

chapitre 6Un modèle élémentaire global de psychothérapieII- le travail des résistances

Rôle central des résistances en psychopathologie et en psychothérapie - conceptions théoriques de la résistance - les grandes formes de résistance - les grands motifs de résistance - le travail des résistances - exercice clinique - la bibliothèque ressource

*"le mal que je ne veux pas faire, je le fais, et le bien que je veux faire, je ne le fais pas"*  
(Saint Augustin)

1) Rôle central des résistances en psychopathologie et en psychothérapie

La résistance est une partie intrinsèque et naturelle du processus psychothérapeutique. Son importance, bien que variant en fonction d'un certain nombre de facteurs que l'on tentera d'examiner plus loin, demeure cependant toujours cruciale. Il est même permis de penser que si ce n'était des résistances, le client n'aurait peut-être jamais consulté et pourrait probablement, avec une dose raisonnable de bon sens, se passer de nos services.

En effet, mener à bien tout ce qui précède, c'est à dire faire une évaluation soigneuse et exhaustive, déterminer le problème, établir un plan d'intervention, combiner judicieusement l'information à l'injonction et manifester l'attitude la plus propre à favoriser le changement, tout cela demande déjà un certain talent, beaucoup de perspicacité et une expérience qui ira grandissante avec les années. Mais il n'en demeure pas moins que si toute la psychothérapie s'y résumait notre tâche demeurerait relativement facile et parfois fastidieuse.

Or, le vrai travail commence lorsque, en dépit de toute la mise en oeuvre que l'on vient de décrire, le parcours thérapeutique se révèle encombré d'obstacles plus ou moins subtils semés par le patient lui-même. Ce n'est certainement pas sans raison que ce dernier a développé ces stratégies pathologiques particulières que nous appelons symptômes, qu'il les a pratiquées durant des années

et qu'il s'y attache de façon tenace. En plus de profiter des buts pour lesquels ils ont été conçus, il en tire souvent des bénéfices additionnels parfois imprévus. En toute logique, ne nous attendons pas à ce qu'il en change un beau matin uniquement parce qu'un individu qu'il connaît à peine lui conseille chaleureusement de le faire.

N'allons donc pas imaginer que nos clients vont d'une part ouvrir leur âme à un inconnu et d'autre part abandonner de gaieté de coeur des comportements coûteux, certes, mais qui leur ont tout de même procuré un certain nombre de gratifications durant une partie non négligeable de leur existence. Au contraire, tout en déclarant ouvertement leur adhésion au programme de recherche et à l'entreprise thérapeutique, il vont parfois mettre tout en oeuvre pour les faire échouer. Ces formes d'opposition s'exerceront aux divers niveaux d'intervention, aussi bien contre l'établissement d'une relation que contre la transmission de nouvelles informations, l'adhésion à de nouvelles pratiques ou jusqu'à la reconnaissance de cette résistance elle-même.

Il faut comprendre ici que le traitement des résistances fait partie intégrante de la psychothérapie comme telle et qu'il est pratiquement impossible de considérer un problème intrapsychique un peu durable qui ne soit pas défendu par toutes sortes de mécanismes visant naturellement sa perpétuation. On en verra plus loin d'abondants exemples.

## 2) conceptions théoriques de la résistance

Si l'on examine la représentation théorique que les principaux modèles se sont fait des résistances, on constatera rapidement que derrière un vocabulaire différent ces diverses lectures se rejoignent, s'enrichissent mutuellement et ne sont pas essentiellement en opposition.

### a) conceptions dynamiques:

Le Vocabulaire de la Psychanalyse (Laplanche et Pontalis, 1967) définit ainsi les résistances: "au cours de la cure psychanalytique, on donne le nom de résistance à tout ce qui, dans les actions et les paroles de l'analysé, s'oppose à l'accès de celui-ci à

son inconscient. Par extension, Freud a parlé de résistance à la psychanalyse pour désigner une attitude d'opposition à ses découvertes en tant qu'elles révélaient les désirs inconscients et infligeaient à l'homme une "vexation psychologique".

La résistance apparaît donc d'abord comme un refus de prendre conscience, ce qui n'étonnera pas si l'on se rappelle que la démarche psychanalytique vise avant toute autre chose la connaissance de soi. La seconde partie de la définition peut par contre laisser songeur: elle permet à ceux qui y seraient inclinés de ramener les désaccords et les critiques envers les psychanalystes à une aliénation visant avant tout au refus de voir ses propres failles que la psychanalyse risquerait de mettre en évidence; on a bien entendu fait grand usage politique de cette conception se réduisant à la limite à considérer les critiques comme des malades qui s'ignorent. On peut observer encore aujourd'hui cette pratique qui illustre une fois de plus le caractère potentiellement idéologique de toute théorie.

L'acception courante de l'expression va maintenant plus loin que cette compréhension très orthodoxe et l'on a élargi l'usage du terme, principalement selon trois axes que nous décrirons brièvement:

a) Le concept peut trouver maintenant un usage profitable hors de la cure psychanalytique, soit dans la vie courante du patient ou dans une cure non strictement psychanalytique

b) On l'appliquera à tout ce qui s'oppose, chez le patient, non plus uniquement à l'accès à son inconscient, mais à la démarche thérapeutique en général, incluant l'établissement de la relation et la coopération à l'entreprise de traitement. On peut de cette façon considérer la vie entière de certaines personnes comme une vaste et épuisante entreprise de camouflage de la vérité.

c) Enfin, des comportements considérés classiquement comme des résistances, ne sont plus dans la pensée de certains auteurs, traités comme tels. Par exemple, des thérapeutes analytiques comme Sampson et Weiss (1971) ont même cessé de considérer les comportements transférentiels comme une sorte de résistance pour en faire la nature même du problème. Selon ces psychanalystes de l'hôpital Mount Zion à San Francisco, les comportements qu'on considère comme transférentiels ne sont plus une forme de

résistance, mais devraient être considérés comme une série d'épreuves que le patient doit faire passer à son thérapeute avant de pouvoir s'exposer à des risques (rejet, humiliation, critiques, etc...) qui étaient bien réels dans son enfance mais qui ne le sont plus nécessairement. Weiss prétend ainsi que le patient dans son analyse cherche à nouveau à atteindre des objectifs auxquels il avait du renoncer dans son enfance et tente à cette fin de mettre inconsciemment son thérapeute à l'épreuve pour s'assurer que celui-ci ne le traumatisera pas comme ses parents l'ont fait dans le passé.

En résumé, dans la pensée psychodynamique, les résistances visent à maintenir le gain primaire (essentiellement, la persistance du refoulement) et par la suite les gains secondaires additionnels qui viennent s'y ajouter. Les mécanismes de défense en sont une incarnation concrète de même que le transfert comme Freud l'a très tôt reconnu: la relation transférentielle envers le thérapeute bloque tout l'espace de la conscience et empêche de considérer les conflits refoulés tout en exigeant une gratification directe des pulsions. Naturellement, cette notion devait bientôt se complexifier: l'on parlera aussi de "résistances au transfert" et Merton Gill élaborera une discussion très intéressante à partir de la distinction entre la résistance à permettre le développement du transfert, la résistance à le reconnaître et la résistance à le dissoudre.

#### b) conceptions behaviorales:

Alors que la théorie analytique des résistances s'appuie de façon fondamentale sur la distinction entre gains primaires et gains secondaires, la théorie behaviorale ne tire pas nécessairement la ligne entre la fonction première d'un comportement et les fonctions secondaires qui peuvent ultérieurement s'y ajouter. Moins préoccupés des origines du comportement, les behavioristes en sont nécessairement amenés à porter moins d'intérêt aux facteurs d'apparition et plus sur les facteurs de maintien que l'on pourrait grossièrement assimiler aux gains secondaires.

