



La résistance du patient : «à quoi?», «contre qui?»

Rev Med Suisse 2006; 2: 853-7

M. Moutet
A. Golay

Marius Moutet
Gestalt-thérapeute, Consultant pour
le SETMC, formateur aux HUG et
à la Faculté de médecine
Rue Dancet, 3
1205 Genève
marius.moutet@online.fr
Pr Alain Golay
Service d'enseignement thérapeutique
pour maladies chroniques
Département de médecine
communautaire
HUG, 1211 Genève 14

Patient's resistance: to what? to whom?

An approach for «resisting patients» to treatments and weight loss programme is proposed.

Patient's resistance is a sign of vitality, a source of information for the health care provider and an invitation to question the nature of therapeutic relationship.

Resistance can constitute a «block road» which the health care provider may not be able to avoid unless initiating a process of changes based on reciprocal responsibilities and implications.

Towards a patient resisting to change, it is appropriate to understand how he resists, to what and, perhaps to whom.

Practical proposals to «do and to be with a resisting patient» can be applied by health care providers taking care of patients suffering from binge eating disorders and obesity.

Une approche relationnelle des «patients qui résistent» aux traitements et au programme de perte de poids est proposée. La résistance du patient est un signe d'énergie vitale du patient, une source d'information pour le soignant et une invitation à s'interroger sur la nature de l'alliance thérapeutique. Elle prend des formes diverses et peut constituer un piège relationnel duquel le soignant ne pourra s'extraire qu'en initiant un processus de changement fondé sur la responsabilité et l'implication réciproque. Il est opportun, face à un patient qui résiste au changement, de comprendre comment il résiste, à quoi vraiment et peut-être à qui.

Des propositions pratiques pour «faire et être avec un patient qui résiste» peuvent être appliquées par les soignants en charge du suivi de patients atteints de troubles de l'alimentation et d'obésité.

LA RÉSISTANCE : UNE ÉNERGIE AU SERVICE DE LA RELATION THÉRAPEUTIQUE ?

La résistance : source de lumière ?

La définition de la résistance en termes d'électricité, peut nous «éclairer» : c'est la caractéristique qui mesure l'aptitude d'un corps à s'opposer au passage du courant en dégageant de l'énergie (chaleur, lumière). De ce fait, plus il y a de résistance,

plus il y a de l'énergie. Et de constater que s'il y a résistance, il se produit quelque chose. Cette énergie peut produire des étincelles mais encore mieux de la lumière !

Appliquée dans notre paradigme de soignant, ce serait une énergie tout d'abord, signe de vitalité, probablement mal utilisée par le patient mais énergie tout de même qu'il convient d'accueillir et reconnaître. Et si le patient déploie de l'énergie à résister on pourrait dire comme E. Breshgold¹ que «ces résistances ne doivent pas être enlevées mais il est important de les comprendre comme de précieuses énergies de la personnalité dont il est fait seulement mauvais usage».

La résistance : une façon d'être ?

L'idée d'accueil peut aussi s'avérer d'un grand intérêt en termes d'informations sur le patient. Il dispose au moins de cette force de résister, comme d'une capacité psychologique et d'une réaction d'autonomie. Si le patient obèse continue à venir consulter et à nous dire qu'il n'arrive pas à maigrir, il a encore la capacité de nous dire qu'il est affecté, touché par sa difficulté. Il peut nous informer sur son mode de fonctionnement : comment il s'y prend pour ne pas y arriver. Il nous donne aussi des indications sur la qualité de notre relation : suffisamment bonne pour en parler mais insuffisamment motivante pour déclencher un changement. Son échec nous demande à inventer, à réfléchir à un nouveau positionnement, une nouvelle façon de nous ajuster à lui.

Carl Rogers et toutes les approches centrées sur le patient proposant l'écoute non directive vont considérer l'acceptation de ses résistances comme fondement de la démarche.

Fritz Perls,² un des pères fondateurs de la gestalt-thérapie, ajoutera que «les résistances sont des assistances pour le patient» et considèrera, avec le postulat que tout est interaction, qu'elles nous informeront sur l'état de sa relation avec ceux qui l'entourent.

Cet apport de la psychothérapie, tout comme celui de la présence d'énergie proposée par l'électricité, nous offre de nouvelles perspectives pour appréhender la résistance du patient : «sa résistance est une façon d'être en relation qui vient interpeller le soignant sur sa disposition à accepter le mode relationnel proposé par le patient».

