnel. En revanche, chez Weiss et Sampson, le test relationnel ne vise pas à tester la relation thérapeutique en premier lieu, mais à contredire une croyance pathogène qui a été forgée à travers une expérience traumatique dans l'enfance. En résumé, le thérapeute répondant à l'encontre de la croyance pathogène permet au patient une « expérience émotionnelle correctrice » selon le modèle de Weiss, mais permet une « expérience relationnelle correctrice » selon le modèle de Sachse.

5.3. Réponse thérapeutique à un test relationnel

Finalement, la réponse thérapeutique à un test relationnel peut être différente. Weiss suggère avant tout que l'invalidation des croyances pathogènes se fait par les tests relationnels, sans devoir passer par l'interprétation, la clarification ou la verbalisation par le thérapeute. Sachse, en revanche, n'exclut pas le recours à des techniques de clarification pour rendre explicites les implications du test relationnel. Nous pensons que la spécificité des troubles de la personnalité comme troubles graves du développement de la personne nécessite un arsenal de techniques le plus vaste possible ; pour cette raison, rendre explicite un test relationnel peut être fructueux pour ces patients [14].

Finalement, nous aimerions conclure par la réflexion qu'un concept clinique se juge avant tout par son utilité pour la clinique. De notre point de vue, nous pensons que la notion de test relationnel est très utile pour comprendre des actions du patient. Cette notion permet également un échange fructueux entre cliniciens ayant une formation de base dans des axes thérapeutiques différents. Finalement, la recherche a montré la pertinence de ce concept à partir de différents points de vue.

Conflit d'intérêt

Aucun.

Remerciements

Les auteurs remercient le Dr Lucio Bizzini, membre associé de la société médicopsychologique (SMP), pour avoir accepté de parrainer la présentation du premier auteur lors de la séance scientifique de la SMP du 19 avril 2010 à Paris.

Références

- [1] Caspar F. Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse. Bern: Verlag Hans Huber; 2007.
- [2] Curtis JT, Silberschatz G. The Plan formulation method. In: Eells TD, editor. Handbook of psychotherapy case formulation. New York: Guilford Press; 2007. p. 198–220.
- [3] Freud S. Jokes and their relation to the unconscious, Standard Edition 8, London: Hogarth Press; 1905/1960. p. 9–181.
- [4] Freud S. Project for a scientific psychology, Standard Edition 1, London: Hogarth Press; 1895/1966. p. 283–398.
- [5] Freud S. The interpretation of dreams, Standard Edition 4, London: Hogarth Press; 1900/1953. p. 1–338.
- [6] Freud S. The interpretation of dreams, Standard Edition 5, London: Hogarth Press; 1900/1953. p. 339–627.
- [7] Gill M. Metapsychology is not psychology. In: Gill M, Holzman PS, editors. Psychology vs metapsychology Psychological Issues, 9. 1976. p. 71–105.
- [8] Grawe K. Die diagnostisch-therapeutische Funktion der Gruppeninteraktion in verhaltenstherapeutischen Gruppen. In: Grawe K, editor. Verhaltenstherapie in Gruppen. München: Urban & Schwarzenberg; 1980. p. 88–223.
- [9] Kramer U, Berger T, Caspar F. Psychotherapeutic case conceptualization using plan analysis for bipolar affective disorder. J Clin Psychol 2009;65: 352–67.
- [10] Kramer U, Püschel O, Breil J, Sachse R. Intégrer clinique et recherche : le modèle de la clarification selon R. Sachse. Psychotherapies 2009;29:67–74.
- [11] Kramer U. De l'importance de l'approfondissement de l'affect en psychothérapie. Prat Psychol;(sous presse). doi:10.1016/j.prps.2009.10.003.
- [12] Kramer U. Individualizing exposure therapy for PTSD: the case of Caroline. Pragmatic Case Stud Psychother 2009;5:1–24.
- [13] Miller GA, Galanter E, Pribram KH. Plans and the structure of behavior. New York: Holt; 1960.
- [14] Sachse R. Klärungsorientierte Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe; 2003.
- [15] Sachse R. Psychologische Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe; 2001.
- [16] Weiss J, Sampson H, the Mount Zion Psychotherapy Research Group. The psychoanalytic process. Theory, clinical observations and empirical research. New York: Guilford Press; 1986.
- [17] Weiss J. How psychotherapy works. New York: Guilford Press; 1993.
- [18] Weiss J. The emergence of new themes: a contribution to the psychoanalytic theory of therapy. Int J Psychoanal 1971;52:459–67.

Discussion

Dr J.-G. Veyrat.– Je suis réservé sur votre exemple de la « fin du film » illustrant la baisse des défenses du sujet. En effet, si vous entendez par là décrire ce relâchement qui permet à de nombreux patients de n'extérioriser qu'en fin de consultation qui des tics, qui des éléments délirants soigneusement refrénés jusque-là, je suis d'accord.

Mais, dans le cas des films, c'est ne pas vouloir tenir compte du désir du réalisateur que l'on peut voir par exemple à l'œuvre dans *The Truman Show* diriger quand il veut, au même titre que le brouillard, l'apparition des violons (la fameuse « chanterelle ») quand il veut déclencher les larmes.

Pr Laxenaire.– Je partage les objections du Dr Hache sur les problèmes contre-transférentiels qui semblent mis en évidence par votre test. Il est certain que n'importe quel psychothérapeute

ne peut pas se charger de n'importe quel patient. Il y a des limitations de part et d'autre.

Cela dit, voyez-vous une différence entre ce que vous appelez « croyance pathogène » et l'attitude de méfiance inhérente à la personnalité paranoïaque ?

Réponse du Rapporteur.– Réponse au Dr Veyrat : Je suis d'accord avec vous ; il s'agit dans les écrits de Weiss et al. du relâchement des défenses en fin de consultation. Je vous remercie de la nuance apportée quant au désir du réalisateur.

Réponse au Pr Laxenaire.– Le test relationnel, selon Sampson et Weiss, pourrait dans un cas de figure précis servir au patient de vérifier si les problèmes contre-transférentiels n'interfèrent pas avec le traitement, par rapport auquel le patient reste ambivalent. La méfiance inhérente à la personnalité paranoïaque, ou plus

spécifiquement au trouble de la personnalité paranoïaque, selon le DSM-IV-TR, peut se traduire par une croyance pathogène de type « Personne ne respecte mes frontières », « Les autres veulent me régler » ou « Si je ne suis pas vigilant, le thérapeute me fera

du mal ». La notion de croyance pathogène, dans le modèle de Weiss, est donc générique et peut englober la thématique de la méfiance, tout comme la thématique de l'abandon ou de l'agressivité, par exemple.

DOI de l'article original : [10.1016/j.amp.2010.09.005](https://doi.org/10.1016/j.amp.2010.09.005)

0003-4487/\$ – see front matter © 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.
doi:[10.1016/j.amp.2010.09.006](https://doi.org/10.1016/j.amp.2010.09.006)