

Le traitement des résistances est l'une des interventions les plus importantes pour mener au changement. La résistance est un mécanisme protecteur nécessaire, mais si elle devient envahissante, chronique, elle interfère avec la guérison psychique et la croissance de soi.

Elles sont inhérentes à tout processus thérapeutique mais sont traitées différemment selon les approches. Elles ne sont pas travaillées en tant que telle dans les thérapies comportementales, cognitives ou systémiques. Ces démarches travaillent sur le comportement, les valeurs, les croyances, la découverte progressive d'expériences différentes qui élargit notre spectre de vie, mais pas sur la résistance elle-même et donc pas sur l'affect craint qui mènera au souvenir oublié. Le risque est de tomber dans une attitude rééducative qui risque de renforcer un faux self adaptatif. Travailler sur ses parties internes permet de développer un soi observateur qui contribue à développer une autonomie par rapport aux fantasmes, traumatismes, pulsions et perturbations extérieures.

La résistance, c'est tout ce qui dans les paroles ou les actions du patient s'oppose à l'accès de celui-ci à son inconscient. La résistance est une sorte de barrière qui empêche l'inconscient de faire surface afin d'éviter la souffrance car le patient ne se croit pas suffisamment fort pour supporter certaines révélations sur lui-même.

Les résistances sont des mécanismes de défense en action dont on fait l'expérience à certains moments de la thérapie.

Pendant des années, un homme s'est enfermé dans une forteresse et a braqué ses canons vers la plaine où était l'ennemi. Mais voici que l'analyste s'approche avec l'intention de le faire sortir de cette forteresse devenue inutile parce qu'il n'y a plus d'ennemi (sauf dans l'esprit du patient). Le patient cherche à consolider les briques que l'analyste veut enlever et à verrouiller la porte qu'il veut ouvrir. Dans ce cas, il est bien logique que l'agressivité et l'angoisse apparaissent, car plus la porte de la prison s'ouvre, plus on s'accroche aux barreaux.

C'est **Freud** qui l'a mis en lumière et en a fait un axe majeur de la pratique psychanalytique. Pour Freud, dans un premier temps, c'est ce qui entrave le travail thérapeutique (technique de la pression des mains sur le front destinée à lever le frein) mais peu à peu, il se rend compte de la difficulté et de l'inutilité de forcer les résistances. Il abandonne le forçage des résistances pour l'interprétation. Le travail sur les résistances est devenu l'un des deux fils conducteur (transfert) de la démarche thérapeutique. Il distingue **cinq sortes de résistance dont trois formes différentes** :

- Moi (refoulement, résistance de transfert, bénéfices 2d),

- Ca (compulsion de répétition : propension à reproduire qui a un caractère pulsionnel, plus la résistance est grande, plus la remémoration est remplacée par l'agir),
- Surmoi (le patient répond au sentiment de culpabilité par un besoin de punition. C'est à l'origine de la réaction thérapeutique négative que Freud lie à l'instinct de mort).

Les manifestations peuvent être somatiques, émotionnelles, psychiques ou relationnelles.

Elles ont pour fonction de protéger le moi contre les affects pénibles et contre les dangers qui le menacent liés aux mouvements pulsionnels, aux relations à autrui ou à des événements traumatiques.

Les principaux types de résistances sont :

- Les résistances au changement (familier = sécurité)
- Les résistances au processus thérapeutique (éviter les blessures narcissiques qu'inflige une psychothérapie)
- Les résistances à l'influence du thérapeute (peur de la dépendance/domination)
- Les réactions de transfert qui peuvent mettre en scène le besoin de résister.
- Les résistances à la prise de conscience de soi peuvent faire l'objet d'évitement car cela peut être effrayant ou douloureux.

Les manifestations les plus courantes sont :

- Préparer trop les séances
- Un patient trop poli cache une grande agressivité et une forte angoisse, il veut être bien vu pour être aimé et non critiqué
- Lapsus, actes manqués (il oublie de régler les honoraires, il rate son bus, erreur de jour...) produits par des processus inconscients
- Discours banalisé
- Discours désaffectivé ou affect artificiel
- Evitement des thèmes impliquants liés à la sexualité, l'argent, pratiques sources de honte ou de culpabilité
- Fuite de la relation à l'analyste
- Penser que sa thérapie est terminée
- Les commentaires qui minimisent un besoin ou une émotion pour ramener la personne à un état de contrôle psychique ex ce n'est pas grave, les gens passent par des moments bien pires
- Injonction critique envers soi-même ex. oui j'ai mal mais il faut que je sois fort
- Nier une réaction affective pointée par le thérapeute
- Devenir évasif, vague
- Le langage de la négation (oui, mais...) quand on s'approche d'un sentiment

vrai mais qu'on nie l'expérience ressentie

- Intellectualisation, généralisation, abstraction qui créent une distance avec le vécu intérieur
- Les silences de résistance (différent de la réflexion intérieure)
- Fuite dans la bonne santé quand on s'approche de quelque chose qui sera dur à affronter
- Se concentrer sur le thérapeute plutôt que de parler de soi
- Résistances pernicieuses (réaction thérapeutique négative, besoin intense de souffrir, passage à l'acte grave et bénéfiques secondaires)