ACCUEILLIR LA RÉSISTANCE AU CHANGEMENT

«Le changement apparaît lorsqu'un sujet devient ce qu'il est, non lorsqu'il essaie de devenir ce qu'il n'est pas» propose Arnold Beisser³ dans sa théorie paradoxale du changement. Ce qui suppose dans la relation patient/soignant :
A. d'accueillir, de suivre, d'accompagner le patient dans la forme de développement de ses résistances ;
B. d'identifier ses propres résistances en tant que soignant à l'accompagner ;
C. de développer l'autonomie et la responsabilité de chacun dans la relation thérapeutique.

Aussi bien pour le patient que pour le soignant, cette approche du changement est pertinente : le point de départ au processus de transformation prendra sa source dans une acceptation de la situation présente – la mienne et celle de l'autre – avec nos capacités et difficultés respectives.

LES QUATRE FORMES DE RÉSISTANCE : À QUOI ET À QUI ? (figure 1)

La résistance du patient prendra quatre formes distinctes selon une résistance à un «quoi» et à «qui». A-t-il une conscience profonde de la nature de sa résistance et d'une

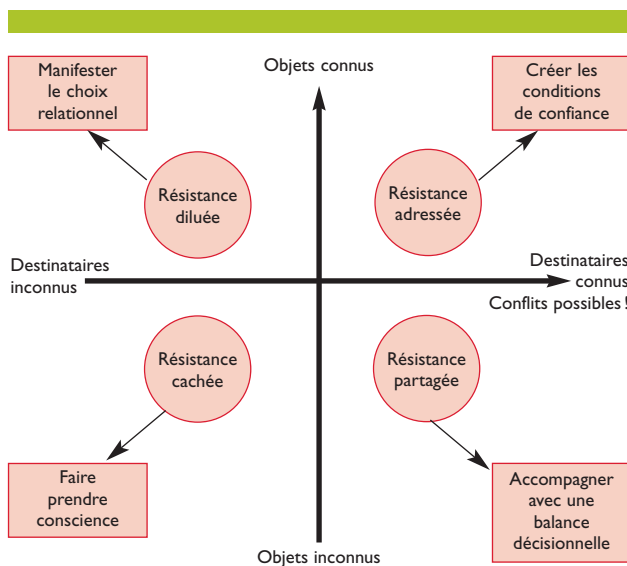


Figure 1. Les quatre formes de résistance : à qui ? A quoi ?

éventuelle fonction relationnelle qu'elle pourrait remplir ?

- *La résistance cachée : objet et destinataire inconnus.* Le patient résiste et n'en a pas conscience ou ne s'en rend pas compte. Il vient nous voir avec la volonté de se soigner, mais n'y arrive pas et ne peut accepter cette résistance profonde au changement : ni sa nature, ni sa forme, ni son objet, ni son expression, ni sa fonction. «Je n'ai pas besoin de suivre ce traitement, je vis très bien avec mon poids». En s'appliquant à respecter le rythme du patient, nous chercherons à faciliter l'émergence d'une prise de conscience.

- *La résistance partagée : objet inconnu et destinataire connu.* La résistance se présente comme l'expression d'un défaitisme et d'une absence de solutions. C'est le patient qui vous consulte parce qu'il est «obligé» de se soigner et qu'il ne sait pas réellement pourquoi : «vos traitements ne sont pas assez efficaces, comme tous les autres, je crois que vous ne pouvez rien pour moi». L'accompagnement se concentrera dans l'expression de tous ces «avantages» à résister, puis grâce, par exemple, à une balance décisionnelle, encouragera le choix de stratégies selon des avantages et des désavantages à changer, adaptées pour se soigner tout en acceptant un rejet récurrent de la situation de soins.

- *La résistance diluée : objet connu et destinataire inconnu.* Il n'existe pas de différenciation avec l'Autre, et donc peu de possibilité de conflictualiser : «j'ai essayé tous les régimes..., dans la famille, on est tous comme cela». La fonction relationnelle de la résistance n'est pas prise en compte et il est possible qu'une remise en question des loyautés familiales soit trop anxiogène. C'est en soutenant une capacité à manifester ses choix dans la relation thérapeutique que le patient atteindra une forme d'autonomie propice à un positionnement plus clair dans son environnement familial.

