



LES RÉSISTANCES DANS LA THÉRAPIE

Les reconnaître, les comprendre, les accueillir

Violaine Gelly

Mémoire de certification

Indigo Formations 2015

*« Je crois qu'il serait fort injuste
d'accuser le patient de vouloir
nous rouler,
de se payer notre tête
ou de chercher volontairement,
de n'importe quelle autre façon,
à nous tromper. »*

Anna Freud
(Le Moi et les mécanismes de défense)

« Résiste, prouve que tu existes »

France Gall
(paroles de Michel Berger)

PROPOS LIMINAIRE

En mécanique newtonienne, une résistance est une force qui s'oppose au mouvement. Je ne suis pas très mécanique newtonienne mais j'aime les résistants. Je suis fascinée par tous ceux qui, sans autorisation, sans justification, se dressent en hommes libres et s'opposent. Ce n'est pas par hasard si j'ai écrit sur ceux qui en ont fait preuve. Qu'il s'agisse de Charlotte Delbo, engagée dans les rangs du parti communiste avant d'être déportée à Auschwitz et qui, jusqu'à la fin de sa vie, a su dire non. Ou de Karen Blixen qui résista à son destin en le sublimant dans l'écriture et la fiction. Ou encore d'un François Bayrou qui refuse, à sa manière, les codes de la vie politique.

Je suis émue par tous ceux qui, quels que soient leur âge, leurs origines, leur culture, leur engagement ont su dire « non », de tout temps, à des oppressions, qu'elles soient armées, intellectuelles ou spirituelles. Par les sans-grades, les grognards de la justesse intérieure. En tant que thérapeute, les résistances de mes patients m'attendrissent. Et en tant que patiente, j'observe régulièrement cette crispation intérieure qui me fait dire que « ça » résiste. Et donc, comme le dit la chanson, que « ça » existe. Bien sûr, je joue ici sur les mots et l'homonymie qui existe entre la signification générale du terme résistance et son acceptation au sens psychologique du terme. Mais comment nier le lien que fit Freud le premier en découvrant que le patient résistait aux suggestions hypnotiques qu'il utilisait ? Et en lui accordant ce droit ? Il s'agissait bien, comme le définit le dictionnaire *Le Robert* d'une façon de « résister à une autorité, de s'opposer à ce qu'on n'approuve pas ».

La résistance est donc une qualité pour moi. Presque une vertu. C'est une aptitude que je ne possède pas de façon visible. Fort heureusement, mon histoire m'a toujours évitée de devoir prendre position et de m'élever publiquement contre une injustice ou m'engager dans un combat, au point d'y mettre en jeu ma vie. Je

m'interroge souvent sur ce qu'il adviendrait alors de mes valeurs. Mais je suis une résistante de fond, une résistante d'arrière-cour.

Au delà des résistances conscientes dont je peux prétendre être l'héroïne, je suis, comme chacun d'entre nous, le terrain de développement de résistances inconscientes. Je suis, ainsi, sans doute, la seule stagiaire d'Indigo Formations qui ait commencé un cursus complet en me défendant bec et ongles de vouloir être thérapeute. Alors rédactrice en chef d'un magazine à fort tirage et très réputé, j'étais consciemment sûre de ma démarche: je venais regarder de près ce qui se faisait dans le monde de la psychothérapie intégrative. Il m'a fallu plus d'un an pour m'avouer qu'il y avait peut-être autre chose et encore un an pour combattre mon sentiment d'imposture et aller vers ce vrai désir.

La résistance qui se manifesta m'a sauvée. Je n'étais pas en mesure, alors, d'accepter de me voir malheureuse dans mon poste. J'avais besoin, pour ma sécurité intérieure, de poursuivre cet enseignement d'Indigo Formations, sans tout remettre en cause. Parce que ceux qui m'entouraient à Indigo Formations ont su, parfois avec humour mais toujours avec délicatesse, respecter cette résistance, j'ai pu cheminer vers ce désir et le laisser advenir jusqu'à ce qu'il s'impose. C'est à ce moment là, uniquement, et forte de cette certitude, que j'ai pu regarder en face la façon dont les valeurs de ce journal que j'avais tant aimé avaient disparu. Pire, combien elles servaient à masquer une véritable maltraitance envers les salariés du magazine, dont moi. Et combien, à ma place hiérarchique, je vivais mal d'avoir le sentiment de cautionner cela, constamment prise entre la direction et mon équipe. J'ai pu alors accepter mon envie de partir, me donner les moyens de quitter mon poste et d'assumer le risque de commencer une nouvelle vie professionnelle à cinquante ans. En cédant en son temps, cette résistance m'a permis d'affronter la peur. Puisque, pendant ces deux premières années, je n'avais pas eu à affronter mon besoin vital de changement, je pouvais suivre tranquillement ce nouveau chemin sans en interroger précisément le but. Lorsque l'abréaction s'est produite, que la résistance a été levée, il m'est devenu impossible de faire semblant et de

continuer à me voiler la face : tout, dans ma vie quotidienne au journal me devenait brusquement intolérable, il fallait que je parte.

Ce que je vais tenter de démontrer dans le travail qui suit, c'est que les résistances s'activent dans le lien du thérapeute et du patient. Ma croyance profonde est qu'elles s'activent dans toute relation. Par exemple, le récit de mon histoire ne s'inscrivait pas dans le cadre d'une thérapie. Mais, dans le cadre de ce mémoire, je me suis centrée sur celles qui jouent dans la relation thérapeutique. Aujourd'hui, quand je vois les résistances de mes patients s'activer, je sais m'appuyer sur mon expérience et mon ressenti pour les accompagner sans les prendre de front. Mais, si je sais reconnaître les résistances qui, d'inconscient à inconscient, me parlent des miennes, j'ai eu envie de travailler à ce sujet de mémoire avec trois objectifs :

- Aller voir de plus près ce qu'en disent les pères fondateurs et quelles étaient celles que je ne percevais pas.
- Puis, dans un second temps, interroger les résistances des patients et celles du thérapeute.
- Enfin, dans un troisième temps, tenter de comprendre comment, dans le lien transférentiel, je pouvais accueillir celles du patient, les soutenir éventuellement, puis les accompagner.

J'ai donc organisé ce mémoire selon le plan ci-après :

LES RÉSISTANCES DANS LA THÉRAPIE

Les reconnaître, les accompagner, les accueillir

Propos liminaire	3
Introduction	7
I – Les Défenses du Moi	10
I -1 : Évolution théorique	10
I – 2 : Utilité : lutter contre l’angoisse	13
I – 3 : Taxinomie des mécanismes de défense.....	15
II – Les Résistances dans la thérapie	24
II – 1 : Définition et conception	25
II – 2 : Utilité : protéger les défenses menacées par la thérapie.....	27
II – 3 : Manifestations des résistances.....	29
a – Résistances du patient	30
b – Résistances du thérapeute.....	43
III – La posture thérapeutique	54
III – 1 Les choix thérapeutiques face aux résistances	
III – 1-1 : Ignorer les résistances.....	56
III – 1-2 : Souligner les résistances.....	56
III – 1-3 : Confronter les résistances.....	57
III – 1-4 : Expliquer les résistances	58
III – 1-5 : Forcer les résistances.....	58
III – 1-6 : Accentuer les résistances.....	58
III – 2 Les triangles de la résistance.....	59
III – 2 Le triangle des résistances du patient	62
III – 2 Le triangle des résistances du thérapeute.....	63
III – 3 Le triangle du dialogue des résistances patient/thérapeute.....	64
Conclusion	67
Bibliographie	72
Remerciements	73

INTRODUCTION

Lorsque j'ai commencé ce travail sur les résistances, je me suis vite heurtée à un problème de définition entre les défenses du Moi et les résistances. D'une part parce qu'elles sont toutes liées dans leur but premier : défendre ce que nous sommes incapables de nommer et de voir. D'autre part, parce que si les Défenses sont fort présentes dans un corpus important de la pensée psychanalytique et psychologique, je n'ai pas trouvé beaucoup de textes se rapportant aux Résistances.

Il me faut donc, d'ores et déjà, dès cette introduction, effectuer un travail de définition. **Les défenses**, Sigmund Freud ¹ en pose le postulat dès qu'il se heurte aux premières difficultés dans sa pratique de l'hypnose, allant jusqu'à reconnaître comme légitimes les blocages des patients confrontés à la « tyrannie de la suggestion ». A sa suite, Anna Freud développera cette notion de défense comme une activité du Moi destinée à protéger le sujet contre une trop grande exigence pulsionnelle. Les défenses peuvent alors être définies comme tout ce qui met à distance le pulsionnel. Bien sûr, les défenses habituellement décrites par la théorie apparaissent sous forme de comportements psychopathologiques quand naît un conflit trop aigu entre les différentes instances de la personnalité psychique, l'Inconscient, le Moi et le Surmoi. Mais nombre de défenses courantes sont utilisées aussi de façon permanente et banale en donnant naissance à ce que Wilhelm Reich et Alain Bergeret nomment des « traits de caractères ».

Les résistances, elles, se manifestent dans le cadre thérapeutique. Élisabeth Roudinesco et Michel Plon² les définissent comme « *l'ensemble des réactions d'un analysant dont les manifestations, dans le cadre de la cure, font obstacle au déroulement de l'analyse* ». D'une certaine façon, les résistances sont les avant-

¹ Dans *Études sur l'hystérie*, 1895.

² *Dictionnaire de la Psychanalyse*, LGF, 2011.

postes des défenses. C'est parce que le travail thérapeutique commence à entamer les défenses du Moi que les résistances s'activent. Le patient ne se défend pas contre le monde de ses pulsions mais contre les tentatives du thérapeute de les pénétrer, voire de les forcer. Les résistances se mettent alors en place pour diminuer l'angoisse relationnelle et existentielle et tenter de faire taire l'Inconscient.

On pourrait ainsi poser cette définition : « **Les Défenses protègent le Moi contre les dangers de son monde intérieur et les Résistances s'activent lorsque les Défenses sont menacées par la relation thérapeutique et le processus du transfert** ».

Parce que ce mémoire traite de la relation thérapeute-patient et de l'alliance thérapeutique, on aurait pu s'attendre à ce que j'évoque longuement le transfert. La théorie psychanalytique repose, en effet, sur la compréhension de deux expériences cliniques concomitantes: le transfert et les résistances. Au point, écrit Freud³ que « *toute orientation de recherche qui reconnaît ces deux faits et les prend comme point de départ de son travail est en droit de se nommer psychanalyse, même si elle arrive à des résultats différents des miens.* » « *Toutes les fois que l'on se rapproche d'un complexe pathogène, écrit Freud⁴, c'est d'abord la partie du complexe pouvant devenir transfert qui se trouve portée vers le conscient et que le patient s'obstine à défendre avec la plus grande ténacité* ». Pour se renforcer ou pour se dénouer ; mais dans tous les cas, pour rejouer un mode de relation antérieur. Comme l'écrit Mélanie Klein⁵: « *Ainsi procède l'analyse : dès qu'elle ouvre des routes dans l'inconscient du patient, son passé (dans ses aspects conscients et inconscients) est graduellement ravivé. Par là est renforcé son besoin de transférer les expériences, les relations objectales et les émotions initiales, et elles se focalisent sur l'analyste ; ce qui implique qu'aux prises avec les conflits et les angoisses réactivés, le patient fait*

³ In *Sur l'histoire du mouvement psychanalytique*, 1914, cité par Claude Leguen dans *Dictionnaire freudien*, PUF, 2008.

⁴ In *La dynamique du transfert*, 1912.

⁵ *Les origines du transfert*, communication au XVII^{ème} congrès international de psychanalyse.

usage des mêmes mécanismes et des mêmes défenses que dans les situations antérieures. »

En m'appuyant sur cette vision du rapport entre transfert et résistances, j'ai choisi volontairement de ne pas évoquer plus en avant la notion de transfert et de me centrer sur la façon dont le travail thérapeutique peut s'ajuster aux résistances. Et ce, d'autant que la littérature sur le transfert est innombrable mais beaucoup plus restreinte sur les résistances.

Dans une première partie, je commencerai par évoquer les défenses du Moi afin qu'elles ne viennent pas troubler, par la suite, la définition des diverses résistances que j'aborderai dans une deuxième partie. Et après avoir disséqué les résistances du patient, je me pencherai sur celles du thérapeute. J'aimerais que l'intérêt de ce mémoire, me semble-t-il, soit de se demander s'il existe un lien entre les résistances du patient et celles du thérapeute, si elles suivent le même schéma où si les secondes ont leur spécificité propre ? Puis j'essaierai de voir de quelle façon une posture thérapeutique ajustée peut donner à accueillir et à accompagner les résistances.

I – LES DÉFENSES DU MOI

Le *DSM-IV*⁶ définit les mécanismes de défense classées sous l'appellation « Échelle de fonctionnement défensif » : ce sont « des processus psychologiquement automatiques qui protègent l'individu de l'anxiété ou de la perception des dangers ou des facteurs de stress internes ou externes. Les individus n'ont généralement pas conscience de ces processus lorsqu'ils sont à l'œuvre ».

I – 1 Évolution théorique

De nombreux auteurs se sont penchés sur les Défenses du patient dans la thérapie. Compte tenu du travail de défrichage de ce mémoire, je me suis contentée des principaux.

Dans le corpus psychanalytique fondateur, on peut déterminer trois périodes au cours desquelles la notion de Défense évolue chez Freud⁷. La première correspond à la période pré-analytique : dès 1894, Freud, dans un article intitulé « Les psychonévroses de défense ⁸ » explique comment le Moi, lorsqu'il se sent agressé par des pulsions sexuelles — « *c'est contre la sexualité que se dresse la défense* »⁹ — met en place des processus d'organisation qui lui permettent de faire face en « *se proposant de traiter comme "non arrivée" la représentation inconciliable* ». La défense, associée au refoulement, est alors présentée comme impliquant une seule instance psychique, celle qui deviendra le Moi dans la deuxième topique (1923). A partir de 1905, le terme est abandonné dans les écrits freudiens et laisse toute la place au refoulement pour répondre de l'organisation du fonctionnement psychique. La troisième époque commence en 1925 avec la publication de *Inhibition, symptômes et angoisses*. Les trois notions valent son titre à l'ouvrage et s'avèrent participer à la lutte défensive. La place du Moi ayant été affirmée comme instance

⁶ Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (également désigné par le sigle *DSM*, abréviation de l'anglais : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), est un ouvrage de référence publié par la Société américaine de psychiatrie (APA) classifiant et catégorisant des critères diagnostiques et des recherches statistiques de troubles mentaux spécifiques. Le manuel évolue à partir des statistiques collectées depuis des hôpitaux psychiatriques. La cinquième édition (*DSM-V*) date de 2013.

⁷ Voir *Dictionnaire freudien*, sous la direction de Claude Leguen, PUF, 2008.