Les conceptions behaviorales de la résistance sont contenues dans les théories opérantes et cognitives du comportement. Pour résumer simplement, les patients répugnent à changer leurs comportements soit parce que ceux-ci sont puissamment renforcés (par eux-mêmes ou par autrui) ou soit parce que les patients les conçoivent à tort comme la seule solution logique et tolérable à leurs

conflits, toute autre étant inacceptable parce qu'elle implique des remaniements importants du système de croyances propres à l'individu. Voyons le détail de ces conceptions:

Dans une vision opérante, les comportements sont maintenus par leurs conséquences, que celles-ci consistent en un gain positif ou en la possibilité de fuir une expérience désagréable (échappement) ou de l'éviter complètement (évitement). Devant un comportement qui se maintient en dépit d'un plan de traitement raisonnable, le thérapeute behaviorale se demandera naturellement quel gain le patient retire t-il de son comportement ou quelle conséquences désagréables lui évite t-elle? Ce questionnement souvent fructueux peut aller très loin dans une "analyse fonctionnelle"<sup>1</sup> bien faite. Ce sera ensuite son objectif de lui démontrer que les gains consécutifs à la disparition des comportements cibles sont supérieurs à ceux que ce dernier procure ou bien de faire disparaître ceux-ci en modifiant s'il le peut les contingences<sup>2</sup> du comportement. Par exemple, l'évitement phobique peut être renforcé par le soulagement de l'anxiété (essentiellement un renforcement négatif) ou encore par les soins et la sollicitude que l'entourage pourra alors procurer au patient en détresse, un renforcement positif que l'on tentera parfois de modifier avec, si nécessaire, la coopération de l'entourage. La douleur chronique peut devenir similairement renforcée par les réactions apitoyées de l'environnement sans lesquelles une extinction se produirait beaucoup plus facilement.

Sur le plan cognitif, il est concevable qu'un patient manifeste des résistances au traitement, non pas nécessairement parce qu'il en retire des gains additionnels mais parce qu'il ne voit pas, à cause de l'opinion irrationnelle qu'il entretient de lui-même, les bénéfices qu'il pourrait tirer de la mise en pratique du traitement. Ce sont là des aspects de la clinique qui ont été mis en lumière par le concept

---

<sup>1</sup> En thérapie behaviorale, le terme "analyse fonctionnelle du comportement" fait référence à l'identification de tous les facteurs qui le déterminent, donc, entre autres, ses renforçateurs.

<sup>2</sup> "Contingences", du latin "*contingere*" qui signifie toucher, arriver par hasard, se dit de tout élément dans l'environnement qui se trouve en relation fonctionnelle avec le comportement que le thérapeute se propose de modifier. En ce sens, les multiples renforçateurs d'une réponse sont des contingences, comme le sont aussi les antécédents qui pourraient y être associés par conditionnement classiques. Voir Malcuit et Pomerleau (1977) pour une discussion plus poussée.

d'impuissance apprise de Seligman (1977): le client ne change pas car il a appris de ses expériences antérieures l'inutilité (perçue mais non réelle) de tout effort pour modifier sa condition. Par ailleurs, le concept d'"efficacité perçue" ("self-efficacy") de Bandura révèle que le client ne change pas parce que, quoique convaincu en théorie de l'efficacité du traitement, il demeure persuadé de son incapacité personnelle à mettre le traitement en oeuvre. Par exemple, une femme battue, quoiqu'assertive dans le bureau du thérapeute, ne s'affirmera pas à l'extérieur parce que des expériences répétées lui ont démontré la stérilité de cette attitude (théorie de Seligman) ou parce qu'une image incompétente d'elle même demeure incompatible avec la production spontanée d'un tel comportement hors de la situation artificielle du bureau (théorie de Bandura). Ceci signifie aussi que des clients de milieux défavorisés résisteront à mettre en oeuvre des démarches pour changer leurs conditions parce qu'ils ont appris par leurs expériences passées qu'étant "nés pour un petit pain", toute effort de leur part demeurerait inutile. Une femme dominée par son mari qui la méprise ne prendra pas hors du bureau du thérapeute les attitudes assertives pourtant bien pratiquées avec le thérapeute parce qu'elle demeure convaincue en son for intérieur que l'affirmation de soi est excellente pour les autres mais pas à la portée d'une personne aussi incapable qu'elle. Les deux conceptions conduisent bien entendu à une intensification des procédures thérapeutiques, tant sur un plan comportemental que cognitif.

Dans un contexte toujours cognitif, un client peut manifester des résistances parce que les nouvelles attitudes qu'il devrait adopter lui paraissent incompatibles avec certaines notions irrationnelles dans son système de valeurs personnelles. Par exemple, un mari batteur résiste par toutes sortes d'excuses ou de prétextes à mettre en oeuvre les procédures de négociations préconisées par son thérapeute en cas de désaccord conjugal parce qu'au fond il considère comme indigne d'un homme véritable de négocier avec une femme. On peut ici se rapporter au chapitre sur l'intervention cognitive, pour avoir accès à toute une série de postulats irrationnels parmi les plus courants.

Il peut être important de ne pas confondre ici le problème fondamental du patient avec la résistance au changement qui constitue en elle même un second problème parfois plus important que le premier, parfois moins selon les cas: cette distinction demeure toujours fondamentale quelque soit le modèle que l'on désire adopter. Les psychodynamiciens doivent à leur théorie de pouvoir

distinguer entre les gains primaires et les gains secondaires. Pour les behavioristes, la question ne se pose pas de la même façon mais les incite tout de même à faire la différence entre ce qui a causé le problème (une cognition irrationnelle, un conditionnement classique ou opérant, un apprentissage incomplet, etc..), et ce qui l'entretient (une autre cognition irrationnelle ou un renforçateur social par exemple). Par exemple, je fuis les contacts sociaux avec les personnes de l'autre sexe parce que je crois irrationnellement que je ne pourrais leur être agréable que si j'étais absolument extraordinaire, et ce comportement se trouve renforcé secondairement par le fait que mon isolement m'assure la sollicitude de certaines personnes qui pour des raisons parfois névrotiques, trouveraient du charme à mon sombre et boudeur isolement. Mais ce qui constitue précisément l'intérêt des théories behaviorales ici c'est qu'elles ont résolument minimisé dans de nombreux cas l'importance du facteur déclenchant du problème pour se concentrer sur ce qui le maintient aujourd'hui. Une phobie peut ainsi avoir été apprise dans des conditions particulières il y a dix jours ou dix ans, mais être maintenues par des renforçateurs tout à fait différents des conditions initiales qui sont disparues depuis longtemps et ne jouent plus de rôle déterminant.

Illustrons cette considération essentielle par un exemple: une jeune femme de vingt-cinq ans, secrétaire, sur le point de se voir contrainte d'aller cohabiter avec son patron qui est aussi son amant depuis un an et désire laisser son épouse pour elle, éprouve de fortes ambivalences envers cette décision à laquelle elle n'ose pas s'opposer. A l'occasion d'une otite<sup>1</sup> coïncidant par hasard avec cette situation, elle éprouve des étourdissements sur la rue, développe rapidement une agoraphobie qui l'oblige à ne pas quitter sa mère avec qui elle demeure et semble ainsi sauver la situation. Huit pénibles années et bien de traitements infructueux plus tard, elle consulte un behavioriste pour agoraphobie persistante. Mais entre temps, elle a établi une relation stable avec un homme qu'elle aime, n'a plus les ambivalences timides et naïves du passé et a pris beaucoup de maturité, mais ne s'est malheureusement pas désensibilisée aux espaces ouverts. Pour son nouveau thérapeute, les conditions initiales comme les gains secondaires du début sont disparus, mais d'autres facteurs de maintien les ont remplacés: le soulagement de l'aversion causé par les grandes surfaces, une certaine sollicitude de son mari, et que sais-je encore. Le thérapeute

---

<sup>1</sup> Infection de l'oreille qui peut occasionner, en plus des douleurs, des sensations d'étourdissements fort désagréables.

ne s'intéressera vraisemblablement pas aux conditions d'apparition du problème au delà d'une histoire minutieuse et détaillée; il négligera des éléments que d'aucuns trouveraient oedipiens, passera même par dessus les difficultés d'assertion qui appartiennent au passé d'autant plus qu'elle a maintenant développé la tyrannie souffrante des phobiques en contrôle de leur entourage, et délaissant ce qui dans un autre modèle serait considéré comme un gain primaire et digne d'un intérêt privilégié, se concentrerait plutôt sur des gains secondaires certes mais qui constituent pour lui le coeur contemporain du problème. Inutile d'ajouter que si la thérapie s'était faite dans les semaines suivant l'apparition des symptômes, l'intérêt se serait alors déplacé sur l'ambivalence de la jeune femme envers sa liaison d'alors et ses difficultés à s'opposer aux projets de son amant. Apprentissage de longue date ou conflit encore chaud, c'est au thérapeute de décider de la compréhension la plus utile et d'en déduire le mode d'intervention congruent.

c) conceptions gestaltistes:

En gestalt, le sens donné au terme résistance est un peu différent de celui qu'on lui accorde dans les autres conceptions modernes; "résistance" s'appliquera ici aux multiples moyens utilisés par le client pour empêcher ou perturber le processus de développement des gestalts. Néanmoins, on retrouve ici essentiellement le même principe, celui d'une opposition à la prise de conscience ("awareness") et au changement.