- *La résistance adressée : objet et destinataire connus.* C'est la façon de signifier mon désaccord à quelqu'un. C'est une résistance à «qui» plus qu'à «quoi». C'est le patient qui a été «envoyé» par un prescripteur qui considère la situation bloquée (entourage du patient, confrère, etc.) : «je sais très bien ce qui ne va pas, ni vous ni votre médecine, ne me trouvera de solutions, c'est ma femme qui y croit». Il conviendra de resituer le patient dans un contexte relationnel en l'aidant à prendre conscience que cette façon de le dire à «un qui» le pénalise surtout lui-même. C'est une résistance qui ne se transforme pas en conflit ouvert et créateur. Il faudra créer les conditions de confiance en soi pour qu'une confrontation directe avec l'entourage prescripteur soit pertinente et porteuse de transformation

Résistance contre quoi, contre qui ? (tableau 1)

Dans l'étude des formes de la résistance, le processus de formation de la résistance – la «gestaltung» est primordiale : comment s'est-elle mise en place, quels bénéfices

Tableau 1. Résistance contre quoi, contre qui ?

- La résistance cache autre chose de façon consciente ou non consciente qu'il faut intégrer dans le processus thérapeutique
- Elle est l'expression d'un désir du patient d'immobilisme supérieur à une nécessité de changer qui satisferait soignants et entourage
- Elle oblige le soignant à s'impliquer dans le contexte relationnel



a-t-elle pu apporter dans le passé, que dit-elle de ma façon d'être en relation avec les autres ?

Rappelons que résister suppose une force contraire et que la résistance est une résistance à la fois contre «qui» et contre «quoi». Réfléchir sur «contre quoi», c'est traiter le symptôme ; réfléchir sur «contre qui», c'est s'attaquer au processus même de la résistance qui sert le patient dans un contexte relationnel mais le dessert dans un contexte de traitement de la maladie.

Notre hypothèse serait donc que le contexte relationnel est aussi important que le contexte de traitement de la maladie. Ce qui oblige le soignant à s'impliquer aussi dans le contexte relationnel.

Résistance : «contre vous soignant»...

C'est donc au soignant que revient dans un premier temps l'initiative de changer ! Il devient alors un «agent» du changement non pas parce qu'il conseille ou ordonne le changement mais parce qu'il l'expérimente avec le patient. Il aura donc à favoriser les conditions d'un meilleur ajustement relationnel, d'instaurer une confiance, légitimer les émotions du patient, comprendre ses difficultés à changer, attendre selon son tempo.

Résistance : «contre une ou plusieurs personnes de l'environnement du patient»

L'environnement du patient a déjà un discours sur le changement rendu nécessaire ou obligatoire qui a été dit, redit, asséné au patient. Si le soignant suit lui aussi ce chemin, il ne se distingue pas et devient un obstacle de plus contre lequel le patient va se confronter en utilisant probablement ses modalités habituelles de résistance.

Par contre, si le soignant devient un facilitateur en accueillant dans un premier temps l'immobilisme du patient, il peut être un «contenant» dans lequel la résistance peut s'exprimer, être écoutée. Ainsi, une relation de confiance dans laquelle l'expérience de changement dans un second temps pourra être tentée pas à pas.

Le soignant devient alors le plateau stable d'une balance du changement toujours prêt dans l'imaginaire du patient à rééquilibrer les risques d'un changement trop important. L'impatience du soignant au changement déséquilibrerait le schéma du patient, sa patience permettant au contraire de créer le lien de confiance, condition de base de l'expérience du changement.

L'expérience sera alors de faire prendre conscience au patient l'inadaptation de la résistance et son côté paradoxal : ne pas changer, c'est finalement faire le jeu de l'environnement et s'exposer à ses remarques. Initialement, ne pas changer est une forme de distanciation et de pouvoir en s'opposant au désir de l'Autre mais en s'enfermant dans ce système relationnel, l'Autre le renvoie à ses incapacités, prend l'ascendant et garde donc un contact rapproché de domination sur le patient.

En faisant une place à la résistance dans «son cabinet», c'est-à-dire en l'acceptant, le soignant :

- satisfait le besoin initial de distanciation avec l'Environnement ;
- permet au patient de satisfaire son besoin de conflictualiser dans un nouvel environnement de confiance ;

– laisse le patient inventer une nouvelle modalité relationnelle d'être en contact étroit avec son Environnement qui peut être alors satisfait de manière plus créative et constructive que par l'intermédiaire de la résistance.