⁸ Repris dans *Inhibition, symptômes et angoisses*, PUF.

⁹ Lettre à Fliess du 21 mai 1894.

psychique dans la deuxième topique, le refoulement disparaît en tant que tel et n'est plus considéré que comme le mode de défense favori de la névrose hystérique.

Freud détaille trois principales défenses :

le refoulement. C'est une « *sorte d'oubli qui se distingue des autres par la difficulté avec laquelle le souvenir est évoqué même au prix des sollicitations extérieures les plus impérieuses comme si une résistance interne s'opposait à cette reviviscence* »¹⁰. Pour Freud, « *le refoulement n'est pas un mécanisme de défense présent dès l'origine. Sa nature consiste exclusivement à repousser le conscient et à le tenir à l'écart* »¹¹.

le déni. C'est un « *procédé par lequel le sujet, tout en formulant un de ses désirs, pensées, sentiments jusqu'ici refoulé, continue à s'en défendre en niant qu'il lui appartienne* »¹². La différence avec le refoulement c'est que le souvenir (l'émotion, la pensée...) n'est pas oublié, il est inexistant pour la conscience.

le clivage C'est une « *action de division du Moi sous l'influence angoissante d'une menace, de façon à faire coexister deux parties qui se méconnaissent sans formation de compromis possible* »¹³.

Au cours des années qui suivent, Freud poursuivra sa recherche sur les défenses, « *série qui commence avec la névrose, culmine dans la folie et dans laquelle il faut inclure l'ivresse, l'humour, l'absorption en soi-même, l'extase* ». Il cite aussi le refoulement, la régression, la formation réactionnelle, l'isolation de l'affect, l'annulation rétroactive, la projection, l'introjection, le retournement contre soi, la transformation en contraire et la sublimation¹⁴.

¹⁰ *Délire et rêves dans la Gradiva de Jensen*, Gallimard 1949, p. 138. Cité dans la préface de Christophe André pour *Trois mécanismes de défense*, PBP, 2011.

¹¹ *Trois mécanismes de défense*, PBP, 2011, p. 44.

¹² *Dictionnaire de la psychanalyse*, de Laplanche et Pontalis, PUF, 2011.

¹³ *Les mécanismes de défense, théorie et clinique*, de Serban Ionescu, Marie-Madeleine Jacquet et Claude Lhôte, Armand Colin, 2012, p. 169.

¹⁴ *Dictionnaire freudien*, op.cit.

C'est Anna Freud qui ira plus loin dans le concept de Défense du Moi. En 1936, dans « *Le moi et les mécanismes de défense* », elle propose une synthèse des idées paternelles et y ajoute ses propres contributions théoriques et cliniques. Elle définit ainsi l'apparition des défenses : « *Les pulsions, avec la ténacité et l'énergie qui leur sont propres, persistent à poursuivre leurs buts et, dans l'espoir de surprendre et de maîtriser le Moi, entreprennent dans son domaines d'hostiles incursions, tandis que le Moi, devenu méfiant, se livre à une contre-offensive et envahit les territoires du Ça.* »¹⁵ Pour elle, les défenses ne s'organisent pas uniquement contre les attaques pulsionnelles mais dans toutes les formes d'angoisse liées à un conflit dans le lien entre le Moi et le Ca, le Moi et le Surmoi, le Moi et le monde extérieur : « *Le moi et une pauvre créature devant servir trois maîtres et subissant par conséquent la menace de trois dangers* »¹⁶.

Ils seront un certain nombre, par la suite, à revenir sur les pas des Freud, père et fille. J'ai retenu ici les plus novateurs dans la pensée sur les Défenses :

- **Mélanie Klein** (1882-1960) : apportera sa pierre avec la mise en relief de modes défensifs plus archaïques comme les angoisses primitives, le clivage, le repli autistique et l'identification projective. Par ailleurs, elle répondra positivement à la question que se posait Freud, qui était de savoir si « *toutes les modifications du Moi s'acquièrent pendant les combats défensifs de la première année* »¹⁷. Pour elle, le concept de défense et les formes qu'il peut revêtir sont inscrits dans la phase archaïque et pré-œdipienne.
- **Donald Winnicott** (1896-1971) établit que le clivage peut atteindre le self (le Moi) lui-même. S'installe alors un « faux-self » qui sert de barrière de protection (et dans le même temps de sarcophage !) au « vrai » self. A la suite de Sandor Ferenczi ou de Michael Balint, Winnicott met alors l'accent sur l'importance de la régression thérapeutique pour « dégeler » ces types de résistances archaïques.

¹⁵ *Le Moi et les mécanismes de Défense*, article Les défenses, PUF, 2013, p. 11.

¹⁶ *Les origines du transfert*, communication au XVIIème congrès international de psychanalyse

¹⁷ Idem

- **Wilhelm Reich**¹⁸, lui, définira la défense comme « une modification chronique du Moi » qui se met en place pendant l'enfance et qui tend à le figer de manière rigide : « *Elle vise à protéger le Moi contre les dangers externes et internes qui l'assaillent. En tant que mécanisme de protection permanent, elle mérite alors le nom de cuirasse* ». ¹⁹

I – 2 Utilité : lutter contre l'angoisse

Destinés à masquer le désir inconscient, les mécanismes de défense du Moi sont un peu vite considérés sous leur aspect uniquement conflictuel, voire pathologique, (ce qui explique notamment leur inscription dans le DSM) sans que soit évoqué le côté adaptatif de leur fonction. Oui les défenses sont utiles sinon chacun se retrouverait soumis à tous les outrages et tous les excès de nos pulsions. Elles nous permettent de survivre à l'angoisse générée par les atteintes extérieures ou intérieures et, sans supprimer l'affect, elles ont pour mission de rendre la douleur plus supportable, la peur moins inquiétante, la tristesse moins lourde. Activées pour que le conflit psychique n'arrive pas à la conscience, elles sont donc essentielles à notre protection et au sentiment de sécurité qui aide à construire des liens et des engagements.

Il arrive cependant un temps où les défenses érigées en des temps antérieurs et pour des raisons de soutien deviennent trop rigides. Non seulement elles y perdent de leur efficacité mais elles peuvent également engendrer d'autres atteintes du Moi. Le psychiatre Jean Bergeret ²⁰ note : « *Un sujet n'est jamais malade "parce qu'il a des défenses" mais parce que les défenses qu'il utilise habituellement s'avèrent soit inefficaces, soit trop rigides, soit mal adaptées aux réalités internes et externes, soit trop exclusivement d'un même type et que le fonctionnement mental se voit ainsi entravé dans sa souplesse, son harmonie, son adaptation.* » Pour le psychanalyste

¹⁸ *L'analyse caractérielle*, Wilhelm Reich, Payot, 2006.

¹⁹ Il est à noter que chez Jung, la résistance désigne le fait de ne pas être ouvert à soi, à sa réalité mais également à la réalité extérieure. Et elle permet de rester en lutte contre soi-même et contre le monde. La résistance devient alors, pour Jung, un synonyme de la défense chez les psychanalystes freudiens.

²⁰ *Psychologie pathologique, théorique et clinique*, éd. Masson, 1972, p. 108.

américain George Vaillant, les mécanismes de défense évoluent en fonction de l'âge et des besoins existentiels de chacun. Ces mécanismes de défense sont donc adaptatifs et se transforment tout au long de notre vie.

Sur la fin de sa vie, Sigmund Freud finira par conclure ²¹ : « *Il y a une profusion extraordinaire de mécanismes de défense* ». La liste de ces « digues psychiques » selon les mots d'Alain Braconnier, est impressionnante, à l'image de la créativité de l'inconscient. De quoi donner raison au psychanalyste Daniel Widlöcher : « Toutes nos conduites peuvent être interprétées comme des mécanismes de défense. »²² De nombreux chercheurs en psychologie, en psychanalyse et en sciences humaines se sont penchés sur leur pertinence. De Anna Freud au DSM, en passant par Palo-Alto ou par les écoles européennes de psychanalyse, une soixantaine de ces processus gardent leur actualité. De la liste d'Anna Freud, au glossaire du DSM, en passant par les mécanismes décrits par Laplanche et Pontalis dans le *Vocabulaire de la psychanalyse*, par Alain Bergeret, les listes des psychanalystes américains George Vaillant d'une part et Robert Plutchik, d'autre part, tous présentent de nombreux recoupements.

En me basant sur ce constat, j'ai tenté de proposer une classification intégrative des défenses. Pour construire la synthèse ci-après, j'ai choisi un ordre croissant qui irait de la défense la plus adaptative, la plus consciente, pour aller vers la moins adaptative, la plus inconsciente, jusqu'à une position pré-psychotique, en sachant que j'ai délibérément écarté les défenses psychotiques (hallucinations, dissociation, délires, forclusion...). J'ai construit celle-ci à l'aide des travaux d'Edmond Marc²³, de Serban Ionescu²⁴ (qui ne dénombre pas moins de 71 formes de résistances!) et d'Alain Braconnier²⁵.

²¹ « *Un trouble de mémoire sur l'Acropole* », lettre à Romain Rolland, citée dans le *Dictionnaire feudien*, op. cit.

²² In *Les mécanismes de défense*, cours photocopié du DESS de psychologie clinique 1976, cité par Serban Ionescu dans *Les mécanismes de défense, théorie et clinique*, de Serban Ionescu, Marie-Madeleine Jacquet et Claude Lhôte, Armand Colin, 2012.

²³ « Le travail des résistances, entre Psychanalyse et Gestalt », Revue *Gestalt* n°22.

²⁴ *Les mécanismes de défense*, op.cit.

²⁵ *Protéger son soi*, Odile Jacob, 2010.

I – 3 Taxinomie des grands mécanismes de défense

Elle se divise en trois groupes. Au sein de ces groupes, il n'y a pas de classement entre les défenses. Il est cependant à noter que les mêmes mécanismes peuvent jouer aux trois stades.

Groupe 1 : les défenses adaptatives

Ce sont les défenses de la vie quotidienne, hautement adaptatives. Elles procurent plus de satisfaction que de gêne et peuvent être conscientes. Dans ce cas, l'école américaine menée par le psychiatre et psychanalyste George Vaillant, les différencie des autres en les caractérisant de processus de *coping* : « *Les processus de coping, mot traduit en français par stratégies d'adaptation ou processus de maîtrise, sont des opérations mentales volontaires par lesquelles le sujet choisi délibérément une réponse à un problème externe ou interne* » résume Henri Chabrol²⁶. Plus ou moins conscientes ou délibérées, ces résistances sont à prendre dans une acceptation « raisonnable ». Car chacune d'elle, poussée à l'excès, indique un basculement de la défense dans le groupe 2.

L'humour : Freud y voyait « *la plus élevée des manifestations de défense* » quand il est appliqué à soi-même. Il l'illustre par le mot de ce condamné à mort, le matin à l'aube de son exécution : « Ah la journée commence bien ».

La sublimation : souvent on y voit – du fait de l'étymologie du mot sublime, du latin : haut, élevé – quelque chose d'inaccessible. En fait, on sublime chaque fois que l'on se réfugie dans un espace qui nous éloigne des affects du quotidien. C'est la « *dérivation de l'énergie d'une pulsion sexuelle ou agressive vers des activités valorisées socialement : artistiques, intellectuelles ou morales* »²⁷. Dans un niveau de défense plus élevé, proche du groupe 2, la sublimation canalise « *des sentiments ou des impulsions potentiellement inadaptés vers des comportements socialement*

²⁶ « *Les mécanismes de défense* », *op. cit.*

²⁷ Serban Ionescu, *op. cit.*

acceptables (exemple : les sports de contact pour canaliser des accès impulsifs de colère) » (DSM-IV).

Le contrôle : c'est une gestion surdimensionnée des facteurs anxiogènes dans le but de calmer des conflits internes qui va souvent de pair avec l'anticipation.

L'affirmation de soi (ou assertivité) : Dans le cas d'un conflit émotionnel violent, la personne qui utilise ce mode de défense communique sans détour ses sentiments et ses pensées, d'une façon qui n'est ni agressive, ni manipulatrice. C'est une défense qui est soutenue par les TCC car elle combat toutes les manifestations physiques du stress : rougissements, voix qui tremble...

L'action, voire la suractivité : Le recours à l'action pour mieux gérer des conflits psychiques ou des situations traumatiques permet de mettre l'émotion au second plan.

L'affiliation ou la recherche effrénée du lien pour apaiser l'angoisse. Attention : la présence d'autrui n'est recherchée que pour le soutien qu'elle apporte.

L'anticipation : L'anticipation est décrite dans le *DSM-IV* comme une réponse « *aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en éprouvant les réactions émotionnelles par avance ou en anticipant les conséquences d'un possible événement futur et en envisageant les réponses ou solutions alternatives réalistes* ».

L'anticipation adaptative réaliste est à distinguer de l'anticipation anxieuse où le sujet éprouve une anxiété importante, renforcée par des pensées exagérant les difficultés. Cette anticipation anxieuse, loin de préparer le sujet à affronter la situation, peut entraîner des réponses dysfonctionnelles comme une attitude d'évitement.

La pensée magique : abandonner la réalité en forçant magiquement le cours des choses par des actes, des pensées, des rituels...

Groupe 2 : les défenses contrariantes

Ces défenses sont contrariantes pour le conscient dans le sens où elles nous obligent à prendre sur nous-mêmes, à nous contorsionner psychologiquement pour faire face à nos affects. Elles servent à maintenir, hors de la conscience, idées, sentiments, souvenirs, désirs ou craintes potentiellement menaçants et l'angoisse associée. Elles sont d'une grande utilité devant l'angoisse mais ont également un coût psychique qui peut s'avérer lourd.

L'identification : Étape essentielle de notre relation au monde dès l'enfance, l'identification nous permet d'intégrer les standards et les croyances dominantes d'un autre pour pouvoir conserver le lien. Une dérive de l'identification est présente dans ce que Sandor Ferenczi, le premier, théorisa ce qu'il a appelé « l'identification à l'agresseur »²⁸ et qu'Anna Freud illustra avec le personnage de Mowgli dans le Livre de la Jungle, qui s'identifie à chaque bête qu'il rencontre : « nous sommes du même sang toi et moi ». Aujourd'hui, on parle également du syndrome de Stockholm.

L'intellectualisation : Selon Anna Freud, « *les dangers pulsionnels rendent les hommes intelligents* »... L'intellectualisation atténue voire efface l'émotion. Dans un moindre effet, elle touche des « *patients présentant des affects bloqués ou perturbés qui, ayant refoulé le côté affectif de leur vie, ont retenu le côté intellectuel comme seul moyen d'exprimer leur personnalité psychique* »²⁹. Cela commence par le patient qui a du mal à se connecter à ses émotions et qui rationalise et explique tout mais cela peut conduire à des névroses obsessionnelles.