La "résistance au processus" comme les gestaltistes l'appellent, prendra plusieurs formes dont les grandes expressions ont été décrites ainsi: plutôt que de se permettre de vivre une expérience, un client pourra "introjecter" des formes de comportement qui prendront la place de l'expérience qui devrait se produire, "projeter" hors de lui l'expérience qu'il refuse en l'attribuant à un autre, "rétrofléchir" sur lui même des comportements destinés à autrui ou qui devraient lui être administrés par autrui ou "défléchir" vers l'extérieur des expériences menaçantes en les vidant de toute signification importante. Il peut enfin créer une "confluence" avec son environnement pour éviter de réaliser les différences qui l'en séparent.

Voici un exemple clinique simple de ces manifestations: devant la prise de conscience imminente ("awareness") de sensations, d'idées

et d'émotions de colère envers mon épouse, je puis me transformer totalement en mon image intérieure de personnage serein, paisible et dominateur comme mon père l'était (introjection), je puis considérer avec tristesse l'agressivité qu'elle me démontre manifeste (projection), je puis m'infliger une crise de migraine ou serrer les dents à m'en faire mal (rétroflexion), je puis affecter d'ignorer le tout en le réduisant à une banale discussion conjugale (déflexion) ou je puis tenter de me convaincre encore plus fortement que ma femme et moi ne font qu'un seul être qu'aucune divergence de goûts ou d'opinion ne saurait séparer (confluence). Chacun des ces mécanismes réussira dans une certaine mesure à brouiller la perception de ma colère et m'empêchera pour encore un certain temps de réaliser le conflit qui nous sépare et de lui faire face de façon constructive. Mais le coût de cette opération de camouflage ira probablement en grandissant jusqu'à ce que le mode de résistance au processus devienne trop onéreux et me force à changer.

Comme les exigences normales de la vie ne permettent pas de porter notre entière attention à chaque sollicitation émotive, cognitive ou sensorielle, c'est toute l'existence qui devient tissée de résistances; par exemple, je choisis de ne pas porter attention en ce moment au bruit ambiant, à ma journée d'hier ou au contact de mes fesses avec le coussin de ma chaise et c'est bien ainsi. Pourvu que, bien entendu je n'exerce pas le même genre de résistances envers des processus chargés pour moi d'informations vitales, par exemple, ma colère envers mon conjoint.

On peut voir ici qu'à la différence des autres modèles, mais en se rapprochant assez de la psychanalyse, la gestalt conçoit la résistance comme un effort pour ne pas "vivre" ce qui se passe.

#### d) conceptions systémiques:

Dans ce modèle, c'est le système qui est pathologique car il est conçu comme cherchant par tous les moyens à maintenir son homéostasie parfois pathologique et à résister à toute tentative de le modifier: c'est donc dans le système que la résistance devra être réduite, à quelques niveaux que l'on jugera plus approprié d'intervenir, que ce soit à l'école, dans la famille, auprès des amis etc... Un exemple classique et assez grossier: l'enfant voleur cesse de voler, mais la mère quitte le traitement ou tombe malade à son tour, perpétuant ainsi un sujet d'attention dans la famille et qui la détourne d'un deuil interminable qu'elle refuse de vivre en

s'échappant dans des drames perpétuels. On voit comment le système résiste à toute tentative de changement et maintient son homéostasie en sacrifiant toujours un nouveau soldat dans la bataille, ou bien, en désespoir de cause, en refusant la bataille et en retirant son armée.

Il est bien entendu que l'on peut considérer le psychisme individuel comme un système en soi, mais l'on ne se distinguera pas là des autres modèles. C'est parce qu'elle élargit la notion de système que la conception systémique comporte un intérêt particulier en offrant de nouvelles possibilités d'intervention. De plus elle vaut beaucoup par l'éclairage qu'elle jette sur la futilité parfois ressentie à tenter de modifier des phénomènes sans cesse changeants et déterminés par un ensemble de facteurs qui ne sont pas toujours réunis dans le bureau du psychothérapeute.

### 3) Les grandes formes de résistance

Si l'on quitte maintenant le champ de la théorie, attardons-nous à considérer quelques unes des manifestations extérieures que peut prendre la résistance en thérapie. L'ingéniosité humaine étant sans limites, la résistance peut adopter des apparences trompeuses comme grossières, anodines comme inquiétantes. Nous suggérerons au passage des réponses spécifiques à certaines de ces situations difficiles, mais nous reverrons en fin de chapitre les grands principes de l'approche des résistances.

#### a) La guérison subite.

Après une entrevue d'évaluation où la situation intenable du client apparaît clairement et menace de ne laisser guère d'autres alternatives aux symptômes qu'un changement coûteux et inquiétant par sa nouveauté, un patient quitte le traitement en s'exclamant: "Merci infiniment, vous avez été merveilleux! Je crois que je n'aurai plus besoin de revenir!". Bien entendu, le thérapeute étonné perçoit mal les raisons d'une telle satisfaction.

Généralement cette amélioration est de courte durée mais le thérapeute ne peut pas le savoir avec certitude et deux possibilités s'offrent alors à lui. D'une part il peut jouer son va-tout et tenter de garder le client en traitement en insistant que tout n'est pas réglé, argument d'autorité généralement peu efficace et qui, lorsqu'il l'est,

laisse toujours derrière lui un relent d'autoritarisme un peu aliénant. Il peut aussi tenter de démontrer de façon un peu plus détaillée que tout n'est pas réglé en s'avançant un peu plus dans la démonstration de ses hypothèses de travail (voir pages suivantes). Si la cause est bien présentée, le patient restera ou partira, mais s'il quitte, il le fera prémuni et outillé de concepts lui permettant de mieux analyser la prochaine émergence de phénomènes pathologiques dans son comportement. Et si ce dernier échange a été bon, il reviendra sûrement.

D'autre part, plutôt que de mener un combat d'intimidation, il est parfois plus sage de laisser partir le patient tout en lui laissant chaleureusement la porte ouverte pour la prochaine occasion où il reviendra dans des dispositions cette fois plus propres à considérer ses résistances; en effet, ayant pu partir facilement et confronter par la suite l'inefficacité de ses négations, il n'en revient généralement que plus susceptible de dépasser dans un deuxième temps ses résistances initiales.

Les auteurs favorisent naturellement la seconde attitude, bien qu'il n'y ait pas, comme toujours, de règle absolue en ces matières.

b) Les absences de tout ordre:

Extérieurement le patient demeure très coopératif; par contre, les rendez-vous sont régulièrement annulés pour ne pas dire oubliés; ou encore le patient se montre toujours en retard malgré les observations du thérapeute.

Dans d'autres cas, le patient se présente à l'heure mais c'est le matériel qui n'y est pas: le patient a complètement oublié le contenu des sessions précédentes: ce qui, à peine quelques jours auparavant le bouleversait pourtant si profondément et réclamait, toutes autres affaires cessantes, une attention totale et immédiate, n'est plus même qu'un souvenir et encore dans la seule mémoire du thérapeute.

c) La négligence des injonctions

Le thérapeute, en accord avec le client, a prescrit un comportement ou un exercice qui paraît de prime abord facile et peu menaçant; le client ne le fait pas et ne peut expliquer de façon raisonnable les raisons de son omission. Il faudra toujours bien considérer dans ces cas si les exercices ont été mal compris ou ne

représentaient pas une tâche supérieure aux capacités du client. Ce genre de situations n'est pas rare et le thérapeute fera bien, avant de conclure à la résistance de manifester un peu de patience, de rétablir le programme pour une autre semaine et d'expliquer à nouveau les procédures.

d) La séparation totale de la thérapie d'avec de la vie:

Le patient tient beaucoup à sa thérapie, insiste pour explorer inlassablement les détails de ses malheurs présents comme passés et pour remonter impitoyablement et avec courage jusqu'aux racines infantiles de sa maladie, sans bien entendu remettre en question son comportement actuel qui, de toute évidence, ne changera que le jour où tout le passé sera expliqué. La thérapie est ainsi devenue complètement séparée de la vie et s'apparente plus à une abstraite considération littéraire ou philosophique qu'à une procédure de prise en charge du réel.

Ou encore, si ce n'est pas l'intérêt archéologique qui prédomine comme ci-haut, le patient, quoique centré sur le présent, explique, raisonne, spécule, imagine, mais ne change rien dans sa vie. Il élabore inlassablement, par exemple, sur les diverses façons dont sa femme évoque pour lui sa mère dominatrice, son père rejetant ou sa soeur compétitrice, avec parfois la complicité d'un thérapeute de bonne foi; graduellement, il deviendra clair qu'il en tire plus de plaisir contemplatif que de désir de changer.

e) La séduction du thérapeute:

C'était la conception classique de Freud: le transfert est un moyen de déplacer les enjeux et de ne pas prendre d'insight. Voilà bien l'un des aspects de la théorie freudienne qui a marqué le plus l'imagination populaire. On ira même jusqu'à penser que pour que la thérapie fonctionne, il faut se prendre de passion amoureuse pour le thérapeute. L'anecdote courait un jour d'un thérapeute expliquant son insuccès à sa cliente par le fait qu'elle n'était pas capable de tomber en amour avec lui, explication d'ailleurs partagée par cette dernière avec une certaine amertume peut-être...!

