



R/bécédaire *Résistances*

Du latin *resistentia*, résistance, dérivé du verbe *resistere*, se tenir en faisant face, faire volte-face, résister à, tenir bon contre, tenir tête à, s'opposer à... Qualité par laquelle un corps résiste à l'action d'un autre corps. Cette étoffe n'a point de résistance.

Gérard Ostermann

« Aller jusqu'au bout, ce n'est pas seulement résister,
mais aussi se laisser aller »
Albert Camus

Introduction

Résiste, prouve que tu existes

La résistance fait partie de l'expression de l'individualité du patient. Elle est une *métaphore vive* au sens de Paul Ricoeur. Elle fait partie de tout travail psychothérapeutique. Nous sommes là, évidemment, à la fois dans le domaine de l'homéostasie, du point de vue des différents systèmes dont fait partie chaque individu (familial, professionnel, social...), dans celui de l'inconscient, lorsqu'il s'agit d'adopter une optique individuelle

et aussi dans celui de l'éthique. En même temps qu'il le demande et le souhaite, tout patient résiste au changement. Dans toute thérapie se mêlent donc la logique de la contrainte et celle de la liberté, celle du changement et celle du non-changement. Erickson a fait du changement entre l'état de veille et l'état d'hypnose (sans préjuger de ses critères et de son évaluation), le paradigme de tout changement. Lorsque le patient « accepte » ce changement, il se montre (à lui-même et au thérapeute) capable d'accepter d'autres

changements, relatifs ceux-là à la souffrance et au symptôme qui ont motivé sa demande. À cette dimension immédiate, celle de la séance, Erickson a adjoint celle du cycle de vie du patient où un thérapeute ne peut éviter de replacer les finalités de la thérapie. De façon critique, la notion de résistance implique que le thérapeute sait mieux que le patient ce qu'il se passe et s'il sait mieux, il sera moins porté à se remettre lui-même en question.

Il est possible de distinguer plusieurs sortes de résistances

Il y a des gens qui veulent et qui peuvent : on peut les appeler *les collaborateurs*, terme que nous préférons à celui de collaborateurs (après la guerre il était mieux vu d'être résistant que collaborateur). Mais cette situation peut être problématique avec ces patients qui ne disent jamais non. Il est parfois difficile de savoir où ils se situent par rapport aux difficultés qu'ils présentent.

Il y a des gens qui peuvent changer, mais ne veulent pas parce qu'il y a quelque chose dans leur champ de croyances ou de valeurs qui ne leur convient pas.

Il y a ceux qui veulent changer, mais qui ne peuvent pas, parce qu'ils sont émotionnellement bloqués, en raison d'un trauma, d'une histoire d'un contexte. La tête dit : j'aimerais le faire, mais je n'y arrive pas !

Et il y a ceux qui sont radicalement opposés, car non seulement ils ne veulent pas, mais ils ne peuvent pas.

Il s'agit alors de *rouler avec cette résistance*. Parfois, le fait de ratifier la résistance fait réaliser au patient à quel point il a du mal à lâcher le contrôle. « *Peut-être y a-t-il une partie de vous qui a raison de se méfier et il y a une partie de vous qui aimerait pouvoir changer!* »

Que la résistance existe ou non, là n'est pas la véritable question !

La vraie question porte plutôt sur ce que ce concept entraîne et génère comme effet dans la relation thérapeutique. Comment éclairer par exemple le fait que beaucoup d'hypnotistes, héritiers d'une hypnose suggestive du XIX^e siècle continuent de parler de résistances, alors que pour Steve de Shazer¹ et pour Milton Erickson, il n'y a pas de résistance ? La non-prise en compte de la singularité individuelle que l'on retrouve dans la confusion entre hypnose et suggestion, chez Bernheim comme chez Hull, est une confusion qui continue encore de nos jours, par exemple dans le rapport de l'INSERM en 2015 (partie sur l'hypnose). Il y a bien sûr de la résistance en termes d'action parce que les personnes peuvent être angoissées à l'idée de changer. Nous sommes identifiés à nos peurs, à nos croyances, à nos compensations. Cela crée une sorte de malheur confortable qui endort nos angoisses, mais qui limite nos élans. Un changement qui ne provoquerait que peu ou pas de résistance serait un bon indicateur que ce dernier ne bouscule pas les habitudes et que conséquemment il n'en est pas vraiment un.

Pour Freud, la résistance est liée à la dimension structurale de la

1. De Shazer S.
The Death of Resistance, Fam Proc
23:11-17, 1984.



méfiance, elle s'enracine dans une vision post-traumatique de l'homme défini comme un loup pour l'homme (*Homo homini lupus est*), ce qui, vous en conviendrez, n'est pas très gentil pour le loup. Dans cette vision pessimiste, toute intention collaborante ne peut être pensée et la résistance devient indépassable. Dans ce monde de la survie le transfert est sans fin, le psychisme ne fait rien pour rien, il y a toujours la recherche de la satisfaction narcissique. À la différence du monde de Freud, le monde d'Erickson est le monde de la vie, la gratuité est possible à minima dans beaucoup d'expériences de vie. Pour lui, un sujet est toujours dans une dynamique de collaboration, c'est-à-dire avec une intention de rentrer en relation avec l'autre, car c'est en ayant une relation vivante avec l'autre que l'on rentre en relation avec soi-même. Cette relation collaborante est au centre de l'approche éricksonienne, il existe toujours une intention positive dans tout comportement qui peut nous apparaître comme résistant. S'il peut y avoir un comportement résistant lié

à la peur du changement, il existe toujours une intention d'entrer en relation avec l'autre, sur laquelle vont s'appuyer le thérapeute et le sujet pour dissoudre la résistance. Comme dans l'approche centrée solution et l'approche narrative, quoi que fasse le sujet, ses actions sont interprétées par l'autre membre de la relation comme ayant une intention positive pour enrichir et agrandir la relation. L'approche de Milton Erickson, en ce qu'elle est permissive et utilitaire ne crée pas de résistances autres que celles que manifeste habituellement l'ambivalence d'un patient en situation thérapeutique.

Le changement, et le non-changement, correspondent toujours à un apprentissage, la thérapie à un deutéro-apprentissage. Ce que peut, au mieux, apprendre le patient c'est à rendre caduc le recours à un thérapeute, en ce que ce thérapeute peut lui permettre d'apprendre à apprendre, c'est-à-dire faire en sorte qu'il redevienne son propre thérapeute après avoir retrouvé son autonomie relationnelle.²

2. Bettèze J. Autonomie relationnelle, *Hypnose et thérapies brèves, Hors-série 11*. Avon, Metawalk. 2017.