L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE EMPATHIQUE-SYMPATHIQUE

Si le soignant accueille objectivement la résistance comme émanant d'un sujet (donc subjective), il soutient son expérience du moment et facilite «l'alliance thérapeutique». En se focalisant sur le «pourquoi» de la résistance, le soignant fait le jeu du patient qui le «piège». En se concentrant sur le «comment», le soignant propose une direction nouvelle, faisant une place au contexte relationnel, ce qui constitue un réel changement.

Cette «alliance thérapeutique» repose heureusement en médecine de plus en plus sur la notion d'empathie. Le fondateur de la gestalt-thérapie, Fritz Perls, a développé l'idée de sympathie.

«Ce patient m'est-il sympathique ?» est une question pertinente dans le paradigme relationnel d'accompagnement au changement. Il propose en effet d'aller au-delà de l'écoute et la compréhension du soignant empathique qui dirait : «je vous comprends, c'est difficile de suivre le traitement». Le soignant sympathique dira «à votre place, je ne sais pas moi non plus si j'y arriverais, mais de la place où je suis, j'ai envie de vous aider pour que nous y arrivions». S'ajoutent alors la personnalisation et l'engagement du soignant qui permettent de tisser un lien singulier et déterminant. C'est aussi parce qu'il m'est sympathique, que j'ai développé une relation particulière avec lui, que le patient me donne envie de m'adapter à lui.

La question suivante pourrait être : «est-ce que je suis sympathique avec ce patient ?» Beaucoup pourront penser que cela ne fait pas partie de leur mission. Néanmoins, concernant l'accompagnement de patients souffrant d'une pathologie dans laquelle les conduites répétitives constituent un obstacle majeur à la guérison, l'implication du soignant pourra servir de déclic au changement de comportement.

Il reviendra donc au soignant de s'interroger sur ses propres résistances qui lui font trouver ce patient moins sympathique, ou s'engager moins pour lui qu'un autre ...

APPORTS DE LA GESTALT-THÉRAPIE (tableau 2)

Trop souvent, nous recevons des patients qui attendent des solutions de l'extérieur : «qu'allez-vous faire pour moi ?», «faites-moi maigrir». Nous ne sommes paradoxalement

Tableau 2. Apports de la gestalt-thérapie

- Le manque de ressentis : sentir son poids, accepter la faim, observer son image corporelle
- La manifestation des affects : accueillir la tristesse, faciliter l'expression de l'amertume et de la colère, soutenir le désir
- L'élaboration de sens : développer les capacités de prise de recul et de recherche de significations au sein de la séance pour que le patient poursuive le processus dans son quotidien



pas dans une situation de partenariat mais de demande d'un client à un prestataire de services! Le partenariat supposerait de créer ensemble la solution. Le patient demande une prestation et le soignant est tenté d'apporter des solutions. Déjà commence le premier conflit potentiel; le patient, dans la toute puissance de son droit légitime, demande un traitement efficace et le soignant, qui est certain que ce n'est pas l'administration d'un traitement qui suffira mais bien l'adhésion continue du patient au traitement, qui sera la clé de voûte du processus de perte de poids et de son maintien. C'est quand la maladie, et ses conséquences médicales, psychologiques et affectives, sera intégrée à la fois aux niveaux intellectuels, émotionnels, sensitifs et corporels, que le processus de transformation et de création du patient pourra alors donner des résultats probants.

Le suivi de patients obèses en gestalt-thérapie insiste particulièrement sur la notion de sens dans sa triple définition: sensation, direction, signification et non pas sur la recherche de causalité.⁴ Cette recherche de causalité est paradoxalement toujours une façon de rester dans le paradigme où face à un problème identifié, le patient attend une solution efficace. On réfléchira plutôt en termes de processus de construction et de fonctions du symptôme d'obésité. Eviter le «pourquoi» pour rechercher le «comment».

Dans la maladie chronique, on peut supposer que le patient devient lui aussi compétent à mesure qu'il apprend à être conscient de son expérience et de son processus.

Ce sont alors deux «experts» qui collaborent, l'un partageant son vécu (je), l'autre son observation (tu), la relation permettant la coconstruction d'une position «nous» qui favorisera une direction nouvelle au traitement de la maladie.⁵ Comme l'indique Martin Buber⁶ à propos de toute relation, nous passons d'un «je-cela» (patient dans l'attente d'expertise du soignant) à un «je-tu» propice à la différenciation, à la responsabilisation et donc à l'échange et la rencontre, conditions de l'émergence d'un «nous».