Bien entendu, il faut s'empresser de préciser que bien que l'attachement amoureux d'un patient pour son thérapeute ne soit pas si rare, d'une part il demeure tout de même moins répandu que les fantasmes populaires veulent bien le voir et d'autre part

l'explication du phénomène n'en est pas nécessairement la résistance à l'insight, loin de là. On en discutera plus en détail dans le chapitre suivant, sous le titre des impasses en psychothérapie.

Il n'en demeure pas moins que la tentative d'influencer par la séduction au sens large le comportement du thérapeute pour maintenir une situation pathologique et empêcher un changement inquiétant n'a rien qui puisse choquer la logique. Dans ce but, le client démontrera souvent une dévotion et une admiration sans borne pour le thérapeute, de façon à signifier en quelque sorte: "comment pourriez-vous déplaire à une personne comme moi qui vous admire et vous vénère tellement". Lorsque le thérapeute se laisse prendre à ce jeu, il en résulte un pacte d'admiration mutuelle correspondant en fait à un pacte de non-agression entre deux nations très susceptibles au contraire d'avoir des intérêts divergents et doit par conséquent être au besoin dénoncé de façon supportive mais très claire.

f) L'interminable working through:

Qu'on ne s'y trompe pas, le working through n'est pas à proprement parler une résistance, bien qu'il puisse les inclure. Qu'un patient résiste ou non, l'apprentissage du changement réclame patience et persévérance et le temps comme les efforts nécessaires doivent y être consacrés sans qu'il y ait à changer un iota à la stratégie thérapeutique. Par contre, un working through prolongé peut aussi être l'indice d'une résistance, comme il peut être également l'indice que le programme thérapeutique a été mal adapté aux capacités du client et on en discutera plus à loisir dans le chapitre suivant.

Exemple à inclure ici

g) L'incompréhension:

On s'aventure maintenant dans des mécanismes qui peuvent se révéler beaucoup plus pathologiques. Il n'est pas si simple de dissoudre ses processus cognitifs en cas de besoin et ceux qui peuvent le faire y sont en général entraînés, à moins d'avoir des caractéristiques histrioniques, par une certaine facilité à perdre le contact avec la réalité. Le fait de ne pas comprendre ce qui paraît limpide au thérapeute peut bien entendu survenir à un client névrotique, mais plus l'incompréhension résiste aux explications,

plus on doit soupçonner une structuration primitive.

Le thérapeute explique un phénomène tout à fait clair de la vie du patient; celui-ci, prétend ne pas comprendre et peut même aller jusqu'à devenir partiellement confus à l'instant même où la question est abordée: "Que voulez vous dire exactement, je ne comprend pas" ou mieux encore, on aperçoit un visage perplexe et absorbé dans lequel se lit l'incompréhension la plus profonde et la plus innocente. Les personnalités primitives, dont le contact avec la réalité est plus fragile, éprouveront naturellement plus de facilité à recourir à cette technique qui équivaut essentiellement à dissoudre temporairement les formes supérieures de la pensée rationnelle et même de la conscience.

h) Les critiques constantes des positions du thérapeute:

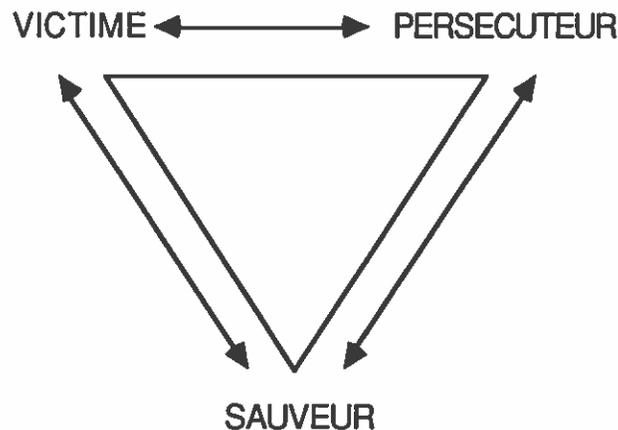
Il est normal et même rassurant qu'un patient n'accepte pas d'emblée les propositions du thérapeute, mais s'il maintient systématiquement son attitude de rejet, il faudra penser à la résistance. Ces critiques n'ont pas toujours une connotation agressive; une forme courante a été décrite de façon frappante par Eric Berne dans "Des jeux et des hommes" sous le titre PVNOM ("Pourquoi est-ce que vous ne....? Oui mais") dans lequel le thérapeute s'acharne à suggérer des suggestions constamment rejetées par le patient, apparemment pour des raisons valides, sans réaliser que le but de l'échange n'est pas de régler le problème, loins de là, mais d'établir cette relation pathologique de culpabilisation et de contrôle d'un thérapeute bienveillant et naïf par un patient redoutablement versé dans la pratique de ses propres résistances.

i) L'attaque envers le thérapeute:

Sous cette rubrique, bien des comportements innocents ou plus destructeurs, sont résumés. Ils peuvent aller du reproche attristé ou de la résistance sourde à la dévaluation absolue, la réaction paranoïde ou même la menace franche, selon la structuration plus ou moins primitive du patient.

Une présentation assez typique de cette résistance et qui fait mordre la poussière à bien des débutants est connue des psychothérapeutes sous le nom de "triangle de Karpman": La présentation initiale ressemble souvent à ceci: un patient se présente apparemment en détresse profonde et se décrivant au

thérapeute apitoyé comme la victime du destin ou de persécuteurs plus ou moins spécifiques, au nombre desquels on compte souvent un ou plusieurs thérapeutes précédents qui n'ont pas su le comprendre; l'implication est vite claire que le présent thérapeute, à la différence des précédents, saura sûrement le comprendre et semble être le seul qui, grâce à ses grandes qualités, pourra le sauver. Le thérapeute, flatté et excité à la fois comme le renard de Jean de Lafontaine, s'avance innocemment jusqu'à promettre le support totale qui conduira sûrement à la guérison. Quelques semaines plus tard, malgré sa bonne volonté et ses efforts de plus en plus frénétiques il doit bien constater avec un certain malaise que l'état de son patient s'aggrave et que celui-ci commence à lui adresser des reproches douloureux et doublement culpabilisants: "pourquoi ne me guérissez-vous pas comme vous me l'aviez laissé entendre, j'avais mis toute ma confiance en vous car je vous croyais différents des autres qui sont incompetents", etc... Finalement, c'est le triomphe de la stratégie de résistance: le thérapeute apparaît comme le persécuteur du patient qui semble à nouveau victime, mais en réalité c'est le patient qui entreprend de persécuter son thérapeute et le sauveur est mis en réserve jusqu'à la prochaine réédition de ce drame maintes fois répété. Comme des joueurs de volley-ball, les participants à ce jeu pivotent autour d'un espace dont ils occupent successivement les positions clés:



**Triangle de Karpman**

Eric Berne, dans son volume déjà cité, décrit en un style percutant une variante de cette stratégie sous le titre évocateur: "J'essaie uniquement de vous aider" (JUVA) et qu'il est difficile

d'oublier après l'avoir lu.

Une mise en garde essentielle s'impose ici: toutes ces formes de comportement peuvent aussi apparaître pour des raisons tout à fait légitimes et sans qu'elles ne trahissent de résistance sous-jacente. C'est la motivation du comportement et non, comme certains débutants ont tendance à le croire, le comportement lui-même, qui signe la résistance. Si le patient se montre en retard, remet en question la thérapie ou nous critique, tentons de comprendre avant d'interpréter. Certaines écoles pures et dures de thérapie analytique, comme celle de Peter Lang par exemple, conseillent de comprendre à peu près tout comportement du patient comme relié au transfert; mais il faut ajouter par contre que ces écoles sont aussi très exigeantes quant au degré d'abstention et de neutralité passive que le thérapeute doit garder, précisément dans le but de conserver toute leur légitimité à ce genre d'interprétation. Néanmoins, nous croyons que ce degré de pureté demeure impossible. Il se peut donc, bien entendu, que le patient ait de bonnes raisons de refuser la vision du thérapeute sans pouvoir s'expliquer clairement, et le thérapeute aura besoin de toute son ouverture d'esprit pour discerner l'authentique du manipulatif dans ces matières. L'exemple un peu caricatural est celui du thérapeute riche qui ne comprend pas les difficultés financières de son client ou du thérapeute intelligent, mais aveugle à ses limitations cognitives; aussi étonnant que cela puisse paraître à première vue, certains patients ne comprennent pas toujours le vocabulaire du thérapeute mais, par fierté ou par habitude résignée (voir Seligman ci-haut), n'en diront rien et laisseront ainsi se creuser entre eux un fossé d'incompréhension plus sémantique que psychopathologique.

