

III° CONGRES MONDIAL SUR LE BEGAIEMENT

**International Fluency Association
Danemark
7-11 Août 2000**

Résumé de la communication:

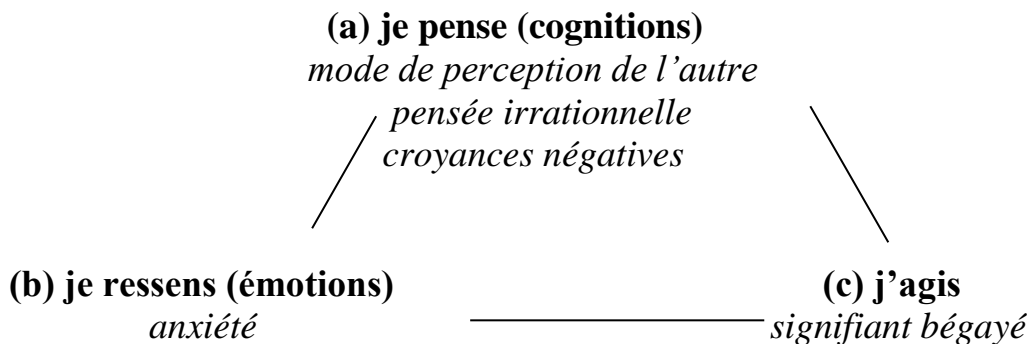
**« MODELE COGNITIVO-
COMPORTEMENTALISTE POUR
LA REEDUCATION DU BEGAIEMENT:
deux études de cas»**

**Professeur Nacira ZELLAL (*)
Institut de Psychologie et des Sciences de l'Education
Université d'Alger - ALGERIE -**

Ce projet de communication s'assigne pour objectif la rééducation du bégaiement à travers la mise en œuvre d'un modèle théorique **cognitivo-comportementaliste**.

Deux remarques préliminaires :

1- Selon les approches **cognitivistes** des psychiatres américains BECK (1990) et ELLIS (1992), ce schéma tridimensionnel rend compte de la réalité humaine :



Interprétation du bégaiement à travers ce schéma : autrui (a) provoque un sentiment d'anxiété chez le bègue (b), parce qu'il (le bègue) le perçoit comme étant une agression psychologique, ce qui traduit une parole au débit et au rythme anormaux (c).

Hypothèse thérapeutique :

il en découle, dans le processus thérapeutique, qu'il s'agit de dédramatiser la relation à l'autre, en agissant sur la perception de l'autre, par le bègue. C'est le vécu de l'autre qu'il faut modifier, pour rétablir l'équilibre qui lui fait défaut.

2- Selon les thèses **comportementalistes**, ce schéma « SORC » de COTTRAUX (1990) rend compte des faits analysables suivants :

(a) Stimulus	(b) Organisme	(c) Réponse	(d) Conséquence
<i>l'autre</i>	<i>perception</i>	<i>comportement</i>	<i>modification</i>
<i>et l'environnement</i>	<i>interprétation</i>	<i>signifiant</i>	<i>dans l'environnement</i>
	<i>émotion</i>	<i>compromis</i>	<i>qui influence</i>
	<i>affectivité</i>		<i>l'organisme</i>
	<i>réponse</i>		
	<i>physiologique</i>		

A travers ce deuxième modèle, l'on peut penser que la présence de l'autre (a) génère un sentiment d'anxiété émotionnelle (b) laquelle provoque un bégaiement (c) la conséquence (ou réaction de l'autre au bégaiement) majore le trouble, voire crée des désordres associés (d).

Hypothèse thérapeutique :

modification infinie nécessaire des « SORC » du patient, jusqu'à intériorisation automatique du passage d'un « SORC » à l'autre.

Notre démarche thérapeutique consiste en la mise en œuvre d'un protocole qui comprend :

- **07** principes;
- **04** techniques;
- **10** séances rapprochées.

Pour rééduquer un bégaiement, il faut d'abord en analyser les traits définitoires, lesquels, dans l'économie de cette contribution, peuvent être synthétisés en 4 points:

1- trouble du débit de la parole (déterminé physiologiquement par le fonctionnement et la gestion de notre souffle, et phonétiquement par des rhèmes significatives; les rhèmes phonétiques sont régies par une série de lois théoriques) ;

2- trouble qui revêt différents aspects : clonicité ; tonicité ; les 2 dans un même tableau ; inhibition ;

3- trouble qui peut être associé à d'autres : syncinésies ; sueurs ; énurésie ; poussées vasomotrices ; tremblements ; vertiges...

4- trouble relationnel/pragmatique : le bègue ne bégaie pas quand il se parle à lui-même ou quand il chante.

L'examen clinique doit permettre de dégager et de caractériser chacun de ces traits pour pouvoir les traiter efficacement.