Le retrait, le repli sur soi: Cette défense est faite de détachement, d'indifférence affective, de restrictions aux relations et de soumission passive aux événements. C'est une « anesthésie des sentiments » disait Freud. Elle se manifeste notamment dans les syndromes de stress post-traumatique et peut être passagère.

²⁸ Journal clinique, PBP

²⁹ Serban Ionescu, *op.cit.*

L'altruisme : se fuir dans l'autre... L'altruisme se défend d'un sentiment d'hostilité ou de culpabilité par une attitude de générosité et d'oubli de soi. L'altruisme peut être une réponse aux conflits internes ou externes, « *par le dévouement aux besoins des autres ; à la différence du sacrifice de soi qui est parfois caractéristique d'une formation réactionnelle, le sujet reçoit des gratifications soit directement par la réponse des autres, soit indirectement par procuration* » (DSM-IV). On peut ajouter la satisfaction apportée par l'approbation du Surmoi.

La formation réactionnelle : Elle consiste à substituer « *à des pensées ou à des sentiments inacceptables, d'autres comportements, pensées ou sentiments qui leur sont diamétralement opposés (ce mécanisme est habituellement associé au refoulement)* » (DSM-IV) et à utiliser une autre émotion que celle qui est suscitée : rire pour ne pas pleurer ; s'exhiber pour masquer sa honte...

L'isolation Cette défense sépare « *les idées des sentiments qui leur étaient initialement associés. Le sujet perd ainsi le contact avec les sentiments associés à une idée donnée (ex : un événement traumatique) alors qu'il reste conscient des éléments cognitifs qui l'accompagnent (ex : des détails descriptifs)* » (DSM-IV). Elle est très présente pour faire face à un événement traumatique où sa fonction adaptative est évidente, comme un deuil. Elle peut persister, liée à une absence d'élaboration psychique, et s'intégrer aux symptômes d'un état de stress post-traumatique.

La somatisation : Elle transpose un conflit psychique en symptôme physique, sensoriel ou moteur (spasmophilie, éjaculation précoce, maladie...)

La dépréciation de l'autre: La dépréciation produit des représentations injustement et exagérément inférieures de certaines personnes. Sa fonction est de protéger l'estime de soi (Si l'autre est nul, on n'a pas à se remettre en question) ou d'éviter les sentiments de perte en cas de séparation ou de menace de séparation (Si l'autre est sans valeur, s'en séparer est un soulagement).

Le déplacement : Le déplacement transfère « *un sentiment ou une réaction d'un objet à un autre objet substitutif, habituellement moins menaçant* » (DSM-IV). Le déplacement est à l'origine de phobies. Cette défense est très présente dans les obsessions maniaques.

La sexualisation : Elle consiste à attribuer aux objets ou à des comportements un sens sexuel direct alors que rien ne l'indique (exemple les fétichistes et les talons aiguilles).

L'hypocondrie : Transformation de reproches indicibles découlant de chagrins ou de pulsions agressives en plaintes de douleurs, de maladies somatiques. L'hypocondriaque ne veut pas guérir : il veut qu'on l'écoute.

La compensation : Tendance inconsciente à trouver des substituts (nourriture, achats, sexualité...) à des pertes, des angoisses ou des inadéquations psychiques. C'est une tentative de maintenir le contrôle sur l'environnement comme si incorporer et introjecter les objets (bons ou mauvais) permettait de s'approprier l'angoisse. Peut conduire à la compulsion.

La distorsion de l'image de soi (dépréciation, dysmorphophobie...) : « *Le niveau de distorsion mineure de l'image de soi, du corps et des autres regroupe la dépréciation, l'idéalisation et l'omnipotence, défenses qui visent la régulation de l'estime de soi. Ces défenses sont caractéristiques des personnalités limites et narcissiques* » écrit Henri Chabrol³⁰. Elles sont également très utilisées à l'adolescence.

L'annulation : L'annulation utilise « *des mots ou des comportements visant à annuler ou à compenser symboliquement des pensées, des sentiments ou des actes jugés inacceptables* » (DSM-IV). L'annulation rétroactive est un mécanisme particulièrement employé dans la névrose obsessionnelle où elle est souvent liée à la pensée magique. Elle est « évidente dans les rituels expiatoires succédant à des

³⁰ « *Les mécanismes de défense* », dans *Recherches en soins infirmiers*, n° 82, 2005.

pensées agressives ou sexuelles, vécues comme inacceptables » commente Henri Chabrol.

L'idéalisation : Crée une image irréaliste d'une personne perçue comme totalement bonne, toute-puissante, dépourvue des faiblesses et des défauts ordinaires. Les thérapeutes font souvent l'objet d'une idéalisation primitive de la part des personnalités limites ou narcissiques et des adolescents.

Groupe 3 : les défenses limites

Ce sont les défenses des derniers recours. Celles qui interviennent quand les précédentes n'ont pas fonctionné et que, comme le petit enfant, nous nous retrouvons en situation de dépendance trop forte par rapport aux autres. Sur la durée, contrairement aux défenses précédentes qui nous permettent, cahin-caha, de tenir le coup, ces défenses sont nocives car elles ne font que renforcer l'angoisse du Moi. Les défenses limites sont nos derniers remparts contre la décompensation ou la psychose. Elles peuvent être utiles mais peuvent nous amener à nous retirer de la réalité. On les rencontre essentiellement dans des cas traumatiques comme des deuils, des agressions, des dépressions profondes. Elles sont dangereuses car elles affectent durablement notre lien aux autres et à nous-mêmes.

Le refoulement : Le refoulement (voir également p. 11) expulse « *de la conscience des désirs, des pensées ou des expériences perturbantes. La composante affective peut rester consciente mais détachée des représentations qui lui sont associées* » (DSM-IV). L'affect peut être déplacé, isolé ou refoulé.

L'agression passive : L'agression passive exprime « *une agression envers les autres de façon indirecte et non combative. Une façade d'adhésion masque la résistance, le ressentiment et l'hostilité. L'agression passive peut représenter une modalité adaptative pour des sujets en position de subordonnés qui ne peuvent s'affirmer plus ouvertement par d'autres moyens* » (DSM-IV). On la rencontre souvent à l'adolescence en particulier face aux contraintes scolaires ou familiales.

L'expression passive de la colère (oublis, refus non motivés, silences trop lourds, procrastinations systématiques et injustifiées ...) est le seul moyen qu'a trouvé le Moi pour exprimer son agressivité. C'est le mode de Défense de celui qui se pose systématiquement en victime ou en martyr.

Le pseudo-altruisme. Il doit être différencié de l'altruisme du groupe 2. Selon Henri Chabrol³¹, le pseudo-altruisme a trois traits principaux : 1) il peut n'être que le simulacre de l'altruisme : le sujet aide les autres ou fait semblant de les aider mais il poursuit inconsciemment un but intéressé ; 2) le pseudo-altruisme peut résulter d'une formation réactionnelle contre l'agressivité ; 3) le pseudo-altruisme peut, au travers du sacrifice de soi, exprimer un masochisme moral ; le sacrifice de soi peut-être un moyen de contrôle de l'autre par la culpabilité.

Le passage à l'acte : Le passage à l'acte est une réponse aux conflits et aux stress « *par des actions plutôt que par des réflexions ou des sentiments. Les passages à l'acte défensifs ne sont pas synonymes de « mauvais comportements » car il est nécessaire de montrer qu'ils sont liés à des conflits émotionnels* » (DSM-IV) Les passages à l'acte défensifs sont une défense contre une expérience subjective intolérable et contre la prise de conscience d'un conflit intrapsychique : le sujet agit pour ne pas ou ne plus ressentir et pour ne pas savoir.

La régression : La régression peut être le signe bien ajusté d'une grande fatigue ou d'une grande tension, une façon de se retrouver à la place de l'enfant. Mais le mouvement de repli qu'entraîne la régression peut aussi être la source de symptômes somatiques ou psychique qui conduisent le sujet à devoir être pris en charge (par son conjoint, ses parents voire l'institution) et perdre ainsi toute sa liberté d'être.

Le clivage (voir également p. 11) Il compartimente « *des états affectifs opposés et en échouant à intégrer les aspects positifs et négatifs de soi et des autres dans des images cohérentes. Les affects ambivalents ne pouvant être éprouvés simultanément, des représentations de soi et des autres et des attentes vis-à-vis de*

³¹ *Op. cit.*

soi et des autres plus nuancées sont exclues de l'expérience émotionnelle. Les images de soi et d'objet tendent à alterner entre des pôles opposés : être exclusivement aimant, puissant, respectable, protecteur et bienveillant ou exclusivement mauvais, détestable, en colère, destructeur, rejetant et sans valeur » (DSM-IV). Le clivage traduit la division du soi et des objets en parties entièrement bonnes ou mauvaises et se manifeste par le renversement soudain et complet de tous les sentiments et conceptions concernant soi-même ou une personne particulière.

La projection : La projection attribuée « à tort à un autre ses propres sentiments, impulsions ou pensées inacceptables » (DSM-IV). Elle permet d'expulser de soi et de percevoir dans un autre ce que le sujet refuse de reconnaître en lui-même. processus selon lequel les jugements, les sentiments ou les émotions qui sont les miens sont attribués au monde extérieur. « Je le hais », devient « il me hait ».

L'identification projective L'identification projective est un « mécanisme par lequel, comme au cours de la projection, le sujet répond aux conflits émotionnels et aux stress internes ou externes en attribuant à tort à une autre personne ses propres sentiments, impulsions ou pensées inacceptables. Cependant, à la différence de la projection simple, le sujet ne désavoue pas entièrement ce qui est projeté. Il reste au contraire conscient de ses affects ou impulsions mais il les ressent comme des réactions légitimes aux attitudes de l'autre personne. Il n'est pas rare que le sujet induise chez l'autre les sentiments même qu'il lui avait faussement attribué, rendant difficile de clarifier qui a fait quoi à qui le premier » (DSM-IV).

Le déni (voir également p. 11) Le déni est une réponse aux conflits et aux stress « en refusant de reconnaître certains aspects douloureux de la réalité externe ou de l'expérience subjective qui seraient évidents pour les autres » (DSM-IV). Le déni peut être adaptatif, pourvu qu'il soit temporaire, dans les situations de stress intenses ou dans les traumatismes majeurs. Le déni est une réaction habituelle dans le deuil.

Nous nous sommes tous organisés, depuis l'enfance, dans un certain nombre de défenses. Elles nous protègent, nous aident à aller vers l'autre, contiennent

l'angoisse et peuvent changer avec le temps. Dans le lien thérapeutique, le rôle du thérapeute est de comprendre ce que sont ces défenses pour mieux aider le patient à, éventuellement, les abandonner lorsqu'elles ne sont plus d'actualité ou qu'elles sont devenues sclérosantes. Mais lorsqu'elles sont remises en cause par la cure thérapeutique, les défenses se renforcent. Les résistances se mettent alors en mouvement pour contrer la thérapie et l'empêcher d'affaiblir les défenses. Car si celles-ci, telles qu'elles ont été définies par Freud et ses successeurs, ont pour but de protéger le Moi, dans ses liens avec le Ça, le Surmoi et le monde extérieur, les Résistances, elles, se construisent dans l'interaction, dans le lien à l'autre. Et, notamment ici, dans le sujet qui nous intéresse, avec le thérapeute.

II – LES RÉSISTANCES DANS LA THÉRAPIE

La résistance, telle qu'elle se manifeste dans le cabinet, est l'actualisation, dans le lien transférentiel, des mécanismes de défense mis en place, dans l'enfance par le patient. Elle signe la spécificité du lien thérapeutique dans la cure. Elle est le signe que, sur le chemin qu'essaie d'emprunter le thérapeute, le terrain va être solidement défendu. Pour le gestaltiste James Kepner, ³²« *dans toutes les psychothérapies, qu'elles soient comportementales, analytiques, systémiques, physiques ou verbales, le phénomène de résistance apparaît à un moment ou à un autre. Même si le patient exprime un authentique désir de changer, même si l'analyse est conduite de façon intelligente avec les outils les plus appropriés, au bout d'un moment la thérapie n'avance plus. Le patient sait parfaitement qu'il « devrait » et pourtant il n'y parvient pas. Le thérapeute voit une direction qui pourrait apporter un développement positif mais il est incapable d'y conduire son patient. Tout se passe comme si le patient sapait tous les efforts que déploie le thérapeute pour l'aider et persistait à adopter un comportement apparemment malsain »*. Le mot « apparemment » est à souligner. Car, comme nous l'avons vu précédemment avec les défenses, les résistances ont pour but de protéger l'inconscient des sensations, des émotions ou des pensées qui pourraient le menacer. Ce premier temps de la résistance a été décrit par Mélanie Klein³³ : « *Les dires des patients sur leur vie quotidienne, leurs relations et leurs activités ne font pas seulement comprendre le fonctionnement du Moi ; ils révèlent aussi, si nous explorons leur contenu inconscient, les défenses contre les angoisses éveillées dans la situation de transfert. Car le patient est voué à traiter les conflits et les angoisses revécus dans sa relation avec l'analyste par les mêmes méthodes qu'il a employées dans le passé »* (voir également p. 12). Mais, dans un second temps, les résistances se transforment et s'adaptent dans la spécificité du lien transférentiel avec ce thérapeute-ci. En cela, l'analyse des résistances nous renvoie à la force de l'approche intégrative : celle-ci permet, en effet au thérapeute, de s'adapter, dans le lien unique à chaque patient, à ce qu'il perçoit des résistances de ce dernier.

³² *Le corps retrouvé en psychothérapie*, Retz, 2004.

³³ *Les origines du transfert*, communication au XVIIème congrès international de psychanalyse, *op.cit.*

II – 1 Définition et conception

Contrairement aux défenses, la notion de résistance est très peu étudiée. En 1893, dès les *Etudes sur l'hystérie*³⁴, Sigmund Freud s'aperçoit bien qu'il y a dans le travail thérapeutique une « résistance (*Widerstand*) à vaincre » chez le patient : « *Par mon travail psychique, je devais vaincre chez le malade une force psychique qui s'opposait à la prise de conscience [...] En m'efforçant de diriger vers elle l'attention du patient, je sentais cette force de répulsion, celle même qui s'était manifestée par un rejet lors de la genèse du symptôme, agir sous forme d'une résistance* ». La résistance imagine-t-il alors est une manifestation de la force qui a produit le refoulement de la pulsion sexuelle et qui le maintient. Dans la cure analytique, plus on se rapproche du refoulé, plus la résistance augmente. Freud est alors tenté de considérer dans un premier temps la résistance comme un obstacle à éliminer. Il en fait plusieurs fois mention dans ses récits de « *l'Homme aux rats* » et du « *petit Hans* » et conclut : « *Vaincre les résistances est une condition du traitement à laquelle nous n'avons pas le droit de nous soustraire* »³⁵. Mais, peu à peu, il se rend compte de la difficulté et de l'inutilité de forcer les résistances. Elles constituent un indicateur important des conflits psychiques, puisqu'elles sont en liaison à la fois avec les défenses du Moi et les représentations refoulées. Dès lors, Freud abandonne la pression et le forçement des résistances pour leur interprétation.