#### 4) Les grands motifs de résistance

Nous n'avons vu jusqu'à présent que la forme extérieure que prend la résistance lorsqu'elle s'exerce, c'est à dire à peine assez pour la reconnaître dans ses formes classiques et pas assez pour la réduire. Pour ce faire, il faudra non seulement l'identifier comme telle mais surtout déceler ce qui la motive et à cette fin on peut grossièrement classifier les résistances en trois types majeurs: la résistance à établir la relation thérapeutique, la résistance à reconnaître le problème et la résistance à changer effectivement le comportement. Bien que la résultante de ces trois formes d'interférence soit la même, il paraît utile de les distinguer puisque les éléments mis en cause sont multiples et peuvent appeler des

stratégies thérapeutiques différentes.

### **A: La résistance à établir la relation thérapeutique**

Elle est généralement la première résistance que l'on rencontre et peut prendre les formes les plus inattendues, allant de la disparition du patient après la première entrevue jusqu'à sa guérison subite, en passant par le détachement total, l'agression et la dévaluation constante du thérapeute. Si l'on précise son fondement, il s'appuie sur toutes les hésitations, craintes ou ambivalence que ressent le client à former une relation de travail avec son thérapeute et ces attitudes peuvent dans une certaine mesure être considérées comme une partie de ce qu'on appellerait le transfert dans un cadre dynamique. Plusieurs excellentes raisons expliquent pourquoi la relation thérapeutique peut apparaître menaçante?

a) La résistance à accepter l'influence potentielle d'autrui se retrouve en particulier chez les gens qui ayant passé à travers de multiples et éprouvantes difficultés dans leur vie et s'en étant sortis grâce à leurs propres efforts, craignent d'abandonner une autonomie défensive qui leur a jusqu'alors bien servi.

Hélène, née avec une malformation congénitale au visage, a du faire très tôt le deuil de l'image séductrice d'elle-même et a évité soigneusement depuis de dépendre de qui que ce soit émotivement comme matériellement. A l'âge adulte, une chirurgie rétablit l'harmonie de son visage mais la précipite en dépression: en consultation, elle manifeste immédiatement une distance hautaine et parfois irritée envers le thérapeute étonné et il apparaîtra plus tard que ses résistances dépendent beaucoup d'une résolution de longue date à n'attendre rien que d'elle même, l'expective confiante envers autrui n'ayant jamais été apprise.

b) D'autres clients, différents d'Hélène en apparence seulement, éprouveront en thérapie un sentiment de perte de contrôle sur leur propre existence et craindront d'abandonner à un autre un pouvoir qui pourrait leur nuire s'ils ne pouvaient le récupérer à temps. Ils résistent à laisser se développer leurs propres besoins de prise en charge et de dépendance de crainte des conséquences néfastes qui pourraient en découler.

c) La résistance cache parfois une crainte de ne pouvoir

s'empêcher de révéler au thérapeute un lourd secret qui ne saurait être gardé pour soi plus longtemps mais va forcer le client à faire face des émotions douloureuses. Une jeune professionnelle célibataire intelligente et socialement très active consulte pour idées suicidaires récurrente: en entrevue, elle agresse verbalement le thérapeute, garde le silence, devient sarcastique, refuse catégoriquement une entrevue hebdomadaire. Le thérapeute perçoit bien le besoin comme la peur derrière ces manœuvres, mais ce n'est que plus tard qu'apparaîtra l'orientation homosexuelle toujours cachée de la cliente.

d) Chez la patiente qui précède, une seconde difficulté s'ajoute à la première: la crainte d'une relation qui, amenant au grand jour des éléments pour lesquels elle se méprise elle-même, conduirait fatalement, croit-elle, le thérapeute à la rejeter.

e) Certains clients, surtout des personnalités primitives, se sentent tellement haineux, envieux ou agressif qu'ils craignent de détruire le thérapeute s'ils laissent la relation atteindre un degré de familiarité où ils pourraient manifester leur vrai visage destructeur. Cette destruction peut aussi être vécue comme la conséquence non pas de l'agression pure, mais simplement d'une voracité relationnelle telle que le thérapeute serait tout aussi anéanti par la fusion et la dépendance du patient que par sa méchanceté. Les écrits de Mélanie Klein et de Searles sont éloquent à ce sujet.

En un certain sens, il est évident que l'évitement de la relation thérapeutique constitue déjà une relation, et même une relation hautement révélatrice en soi; elle pourra constituer le point central de la thérapie pendant des périodes fort longues parfois. Pourtant, lorsque cette première étape sera passée, une nouvelle relation se développera, constituée certes en partie sur le modèle de la relation précédente mais dans laquelle de nouvelles formes de résistance se feront jour.

Néanmoins, le thérapeute d'expérience sait bien que la frénésie avec laquelle un patient se défend contre la relation thérapeutique, en particulier avec les personnalités primitives, ne tombera pas avec l'approfondissement de la relation et même qu'elle peut s'intensifier, à cette différence près que le patient est maintenant "pris" dans la thérapie et ne peut pas plus s'en défaire que s'y installer confortablement. Une longue période de lutte épuisante et parfois vouée à l'échec va suivre. Un thérapeute

expérimenté, avant d'entreprendre un tel combat, y pensera donc à deux fois et ne s'y aventurera que lorsqu'il croit avoir des chances raisonnables de mener à bien son entreprise. S'il avait des raisons de croire le contraire, il s'accrochera moins dans le "gambit" d'ouverture et laissera plus facilement partir le client aux premières escarmouches qui ne manqueront pas de survenir. On reprendra plus loin la discussion sur ces situations difficiles.

### **B: La résistance à voir le problème en face**

Une fois la relation thérapeutique établie, les éléments de résistance, en plus de faire partie de façon plus ou moins importante de la relation elle-même, se déplaceront également sur le travail d'exploration et de mise en forme d'un modèle de travail pour les deux partenaires.

a) La conscience du problème amène un sentiment de blessure intolérable chez les organisations narcissiques. Un patient consultera pour un sentiment de dépression relié à l'échec de ses entreprises qu'il attribue aux coups du destin ou à la malveillance ou à l'envie d'autrui, mais se montrera très blessé si le thérapeute tente de lui faire part de ses constatations sur le rôle fondamental joué par sa propre arrogance ou incompetence dans les échecs répétés qui l'affligent.

b) De même que l'image du dentiste, au summum de la crise de dent, contribue au soulagement subjectif de la douleur ou permet du moins de la mieux tolérer, de même la capacité d'imaginer une solution, ne fût-ce que confusément, permet de tolérer la conscience douloureuse d'un conflit. Mais si cette évocation demeure absolument inaccessible au client, il résistera à l'insight de toutes ses forces, diminuant malheureusement d'autant ses chances d'arriver à une solution.

c) La conscience du problème est insupportable parce qu'elle amènerait un deuil important, douloureux mais nécessaire et qui, parce qu'il n'est pas considéré, ne peut se faire et se perpétue en un continu inachèvement dans la vie quotidienne. Admettre par exemple que j'ai besoin de me prendre en main et d'attendre de moi-même les efforts nécessaires à mon progrès implique que j'accepte enfin la disparition de mes parents qui faisaient tout pour moi et que je me résigne par conséquent à la fin des mes droits sur autrui et de mes exigences légitimes envers le monde, pour me retrouver avec

des responsabilités que je ne souhaite pas nécessairement.

c) Une forme de résistance particulièrement maligne consiste à refuser précisément de reconnaître la résistance. Car il ne suffit pas de saboter les changements qu'on prétend désirer, il faut encore trouver un moyen de ne pas faire paraître, ni à soi ni à personne d'autre, le sabotage exercé. On espère ainsi parvenir à préserver sa relation avec le thérapeute, préserver son image de soi et du même coup rendre la résistance encore plus efficace. L'analogie s'impose avec le criminel qui, en quittant les lieux du crime, efface toutes traces de son passage .

