

7.11. Prévoir des efforts et des répétitions

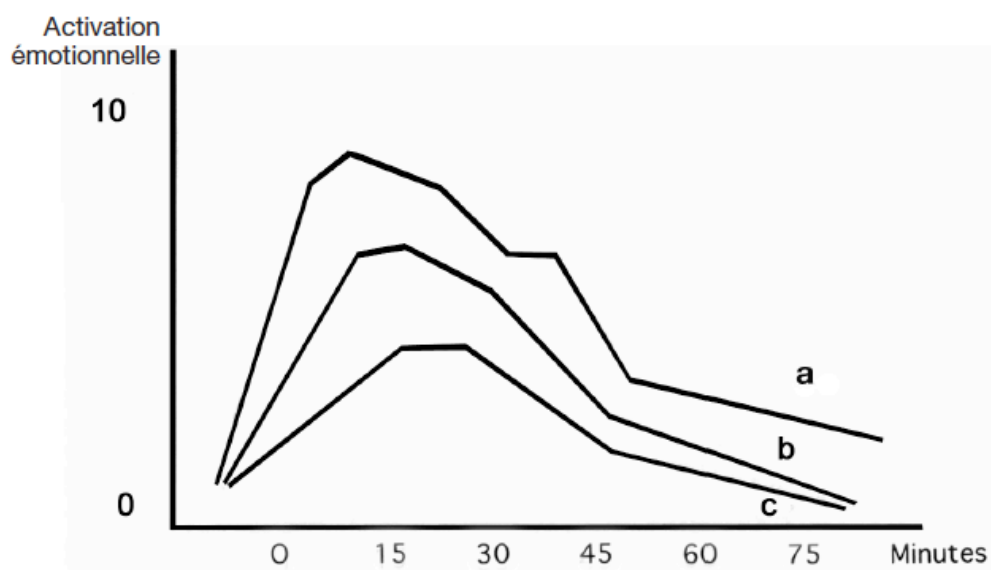
Nous l'avons déjà dit, le remplacement de modes de réactions par d'autres, davantage satisfaisants, suppose un apprentissage. L'apprentissage est d'autant plus difficile que les réactions sont automatisées et anciennes, qu'elles apportent un plaisir ou un soulagement immédiat. Dans ce cas, il faut garder à l'esprit la formule « *no pain, no gain* », pas de progrès sans peine.

p 231

1. Certains apprentissages n'exigent pas beaucoup de temps, mais une stratégie adéquate et des *efforts intenses*, par exemple pendant quelques heures. C'est le cas pour l'élimination de phobies simples selon la procédure comportementale déjà présentée (« exposition » avec « modeling » ; cf. 5.5.4).

L'évolution de la peur, au cours de la confrontation avec une situation phobogène, présente généralement trois phases : une brutale intensification, un plateau, une diminution lente (cf. graphique). Durant les deux premières phases, on est évidemment tenté de fuir. Si l'on cède à cette impulsion, l'angoisse diminue très rapidement, mais le comportement d'échappement se trouve renforcé (-S-), la croyance en la réalité du danger et la conviction de ne pouvoir y faire face se maintiennent. Si l'on tient jusqu'à ce que la tension diminue sensiblement, une restructuration cognitive s'opère et la phobie peut disparaître durablement, du moins si cette conduite est répétée plusieurs fois sans trop de délais. Il en résulte un sentiment d'efficacité personnelle qui facilite l'affrontement d'autres situations anxiogènes.

Des recherches ont montré que les deux premières phases durent en moyenne de 10 à 30 minutes. Le traitement d'une phobie par exposition devrait donc toujours se faire par séances d'*au moins* 30 à 60 minutes. À ce prix, les résultats peuvent être spectaculaires et rapides (souvent quelques séances suffisent)¹.