Dans un premier temps, Freud place les résistances au niveau du Moi³⁶ : « *Le névrosé nous apporte un psychisme déchiré, fissuré par les résistances mais lorsqu'on peut éliminer celles-ci, nous voyons le psychisme se coordonner et la grande unité que nous appelons "Moi" s'agréger les émois pulsionnels jusqu'alors détachés et écartés de lui. Ainsi, en levant les résistances se réalise d'elle-même la psychosynthèse.* » Tout en maintenant cette proposition, il est cependant amené à étendre les sources de résistance, dans le cadre notamment de l'élaboration de la

³⁴ Avec Joseph Breuer, éd. PUF, 2002.

³⁵ *Cinq leçons sur la psychanalyse*, PBP, 2010.

³⁶ *In Les voies de la thérapie analytique*, 1919, cité par Claude Leguen dans *Dictionnaire freudien*, article « les résistances », PUF 2008.

deuxième topique à partir de 1920. Ainsi, dans *Inhibition, symptôme et angoisse* (1926, p. 88) est-il conduit à distinguer cinq sortes de résistances :

Trois proviennent effectivement du **Moi** : la résistance de refoulement, la résistance de transfert, c'est à dire la mise en place d'un transfert négatif, les bénéfices secondaires ; une du **Ça** : la compulsion de répétition, c'est à dire notre incapacité à nous détacher des investissements libidinaux infantiles pour réinvestir de nouveaux objets; une du **Surmoi** : le besoin de punition qui découle du sentiment de culpabilité.

Sur la fin de sa vie, Freud renoncera en partie à répondre à la question : laquelle des trois instances psychiques résiste-t-elle dans la cure ? Et il tendra à aller vers l'hypothèse d'une manifestation de la pulsion de mort³⁷. Par opposition à la pulsion de vie qui nous conduit vers la guérison, la résistance est alors vue comme une force inconsciente qui s'oppose à la guérison par tous les moyens et s'accroche à la maladie et à la souffrance. Pour autant, si l'on pense juste la position jungienne selon laquelle notre inconscient possède une dimension vitale au service de notre développement, commencer une thérapie correspond définitivement à une pulsion de vie. C'est donc dans cet affrontement entre vie et mort, Eros et Thanatos, que se jouent les résistances.

Les résistances sont une manifestation du Moi — allié au Surmoi — pour maintenir le refoulé — et donc protéger l'Inconscient — menacé par la cure thérapeutique. Elles tentent de le protéger des affects pénibles (tristesse, colère, peur, honte...) et des dangers qui le menacent, qu'ils soient issus des mouvements pulsionnels (violence...) ou relatifs à autrui (peur du jugement, de la dévalorisation, de l'abandon...) ou des événements traumatisants (deuils, agression, abus...). Ces mécanismes s'inscrivent dans ses attitudes (façon de parler, expression corporelle, regard, discours sur la thérapie...) dans la cure et face au thérapeute. Elles ont un but : s'opposer au changement et combattre les affects négatifs liés aux histoires individuelles.

³⁷ In « *L'analyse avec fin et l'analyse sans fin* », 1937. Cité par Claude Leguen dans *Dictionnaire freudien*, *op.cit.*, p. 1041.

En travaillant ce mémoire, j'ai recherché dans les textes de nos grands prédécesseurs, des lignes de fond correspondant à celles développées dans la première partie sur les Défenses, qui m'auraient permis de dégager les principales résistances du patient. Il me semblerait intéressant de s'interroger ultérieurement sur ce quasi-silence des textes.

II - 2 Utilité : protéger les défenses menacées par le lien thérapeutique

La résistance est un mécanisme qui, dans le lien avec le thérapeute, vient s'opposer au désir de changement que la cure cherche à faire émerger. Le psychisme humain, nous dit la psychanalyse, recherche constamment l'équilibre entre pulsion de vie-pulsion de mort et principe de plaisir-principe de réalité. Tout changement provoque, de fait, la peur du déséquilibre. Les émotions sont les principaux indicateurs de déséquilibre. Dans le meilleur des cas, il est relativement aisé de ressentir les émotions et d'adapter son comportement au changement vécu ou entr'aperçu. Dans d'autres situations, les émotions sous-jacentes au changement sont perçues comme tellement violentes que le patient va tout mettre en œuvre pour résister à ce changement.

Le désir de changement – donc de déséquilibre à venir — est présent dans la thérapie dès que le patient prend rendez-vous et, surtout, lorsqu'il pousse la porte de notre cabinet pour nous rencontrer. Il a déjà vaincu un certain nombre d'appréhensions (choix du thérapeute, recherche de coordonnées, prise de rendez-vous...). Mais, depuis notre enfance, notre psychisme sait que chaque pas en avant signifie une perte et donc une castration. Aller vers le nouveau, aller vers le changement signifie donc prendre le risque de la souffrance de la castration, de la frustration et du renoncement pour aller vers quelque chose d'inconnu. D'où cette ambivalence déjà nommée entre pulsion de vie et pulsion de mort.

À cette peur fondamentale et commune à tous les hommes s'ajoutent trois autres peurs, propres à chacun en fonction de son histoire de vie :

La peur du vide, la peur de l'engloutissement et la peur de l'abandon. Ce sont ces trois peurs qui sont réactivées, par la peur du changement signifiée par l'entrée dans le lien thérapeutique. Ce sont ces trois peurs qui relèvent, dans le cadre du concept ESSE³⁸, de l'existential, de l'émotionnel et du spirituel. Le pôle sexuel, c'est à dire la notion de Désir au sens large, est présent, lui, dans cette peur du changement que j'évoquais plus tôt. Ce sont ces trois peurs, que j'ai pu entendre dans mon cabinet, qui fondent les résistances du patient. C'est de celles-ci qu'il est question ci-dessous ; nous verrons plus tard (p. 39 et suivantes), celles qui fondent les résistances du thérapeute.

La peur du vide : C'est une peur qui relève du spirituel, selon les modalités de la méthode ESSE, dans le sens où elle nous place face à un questionnement de sens : le vide symbolique nous renvoie à notre solitude existentielle et à la mort. Dans le cabinet, la peur du vide se cache derrière la peur du silence. Il convient alors de « remplir » pour ne pas se retrouver face à ce qui pourrait être notre part d'ombre. Le bruit sert alors de paravent, de barrage, de carapace. Dans le cabinet, les différentes formes de résistance qui s'activent alors tiennent du remplissage.

La peur de l'engloutissement : C'est une peur d'ordre émotionnel, selon les modalités d'ESSE. Les émotions peuvent être tellement inquiétantes que, dans la cure, certains les mettent à distance de façon à garantir un certain contrôle. Nombreux sont les patients qui parlent d'engloutissement, de « barrage qui cède », d'explosion, de noyade, d'anéantissement pour évoquer le risque qu'ils courent s'ils se laissent aller à leurs émotions. C'est une peur archaïque du mouvement pulsionnel. Dans le cabinet, les différentes formes de résistance qui s'activent alors tiennent du blocage.

La peur de l'abandon : C'est une peur existentielle, selon ESSE, dans le sens où elle nous renvoie à notre histoire de vie et aux expériences qui nous ont construits.

³⁸ Concept dû à Alain Héril, enseigné dans le cadre des formations Indigo Formations. Livre à venir.

Faire confiance au thérapeute c'est réactiver chez certains une peur de l'abandon dont ils souffrent depuis l'enfance. Une angoisse que l'on peut entendre chez nos patients notamment au moment des vacances et qui explique pourquoi le déménagement, la retraite ou le décès du thérapeute sont d'une grande violence. Dans le cabinet, les différentes formes de résistance qui s'activent alors fonctionnent sur deux grandes tendances : la congruence ou le rejet. La première vise à s'assurer de la fidélité et de l'amour du thérapeute. Le second à les tester en permanence. Dans les deux cas, elles visent à s'assurer que le thérapeute tiendra bon dans son lien avec le patient.

Pour faire taire ces peurs inconscientes, toutes réactivées par la thérapie, le patient va donc mettre en place un certain nombre de résistances. Elles sont souvent guidées par la volonté, inconsciente, de garder le contrôle afin de juguler une éventuelle parole de l'inconscient. Mais leurs modalités sont différentes. Par ailleurs, il n'est pas rare que les résistances se succèdent et alternent, parfois au cours de la même séance... Elles sont donc innombrables. Voici la plupart de celles que j'ai pu repérer dans mon expérience clinique et à partir des partages avec certains de mes confrères.

II 3 – Manifestations de résistance

Sur la base de ce qui précède, il me faut commencer par les résistances du patient, les résistances du thérapeute viendront dans un second temps. Leur présentation est organisée autour des trois grandes peurs citées plus haut. Elles renvoient également aux défenses mais celles-ci ne structurent pas directement telle ou telle forme de résistance : une même résistance peut ainsi correspondre à plusieurs défenses. Et, de la même façon, plusieurs résistances peuvent renvoyer à une seule défense. Ici, les résistances renvoient directement à la dynamique du lien thérapeutique.

Il est à noter que cet essai de listage des résistances du patient est à prendre avec toutes les nuances qui s'imposent. L'utilité de la résistance, démontrée plus haut,

prouve qu'il n'y a pas de condamnation à porter sur telle ou telle expression de résistance. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise résistance, pas de jugement sur le « bien » ou le « mal ». Toutes les variations possibles sont à entendre. L'intérêt de ce classement est de pouvoir repérer la manière dont le patient se situe dans le lien thérapeutique pour mieux l'aider à voir ce qui se passe en lui.

II – 3 - a Les résistances du patient

La lutte contre la peur du vide : le remplissage

1 - Trop préparer les séances à l'avance.

Ce patient arrive à chaque séance avec un papier sur laquelle il/elle a écrit, depuis la dernière séance — « *j'ai pris des notes* » —, ce qu'il souhaitait évoquer.

Le patient qui prépare à l'avance ce qu'il a à dire, cherche à meubler la séance et à juguler son inconscient. En cela, il garde le contrôle sur la séance et sur le thérapeute : c'est lui qui décide, sans avoir à craindre le silence et ce qui pourrait en advenir. Nous sommes ici dans une forme de résistance obsessionnelle.

2 - Ritualiser les séances de façon à celle qu'elles se déroulent toujours de la même façon.

Telle patiente ne commençait pas une séance sans se laver les mains avec une petite bouteille de désinfectant pour les mains. Au delà du symbolisme du geste, cette résistance est de type contrat-phobique. Elle signe la névrose obsessionnelle et obéit à une stratégie de « remplissage ». Toute forme de rigidité dans le déroulement de la séance — comme celui qui surveille l'heure et donne le signal de la fin de séance — peut jouer ce rôle.

4 – Trop de paroles

Le patient ne cesse de parler, de façon souvent décousue, sautant d'une association d'idées à l'autre mais sans que le thérapeute n'ait le temps de voir les liens. La parole du patient occupe de façon invasive le cabinet, ne laissant pas de place au thérapeute.

5 -Trop d'émotions

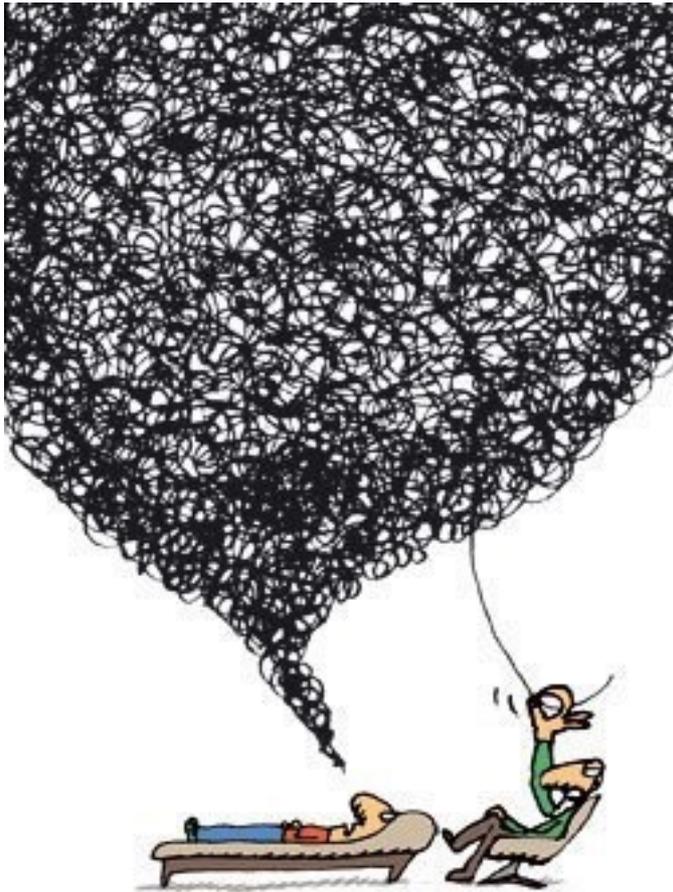
Les larmes ou la colère, notamment, peuvent servir à occuper tout l'espace, voire tout le temps de la séance et ne pas laisser la possibilité au thérapeute de déplier la forme en présence. C'est d'autant plus vrai lorsque le patient sent que le thérapeute peut ne pas être à l'aise avec l'expression de ces émotions et craindre la colère. C'est une résistance de type hystérique.

6 - Bavarder

La résistance ici ne consiste pas, comme le n°4 à envahir l'espace du cabinet mais à meubler le silence en racontant une anecdote qui va tenir pendant toute la séance. Et qui sert parfois à ne pas en venir au vrai problème... Rester dans la narration ou utiliser des stéréotypes ou des clichés sert à ne pas venir au vrai problème. Les Gestaltistes nomment cela déflexion : le contact est détourné de son objectif pour se tourner vers des objets anodins. Le thérapeute est alors embringué malgré lui dans un récit qu'il n'arrive plus à arrêter. Attention cependant à ne pas voir que le bavardage peut-être utile. Il peut notamment servir de sas après une séance difficile.

7 - Les gloubi-boulga :

Ici, la parole n'est pas invasive, elle est destinée à perdre le thérapeute qui ne comprend pas ce qui se dit. L'effet est le même qu'au n°4 : la résistance consiste à envahir l'espace thérapeutique pour ne pas ne laisser de place ni à l'inconscient du patient, ni à l'interprétation du thérapeute.



8 - En rester à la demande de conseil

« *Et vous qu'en pensez vous ? Est-ce que c'est normal ? Qu'est ce que vous feriez ?* » Ces interrogations permettent au patient de ne pas prendre ses responsabilités dans son histoire. C'est également un moyen de dire son lien avec le thérapeute. On peut même l'entendre dans « *J'ai fait comme vous m'avez dit* », alors qu'on n'a rien dit !