### C) la résistance au changement proprement dit:

C'est la résistance la mieux connue mais elle ne se manifestera qu'une fois que les premières ont été surmontées. On y verra plusieurs causes.

a) Tout banalement, la crainte de l'inconnu. Il est souvent observé que mieux vaut un malheur que l'on connaît bien qu'un bonheur avec lequel on n'est pas familier. Sans postuler rien de plus complexe, il est raisonnable de penser en partant que le client s'abstiendra souvent d'entrer dans un working through avant d'avoir une idée assez claire de ce qu'il va vivre. C'est faire preuve d'une grande confiance dans la nature humaine que de croire que les clients qui nous consultent savent toujours clairement ce qu'ils veulent. En particulier pour les clients ayant souffert de nombreuses années, le malheur est un état aussi familier pour eux que l'eau pour le poisson et s'ils prétendent le faire cesser, il n'en par contre aucune idée de l'existence d'un autre milieu vital.

b) La présence de gains secondaires devra toujours être cherchée, et pas nécessairement au niveau matériel et concret, mais bien entendu à des niveaux plus abstraits tels que l'image de soi. Certains martyrs plutôt que de voir terminer leurs souffrances, préfèrent encore conserver leur croix et surtout leur auréole. Il ne s'agit pas là d'une position absurde si l'on considère que pour ces personnes, il n'est guère d'autre gratification envisageable que celle du martyr, à moins bien entendu que le thérapeute les convainque du contraire.

c) De nombreux clients entretiennent des préjugés irrationnels

sur les conséquences du changement, mais ne les avoueront pas spontanément. Un exemple classique connu des thérapeutes sexuels: "si j'ai des orgasmes, je deviendrai nymphomane et ruinerai mon bonheur conjugal", ou, variante plus courante, "si je m'affirme, je vais insulter tout le monde et on me délaissera".

d) Accepter de changer, c'est accepter d'avoir tort et possiblement perdre toutes les années durant lesquelles on s'est enlisé dans son erreur. Cette fois l'insight est déjà présent mais tout se passe comme si c'était le changement du comportement qui concrétisait la blessure: Yalom (1977) rapporte le cas du fumeur invétéré de cinquante cinq ans atteint de maladie de Burger. Acculé à une amputation d'une jambe et en danger de perdre l'autre il persiste à fumer car cesser équivaldrait à s'admettre à lui même qu'il aurait pu cesser auparavant et sauver sa jambe.

e) changer de comportement c'est parfois se résigner à faire le deuil de ce que l'on n'a jamais accepté auparavant de perdre: par exemple, changer de comportement c'est démontrer que je puis me prendre en main et abandonner par le fait même les privilèges de "sa majesté le bébé".

Evidemment, il ne s'agit ici que d'exemples parmi les motifs les plus fréquents de résistance. La fréquentation des auteurs cliniques, surtout les psychanalystes, fournira bien d'autres exemples de ce phénomène aussi varié dans ses formes que la nature humaine elle-même.

La tenacité des résistances varie habituellement en fonction de quelques facteurs: la durée du problème avant qu'on tente une thérapie (plus grande implantation des renforçateurs et des habitudes), la gravité perçue des risques encourus par le changement, la force des renforçateurs reçus où dans un autre contexte théorique, le succès obtenu par l'emploi de ces résistances.

Notons ici que les résistances ne sont évidemment pas un phénomène qui naît avec la thérapie; au contraire, on pourrait dire que la résistance a supporté le patient toute sa vie et que la présence du client dans notre cabinet est en relation directe avec l'échec éventuel de ce support. En fait c'est au moment où les résistances (on pourrait dire aussi les défenses) deviennent moins efficaces que la thérapie est parfois recherchée en dernier recours et parfois, comme on l'a vu dans certains exemples ci-haut, avec une grande

répugnance. De sorte qu'une histoire clinique bien faite peut être vue comme la succession triste de résistances plus ou moins inappropriées et toutes éventuellement inefficaces contre un danger qui poursuit le patient et le pousse finalement en désespoir de cause dans le bureau du thérapeute où la lutte est loin d'être terminée. Certains clients peuvent manifester une variabilité impressionnante dans l'usage qu'ils font des résistances: un patient narcissique de 40 ans, entraîné dans la recherche frénétique d'une confirmation toujours évanescence de sa valeur, s'acharne dans le travail scolaire jusqu'à 15 ans, dans l'alcool pendant les 15 années suivantes, fait brièvement une dépression à 23 ans, trouve dans la drogue un nouveau support, se lance dans des conquêtes féminines éphémères, bat les femmes dès qu'elles s'avisent de le contrarier, gagne beaucoup d'argent qu'il dépense dans des autos et des vêtements "flashy", met sur pied sa propre compagnie, s'en désintéresse dès qu'elle fonctionne, se mêle de bénévolat chez les alcooliques, puis se retrouve finalement en thérapie lorsqu'à 46 ans, une jeune femme le laisse après avoir été maltraitée. Il est fortement tenté d'abandonner prématurément la thérapie après avoir rencontré dans un bar une autre jeune personne dont il a provoqué, pour combien de temps, l'admiration. Qu'est-ce qui émergera en premier, de l'insight et du changement ou de la prochaine gratification narcissique assez forte pour l'arracher à la douloureuse tâche de confronter son passé, voilà la question que le thérapeute se pose à chaque visite.

### 5) le travail des résistances:

Avant de discuter technique, il importe de rappeler notre propos d'ouverture: la résistance est une composante normale du problème amené par le patient et la première démarche règle thérapeutique est de la considérer comme telle et non pas comme une complication inattendue ou anormale. Un thérapeute qui n'y serait pas préparé risquerait alors de prendre une attitude morale ou irritée peu propice, on le conçoit à l'approche fructueuse du problème. Il arrive souvent qu'un thérapeute manifeste une patience extrême envers les complexités du problème présenté initialement par son patient pour réagir avec colère lorsque les premières résistances se font jour. Pourtant les deux phénomènes sont tout aussi normaux l'un que l'autre mais tout se passe comme si l'effort de concevoir une stratégie thérapeutique appropriée avait déjà épuisé les capacités du thérapeute qui se sent lésé par ce fardeau

additionnel.

Comme a pu déjà l'entrevoir dans les exemples qui précèdent, le thérapeute, en plus d'une disposition intérieure sereine, doit peser les mérites respectifs de trois stratégies principales pour faire face aux résistances: il peut choisir de les interpréter, de les contourner ou de les forcer; il pourra encore faire appel à une combinaison particulière des trois. Le choix d'une approche dépendra bien entendu d'une variété de critères tels que l'expérience du thérapeute, le type de pathologie, le type de résistance, etc...; là encore, nous ne croyons pas qu'il existe de règle systématique et absolue.

#### A - Mettre en évidence les résistances:

On regroupera ici les principales méthodes qui ont en commun de faire voir au client ses comportements et ses motifs de résistance, lui laissant par la suite le soin de mettre fin à celle-ci. Pour parvenir à cet objectif, le thérapeute pourra faire usage de l'interprétation, mais il pourra aussi construire une situation qui mettra inévitablement en évidence la résistance. Dans les deux cas, on considère raisonnable de s'attendre à ce que le patient, dûment éclairé, modifie ses positions de résistance.

a) L'interprétation de la résistance constitue la méthode privilégiée et théoriquement unique des thérapeutes d'obédience psychanalytique. Si l'on n'est pas lié par une telle école, ce ne sera pas toujours la meilleure approche et tout dépendra de ce que l'on vise à réaliser, mais il n'en demeure pas moins que si l'interprétation est valable et appliquée au bon moment, le patient percevra de façon vécue son sentiment de résistance, sa crainte, son hostilité au thérapeute, sa colère de perdre un bénéfice, etc.. Les débutants sont parfois victimes d'un mythe un peu romantique à l'effet qu'une seule fois suffit à modifier la résistance qui tombe aussitôt dans un grand tapage d'émotions et de souvenirs refoulés, comme on le voit parfois au cinéma ou dans certains articles cliniques. Les choses ne sont généralement pas aussi simples et, bien entendu, la plupart des interprétations doivent être répétées à plusieurs reprises puisque leur efficacité dépend aussi d'une forme de "working through".