Exemple de l'évolution de la tension au cours d'une confrontation prolongée avec un stimulus anxiogène non réellement dangereux (a, b, c représentent des séances successives d'« exposition »)

Le traitement comportemental des rituels compulsifs se base sur le même principe. Les personnes qui, pendant plusieurs heures d'affilée, résistent à une compulsion et acceptent d'éprouver une forte tension, parviennent à diminuer progressivement son intensité et sa fréquence. Les progrès sont moins rapides que dans le cas des phobies et les rechutes ne sont pas rares, mais la procédure d'« exposition avec prévention de la réponse » est actuellement la seule qui donne des résultats appréciables, surtout si elle est combinée avec des procédures cognitives, en particulier la prise de distance à l'égard des idées obsédantes (cf. 8.3.1)². Freud l'avait pressenti (cf. 5.5.3).

p 232

2. De nombreuses *répétitions* sont nécessaires pour transformer des croyances renforcées des milliers de fois depuis l'enfance, par des autorités et par la personne elle-même. Ellis, le pionnier de la thérapie cognitive, écrit avec raison que des croyances toxiques, comme celles évoquées plus haut (cf. 7.8.3), ne sont *effectivement* remplacées par d'autres que moyennant les comportements suivants :

(a) les contester et les mettre au défi, de façon énergique et répétitive ; (b) se forcer à tenir bon malgré la douleur et les troubles qui surviennent quand on les contredit fermement ; (c) essayer d'éprouver d'autres émotions à leur sujet ou au sujet de leurs effets (par exemple chercher à se sentir heureux d'avoir cessé de fumer au lieu de rester accroché à l'idée que c'est terrible de passer par la souffrance de l'abstinence) ; (d) agir à leur encontre de manière directe et vigoureuse³.

On peut programmer de répéter des autoverbalisations et des images mentales définies chaque fois qu'apparaissent des stimuli ou des cognitions en rapport avec la réaction qu'on veut modifier, ou chaque fois qu'on se trouve dans une situation fréquente (entendre sonner le téléphone, utiliser un ascenseur). Il peut être utile de placer des mémos à un endroit de passage régulier (par exemple la salle de bains). On peut tirer profit du pouvoir suggestif d'images et de dessins : pour éviter de se suralimenter, placer des photos d'obèses sur la porte du frigo et de l'armoire à friandises.

p 233

On peut dédaigner ces procédés en les qualifiant d'« autosuggestion » ou de « conditionnement ». En fait, nous nous trouvons régulièrement devant cette alternative : soit nous laisser contrôler par des automatismes infantiles et des conditionnements sociaux, soit élaborer des modes de réaction en accord avec des objectifs personnels. La seconde option implique le remplacement, conscient et méthodique, de réflexes cognitivo-affectifs par des réponses en accord avec nos valeurs.

3. Se libérer d'une addiction bien ancrée exige la *répétition d'efforts importants*, la tolérance à des états pénibles et le développement d'activités agréables. Le plus souvent la victoire ne s'obtient qu'après plusieurs cycles composés d'une préparation mentale, d'une prise de décision, d'une période d'abstinence et d'une rechute. Selon les études, la moyenne du nombre de ces cycles, dans le cas du tabagisme et de l'alcoolisme, est de quatre à six⁴. Entre la première tentative d'abstinence et la libération durable, des rechutes sont la règle et non l'exception.

La personne se retrouve fréquemment dans la situation de l'homme assoiffé qui sait qu'un petit verre le soulagera. Il y a cependant une différence fondamentale : en l'absence d'eau, l'homme déshydraté ira de plus en plus mal, celui qui s'abstient d'une réaction addictive verra progressivement les impulsions diminuer, d'abord en intensité, puis en fréquence, pour enfin disparaître.

-
- ¹ Pour des détails de la mise en œuvre : André, C. (2004) *Psychologie de la peur. Craintes, angoisses et phobies*. Odile Jacob, 366 p. - Van Rillaer, J. (1997) *Peurs, angoisses et phobies*. Bernet-Danilo, Coll. Essentialis, 3^e éd. 2002, 64 p.
- ² Pour les détails de la mise en œuvre : Cottraux, J. (1998) *op. cit.*, - Sauteraud, A. (2000) *op. cit.*
- ³ The issue of force and energy in behavioral change. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 10 : 86.
- ⁴ Schachter, S. (1982) Recidivism and the self-cure of smoking and obesity. *American Psychologist*, 37 : 436-444. - Prochaska, J. & Velicer, W. (1997) The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12 : 38-48.