9 - Renforcer (ou transformer) son symptôme

Il y a dans cette résistance une forme de mise en échec du thérapeute. En cas de modification du symptôme, une ambivalence pourrait être notée. Comme si d'une part, l'inconscient du patient signifiait son envie de changement et sa peur de céder. Ce patient qui consultait, au départ, pour impuissance avait retrouvé des érections. Mais au bout de quelques temps, celles-ci cessèrent dès qu'il pénétrait sa partenaire.

10 - L'histoire traumatisante.

Certains patients ont une histoire tellement incroyable qu'ils peuvent créer une forme de sidération chez le thérapeute. Il leur est alors facile d'y revenir régulièrement. Et, de sidéré, le thérapeute peut devenir voyeur, complice d'une forme d'exhibitionnisme.

11 -L'humour

Résistance très efficace qui permet de sortir de la tension du moment par une pirouette. L'humour permet également, pour peu que le thérapeute s'y prête, de nouer un lien transférentiel plus grand.

12 - L'autodérision

Cette résistance peut être à rapprocher de l'humour mais elle est ici utilisée par le patient contre lui-même, pour retirer du crédit à sa parole

13 - La dévalorisation

Ce patient là n'est jamais bon, jamais assez intelligent, jamais assez puissant. Il met en scène ses propres faiblesses. *Cette patiente, à qui j'avais demandé de me faire la liste, par ordre décroissant, des dix choses qui la définissaient, avait écrit : « Je suis une cuisinière mais je rate tout ce que je fais, j'aime la musique mais je suis nulle en solfège, j'aime la nature mais je n'ai pas la main verte... « Pour finir par : « j'aime mes enfants mais suis une mère toxique »...*

14 - Refuser de sortir de la culpabilité

Ce patient venait pour dépression. Il avait quitté sa femme pour une autre quatre ans auparavant et sa nouvelle vie de couple était très équilibrée. Mais il ne cessait de dire qu'il avait fait du mal à sa première femme et qu'il était un salaud. Il refusait de lui reconnaître une part de responsabilité dans l'échec de leur couple. Au cours d'une séance a émergé le lien avec un complexe d'abandon très fort (sa mère l'avait placé à l'âge de trois mois chez sa grand mère et l'en avait arraché à l'âge de sept ans) qu'il ne supportait pas de revivre à la place de celui qui faisait souffrir. Sa culpabilité lui permettait de rester du côté de la victime.

15 - Rester à une place de victime

Le patient se plaint et ne fait aucun lien entre sa plainte, à laquelle il revient constamment, et les éventuelles interprétations du thérapeute. Il fuit sa responsabilité. C'est comme si la thérapie était une immense première séance. Dans le transfert, il n'y a pas de rivalité ou de conflit, juste de l'incommunication. « *Tant qu'un patient croit que sa situation et sa dysphorie sont causées par un tiers ou une force extérieure quelconque, quel sens cela a-t-il pour lui de s'engager dans un processus de changement personnel ?* » s'interroge Irvin Yalom³⁹.

16 - Ne parler que de l'Autre

Déclinaison de la précédente, cette résistance-là est souvent à l'œuvre dans la thérapie de couple.

17 - S'accrocher à ses croyances

Cette résistance permet de mettre à distance l'idée que la projection parentale ait pu être fautive. Elle protège la construction du Moi idéal.

Croyance peut aussi être entendu au sens strict... *Quoique je dise à cette patiente antillaise, elle ne voulait pas démordre de l'idée que son père avait été marabouté. C'était un moyen de ne pas voir qu'il avait maltraité sa mère. Elle me répondait que, de toute façon, en tant que blanche, je ne pouvais pas comprendre.*

La lutte contre la peur de l'engloutissement : le blocage

18 - L'absence d'émotion

La réponse préférée de ce patient quand le thérapeute lui demande ce qu'il ressent : « Rien ». Il n'est pas connecté à son corps, il ne ressent pas les émotions. C'est un mécanisme d'isolation ; une attitude soumise, une formation réactionnelle contre les pulsions agressives... Si la résistance persiste, elle peut également être le signe d'une défense proche du faux-self, voire de la psychose. « *Dans de tels moments,*

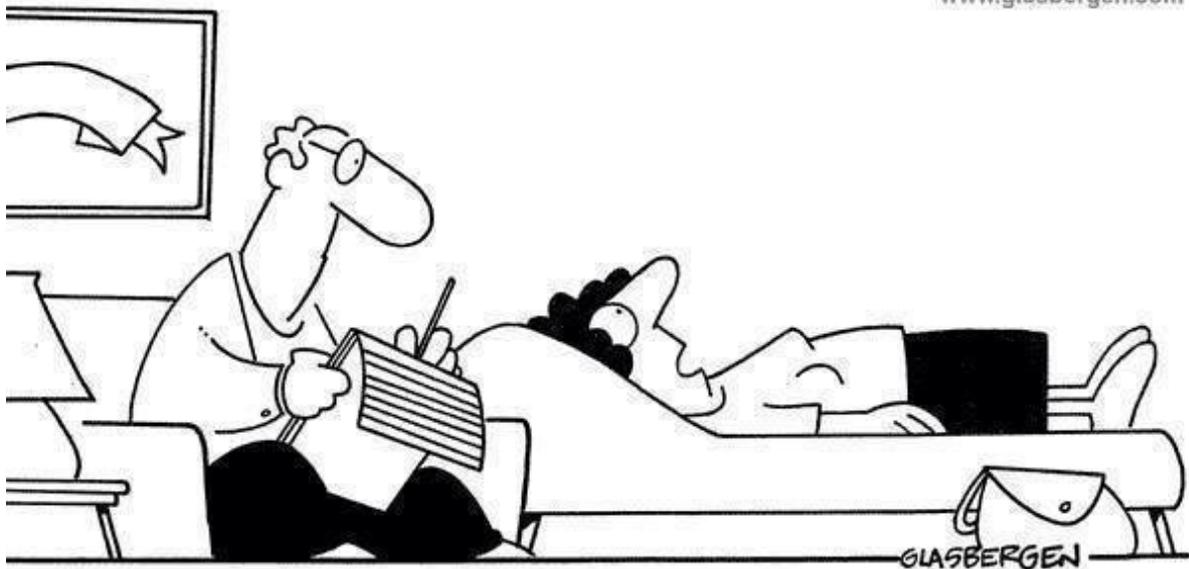
³⁹ *Thérapie existentielle, op. cit., p. 311.*

écrit Irvin Yalom⁴⁰, le thérapeute se doit à tout prix d'en venir à la conclusion erronée qu'il creuse un puits asséché ».

19 - Ne rien avoir à dire, ne pas savoir...

Le patient arrive parfois sans envie de parler et sans « rien de spécial » à raconter. Il attend du thérapeute qu'il amorce la séance voire qu'il la guide, sans lui laisser prendre sa place.

Copyright 2004 by Randy Glasbergen.
www.glasbergen.com



En fait, je viens juste pour m'allonger parce qu'à la maison, ce n'est pas possible.

20 - Oublier ce qui s'est passé à la séance précédente

Cette résistance, qui se manifeste parfois lorsque la séance précédente s'est achevée sur une émotion ou une abréaction trop fortes, peut-être temporaire. Pour laisser à l'inconscient le temps d'enregistrer et de retraiter l'information.

21 - L'évitement

Cette résistance joue sur des thèmes tels que la sexualité, l'argent, la honte, le transfert, la peur de la mort... Il est à noter que le déni du patient sur ces sujets

⁴⁰ *Thérapie existentielle, op.cit., p. 280.*

rencontre souvent le déni du thérapeute, ce qu'Irvin Yalom appelle « une collusion silencieuse entre deux dénis ». ⁴¹

22 - La dénégation

Cette résistance touche essentiellement les sujets tabous ou trop violents : « *je n'ai vraiment pas envie que ma mère meure* », dit ce patient qui raconte un rêve dans lequel il la tue. Elle peut s'entendre également dès que le vocabulaire choisi par le patient insiste trop : « *je n'ai vraiment pas peur* », « *je vous assure que je ne suis pas du tout comme ça* », avec beaucoup de force et sans prendre le temps d'être en lien avec ses émotions. Ou qu'il ne fait pas le lien entre deux phrases : « *Je ne peux pas m'habiller en robe, j'ai vraiment l'air trop grosse. En même temps je me fous du regard des autres* ».

23 - L'intellectualisation (ou la rationalisation)

Aux débuts de la psychanalyse, cette résistance pointée par Freud, se présentait sous la forme de critiques intellectuelles attaquant la théorie psychanalytique. Mais en règle générale, ces patients restent dans la pensée et ne s'appuient jamais sur leurs ressentis. C'est une barrière qui semble les protéger. Pour eux, quitter la lutte intellectuelle est déjà un chemin vers la guérison. Dans le cas contraire, devenue pensée opératoire, telle que définie par Pierre Marty, elle devient une modalité du fonctionnement mental qui repose sur l'absence de symbolisation et une organisation psychique se manifestant aussi par un discours factuel, raisonnable, où tout travail du fantasme est exclu. Pierre Marty parle de « relation blanche ».

24 - Ne pas comprendre ce que dit le thérapeute.

Si la résistance augmente, toute question ou remarque du thérapeute peut sembler complètement absconse au patient. Je pourrais citer un exemple personnel, celui où j'ai fait répéter trois fois à ma psy : « *Si tous ces gens qui pensent du bien de vous ont tort, qui donc a raison de ne pas le faire....* »

25 - Ne pas travailler en dehors du cabinet

⁴¹ *Idem*, p. 280.

Ne pas noter ses rêves, ne pas faire les exercices suggérés par le thérapeute. Pour Irvin Yalom⁴², « *il ne s'agit nullement d'une question de temps ou d'organisation pratique. L'enjeu porte en réalité sur la confrontation à la responsabilité personnelle et sur le processus de changement individuel* ». J'ai en mémoire ce patient qui venait pour impuissance et à qui j'avais demandé de faire un dosage de testostérone pour vérifier s'il n'y avait pas de problème organique, ne les a fait qu'au bout de trois mois... tout en répétant qu'il cherchait désespérément une explication à son impuissance. Le travail avec des exercices, s'il n'est pas le fondement de la thérapie comme dans certaines TCC, ne peut pas arriver trop tôt, avant que l'alliance thérapeutique soit solide. J'avais demandé à ce patient qui venait pour éjaculation précoce de se contenter de caresses avec sa partenaire et de ne pas la pénétrer. « Je n'y arrive pas, répétait-il, séance après séance, j'ai trop envie de la pénétrer ». On peut voir ici un désir inconscient de se confronter à son symptôme.

26 - Négociateur/Argumenter

L'inconscient refuse de se séparer de son symptôme. Quand celui-ci est pointé dans la thérapie, le patient négocie avec lui-même. L'une de mes patientes travaillait énormément avec des exemples et des métaphores. Évoquant un jour son histoire d'enfant abusé, elle me dit : « *Je crois que j'ai fait tellement de chemin jusqu'à maintenant que cela ne me gêne plus de marcher avec un caillou dans ma chaussure* ». Je lui demande de m'en dire un peu plus, elle me parle des cailloux blancs du petit Poucet et de la façon dont ils le relient à ses parents. Puis, elle associe et énumère : boiterie, douleur, ampoule, blessure... Lorsque qu'elle entend ses associations et comprend ce qu'elles signifient encore de difficulté, elle me regarde et me dit : « *Et si on disait que c'est un tout petit caillou qui ne fait pas mal* »...

⁴² *Thérapie existentielle, op.cit.*, p. 311.



La lutte contre l'abandon : le test de la relation avec le thérapeute

27 - La fuite de la relation

Lors de la première séance, ce patient ne regarde jamais le thérapeute, il croise les bras ou reste sur le bord du fauteuil comme prêt à partir ; il répond aux questions par des généralités et ne s'engage pas dans la relation. Il est souvent là parce que ses parents/sa femme/son médecin lui ont dit qu'il devait « consulter », souvent sous forme d'ultimatum. Mais il « ne comprend pas très bien pourquoi il est là ».

28 – Érotiser le lien

Cette résistance, typiquement hystérique, utilise le désir sexuel pour masquer la réalité des émotions du patient et les camoufle derrière un besoin avide de séduction.

29 - La congruence avec le thérapeute

Le patient est toujours d'accord avec le thérapeute. Il ne peut exprimer la moindre contestation. On peut entendre dans ces acquiescements, une forme de narcissisation du thérapeute : « *c'est vrai ce que vous dites* », « *j'ai tellement besoin de vous* ». C'est un signe de dépendance très grande. Une patiente, à la veille des vacances : « *Faites attention à vous pendant les vacances, qu'il ne vous arrive rien, je ne le supporterai pas. Vous partez en voiture ?* ». Son précédent analyste était mort brutalement et elle avait mis trois ans à accepter d'aller voir quelqu'un d'autre. Le risque pour le thérapeute est de se laisser griser par la congruence et la thérapie peut durer longtemps entre celui qui sait mieux que l'autre et celui qui semble attendre la bonne parole.

30 - Les actes manqués : oubli de séance ou oubli de paiement

Ils peuvent être le signe de la résistance ou bien celui qu'elle est en train de céder. Avec les personnes très contrôlantes et/ou perfectionnistes, l'oubli de séance peut, en effet, être le signe qu'elle est en train de lâcher avec le contrôle. Et l'acte manqué devient un acte réussi.

31 - Les passages à l'acte

Déplacements constants des séances, retards incessants. Le patient a toujours de bonnes raisons de ne pas venir ou d'arriver en retard. C'est une transgression de l'interdit, du cadre fixé par le thérapeute. C'est le plus souvent une pulsion agressive.

32 - Être trop appliqué

C'est le bon élève : il aborde le travail thérapeutique avec beaucoup de bonne volonté, il connaît les associations, fait plein de rêves qu'il dissèque avant même la séance... Il a souvent consulté auparavant et n'hésite pas à le dire : « *dans ma*

précédente thérapie » ou « *mon précédent thérapeute disait...* ». Il veut souvent faire plaisir au thérapeute comme il faisait plaisir à ses parents ou à sa maîtresse d'école. Jung parlait de ces patients « qui en savent plus que moi sur leurs névroses ». ⁴³ Cela peut aussi être un essai de contrôle masquant une tendance paranoïaque, notamment avec de grosses failles narcissiques.

33 - Flatter le thérapeute...

« *Vous me faites un bien fou* », « *vous êtes formidable* », « *en trois séances avec vous j'ai plus avancé qu'en tant de temps avec un autre* ». C'est une forme de proflexion au sens gestaltiste du terme : le patient fait au thérapeute ce qu'il aimerait que le thérapeute lui fasse. Cela peut-être une piste de travail pour le thérapeute.