Mais parfois la simple interprétation n'est pas suffisante pour

provoquer une expérience thérapeutique et conduit plutôt à une rationalisation. Un thérapeute non inféodé à une seule école fera bien d'avoir plusieurs stratégies à sa disposition.

b) Mettre en évidence le plus petit niveau de résistance consiste à faire ressortir concrètement des comportements d'opposition de façon si clair qu'ils ne puisse être désavoués par leur auteur. Prenons pour exemple la prise d'Antabuse le matin par un alcoolique: le patient jure ses grands dieux qu'il ne peut cesser de boire, que la tentation est trop forte, qu'il est entraîné malgré lui. Fort bien, direz vous; il est difficile de s'opposer trop fortement à ce point de vue, bien qu'on puisse en douter fortement. La question serait donc ici de trouver un type d'injonction thérapeutique que le patient ne puisse raisonnablement écarter par de tels arguments. Or, la prise d'Antabuse en est un: il s'agit là d'un "médicament" sans aucun pouvoir thérapeutique; il ne guérit rien, et ne diminue pas en soi l'envie de boire. Mais, si le patient ingurgite un quantité même minime d'alcool dans les 36 à 48 heures qui suivent l'ingestion d'un comprimé de 250 ou 500 milligrammes d'Antabuse, il présentera un syndrome d'hyperactivité du système nerveux autonome extrêmement pénible (nausées, vomissements, palpitations, flushing, céphalées marquées). Si l'on propose au patient de prendre son comprimé le matin, lorsque l'envie de boire est souvent mîmine et la bonne volonté maximale, il est pratiquement certain que le patient s'abstiendra d'alcool durant la journée, en dépit des tentations dont il clâmait pourtant le caractère irrésistible. C'est à ce moment que reculeront les alcoliques pas vraiment intéressés à cesser de boire et que leur manque de motivation apparaîtra, débusqué en quelque sorte par une méthode simple et facile à appliquer.<sup>1</sup> Existentiellement, cette manœuvre peut être conçue comme consistant à faire faire au client l'expérience de sa résistance, de façon à le mettre dans une position où il peut, s'il le veut, la combattre sans s'en remettre à une conception aliénante de son problème et d'où toute responsabilité serait exclue. Par contre, s'il refuse l'Antabuse, il devra du moins s'engager volontairement et avec toute sa responsabilité dans le comportement alcoolique qu'il ne peut alors nier avoir choisi le matin même.

---

<sup>1</sup> Qu'on ne s'y trompe pas, l'Antabuse ne constitue en rien la solution finale et définitive au problème de l'alcoolisme, mais il s'agit d'une excellente méthode trop ignorée et constitue pour notre propos un exemple parfait et efficace de mise en évidence des résistances.

Une technique apparentée consiste à demander à une anorexique, une boulimique ou une obèse non pas de cesser de manger ou de se faire vomir, ce qui, pourraient-elles prétendre, est impossible (bien que là encore on puisse avoir des doutes...), mais simplement d'écrire tout ce qui passe par leur bouche à chaque jour. Cette pratique souligne de façon vivante l'expérience du symptôme comme celle de la résistance à s'en rendre compte. Les clientes non motivées refuseront carrément, ou plus vraisemblablement, s'arrangeront pour oublier, négliger ou saboter systématiquement cette tâche pourtant simple.

L'attitude à prendre alors n'est pas bien entendu de cesser la thérapie pour manque de motivation; mais l'intervenant s'est maintenant placé dans une position plus thérapeutique où le refus profond du patient de changer vient d'être mis en évidence d'une façon irréfutable et éclatante; il ne lui reste au patient qu'à débattre honnêtement avec le thérapeute de ce refus et à en assumer les conséquences. Le résultat final de tout le processus sera peut-être la fin de la thérapie, mais peut-être aussi une réorientation des objectifs thérapeutiques, ou encore une prise en charge plus authentique de son problème par le patient.

Nous retrouvons là l'un des défis les plus constants et les plus significatifs de l'entreprise thérapeutique: faire émerger dans la réalité concrète le problème du client de façon à la fois vécue (et non seulement intellectualisée) et travaillable, car en intensité suffisamment minime pour que toutes les résistances n'y soient pas mobilisées et que le client ne soit pas découragé d'emblée.

### **B= Contourner les résistances:**

Ici, le thérapeute loin de viser plus ou moins ostensiblement à rendre la résistance évidente au client, tente plutôt d'en "faire le tour" et de continuer la thérapie comme si elle n'existait tout simplement pas jusqu'à ce que les nouvelles circonstances créées par la thérapie fasse que la résistance ne soit plus nécessaire; ceci se produit souvent, mais pas obligatoirement, sans que le client en soit jamais conscient:

a) On peut renoncer à tout changement immédiat et amener ici le client à considérer le programme de thérapie comme une entreprise purement exploratrice totalement dénuée de connotation morale ou de nécessité de changement. Par exemple, Elizabeth,

extrêmement dépendante d'un amant qui la maltraite et, malgré ses remarquables capacités, tout à fait incapable de se voir fonctionner seule même temporairement, accepte de considérer et remettre en question ces aspects uniquement si on ne s'attend pas à ce qu'elle change quoi que ce soit à son comportement avec son amant dans l'immédiat. Le thérapeute accepte et rassure la cliente, puis commence la thérapie dans un contexte purement exploratoire où il l'écoute exprimer ses souffrances, favorisant une prise de conscience croissante, sans aucunement chercher à suggérer des comportements de changement. Lorsqu'elle se sentira plus forte, c'est la cliente elle-même qui voudra aborder la question du changement. Cette approche comporte évidemment le danger de s'enliser dans une passivité contemplative qui ne change pas le réel, mais il n'y a pas de risque à la pratiquer au début de la thérapie si les résistances paraissent trop fortes, quitte à se raviser plus tard lorsque d'autres facteurs comme la relation thérapeutique ou la réussite d'autres entreprises peuvent mieux supporter le client et permettent une confrontation plus ouverte.

b) On peut aussi détailler à l'avance à un client résistant comment les solutions pourraient s'incarner dans la réalité vécue. En effet, bien des patients redoutent avec raison le changement parce qu'ils n'ont aucune idée de ce que celui-ci apporterait dans leur vie. Par exemple l'homosexuel qui craint, s'il s'avançait vers une femme, de se retrouver le soir dans un lit ou le lendemain au pied de l'autel. Ou la femme battue qui se voit, au moindre signe d'assertion de sa part, couverte de bleus, dans la rue et sans le sou pour elle ni ses enfants.

La stratégie consiste alors à expliquer soigneusement au client comment les choses se dérouleraient s'il risquait un changement. Pour l'homosexuel, ce sera une familiarisation avec les négociations et les usages de la vie sociale et intime avec une personne de l'autre sexe. Avec la femme battue qui devrait absolument quitter le foyer sans ressources, on élaborera longuement sur l'usage des maisons d'hébergement, des instances gouvernementales (secours financier, aide juridique), ou sur le contrôle que peut toujours exercer un individu qui demeure calme et courtois devant la confrontation violente.

c) Parfois, il sera préférable de s'attaquer à une autre tâche plus facile. Le problème que présente le client n'est pas toujours celui qui serait le plus utile d'aborder en premier ni même celui qui est au

fond de la question. Si le problème présenté soulève trop de résistance, pourquoi ne pas faire dévier l'entreprise thérapeutique vers un objectif secondaire. Un patient très phobique pourrait parfois répondre mieux à des efforts visant à le rendre plus assertif, avant d'abandonner les gains secondaires qui maintiennent la phobie.

d) Faire appel au recadrage consiste essentiellement à donner un nouveau sens au comportement, de préférence un sens inattendu pour le client mais bouleversant totalement ses stratégies de résistance. On utilisera à cet effet toutes les méthodes de la suggestion indirecte pour parvenir parfois à des résultats étonnants. Milton Erickson, confronté à une jeune fille amoureuse mais inhibée par un père excessivement puritaine décédée lorsqu'elle avait douze ans, se voit contrainte d'abandonner sa relation: il lui déclare alors qu'elle a eu de la chance d'avoir une mère aussi préoccupée du bien être de sa fille et qui lui a donné toutes sortes de bons avis; si elle n'était pas morte lorsque la patiente avait douze ans, elle aurait pu continuer à la guider de ses judicieux conseils. Erikson, très habilement, entreprend ainsi de reconstituer avec elle comment sa mère aurait pu la guider aujourd'hui. Inutiles de dire que sous les apparences de conseils maternels, c'est le système moral plus humain d'Erickson qui va passer sans pour autant que la relation de la patiente à sa mère décédée ne soit jamais remise en question.

Le recadrage peut prendre bien d'autres formes où toujours, comme ci-haut, le thérapeute paraît superficiellement aller dans le sens de la résistance pour mieux la contourner. Un cas fréquemment cité est celui du client qui paraît souffrir énormément de son symptôme sur lequel de nombreux thérapeutes on mordu la poussière avant vous; ce détail vous amène à soupçonner que le plaisir de vaincre un soignant est supérieur pour ce patient au soulagement de devenir asymptotique. Un thérapeute stratégique avouera carrément son incapacité à régler le problème "parce que le problème est incurable". Bien entendu, si le client veut maintenir sa stratégie, il devra se présenter au thérapeute la semaine suivante en se déclarant guéri et en proclamant l'incompétence d'un thérapeute incapable de porter un pronostic adéquat.