La résistance permet au patient de rester à une distance respectable de la conscience de ses vérités intimes. Donc, elles se produisent quand le patient s'approche de matériel trop intense, trop douloureux ou qui génère un sentiment de honte, de vulnérabilité.

Chaque résistance renvoie à une ou plusieurs formes de mécanismes de défense. Leurs analyses renseignent sur le fonctionnement du moi, ses relations aux objets, sur ses mécanismes de défense et les conflits qui les sous-tendent.

Elle survient toujours pour une bonne raison : la personne a peur. C'est là que le thérapeute effectue son travail.

Il y a des forces chez le patient qui résistent :

- peur du changement et l'aspiration à la sécurité
- le surmoi irrationnel qui désire souffrir pour réparer une culpabilité inconsciente,
- transfert hostile qui encourage le patient à mettre en échec l'analyste
- propension à l'acting out,
- bénéfiques 2d
- les pulsions sadiques, masochistes

Et d'autres qui facilitent le travail sur les résistances :

- souffrance névrotique,
- moi conscient rationnel,
- l'alliance de travail,
- le transfert positif désinstinctualisé,
- le surmoi rationnel,
- le désir de ne plus souffrir, de grandir, de donner un sens à sa vie
- le ça, le refoulé qui tend à la décharge et fait retour dans les productions du patient

Les stratégies à mettre en œuvre pour les traiter en opérant avec prudence, modération et progressivité

- **Reconnaissance** de la résistance par le thérapeute
- **Confrontation** : faire prendre conscience au patient qu'il résiste avec des approches style sondage, encouragement, clarification ou confrontation (mettre le patient en présence de contradictions ou d'incohérences).
- **Eclaircissement** : « pourquoi » cette résistance et non directement le contenu de la résistance, dévoiler l'affect pénible qu'on s'efforce d'éviter.
- **Interprétation** : relie le matériel conscient à des motivations inconscientes et donc dévoile le contenu infantile qui a causé l'affect pénible car c'est une répétition du passé. Elle doit être à la bonne profondeur (ni trop éloignée du pré-conscient ni trop proche du conscient), au bon rythme, à la bonne distance et au bon moment pour mobiliser et avoir une valeur mutative.

L'interprétation suppose un clivage fonctionnel du moi afin qu'une partie puisse être observatrice de l'autre. Ceci est possible s'il y a une alliance de travail constituée de l'identification au mode de fonctionnement du psychanalyste et s'il y a du transfert positif. Il s'agit de créer une frontière fonctionnelle entre 2 espaces fusionnés : par ex. défusionner le moi aux prises avec un mécanisme de défense ou parasité par un traumatisme ou un schéma de vie, et le moi observateur qui dégagé de l'emprise de ces motions inconscientes va pouvoir les **repérer/reconnaître**, s'y **désidentifier** et **refuser de continuer d'y souscrire**. Ceci est possible grâce à un travail de perlaboration. Le travail initial de desyntonisation s'il est trop imposé par le thérapeute (comme un corps étranger) peut soit augmenter les résistances surtout si le transfert est négatif (ressenti comme une agression ou une volonté de le rendre fou), soit augmenter la soumission du patient. Par ailleurs, si le transfert est trop positif, le patient va introjecter sans recul le mode de fonctionnement de l'analyste. L'identification à l'analyste et l'introjection de son mode de fonctionnement vont freiner la dissolution ultérieure du transfert car l'identification sera le pivot sur lequel repose la cure. Or terminer une analyse suppose une dissolution de cette identification pour pouvoir entrer dans « un rapport d'équivalence ». Plus le patient va s'attribuer l'interprétation, mieux il va la métaboliser.

> **L'interprétation du transfert** va montrer au patient qu'il lutte contre le thérapeute comme représentant d'un ennemi intérieur parce qu'il a vécu une situation similaire autrefois avec une figure parentale.

- **Perlaboration** : permet à la résistance de perdre son caractère pathogène et génère les mécanismes de dégagement. Elle suppose une phase d'effort opiniâtre et le maintien d'un moi observateur issu de l'interprétation (travail de desyntonisation par rapport à la partie observée, clivage fonctionnel du moi). Il s'agit de maintenir le patient en contact cognitif avec le conflit interne.