ÊTRE ET FAIRE AVEC UN PATIENT QUI RÉSISTE : CINQ CLÉS (tableau 3)

Les propositions suivantes s'appuient sur le suivi de patients atteints de compulsions alimentaires à raison d'une séance par semaine sur plusieurs mois.

Etablir un climat de confiance et de sécurité

Toute une partie du travail initial porte sur la demande et la façon dont elle va s'exprimer. En partageant ses difficultés avec son interlocuteur, le patient offre la possibilité au soignant d'initier une nouvelle relation. En l'accueillant tel qu'il est, en écoutant sa demande sans chercher à y répondre immédiatement, le soignant s'adapte au rythme et à la forme de relation souhaitée par le patient. C'est cette qualité d'accueil associée à un engagement de la part du soignant dans le processus de soin qui va permettre la création d'un climat de confiance et de sécurité.

Dans une demande d'arrêt de compulsions par exemple, il conviendra de voir quelles sont les difficultés vécues par le patient à ce moment-là. Souvent le patient constate qu'il

Tableau 3. Etre et faire avec un patient qui résiste

- Etablir un climat de confiance: «cette difficulté peut se dire et ça sert la relation»
- Identifier les types et enjeux de résistance: «comment se manifeste la résistance?»
- Rechercher les fonctions et bénéfices des résistances: «pour quoi et pour qui ça sert?»
- Replacer la résistance dans le contexte relationnel présent: «à quoi ça nous sert ici et maintenant?»
- Coconstruire un monde nouveau: «vers où ça nous mène?»

n'a pas de ressentis. Il pourrait être alors judicieux de partager, en tant que thérapeute, ses propres ressentis, plutôt que de chercher à développer immédiatement un travail sur les sensations corporelles.

«La difficulté peut se dire et ça sert la relation, pour une plus grande authenticité».

Identifier les types et enjeux de résistance

Révéler un premier niveau de résistances ne signifie pas qu'elles se lèveraient par le simple effet de les identifier. L'expérience des conduites compulsives montre que c'est par l'observation des mécanismes du processus répétitif que le soignant va appréhender les différents types et niveaux de résistance à l'œuvre. Le «comment se manifeste la résistance?» permettra au soignant d'être plus à même de définir les stratégies de suivi les plus pertinentes pour ce patient. La forme de résistance n'est souvent pas connue par le patient lui-même (résistance cachée).

Un patient n'arrivait pas à changer ses comportements après de nombreuses tentatives parce que le sens même en termes de sensation, de direction et de signification n'était ni connu ni intégré. Même s'il avait beaucoup réfléchi et partagé sur ses difficultés, cela n'était pas associé à la sensation de faim. Ce qui se donnait à voir et à dire n'était que la partie visible de l'iceberg. Un travail plus approfondi sur le système familial d'origine avait permis d'identifier un climat incestueux dans lequel il avait grandi. Si peu à peu, la résistance profonde avait été identifiée, le destinataire n'était pas connu. La résistance à perdre du poids cachait finalement une résistance à pouvoir exister en tant qu'individu différencié au sein du système familial. Enfant, le patient avait mis en place un système de coupure de tous les ressentis afin de se couper de son désir et des risques qu'il pouvait comporter.

Rechercher les fonctions et bénéfices des résistances

De la résistance à contrôler les comportements alimentaires, la démarche s'était orientée vers l'observation des coupures des affects et des modalités de retrait dans la relation. En effet, c'est «l'usure» des comportements répétitifs, la mise à jour de leur désajustement dans la situation relationnelle, qui constitue le soutien principal au changement. En s'ajustant de façon plus créative à la situation, le patient pouvait vivre la relation sur un mode plus autonome, différencié et à l'écoute de ses besoins. La réapparition de



compulsions de temps à autre avait permis de mettre à jour la reproduction de comportements récurrents et les bénéfiques qu'ils pouvaient présenter: la protection face à la déception, la coupure du ressenti d'une tristesse archaïque, l'évitement du sentiment de solitude et de la phase dépressive qu'il pourrait occasionner.

«Pour quoi et pour qui ça sert ?»

En donnant une fonction aux résistances plutôt que de chercher une cause, en soutenant leur caractère sain et utile dans l'histoire du patient, il est possible de donner un nouvel élan à la guérison.

Replacer la résistance dans le contexte relationnel présent

Les coupures et retraits dans la relation thérapeutique méritent d'être observés. Ces coupures peuvent servir d'indicateur et d'information dans l'évolution de l'alliance thérapeutique. Se couper du désir permettait au patient d'éviter la frustration et la nouveauté qu'impliquait la relation.