34 - Projeter

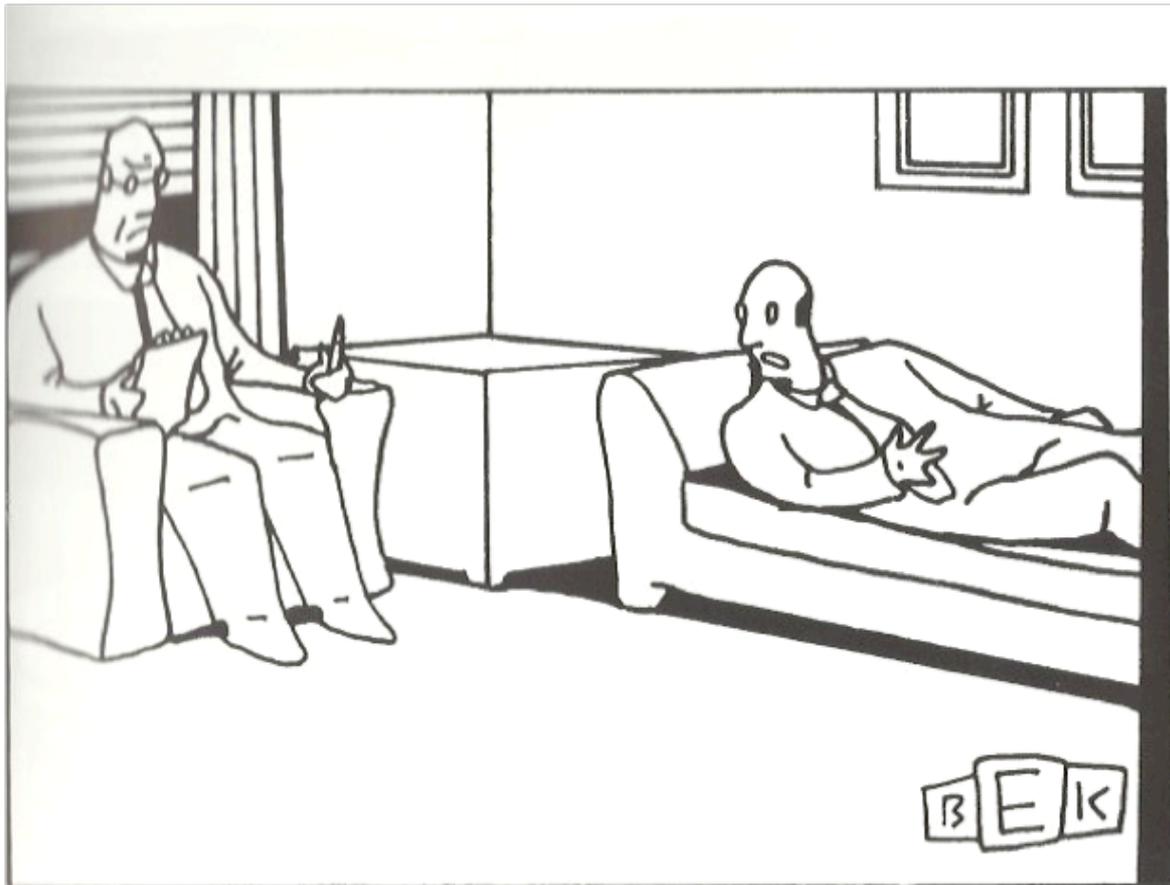
La projection est une forme de résistance qui attribue au thérapeute quelque chose qui appartient au patient. « *Je sais ce que vous allez penser* »... est la phrase la plus significative de cette forme de résistance. Ce patient projette de façon permanente sur le thérapeute, ce qui lui permet de ne pas être en connexion avec lui-même. Il attend le jugement de l'autre (voir le lien avec les défenses, p. 22).

35 - Le scepticisme

Son expression préférée est « *Oui-mais* ». « *Je sais que vous devez avoir raison mais je ne peux pas* », « *je vois bien où vous voulez en venir mais....* ». Il peut aller jusqu'à mettre en doute le fondement de la thérapie : « *Je ne comprends toujours pas comment je vais guérir ma spasmophilie en parlant de mes parents ...* »

36 - La mise en échec du thérapeute

⁴³ Richard Evans, *Entretiens avec Carl Gustav Jung*, p. 105, Petite Bibliothèque Payot, 2002.



"O.K., you told me so. May I continue."

Le thérapeute est trop jeune. Ou bien alors c'est une femme (ou un homme !) et du coup, il ne peut pas vraiment comprendre. Ou il n'a pas la bonne formation. Autre forme, le patient consulte à côté tout un tas d'aidants (médecins, neurologues, groupes de DP ou même des voyantes...). A chaque séance, c'est comme s'il disait au thérapeute, « *je vois bien où vous voulez m'emmener mais il y en a d'autres qui savent ...* »

37 - Tester le thérapeute

Dès la première séance, le patient peut être dans la provocation à l'égard du thérapeute. En l'occurrence ce ne sont pas ses compétences professionnelles qu'il met en doute mais sa posture.

38 - Refuser le transfert

Un transfert qui résiste c'est un transfert qui existe. C'est toujours mieux que pas de transfert du tout. De même un transfert négatif peut être une forme de résistance à un transfert positif trop fort. Wilhelm Reich écrivait: « *L'analyste considéré comme perturbateur de l'équilibre névrotique fera toujours figure d'ennemi, peu importe si les affects projetés sur lui sont des pulsions d'amour ou de haine* ».

39 – Ne jamais vouloir cesser la thérapie

Il y a chez certains patients une impossibilité à envisager un arrêt de la thérapie. On peut voir cette résistance à l'œuvre dans les psychanalyses qui durent dix ans ou plus. La thérapie est alors un filet de sécurité qui retient la vie du patient sans jamais confronter son angoisse d'abandon. Il est à noter que cette résistance là est servie, dans le transfert, avec un thérapeute qui ne sait pas lâcher ses patients... (voir p. 47)

40 - Interrompre la thérapie

Ou penser qu'elle est terminée. C'est la plus grande et l'ultime résistance. « *Je vais arrêter de vous voir parce que c'était mieux de ne pas savoir, j'étais plus tranquille* » m'a dit une de mes patientes. Lorsque les choses commencent vraiment à bouger et que l'inconscient perçoit que l'on s'approche un peu trop près de son mystère personnel, le patient peut prendre la fuite, sans prévenir. D'un point de vue pessimiste, on peut craindre que cette fuite ne renforce les résistances et nuise au travail précédemment fait. D'un point de vue optimiste, on peut aussi imaginer que le patient a besoin de temps pour apprivoiser le changement et que c'est écologique pour lui d'arrêter à ce moment-là. En pensant qu'il retrouvera, le moment venu, le désir de franchir le pas au cours d'une nouvelle tranche de thérapie et que la distance aura permis de faire céder quelques résistances supplémentaires. Quoiqu'il en soit, le thérapeute n'a plus aucune possibilité de gérer la relation.

Dans cette dernière partie du triptyque, sur les peurs des patients face au changement et leur mode de résistance afférent, on a pu voir combien le lien au thérapeute est à l'origine de l'activation des défenses. Thérapeutes comme patients, ces « *compagnons de route* » comme les nomme Yalom, partagent, dans le transfert, défenses et émotions.

II – 3 - b Les résistances du thérapeute

On pourrait commencer par évoquer les défenses du thérapeute de la même façon que nous les avons évoquées pour les patients. En effet, de la même façon, les défenses du thérapeute sont attaquées par le patient dans le lien thérapeutique. Il est juste à espérer que le thérapeute, lui, les a abordées et comprises dans sa thérapie personnelle et continue de le faire dans ses supervisions. Ces défenses-là peuvent néanmoins être ré-activées ou remises à jour face à certains patients, pour conjurer une angoisse qui peut-être liée à une forte émotion, une crainte de ne pas être à la hauteur, un sentiment d'illégitimité, une impuissance ou un désir de toute puissance etc.

Ces défenses nous parlent du rapport de l'individu à son inconscient. Mais, comme pour le patient, le lien thérapeutique entraîne, chez le thérapeute, la venue d'un certain nombre de résistances. D'abord parce que, d'inconscient à inconscient, l'identification projective fonctionne dans les deux sens : ce que ressent l'un est projeté sur l'autre. Ensuite parce que les résistances du patient viennent parfois mettre le thérapeute en difficulté en touchant à son mode de défense. L'intérêt de ce mémoire, me semble-t-il, est de se demander s'il existe un lien entre les résistances du patient et celles du thérapeute, si elles suivent le même schéma où si les secondes ont leur spécificité propre.

C'est Wilhelm Reich qui, le premier, a mis en cause le thérapeute dans les résistances du patient : « *le médecin doit comprendre une fois pour toutes que tout arrêt inexplicable de l'analyse est toujours imputable à la maladresse de l'analyste* »⁴⁴. Selon lui, la résistance ne peut être interprétée que lorsqu'elle atteint une maturation complète, il s'agit alors de la rendre consciente puis de montrer comment elle opère et contre qui/quoi elle est dirigée. Que cette interprétation arrive trop tôt et le mécanisme de défense se renforce.

Carl Rogers, dans *L'approche centrée sur la personne*⁴⁵, va plus loin dans la mise en cause du thérapeute : « *Les interprétations qu'il propose, les diagnostics qu'il fait, les jugements qu'il émet, voilà les trois principales sources de résistance avec lesquelles il doit compter. Si la relation est sécurisante, le patient n'éprouve pas le besoin de résister au thérapeute et fait face plus librement à la résistance à laquelle il se heurte. La résistance au thérapeute est entièrement imputable à une investigation trop poussée ou à une interprétation prématurée de la part du thérapeute* » .

Pour Rogers, les principales résistances dues au thérapeute sont donc de l'ordre d'une trop grande sûreté de lui-même, de son savoir et de ses interprétations. En résumé, de la toute-puissance. Ce à quoi on peut sans doute ajouter une forme de blessure narcissique : « *le manque de progrès de la part du patient est une source fréquente de frustration pour le thérapeute*, écrit Olivier Chambon⁴⁶, *dans la mesure où il en attend une gratification narcissique* ». Un thérapeute tout-puissant préférera imputer la résistance au seul patient plutôt que de la penser dans l'interaction avec lui.

Il n'en reste pas moins qu'on peut, régulièrement, voir comme une forme de collusion entre les résistances du patient et celles du thérapeute. Comme si, d'inconscient à inconscient, il y avait un accord mutuel pour renforcer des résistances qui se font écho. Pour Irvin Yalom⁴⁷, « *les thérapeutes comme les patients subissent les conséquences de leurs systèmes de croyance incohérents*.

⁴⁴ *L'analyse caractérielle, op. cit.*

⁴⁵ Éditions Randin, 2001, p. 164, p. 164.

⁴⁶ *Les bases de la psychothérapie*, Dunod, 2014, p. 208.

⁴⁷ *Thérapie existentielle, op.cit.*, p. 368.

Les thérapeutes prêchent la prise de responsabilité mais leur doute secret est perceptible ; ils ne peuvent pas convaincre les patients d'une chose à laquelle ils ont du mal à croire. Inconsciemment, ils témoignent de la compréhension face à la résistance du patient et se laissent rapidement prendre au piège ». Dans ce cas, explique Oliver Chambon⁴⁸, «la frustration d'un thérapeute est une cause habituelle d'attaque des résistances du patient. Elle est encore plus importante lorsqu'il en veut plus pour son patient que l'intéressé lui-même. Le patient devrait alors satisfaire les objectifs du thérapeute mais pas les siens propres. »

Comme celles du patient, nos résistances, activées dans notre contre-transfert, ont pour but de maintenir l'équilibre interne et de garder le contrôle, sur nous mêmes et sur le patient. Il me semble également que les peurs qui naissent dans l'inconscient du thérapeute — même si la réponse qui y est apportée n'est pas du même ordre que celle du patient — relèvent également de trois ordres : **La peur de l'envahissement** par le patient qui entraîne un remplissage de la séance; **la peur de l'engagement** qui se traduit par la mise à distance du patient ; **la peur du lien** qui se combat dans une affirmation inconsciente de toute puissance.

Quelles qu'elles soient, les résistances du thérapeute peuvent être utiles au patient dont l'inconscient n'a pas choisi ce psy par hasard. Soit qu'elles lui permettent de renforcer son symptôme. Soit qu'elles légitiment sa peur du changement. Dans tous les cas, en ce qui concerne le thérapeute, travailler sur ses résistances l'aidera à travailler sur celles du patient.

Ici encore, de la même façon que pour les résistances du patient, je tiens à dire que je n'ai recherché qu'un système de compréhension de celles du thérapeute. D'une part, je ne porte aucun jugement de valeur. D'autre part, elles sont à nuancer en fonction de l'actualité du lien et du moment de la séance. Ce qui est dommageable c'est le systématisme. Par exemple, un thérapeute qui, dans la séance, explique à son patient ce qui se passe pour lui à ce moment là, n'est pas nécessairement dans la toute puissance du « sujet supposé savoir » décrite par Jacques Lacan. Il ne se

⁴⁸ *Op. cit.*, p. 209.

place dans cette position que s'il est systématiquement dans cette position. C'est la grande richesse de la psychothérapie intégrative de, justement, en se plaçant dans l'ici et maintenant du lien thérapeute-patient, permet de naviguer d'une posture à l'autre.

La peur de l'envahissement: rivaliser avec le patient

Pour ne pas affronter la souffrance du patient, le thérapeute met en place une série de modalités qui empêchent le patient de prendre sa place dans la séance. Il « remplit » l'espace. Et l'inconscient du patient ne peut pas prendre la sienne. C'est une peur existentielle (au sens désigné par ESSE) qui prend sa source dans l'histoire du thérapeute.

Trop se mettre dans le champ, trop de dévoilement

Le thérapeute applique le principe du dévoilement parfois à contretemps, parfois de façon exagérée. Ce faisant, il interrompt le processus du transfert puisqu'il ne laisse pas au patient le temps et l'espace de projeter autre chose que sa réalité.

Accepter que le cadre change

Se laisser dicter le cadre par le patient, accepter qu'il soit bousculé, voire changé, implique que le patient prend le contrôle de la séance. Que craint le thérapeute qui ne parvient pas à s'imposer à son patient ? Quelle relation a-t-il lui-même avec le cadre et son respect ? Pour le patient, faire bouger le cadre correspond à une pulsion agressive (voir p. 37) et devrait interroger le thérapeute sur sa propre capacité à se situer dans le conflit implicite.

Rivaliser avec la résistance du patient

Dans l'humour, par exemple, certains thérapeutes se placent sur un pied de rivalité avec leur patient : ils entrent ainsi dans le champ de résistance de ce dernier et, en occupant l'espace, y perdent la juste distance qui pourrait aider le patient à comprendre son fonctionnement relationnel.