Les résistances ne doivent pas être analysées quand :

- **elles sont mineures** : accepter la résistance est une manière d'accepter

l'agressivité qui la sous-tend. L'agressivité étant acceptée n'a plus de raison de se maintenir (expérience correctrice).

- **il y a perte des fonctions du moi.** Les fonctions du moi sont les processus de pensée, l'épreuve de réalité, les défenses, le contrôle des émotions et impulsions et la capacité des liens interpersonnels. Pour les cas-limite et psychotiques, ces fonctions sont altérées. La réduction des résistances chez les personnes fragiles risque d'entraîner des décompensations. Les borderline ont une faible capacité à tolérer les émotions intenses ; les relations interpersonnelles sont sources d'intense plaisir et douleur ; si les défenses sont en échec, ils vont vivre une expérience de perte de contrôle ou vont s'appuyer sur des défenses mal adaptées (automutilation, drogue). Pour les psychotiques (altération de l'appréhension de la réalité, perte des limites du moi, discours désorganisé, délires, hallucinations...) comme pour les borderline, la meilleure approche avec eux est de construire des défenses fonctionnelles.

La résistance peut provoquer une réaction de contre-transfert chez le thérapeute (frustration, irritation, impatience, impuissance, humiliation, sentiment d'échec, déstabilisation, velléité subreptice de vengeance). Le thérapeute doit s'assurer que sa réponse n'est pas dictée par un contre transfert de nature pathologique ou l'incapacité du thérapeute à décentrer sa réaction affective du patient en raison de problèmes inconscients qui lui sont propres, par ex. prendre la résistance comme une remise en cause personnelle. L'intrusion des conflits irrésolus du thérapeute risque de répéter les interactions pathologiques du passé du patient et n'offre pas une relation d'objet différente alors que le contre transfert utile permet d'utiliser sa réaction affective pour comprendre le patient et provoquer une expérience correctrice. L'analyse du contre-transfert en supervision permet de déjouer cela. Il faut rester ferme, tolérant et constant.

L'analyse des résistances en RE est différente :

Comme dans les contes de fées, on a moins besoin d'interpréter en RE car l'image met en scène la situation traumatique archaïque oubliée, les expériences princeps refoulées, sur un mode protégé grâce à l'image et il permet de la terminer autrement grâce à l'action réalisée dans le rêve . C'est le RE lui-même qui met en exergue ce qu'il y a à voir, et qui va proposer des solutions. Cette construction issue du patient et vécue dans une expérience fortement affectivée, aura une grande valeur mutative et permettra au patient de rectifier quelque chose de son histoire, sans que l'interprétation soit toujours nécessaire.

La spatialisation de l'éprouvé qui permet une circulation dans l'espace symbolique a

une valeur de levée ou de localisation des résistances. Le patient participe très fort mais ne fusionne pas totalement avec ce matériel. Il vit son RE dans une double structure (le « je » adulte et le « je » archaïque). Le cadre gigogne (double scène) instaure naturellement un clivage fonctionnel du moi. Ce clivage structurel permet l'emboîtement de l'écran protecteur (cadre hors RE) et de l'écran projectif (cadre expérience RE) qui va permettre d'avoir des représentations intérieures supportables, de renforcer la sécurité et donc permettre de rêver. Le RE permet de travailler sur la bonne distance avec ses contenus inconscients (suffisamment masqués mais aussi suffisamment explicites : la fonction alpha du cadre RE permet de gérer correctement les éléments bêta du RE). Cela contribue au renforcement du contenant psychique.

Le RE opère également sur le bon rythme (cadre fixe et cadre flottant) qui permet de résoudre les carences générées par une mère dysrythmique.

L'interprétation laisse place à un processus de déliaison (par ce que met en exergue le RE et le développement d'une nouvelle frontière entre les espaces psychiques consacrés aux schémas inconscients et le moi observateur adulte). Le RE, issu du patient va faciliter un travail de liaison intra RE et hors RE entre :

- le corps/l'affect et la verbalisation qui réinstalle le psychisme dans le corps
- la représentation de mots et la représentation de choses
- les pulsions conscientes et préconscientes
- l'affect réprimé et la représentation refoulée à travers la représentation-bis que est reliée symboliquement à la représentation refoulée.
- Hors RE, le thérapeute propose un travail de liaison au patient (autres RE, rêves nocturnes, autres manifestations de l'inconscient, histoire personnelle...) et permet au patient de s'accoutumer à une pensée qui fait des liens.