Bien entendu cette technique ne comporte à première vue que des visées strictement symptomatiques et l'on devra chercher plus loin si l'on désire, mais ce ne sera pas toujours le cas, exercer des changements sur le caractère. Une façon plus subtile et qui offre des débouchés à plus long terme consiste comme précédemment à se

déclare honnêtement incapable de régler le problème, laissant ainsi le patient un peu étonné et seul avec la difficulté. Le thérapeute se déclare néanmoins toujours disposé à revoir le client pour lui donner du support. Si le client espérait une solution magique venant d'autrui, il se retrouve déçu et doit alors chercher ses ressources en lui-même avec parfois des résultats fort encourageants. Un exemple courant est le couple en conflit perpétuel qui se fait annoncer par leur thérapeute que la situation est irréparable: ils quittent tristement le bureau et, acculés à la catastrophe imminente et surtout à leurs propres ressources, assument la difficulté et se reprennent en main.

Tout se passe en fait comme si le thérapeute se retrouvait sans qu'il le sache à incarner le surmoi, la partie saine, la raison, la bonne foi (selon le modèle qu'on préfère) du patient, laissant ce dernier libre de n'actualiser que la partie des pulsions enfin libérées. Tant que le thérapeute remplit son rôle de conscience le patient suit ses pulsions confortablement, l'équilibre intérieur étant rétabli avec l'aide cette fois d'un partenaire extérieur. Luce, jeune femme peu autonome et insécure, consulte parce qu'elle vit une relation amoureuse particulièrement frustrante avec un séducteur marié qui la trompe sans vergogne mais promet régulièrement de déménager avec elle. Tant que la thérapeute s'emploie avec acharnement à lui démontrer les défauts de son amant ou à l'inciter à développer son autonomie, Luce réagit avec irritation et continue à s'abandonner aux promesses de son amant et aux déceptions qui s'en suivent. Dès que la thérapeute, à bout de démonstration, décide de cesser ses efforts et ne prend plus position, Luce décide d'elle même de cesser la relation. La conception systémique est ici intéressante: la pulsion et son interdiction forment un système en équilibre; lorsque le thérapeute endosse le rôle de l'interdiction, la pulsion ne s'en porte que mieux et en proportion des efforts déployés pour l'anéantir. La thérapeute, en cessant ses efforts, ramène le conflit à l'intérieur de la patiente qui entre ainsi en contact plus clairement avec la nécessité comme la capacité de mettre fin à son dilemme.

### C- Forcer les résistances:

Cette fois, les résistances seront nettement brisées, de façon ouverte mais pas nécessairement brutale ni toujours bien perceptible par le client. Comme il s'agit ici d'exercer sur autrui un contrôle que ce dernier a toujours refusé jusqu'à présent, il paraît tout de suite évident que cette approche n'est à conseiller que si

deux conditions essentielles sont remplies: d'abord qu'il s'agisse d'une situation sous le contrôle du thérapeute et ensuite que la qualité de la relation thérapeutique tolère une certaine confrontation entre les protagonistes.

a) Augmenter le coût des symptômes peut être une bonne méthode à la condition, comme on l'a dit plus haut, que le client ne se sente pas tyrannisé par le thérapeute et perçoive, derrière la frustration qu'il ressent, la bonne volonté fondamentale du thérapeute. On rendra par exemple les rendez-vous contingents à l'exécution de certaines tâches thérapeutiques. On tentera d'être plus paranoïde que le paranoïde, obsessionnel que l'obsessionnel.

b) En gestalt on s'ingénie parfois à recréer la résistance "en laboratoire", mais à un niveau beaucoup moindre, presque métaphorique parfois: une fois que la résistance est évoquée, le thérapeute incite le patient à la briser en souhaitant que cette expérience indique au client sa capacité de passer outre à ses résistances et les bénéfices qu'il peut en retirer. L'expérience peut se faire sur le plan corporel, par exemple en s'abandonnant physiquement à une chute qui sera amortie par le support d'un autre membre du groupe, par exemple en prenant le risque d'exprimer certaines émotions dans un contexte relativement protecteur. Dans chaque cas, l'injonction venant du thérapeute est très claire et le client doit littéralement briser la résistance pour faire l'expérience de ce qui se produit alors.

c) Enfin, affronter carrément la résistance en dépit du client n'est pas toujours facile ni souhaitable. L'usage de cette technique doit être réservé pour les situations où le thérapeute a bien le contrôle de la situation. Par exemple, une patiente histrionique et anxieuse réclame un congé de maladie pour ne pas se présenter au travail car elle craint d'y affronter un superviseur devant qui elle croit (à tort selon le thérapeute) ne pas pouvoir s'affirmer ni garder son calme. Ici, le thérapeute tient en quelque sorte le gros bout du bâton car c'est lui qui signe ou non le certificat de maladie. Si la relation thérapeutique est bonne, il peut refuser, forcer la cliente à aller travailler et si l'expérience évolue comme prévu, la cliente y fera une expérience positive qui renforcera sa confiance en elle. Elle prendra peut-être de l'insight avant son retour au travail, peut-être après seulement, peut-être jamais: la question demeure secondaire.

**5) Exercice clinique:**

Choisissez un de vos patients actuels et déterminez les modes de résistance selon les quatre modèles définis plus haut, et ce depuis le début de sa vie si la question s'applique. On peut systématiser l'opération un peu plus en se posant les questions suivantes.

**a) modèle psychodynamique:**

1) Qu'est-ce que mon patient ne veut absolument pas voir, et que gagne t-il à ne pas le voir? (gain primaire).

2) En plus de pouvoir se cacher ce qu'il ne peut pas voir, en retire t-il des bénéfices additionnels (gains secondaires) de son entourage, de sa famille, de la société, de sa propre perception de lui-même?

**b) modèle behavioral:**

3) Les bénéfices identifiés dans la question 2 s'appliquent-ils également à des comportements symptomatiques précis et peuvent-ils être modifiés par une intervention concrète de votre part

4) La perception du patient de son incapacité à changer de comportement est-elle reliée à des postulats ou des jugements de valeurs particuliers sur la conduite de sa vie ?

**c) modèle existentiel:**

5) Quel genre d'expérience vécue le patient tente t-il d'éviter par ses symptômes?

6) Pouvez vous par des exercices en thérapie, lui faire vivre ces expériences en entrevue de façon contrôlée et supportive?

**d) modèle systémique:**

7) Le système familial, social, professionnel dans lequel évolue le patient tire t-il un avantage quelconque du symptôme de celui-ci, et comment maintient-il son gain?

8) Si c'est le cas, par quels moyens pourriez-vous modifier le système pour qu'il abandonne ce gain et ce, sans conséquences néfastes pour le client comme pour le système lui-même?

**6) la bibliothèque ressource**

La conception psychanalytique classique des résistances est

élaborée dans ses grandes lignes dans "La théorie psychanalytique des névroses" de Fenichel; pour les élaborations subséquentes, on lira avec profit "The negative therapeutic reaction" de Karen Horney, les écrits de Merton Gill dont un bon résumé peut être trouvé dans son article de 1983, ainsi que ceux de Sampson et Weiss. Les mécanismes de défense, résistances par excellence dans le modèle analytique, sont décrits avec limpidité dans un petit chef-d'oeuvre: "Le moi et les mécanismes de défense" d'Anna Freud.

La conception behaviorale est assez clairement explicitée dans la plupart des manuels, de même que la théorie de Seligman. Bandura a livré l'essentiel de sa pensée sur le concept d'efficacité personnel dans son article de 1977. Les conceptions cognitivistes sont développées dans les oeuvres de Ellis et de Raimy.

Le modèle existentiel-gestaltiste des résistances est expliqué chez Perls, Hefferline et Goodman bien entendu, mais aussi dans le volume d'Irving et Myriam Polster.

Pour l'approche systémique, deux ouvrages ont fait époque, "Change" de Watzlawick, Weakland et Fish (traduit en français) et "Uncommon Therapy", une introduction à Milton Erickson par Jay Haley. On lira aussi avec un intérêt constant le best seller d' Eric Berne, "Games People Play", édité en français chez Stock ("des jeux et des hommes") et pratiquement toujours en librairie. En thérapie familiale, un volume d'Anderson est assez répandu: "Résistances in Family Therapy".

Un intégration dynamique-behavioral sur les résistances peut être trouvée dans un "Resistance: psychodynamic and behavioral approaches" édité par Paul Wachtel auquel des analystes et des behavioristes ont participé.