S'identifier au patient

Il arrive que le patient arrive dans le cabinet avec une histoire singulièrement proche de la nôtre. Pour J.-D. Nasio, « *la plus grande des résistances du thérapeute c'est la rencontre du double* ». Brusquement, nous sommes en miroir avec le patient.

L'identification n'autorise pas le patient à élaborer sa place propre dans la relation avec son thérapeute. Il est intéressant de s'interroger alors sur notre capacité à travailler avec ce patient là. Ou de courir chez notre superviseur.

Se laisser emporter par l'histoire du patient

On a vu dans les résistances du patient, (p. 32) celle qui consiste à sidérer le thérapeute par le récit – parfois sans affect – d'une histoire dramatique. Le thérapeute peut alors se laisser complètement emporter par cette histoire et devenir voyeur – et complice – d'un patient à tendance exhibitionniste.

Trop être dans la congruence

Les patients qu'on « aime trop », ceux qui nous réjouissent, ceux qui nous consolent des autres, ceux que nous emmenons avec plaisir avec nous à l'extérieur du cabinet (symboliquement)... Cette congruence risque de former un écran relationnel qui permet au thérapeute de ne pas être dans la déshadésion et de rester dans la fusion avec le patient. Mais elle interdit à ce dernier de s'autonomiser de la relation.

Érotiser le lien

On a vu précédemment que cette résistance, typiquement hystérique, peut également s'activer du côté du patient (p. 36). On évoque ici un thérapeute qui a besoin du regard et du désir de son patient pour établir la relation. Ce qui peut se comprendre et s'entendre, voire se travailler dans le cas du patient, est inenvisageable du côté du thérapeute qui, de fait, emprisonne le patient dans une relation de sujétion à son propre désir. Qui peut aller jusqu'au passage à l'acte.

La peur de l'engagement : la mise à distance du patient

Je choisis ici de rester en dehors des interprétations de techniques psychanalytiques strictes qui imposent ce non-engagement (même si les récits des patients de Freud ne racontent pas la distance qu'on pourrait imaginer dans ses cures⁴⁹) pour me consacrer à la psychothérapie. C'est une peur émotionnelle : chez le thérapeute, elle répond d'une certaine façon à la peur de l'engloutissement du patient. Le thérapeute choisit, inconsciemment, de ne pas s'investir dans la relation pour ne pas être entraîné par la souffrance et les émotions de son patient. Il reste à distance. Non par peur de l'autre mais par peur de lui-même.

Préparer les séances à l'avance

Ce thérapeute ne reçoit pas un patient sans avoir « révisé ». Il a travaillé le cas entre deux séances et préparé le déroulement de la séance. Il ne fait pas confiance à l'ici et maintenant de la séance. Sans doute craint-il de ne pas la contrôler ou de se laisser emporter par le patient. Il se rassure et se tient prêt à « occuper l'espace ». Il n'est pas en position, selon les mots de Mélanie Klein, de rencontrer le « point d'urgence » du patient.

Ne pas tenir compte de ses propres sensations

Le corps, les émotions et les intuitions du thérapeute (l'awareness gestaltiste) sont des signaux de ce qui se passe dans le lien avec le patient. Refuser de les écouter dans la séance prive le thérapeute d'une autre écoute et le laisse à distance du patient.

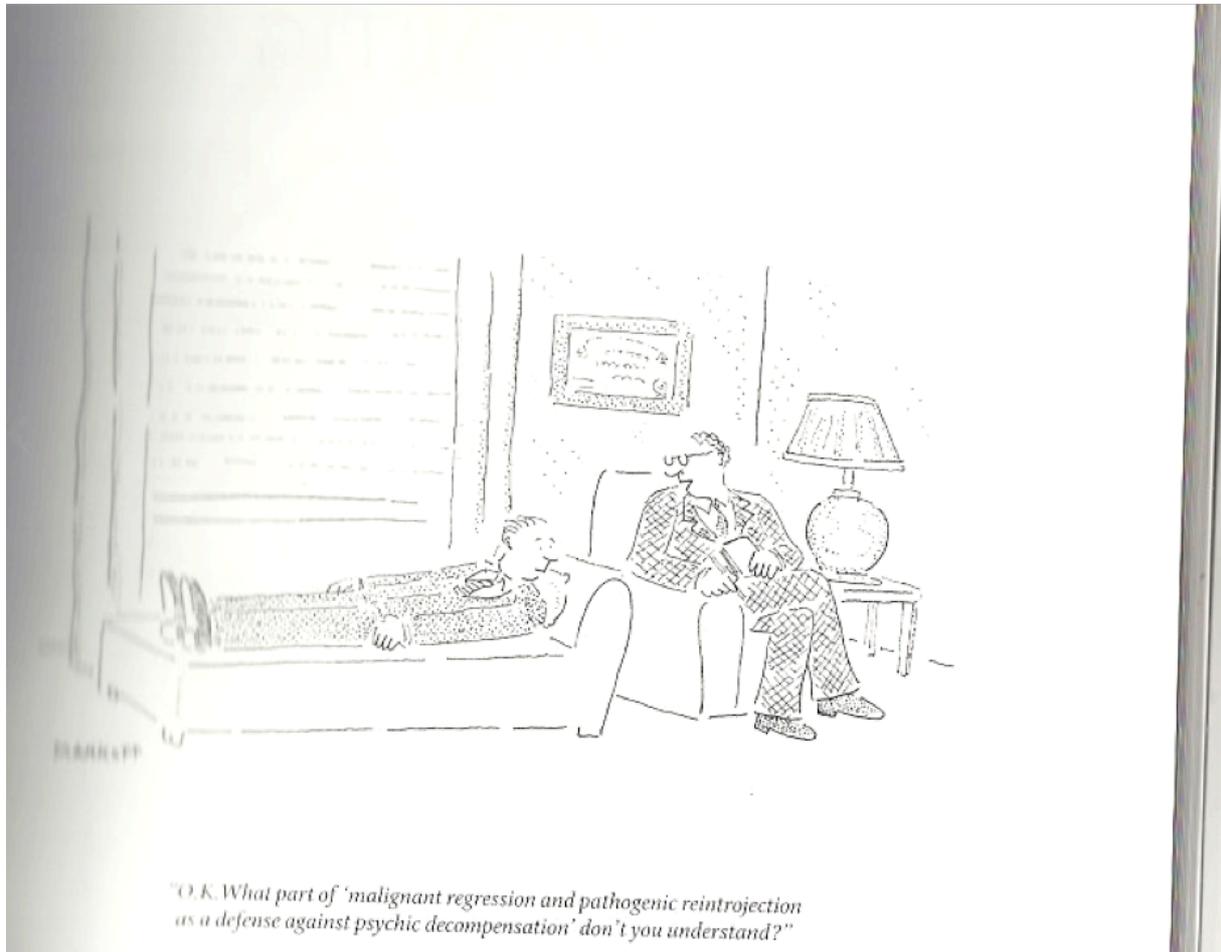
Rester dans la distance

Le thérapeute ne touche pas son patient — certains ne leur serrent même pas la main — ne lui tend pas la boîte de kleenex quand il pleure, il refuse le contact. Il fuit l'intimité ce qui va, certes, rassurer les patients qui se trouvent au même endroit de résistance. Il fuit de la même façon tout dévoilement. Or, s'interroge Irvin Yalom : « *De quoi se souviennent les patients, quand, des années plus tard ils se*

⁴⁹ À ce sujet lire *Dernières séances freudiennes, des patients de Freud racontent* de Paul Roazen, Seuil, 2005.

remémorent leur thérapie ? La plupart du temps, ils se souviennent des marques de soutien positif, par la parole ou par le geste de ce dernier »⁵⁰.

Être toujours dans la pédagogie



Ce thérapeute explique à son patient ce qui se passe pour lui sans lui laisser le temps de ressentir ses émotions et ses ressentis. Il est dans l'explication de la construction psychique. Parfois pour rassurer le patient, « *c'est normal ce que vous vivez, je vais vous dire pourquoi* », parfois pour stopper une émotion trop forte dont il pourrait craindre de ne pas savoir l'accueillir. Dans tous les cas, l'ici et maintenant de la relation disparaît derrière la technique.

⁵⁰ *L'art de la thérapie, op. cit., p. 32.*

Figurer le cadre

Ce thérapeute ne s'autorise aucune sortie du cadre des séances. Ni dans le réel (changer de lieu, voire changer des éléments du cabinet, changer un horaire...), ni dans l'action thérapeutique (sortir avec son patient, lui donner quelques minutes de plus...) Il n'est pas question, ici, de dire que le cadre peut être aisément déplaçable. Mais il est des moments de la thérapie où le bousculer fait avancer, basculer une résistance du patient. Je me souviens de cette patiente extrêmement obsessionnelle (elle ne recevait jamais chez elle parce qu'elle craignait le jugement des autres sur son appartement) que j'avais dû, pour une séance, accueillir dans mon salon à cause de travaux dans le cabinet et faute de pouvoir déplacer sa séance. Deux mois plus tard, elle m'a dit à quel point, elle avait été bouleversée par ce qu'elle nommait la « liberté » que j'avais de pouvoir recevoir dans un endroit « aussi bordélique ».... Et comment cela l'avait amenée à s'interroger sur la prison qu'elle s'était construite.

La peur de l'interaction : la toute-puissance

C'est une question de juste place dans la relation. Dans la phase précédente, le thérapeute reste à distance. Dans ce cas de figure résistanciel, il prend le dessus sur son patient, fermant définitivement la porte à l'irruption et à l'expression de son vrai désir. Si l'on considère que la thérapie a pour but de laisser le vrai « je » du patient et lui rendre la liberté d'être lui-même, cette résistance là est particulièrement nocive. Dans le cas précédent, s'il peut sembler avoir peur de lui-même, ici, le thérapeute a peur de l'autre. C'est une forme de peur spirituelle au sens où elle interroge fortement le sens de la relation et donc de la cure. Notons que cette forme de résistance fait écho à la peur de l'abandon du patient (p. 28) qui, elle, est existentielle.

Poser un diagnostic

Si le diagnostic s'avère indispensable dans le traitement de la psychose et des états-limites, il est particulièrement contre-indiqué en psychothérapie (sauf pour repérer les psychoses pour lequel le thérapeute n'est d'aucune aide). Poser un diagnostic est certes rassurant pour le thérapeute car il lui permet de « cocher les

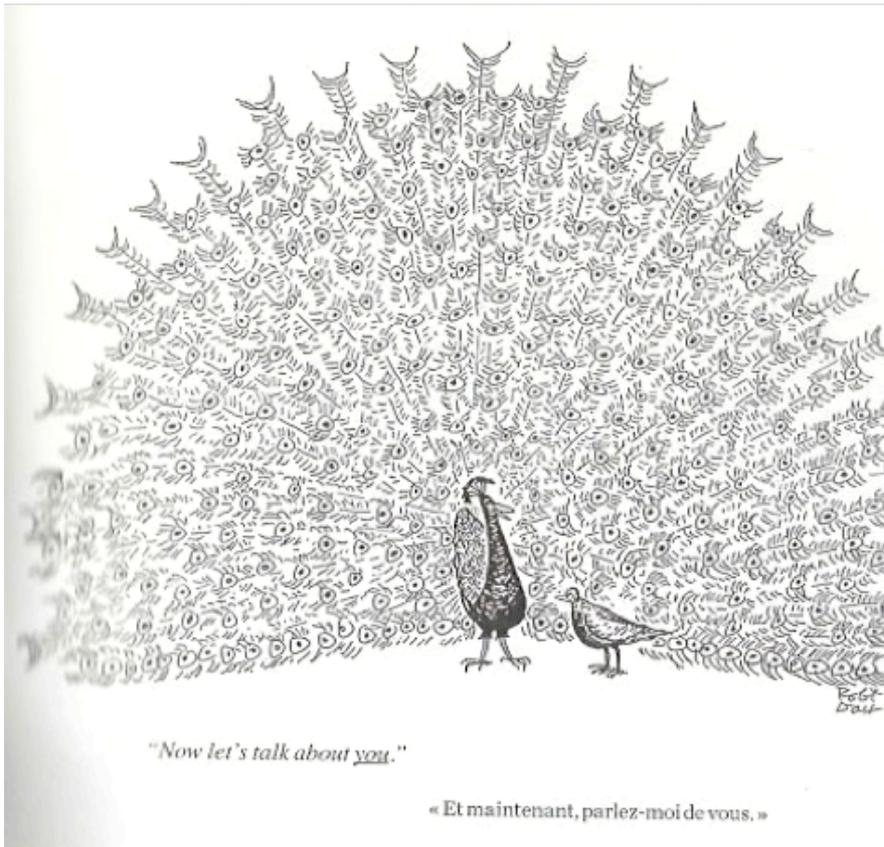
cases » et de trouver la réponse. Mais il limite sa vision et le thérapeute n'a plus tendance qu'à regarder les faits et les émotions amenés par son patient comme confortant son diagnostic et ignorer les autres. Par ailleurs, un diagnostic peut se transformer en prophétie auto-réalisatrice. Considérer, trop rapidement, que le patient, par exemple, est « border line » peut accentuer ces traits.

Savoir à la place du patient

Ce thérapeute sait. Mieux que son patient. Du haut de sa science et de sa technique thérapeutique, il comprend — bien avant le patient — de qui se passe chez l'autre. Il peut même s'irriter contre le patient qui ne comprend pas... Cette patiente qui consultait pour son incapacité à rencontrer un homme a eu besoin de nombreuses séances pour faire la liste de toutes les raisons inconscientes qui la conduisaient à cette situation. Entre autres, elle avait nommé l'idéalisation de son père, un refus de s'engager, une peur de la rencontre, la loyauté à un amour déçu, le refus d'être plus heureuse que sa sœur aînée, elle-même célibataire... Laquelle de ces raisons étaient la « bonne » ? Aucune et toutes sans doute. Au nom de quoi, la mienne aurait-elle dû prévaloir ?

Faire prévaloir ses interprétations

L'interprétation est gratifiante pour le thérapeute. Parce qu'elle répond à la métaphore freudienne du thérapeute-archéologue qui creuse jusqu'à trouver la vérité. Parce que lorsque notre patient se saisit d'une de nos interprétations avec bonheur, c'est une vraie récompense narcissique. Freud lui-même allumait, paraît-il un cigare pour souligner sa joie à l'issue d'une interprétation particulièrement fine. Mais le thérapeute qui pense que son interprétation est la bonne (ou alors c'est que le patient résiste, songe-t-il) impose son besoin d'une forme de vérité absolue qui lui donne le sentiment de maîtriser la relation thérapeutique.