Exprimer ses besoins à l'autre, c'est s'exposer au refus de l'autre de les satisfaire. En comblant l'angoisse du vide et de la solitude par des conduites compulsives, certains patients peuvent fonctionner dans une espèce d'autarcie affective et émotionnelle. L'autre n'a plus sa place car il est considéré soit envahissant, soit insatisfaisant.

«A quoi ça nous sert ici et maintenant ?»

En partageant son point de vue, le thérapeute va travailler à la réappropriation des projections (attribuer à l'autre ce que je ne peux accepter de moi) et permettre «de s'apparaître à l'occasion d'un autre»⁵ dans un climat de confiance et de respect. Un lien peut donc se créer mais surtout s'expérimenter et se vivre.

Coconstruire un sens nouveau

L'ultime clé consiste à favoriser la coconstruction de sens en termes de directions, de significations, de sensations. En insufflant cette dynamique, le patient peut appréhender la nouveauté avec beaucoup plus de confiance et de respect pour lui-même. Les expériences ne sont plus vécues comme des fuites en avant ou n'occasionnent plus des phases de repli sur soi qui trouvent souvent leur compensation par des conduites compulsives. L'imprévu et l'inconnu occasionnés par toute relation sont alors acceptables et pas seulement source d'appréhension paralysante.

«Vers où ça nous mène ?»

La curiosité vient nourrir «l'aller vers l'Autre», sans être

ni dans une demande omnipotente ni dans une acceptation inconditionnelle.

La responsabilisation des comportements et un engagement plus déterminé et confiant pour entrer en relation avec l'Autre, nous soignants par exemple, peuvent constituer une forme nouvelle. C'est un pas certain vers l'épuisement des formes répétitives qu'il convient de relever et soutenir.⁷

CONCLUSION

La résistance à un changement d'un patient est une source d'information précieuse pour le soignant et un indicateur de la qualité de sa relation avec son patient : résistance «à qui?», «à quoi?», «contre quoi?», «contre qui?».

Aujourd'hui, la pratique de la gestalt-thérapie nous invite à abandonner «ce terme qui suppose que le patient se conduit mal»⁶ lorsqu'il résiste au changement. Par contre, la gestalt-thérapie fait une place prépondérante à la relation «événement à la frontière». Frontière entre deux personnes – un acteur et un observateur; entre deux mondes – un personnel et un professionnel; entre deux conceptions de la pathologie – l'une à supporter, l'autre à diminuer.

Lorsque le patient change de comportement, il le doit en premier à lui-même, le rôle du soignant prend toute son ampleur dans sa façon de l'accompagner. Nous les invitons, l'un et l'autre, à réfléchir alors à cette proposition de Franck Staemmler:⁸ «l'objectif d'un processus de changement c'est la découverte, ou le développement, de nouvelles ressources, moins fatigantes, pour trouver sa propre valeur». ■

Implications pratiques

En considérant que les résistances sont au service de la relation thérapeutique, le soignant peut alors les considérer comme:

- Une énergie probablement mal dirigée
- Une source d'informations
- Le signe qu'il faut s'interroger sur la relation thérapeutique entretenue avec le patient
- Une protection plus ou moins consciente du patient contre un changement anxiogène

Bibliographie

- | | | |
|--|--|---|
| <p>1 ** Bresghold E. La résistance en gestalt-thérapie. 2^e éd. Bordeaux: Exprimerie, 1995; p. 24.</p> <p>2 Perls F. Le moi, la faim et l'agressivité. Paris: Tchou, 1978.</p> <p>3 ** Beisser A. La théorie paradoxale du changement. Bordeaux: Exprimerie, 1999.</p> | <p>4 Latner J. Gestalt-thérapie, théorie et méthode. 2^e éd. Bordeaux: Exprimerie, 1995; p. 228.</p> <p>5 ** Robine JM. S'apparaître à l'occasion d'un autre. Bordeaux: Exprimerie, 2004.</p> <p>6 ** Buber M. JE et TU. Paris: Aubier, 1969.</p> <p>7 Watzawick P, et al. Changements, paradoxes et psychothérapie. Paris: Seuil, 1975.</p> | <p>8 Staemmler F. Cultiver l'incertitude. Bordeaux: Exprimerie, 2003; p. 204.</p> |
|--|--|---|

* à lire
** à lire absolument