Ceci est possible car le RE propose :

- un cadre gigogne : hors RE, RE écran protecteur et écran projectif, double membrane (enveloppe d'excitation et de signification) qui entraîne un clivage fonctionnel du moi aisé (les 2 « je »).
- un travail sur la bonne distance avec ses contenus inconscients suffisamment masqués et suffisamment explicites,
- un travail sur le bon rythme car le patient peut choisir le rythme auquel il fait son RE (la partie flottante du cadre)).
- Un espace paradoxal (RE trouvé/créé, subir/choisir les images, thérapeute détruit/retrouvé...) restaurateur de l'espace transitionnel qui permet au patient de redécouvrir son centre créatif

Les résistances en RE peuvent porter sur :

- l'image de soi (ex : se voir à distance, se dédoubler...),

- l'image (pas d'image, images vagues),
- le mouvement (se figer, faux mouvement, mouvement perpétuel),
- l'affect (bloqué, retardé, présent mais dénié, trop ou pas assez d'affect),
- le verbe (l'imparfait (dire après avoir maîtrisé), le conditionnel (distance précautionneuse)).

Les types de « RE résistance » :

- Le RE rédaction : très pensé, intellectuel bien construit aux dépens de l'imaginaire, de l'affect et de l'inconscient.
- Le RE banalisé : il se contente de vivre une de ses activités quotidienne
- Le RE mitrailleuse : pas de récit lié, que des noms d'images
- Le RE aveugle : il fait des RE en prétendant ne rien voir
- Le RE photo : il ne voit qu'une image fixe qu'il décrit, rien ne bouge (statues) ou faux mouvement (ex. du vent dans les arbres)
- Le RE TV : le patient se tient à distance des images en les regardant de l'extérieur comme sur un écran de TV
- RE bloqué : non confrontation, le thérapeute relance l'action.

Les résistances hors séance RE :

- Le patient qui ne peut pas faire de RE (peur d'ouvrir la porte à la folie)
- Apporter une quantité de rêves nocturnes pour éviter de faire du RE
- Résistance au risque d'agresser, de tuer en RE
- Résistance au caractère érotisé de certains RE
- Dévalorisation du RE
- « Mon interprétation est délirante » quand on s'approche d'un matériau significatif ;

Les deux cas où on doit interpréter sont quand un patient ne peut pas faire du RE ou s'il veut arrêter prématurément.

Après Freud, **d'autres apports** sur le phénomène de la résistance ont été théorisés :

- **Anna Freud** qui montre dans « Le moi et les mécanismes de défense » que les résistances sont une source d'information sur le fonctionnement du moi et les mécanismes de défense qu'il utilise pour se protéger
- **Le mouvement Kleinien** qui a mis en relief les résistances les plus archaïques contre les angoisses primitives comme le clivage ou l'identification projective. Winnicott a établi que le clivage peut atteindre le self lui-même et c'est alors le faux self qui sert de protection au vrai self. Ferenczi, Balint, Winnicott ont mis l'accent sur l'importance de la régression thérapeutique pour dégeler les résistances archaïques.
- **Kernberg** a parlé de résistances narcissiques liées au sentiment de défense d'identité (protection de l'image et de l'estime des soi) qui existent à côté des résistances provenant des défenses contre les pulsions sexuelles ou agressives.

- **C. Rogers** pense que la résistance naît des maladresses du thérapeute. Cette proposition discutable est utile à l'hygiène du thérapeute.
- **Perls** classifie les résistances '(sensori-motrices, intellectuelles, émotionnelles). Il ne voit pas la résistance que comme une défense mais aussi comme une expression active de vitalité. Il faut transformer la résistance en action.

La résistance est l'actualisation, à l'intérieur du travail thérapeutique, des mécanismes de défense utilisés par le patient. Ces mécanismes s'expriment dans des attitudes et comportements et ont pour objet de protéger le moi. Le travail thérapeutique tend à lever les résistances que le freinent. La santé ne réside pas dans l'absence de résistance mais dans des résistances plus souples, plus adaptées, plus mobiles. Les résistances sont des mécanismes intrapsychiques et des manifestations relationnelles. La plupart échappent au contrôle conscient, se produisent quand on s'approche d'un matériel trop intense, trop douloureux. Il est important de faire la différence entre phénomène de résistance et la réaction du thérapeute à l'égard de la résistance. Le mouvement psychanalytique a apporté une contribution majeure à la compréhension du phénomène de la résistance dans le cadre thérapeutique. A travers le RE analytique, le patient est parti prenante dans la découverte et la levée de ses résistances. Une résistance une fois reconnue et gérée (refuser d'être complaisant avec elle) permet de laisser émerger sa vraie personne, d'utiliser son personnage consciemment lorsque la situation l'impose et d'accéder à sa propre vérité.