Ne pas savoir mettre fin à une thérapie

C'est la résistance de toute-puissance suprême : penser (inconsciemment) que le patient ne saura jamais vivre sans la relation thérapeutique en appui. Le but n'est pas alors de rendre le patient libre et responsable de sa vie et de ses désirs mais, au contraire, de le traiter en enfant. Cette résistance peut faire le miel de celle du patient qui refuse, justement, de s'affranchir du lien thérapeutique (voir p. 39).



"He's still in therapy."

III - La posture thérapeutique

L'analyse des résistances qui précède est essentiellement clinique, plus que théorique. Mais elle ne présente pas seulement un intérêt quant au bon déroulement du processus thérapeutique. Comme nous l'avons vu, elle renseigne aussi sur le fonctionnement du Moi et sa relation aux autres, sur les mécanismes de défense prévalant et sur les conflits qui les sous-tendent chez le patient. Car il va sans dire que si ces résistances se mettent en œuvre dans le cabinet, elles sont utilisées constamment à l'extérieur, avec une fonction protectrice la plupart du temps, quels qu'en soient les désagréments. On ne peut donc pas s'attendre à ce qu'elles cèdent sous le simple effet de notre désir de thérapeute !

Il a donc semblé utile de présenter (1) la façon dont différentes directions thérapeutiques orientent les réactions face aux résistances des patients, puis (2) de mettre en perspective les interactions entre résistances des patients et résistances des thérapeutes.

III – 1 Les choix thérapeutiques face aux résistances

Pour le gestaltiste Frédérick Perls⁵¹, « *la psychanalyse a raison d'insister sur les résistances mais elle le fait bien souvent dans l'idée qu'elles sont quelque chose d'indésirable, dont on doit se débarrasser au plus vite et détruire dès qu'elles surgissent (...) Cependant la réalité est quelque peu différente. On ne peut détruire les résistances ; elles ne sont pas un mal mais bien plutôt une énergie intéressante de notre personnalité, nocive uniquement quand elle est mal employée* ». Ce n'est pas leur présence ou leur action qui est nocive pour l'individu, c'est qu'elles soient inconscientes et inappropriées et qu'ainsi « *elles empêchent la maturation de l'être et son ajustement créatif à l'environnement* »⁵². Ainsi donc « *le thérapeute qui attaque ou surmonte une résistance se trouve donc dans la position de devoir*

⁵¹ *Le Moi, la faim et l'agressivité*, édition Tchou, 1978, cité par Edmond Marc, « Le travail des résistances, entre Psychanalyse et Gestalt », art. cité.

⁵² *Ibid.*

vaincre une réponse naturelle et valable. Comment peut-on espérer qu'un organisme renonce à la protection de son intégrité, même si c'est soi-disant pour son bien ? ».

Le danger serait de tomber dans une attitude normative : à telle résistance, correspond telle technique. Comme le note James Kepner⁵³: *« On ne se débarrasse pas simplement en les désapprenant de parties essentielles à l'individu. Pire, on peut tellement bien apprendre la nouvelle « bonne habitude » que le conflit originel devient inaccessible, masqué sous une épaisse couche de répression secondaire »*⁵⁴. Le risque est de renforcer un « faux-self » adaptatif dont Edmond Marc dit qu'on *« peut voir souvent la présence chez beaucoup de patients guéris ... et même de thérapeutes »*⁵⁵.

« Le thérapeute se doit de persévérer. Il doit continuer encore et encore à collecter les données, à travailler à partir des rêves, à persister dans ses observations, à souligner les mêmes éléments, bien qu'avec des accentuations différentes », conclut Irvin Yalom.⁵⁶ Dans la position intégrative, je n'ai pas cherché à établir d'échelle de valeur entre les postures thérapeutiques face aux résistances des patients. La multiplicité des références n'indique pas nécessairement une cohérence entre chaque méthode. A nous de naviguer. Le thérapeute intégratif, qui est dans l'ici et le maintenant de la séance choisit des façons différentes d'utiliser les résistances de son patient, en fonction, on l'a vu, de ses propres résistances, de la méthode qu'il applique, de ses choix thérapeutiques devant ce patient. Il peut même choisir, au cours de la même séance, ou dans des séances successives, de travailler différemment la forme de résistance qu'il rencontre chez son patient. Il me semble avoir dénombré six formes différentes d'accueil de ces résistances : les ignorer ; les souligner, les confronter, les expliquer, les forcer ou les accentuer.

⁵³ In *Le Corps retrouvé en psychothérapie*, cité par Edmond Marc, art. cité.

⁵⁴ *Ibid.*

⁵⁵ « Le travail des résistances, entre Psychanalyse et Gestalt », art. cité.

⁵⁶ *Thérapie existentielle, op. cit.*, p. 208.

III – 1-1 Ignorer les résistances

Il existe un certain nombre de démarches thérapeutiques qui ignorent les résistances. Non que le thérapeute ne les voit pas mais il choisit de ne pas les travailler en tant que telles. On peut alors les contourner par des protocoles et une attitude pédagogique très précis, comme dans les TCC. Elles sont souvent également contournées dans certaines thérapies psycho-corporelles comme le Rebirth ou le Rolfing. L'hypnose, elle, considère que la résistance signe un conflit interne : au fond le conscient et l'inconscient veulent la même chose mais selon des modalités différentes. Si notre inconscient ne comprend peut être pas les mots que nous utilisons, il convient de le mettre dans un état modifié de conscience où il peut y avoir un dialogue entre les deux, en dehors des modalités connues. En utilisant la métaphore, on parle alors de « contournement ».

III – 1-2 Souligner les résistances

Les thérapies cognitives, une des branches des TCC, utilise les résistances pour mieux les combattre. Mises au point notamment par les psychiatres américains Aaron Beck et Albert Ellis, les deux pionniers des thérapies comportementales et cognitives, elles s'appuient sur la mise en conscience des résistances. Ainsi un patient qui souffre de dépendance, peut inconsciemment choisir trois modes de défense : se soumettre (et devenir dépendant des autres), compenser (devenir au contraire obsédé par son autonomie) ou éviter (organiser sa vie pour ne pas avoir à se trouver en situation de dépendance). En thérapie, à travers les résistances qu'il oppose au thérapeute, se rejoue son choix de défense. C'est la prise de conscience approfondie et répétée, dans le lien thérapeutique, de ces mécanismes de résistance, et parfois de leur accentuation, qui permet selon Ellis et Beck, d'en venir à bout.

Le thérapeute peut alors les valider, en les nommant, en leur donnant importance et utilité, puis proposer des techniques d'apprivoisement : les positiver en démontrant que les choses bougent à l'intérieur du cadre thérapeutique ; inviter éventuellement

le patient à reformuler sa demande et son objectif thérapeutique ; demander au patient, sur un temps donné, de faire l'expérience du changement... Attention : se saisir des résistances et les poser : « Voilà plusieurs séances que je vous vois faire ça. Pensez vous que ce soit une bonne façon de faire ? », risque de confronter le patient à sa résistance et d'accentuer celle-ci. Voire de conduire à un abandon de la thérapie.

III - 1-3 Confronter les résistances

On peut décider, si l'alliance thérapeutique est forte et le holding bien mené, de confronter le patient à sa résistance en la soulignant : « Vous avez dit... mais vous avez fait ». Ou bien souligner une disparité entre un discours et une attitude : « Vous souriez en me disant ça mais cela a du être très douloureux pour vous ».

Le patient confronté à ses résistances peut soit les accepter, soit les dénier, soit les négocier. Dans les deux derniers cas, le thérapeute ne doit pas hésiter à en rajouter une couche : « *Excusez moi de paraître surpris mais cela fait x séances que vous me parlez de ... et pendant ce temps, vous....* ». Freud lui-même, semble-t-il, n'hésitait pas. Irvin Yalom, dans *l'Art de la thérapie*⁵⁷ rapporte le récit que lui avait fait un ancien patient du psychanalyste viennois : un jour, le chien de Freud qui était toujours présent pendant les séances se leva, alla à la porte et demanda à sortir. Freud alla lui ouvrir, revint s'asseoir. Quelques minutes plus tard le chien gratta alors à la porte pour rentrer. Freud se leva et alla ouvrir au chien en disant au patient: « *Vous voyez, il n'a pas pu supporter toute cette foutaise résistencielle. Maintenant il revient et vous donne une deuxième chance* ».

C'est une technique confrontante mais dangereuse car elle peut très vite mettre le patient en position d'infériorité voire de culpabilité. Surtout si le thérapeute, dans sa toute puissance, l'utilise parce qu'il est lui-même excédé par la résistance et que cette confrontation vient décharger sa frustration sur le patient.

⁵⁷ Éd. Galaade, 2013, p. 96.

III – 1-4 Expliquer les résistances

Il s'agirait ici de désigner au patient sa résistance et de la lui expliquer : la nommer, montrer comment elle fonctionne, quel rôle défensif elle revêt ici et maintenant, tout en nommant les raisons pour lesquelles elle a pu se mettre en place dans son histoire. Attention cependant aux interprétations rapides et lapidaires, au risque de mettre en place une toute-puissance du thérapeute.

III – 1-5 Forcer les résistances

Bien entendu, on ne peut pas forcer les résistances. Mais on peut parfaitement les nommer et y répondre de façon lapidaire. C'est ce que faisait Jacques Lacan dans sa technique de séance abrégée. Dès qu'il sentait qu'une résistance était en place, il interrompait la séance, parfois au bout de quelques minutes, sans jamais aucune explication. Les analysés de Lacan racontent aujourd'hui que cette interruption les forçait à s'interroger sur la résistance qu'ils avaient levée. Mais n'est pas Lacan qui veut... Il faut une grande finesse thérapeutique pour sentir le moment nécessaire et une grande confiance en soi pour l'imposer au patient. Au risque de confondre ces qualités avec la toute-puissance de celui qui sait mieux que son patient.

III – 1-6 Accentuer les résistances

Certains thérapeutes décident de s'appuyer sur les résistances en les amplifiant. Ce patient qui s'assoit toujours les bras croisés, par exemple, va être conduit à accentuer sa position, jusqu'à se recroqueviller, complètement fermé sur lui-même. En forçant la position jusqu'à la difficulté, le thérapeute va lui permettre de vivre physiquement l'inconfort et l'énergie qu'il met à y rester. Puis le thérapeute peut guider le patient dans la polarité inverse, celle de la détente et de l'extension pour lui donner à vivre cette nouvelle expérience. En Gestalt, cette technique dite des

polarités s'appuie donc sur les résistances et les accentue jusqu'à ce que le patient les ressente physiquement.

Cette description des moyens utilisés par les différentes techniques pour faire face aux résistances du patient dans la cure permet de souligner la richesse de l'approche intégrative. En effet, en privilégiant avant toute chose le lien au patient, la psychothérapie intégrative permet de ne pas focaliser sur une forme de travail. Les résistances, comme nous l'avons vu, s'activant parfois différemment, d'une séance à l'autre, voire au cours de la même, il peut être possible de laisser parler telle ou telle technique en fonction de l'ici-et-maintenant du lien. Il ne s'agit plus alors de se situer dans un volontarisme par rapport aux résistances du patient mais dans l'accueil de celle-ci. C'est pourquoi il est particulièrement utile, semble-t-il, de bien se représenter la façon dont les résistances tant du patient que du thérapeute jouent un rôle dans la thérapie. La complexité de leurs interactions m'a contraint à proposer des schémas.

III – 2 Les triangles de la résistance

Les trois schémas à base de triangle qui suivent reprennent ce qui a été présenté plus haut : ils prennent en compte les résistances en tant qu'elles font obstacle à la cure, au moins à certains moments.

Il est important de noter que le choix fait dans ce mémoire a été de donner la priorité à l'observation et l'analyse du lien thérapeutique. Ce n'est donc pas un exercice d'application d'une théorie ou d'un concept, même si la dimension théorique est bien présente. L'utilisation des triangles proposés ici n'est pas celle d'un schéma de construction d'un moteur, qui permettrait le diagnostic puis la réparation d'une panne. Mais elle peut mettre en perspective les ressorts des résistances des patients et des thérapeutes, afin d'orienter ceux-ci dans la prise en compte de ces interactions (voir exemple p. 59). L'idée est de faire de ces triangles

un point d'appui pour les formations et le travail des thérapeutes afin que les résistances, encore trop peu présentes dans les approches dominantes en psychothérapie, notamment pour ce qui est de celles des thérapeutes, soient mieux perçues et prises en compte.

Ce mémoire n'offre qu'une ébauche de réflexion. Sur ces triangles il y a toutefois encore bien du travail à faire (positionnement des résistances et liens entre elles à préciser, rapport avec les défenses, inscription dans le temps de la thérapie depuis le premier contact jusqu'à la fin, voire au-delà). Mais ils m'ont semblé utiles pour mettre en avant différences et interactions entre les partenaires de la thérapie.

Thérapeute et patient ont d'abord été étudiés séparément. Et l'organisation dans l'espace défini par les trois sommets d'un triangle a été déduite de l'observation. On remarquera qu'elle n'est pas identique chez les patients et chez les thérapeutes. Le thérapeute, quand il devient patient dans son propre travail personnel, s'inscrit dans un triangle qui n'est pas celui où il officie en tant que thérapeute.

Les résistances des patients sont réparties sur l'ensemble du triangle, c'est-à-dire sur les trois axes qui forment les côtés du triangle patient. Chaque sommet du triangle est désigné par (1) une peur, (2) une forme de résistance dominante à celle-ci et (3) sa place dans le dispositif ESSE (Existence, Spiritualité [sens de la vie], Sexualité [qui n'a pas été retenue comme pôle structurant dans ce travail], Émotion).

Chez les patients, les sommets du triangle sont les suivants :

Peur	Forme de résistance dominante	ESSE
de l'Abandon	Test du lien	Existence
du Vide	Remplissage	Spirituel
de l'Engloutissement	Fermeture	Émotionnel

La répartition des formes de résistance couvre les trois bords et l'intérieur du triangle. La position des patients face au lien thérapeutique est changeante et diversifiée, des résistances très différentes pouvant se manifester simultanément.

Chez les thérapeutes, les sommets sont différents pour chacune des caractéristiques retenues :

Peur	Forme de résistance dominante	ESSE
de l'interaction	Toute-puissance	Spirituel
de l'envahissement	Rivalité	Existence
de l'Engagement	Distance	Émotionnel

La répartition des formes de résistance chez le thérapeute se fait sur deux bords du triangle, qui correspondent aux axes Toute-puissance/Rivalité, et Toute-Puissance/Distance. Il est logique que les pôles opposés dont les formes dominantes de résistance sont la mise à distance et la rivalité (qui suppose une interaction souvent intense) ne génèrent pas de résistance intermédiaire chez les thérapeutes alors que pour les patients le remplissage et la fermeture autorisent des formes de résistance intermédiaire. Mais la concentration sur les deux axes dominés par les résistances qui relèvent du désir de toute-puissance est une indication utile et nous a été précieuse pour définir les propositions de posture thérapeutique pour accueillir les résistances des patients.