DÉMARCHE RÉÉDUCATIVE

Les principes déterminent le pourquoi du geste clinique, les techniques en déterminent le comment.

Nous partons du postulat selon lequel toute entreprise rééducative consiste en la **vérification d'hypothèses à travers la mise en oeuvre de protocoles inscrits dans un cadre théorique.**

- Les traits définitoires 1-2 et 3 correspondent au SYMPTOME du bégaiement ou COMPORTEMENT bègue

- Le trait définitoire 4 correspond à son ETIOLOGIE, c'est-à-dire ses mécanismes internes qui sont d'ordre PSYCHOLOGIQUE

COMPORTEMENT + SA PSYCHOLOGIE engendrent une CONCEPTUALISATION et une REEDUCATION d'ordre COGNITIVO - COMPORTEMENTAL: c'est le cadre théorique de notre démarche clinique.

CONCEPTUALISATION DU BÉGAIEMENT SELON LE MODÈLE COGNITIVO- COMPORTEMENTALISTE

TR. PRAGMATIQUE = TR. AU NIVEAU DU VECU DE L'AUTRE PROTAGONISTE DE LA COMMUNICATION : comment le bègue perçoit-il l'autre ? Et c'est sur ce mode de perception de l'autre qu'il faudra agir.

Depuis 1979, année du démarrage de notre enseignement en milieu clinique (service ORL des CHU Mustapha puis Beni Messous, inscrit dans le module de 4^o année de la Licence d'orthophonie (IPSE - Université d'Alger), puis dans le cadre de la Formation Continue de la Société Algérienne d'Orthophonie, double formation qui consiste à rééduquer les divers troubles orthophoniques en présence des étudiants et praticiens, notre prise en charge du patient bègue consiste en une THERAPIE-COGNITIVO COMPORTEMENTALISTE, quel que soit le tableau de bégaiement.

Ce qui diffère d'un patient à l'autre, second principe théorique, c'est les techniques qui en découlent, lesquelles techniques sont adaptées au niveau intellectuel, à l'âge, au degré d'inhibition, aux capacités locutoires du sujet. Ici, le sens clinique (connaissance objective du patient) du thérapeute prend toute sa valeur. Le nombre de séances de rééducation n'a jamais été au-delà de 10.

III-1 - COLLECTE DES INFORMATIONS, EN VUE DE LA CONNAISSANCE OBJECTIVE DU PATIENT

a- Un premier contact avec le patient vise l'instauration d'une relation de confiance. Cette première rencontre est déterminante de l'efficacité de la prise en charge.

b- L'anamnèse permet de recueillir les renseignements sur l'histoire du patient, ses antécédents, l'âge et les circonstances d'apparition du trouble, la nature des relations intra et extrafamiliales.

c- L'entretien semi-directif basé sur des questions-réponses, permet de connaître le patient dans ses choix, ses programmes quotidiens, les situations qui génèrent l'anxiété, l'exacerbent, la diminuent ou l'enrayent complètement.

Ici le **degré d'inhibition**, les **troubles associés**, la **nature de la gêne** peuvent déjà être notés.

d- L'analyse complète du comportement : (le SORC qu'il s'agira de modifier)

*** description des stimuli à travers les techniques suivantes :**

Répétition ; lecture à voix haute ; récitation ; chanson ; voix d'appel ; s'adresser à un public ; discussion téléphonique. Le type de bégaiement apparaît à travers les corpus collectés.

*** analyse de leur mode de traitement par l'organisme**

Ici, c'est le degré d'inhibition, de gêne, d'autonomie par rapport aux différents stimuli, qui sont relevés à travers une observation scrupuleuse des recoupements (corrélations/dissociations) entre les réactions aux différentes techniques ci-dessus utilisées.

*** analyse du comportement bègue**

ici sont notés les accros, les blocs toniques, les reduplications syllabaires, le mode de distribution des rhèmes dans la chaîne orale ; le type de bégaiement est identifié, libellé et situé dans la nomenclature internationale des types de bégaiements.

*** analyse des conséquences psychophysologiques du bégaiement**

Noter : timidité, retrait de la société, échec scolaire voire professionnel, plan physiologique : sueurs, etc..., troubles de la gestion du contrôle pneumo-phonique ; ici, le **souffle** est testé systématiquement par les techniques phoniatriques de F. LEHUCHE : usage intempestif du souffle thoracique ; respiration inversée ; mauvaise synchronisation temps inspiratoire/début de rhème ; émission de la parole avec l'air inspiré ; tonicité labiale exagérée au moment de l'émission des nasales, des constrictives, diminution de la quantité vocalique...

Ces 07 principes sont assortis de 04 ordres de techniques.

III-2 RÉÉDUCATION ORTHOPHONIQUE DES BÉGALEMENTS SOUS L'ANGLE DES THÉRAPIES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES

Techniques COMPORTEMENTALISTES : relaxation ; variation des renforcements ; augmentation du degré anxiogène des stimuli puis sa diminution jusqu'à extinction ; dialogue dans différentes situations

et COGNITIVISTES : mise en situation anxiogène dès l'obtention d'une relaxation totale ; autoévaluation ; autocontrôle ; dédramatisation de la relation ; autonomisation..., sont constamment associées.

Information, guidances

Expliquer au patient en traduisant les concepts de sorte qu'ils lui soient accessibles (les parents, quand il s'agit d'un enfant) rendre compte de l'origine de ses problèmes relationnels en démystifiant l'autre, tout en prodiguant des conseils d'ordre technique (respiration) et social (faire du sport, ne pas hésiter à entrer en relation avec l'autre, qui n'est pas là pour le noter, le juger, ...).

Désensibilisation systématique (WOLPE, 1958)

Ici, il s'agit de mettre le patient dans un état antagoniste par rapport à celui d'anxiété : deux forces s'opposent, donc l'une va annuler l'autre : les techniques de relaxation (« les yeux ouverts » de LEHUCHE) annulent l'anxiété ;

Axer sur l'apprentissage de la gestion du souffle costo-abdominal, celui de la voix conversationnelle et maîtrise du souffle thoracique, celui de la parole émotionnelle.

Renforcement par des stimuli toujours nouveaux en suivant une augmentation graduelle des situations anxiogènes

émission des constrictives douces : h..... en les prolongeant dans un souffle expiré à partir de la sangle abdominale ; répétition de rhèmes de plus en plus complexes en les renforçant par le geste puis en supprimant progressivement cet exercice psychomoteur jusqu'à extinction totale ; lecture à voix haute d'un texte segmenté, du même texte non segmenté, en respectant l'ordre chronologique de la difficulté, c'est-à-dire ajout/extinction progressive puis totale de renforcements positifs : lecture à l'unisson, lecture indirecte, lecture chuchotée par le clinicien jusqu'à extinction de sa voix et accès à la lecture directe puis au dialogue sur le sens retenu de ce même texte. Le patient est autonome par rapport au sens du texte lorsqu'il peut le restituer sans l'avoir bégayé au moment de sa lecture.

Sur le plan cognitif, cette technique est importante : en effet, le bègue s'efforce de ne pas hésiter en lecture, se polarise sur son expression au détriment de son sens.

Autoévaluation, feedback, auto-appréciation, auto-correction

utilisation de la technique d'enregistrement du patient au magnétophone et l'amener à s'auto-écouter et à s'auto-apprécier.

ÉTUDES DE CAS

IV-1- Hamza, 10 ans, qui présente un bégaiement tonico-clonique, est le sixième enfant d'une fratrie de 5 enfants, n'a pas été désiré ; il est né par la face et a été allaité pendant deux mois seulement. Il présente un asthme traité et il a une maman possessive.

Au cours de sa scolarité, dès la 1^o année, le maître a signalé aux parents ses difficultés locutoires ; il a redoublé cette année, puis c'est la maman, institutrice, qui l'a pris dans sa classe, pendant une année.

Le bilan psychologique permet de noter les traits suivants :

- intelligence normale,
- instabilité, onicophagie, timidité, méticulosité à la limite d'un comportement obsessionnel,
- difficultés relationnelle avec la mère, qui parle à sa place, l'habille et d'entrer en communication avec les autres, manque d'autonomie.

Après une prise charge de 3 fois/semaine à raison de 10 séances, c'est un enfant qui ne bégaié plus, qui est détendu, affronte l'autre aisément, c'est un élève encouragé en 7^o année Fondamentale, les rapports à la mère se sont normalisés. Le témoignage du père de Hamza, exprimé publiquement lors des Conférences-Débats de la S.A.OR des 23-24 /04/1997, École de Jeunes Sourds du Telemly, Alger, encourage à continuer dans cette perspective.

IV-2- Redouane, 12 ans vient tous les mercredis-jeudis de Chlef, il souffre d'un bégaiement massif, par inhibition : sueurs, timidité profonde, poussées vasomotrices ; il ne peut même pas regarder son interlocuteur, il a quitté l'école sans pouvoir faire autre chose, à cause de ce handicap. Son frère, âgé aujourd'hui de 24 ans, a été rééduqué alors qu'il n'avait que 10 ans, il ne bégaié plus, c'est ce qui a encouragé R. à venir de loin, de façon régulière ; nous en sommes à la 4^o semaine de prise en charge et R. est plus détendu aujourd'hui, il n'a pas bégayé à la fin des deux dernières séances, c'est un progrès, mais on attend d'avancer avec lui, pour avoir des résultats définitifs.