Modèle cognitivo-comportementaliste pour la rééducation du bégaiement[6]

Nacira ZELLAL
URNOP - Université d'Alger 2

1. Définition

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 pneumo-phonique du souffle et, phonétiquement, par des *rhèses* significatives ; les rhèses phonétiques (groupes rythmiques significatifs ; N. Zellal, 1984) 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.

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

2. Démarche rééducative orthophonique : fondements théoriques

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

- Les traits définitoires ci-dessus évoqués : 1, 2 et 3 correspondent au SYMPTOME du bégaiement : le COMPORTEMENT bègue.

- Le trait définitoire 4 correspond à son ÉTIOLOGIE, c'est-à-dire à ses mécanismes internes, lesquels sont d'ordre PSYCHOLOGIQUE - COGNITIF.

COMPORTEMENT + SA PSYCHOLOGIE suggèrent une CONCEPTUALISATION et une RÉÉDUCATION d'ordre COGNITIVO – COMPORTEMENTALISTE : c'est le cadre théorique de notre démarche clinique.

[6] A behavioral cognitive treatment of stuttering, AIFA, Nyborg, Danemark, 7-11 Août, 2000. Communication non publiée en Algérie, qui demeure d'actualité ; c'est pourquoi nous la reproduisons, traduite en français dans ce numéro de revue.

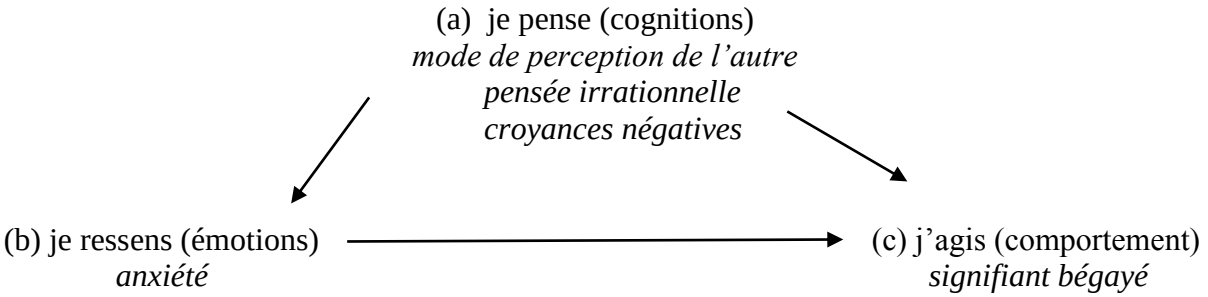
Voici donc une conceptualisation de la rééducation du sujet bègue, selon un modèle cognitivo-comportementaliste du bégaiement.

Trouble pragmatique : trouble au niveau du vécu de l'autre protagoniste de la communication. Problème : comment le bègue perçoit-il l'autre? C'est sur *ce mode de perception de l'autre*, qu'il faudra donc agir, pour rééduquer le patient bègue.

Depuis 1979, année du démarrage de notre enseignement *Étude de cas*, en milieu clinique (EJS Telemly, services d'ORL des CHU Mustapha & Beni Messous), lequel consiste en la rééducation des divers troubles orthophoniques en présence des étudiants et praticiens), notre prise en charge du patient bègue est une thérapie cognitivo-comportementaliste, quel que soit le tableau de bégaiement considéré.

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-dessus de 10. 40 minutes par séance.

Selon les approches cognitivistes ce schéma tridimentionnel rend compte de la réalité humaine :



Si j'interprétais le bégaiement, selon cette première partie du modèle du soin du bégaiement, proposé par les psychiatres américains, Ellis (1978) et Beck (1975), j'admettrais l'idée selon laquelle :

autrui (a) provoque un sentiment d'anxiété chez le bègue,

(b) parce qu'il le perçoit comme étant une agression externe,

ce qui traduit une parole au débit anormal (c).

Hypothèse thérapeutique : résultats positifs si l'on dédramatisait l'autre, en modifiant sa perception et son vécu, par le patient. L'autre n'est pas modifiable.

Selon les thèses comportementalistes, ce schéma « SORC » de Cottreaux (1990) rend compte des faits analysables :

(a) Stimulus →	**(b) Organisme**	→	**(c) Réponse**	→	**(d) Conséquence**
	perception *interprétation* *émotion* *affect* *réponse physiologique*		*comportement* *signifiant compromis*		*modification* *dans l'environnement qui influence l'organisme*

À travers cette deuxième partie du modèle, la présence de l'autre (a) génère un sentiment d'anxiété émotionnelle (b), qui provoque un bégaiement (c). La conséquence (réaction de l'autre au bégaiement) majore les troubles, voire crée des déficits associés (d).

La technique qui en découle : modification infinie des « SORC » du patient.

3. Application clinique

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

3.1 Collecte des informations en vue d'une connaissance objective du patient bègue

a- Un premier contact avec le patient vise l'instauration d'une relation chaleureuse et de confiance. L'importance de cette première rencontre est telle, qu'elle est déterminante de toute la prise en charge qui va suivre.

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, dans ses programmes quotidiens, dans les situations qui génèrent l'anxiété, l'exacerbe, la diminue 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 :

Répétition ; lecture à voix haute ; récitation ; chanson ; voix d'appel ; voix utilisée lorsqu'il s'adresse à un public ou lors d'une 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 au différents stimuli, qui sont relevés à travers une observation scrupuleuse des recoupements (corrélations/dissociations) entre les réactions aux différents stimuli ci-dessus évoqués.

* analyse du comportement bègue

Ici, sont notés les accrocs, les blocs toniques, les réduplications syllabaires, le mode de distribution des rhèses. Le type de bégaiement est identifié, libellé et situé dans la nomenclature internationale des bégaiements.

* analyse des conséquences psychophysiologiques du bégaiement.

Timidité, retrait de la société, échec scolaire, voire professionnel, plan physiologique : sueurs, etc..., troubles de la gestion du contrôle pneumophonique. Ici, le souffle est testé systématiquement par les techniques phoniatriques de Lehuche ; usage intempestif du souffle thoracique ; respiration inversée ; mauvaise synchronisation temps inspiratoire/début de rhèse ; 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 ordres de principes sont assortis de 04 ordres de techniques.

3.2 Protocole de rééducation orthophonique des bégaiements sous l'angle des thérapies cognitivo-comportementalistes

Techniques comportementalistes : relaxation ; variation des renforcements ; augmentation du degré anxiogène des stimuli ; sa diminution ; son extinction ; dialogue dans différentes situations :

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

a- Information, guidances

Expliquer au patient en traduisant les concepts, de sorte qu'ils lui soient accessibles (aux parents, quand il s'agit d'un enfant) : origine de ses problèmes relationnels en démystifiant l'autre, 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 juger).

b- 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 ;
Apprentissage de la gestion du souffle costo-abdominal, qui est celui de la voix conversationnelle ;
Maîtrise du souffle thoracique, qui est celui de la parole émotionnelle.

c- Renforcement par des stimuli toujours nouveaux, en respectant l'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 rhèses de plus en plus complexes, en les renforçant par le geste, puis en supprimant cet exercice psychomoteur progressivement 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.

d- Autoévaluation, feedback, auto-appréciation, autocorrection par l'auto-écoute par l'enregistrement du patient, au magnétophone : il s'auto-appréciera.

3.3 Étude de cas

3.3.1 Hamza, 10 ans, qui présente un bégaiement tonico-clonique, est le 6ème enfant d'une fratrie de 5 enfants. Il n'a pas été désiré, est né par la face et a été allaité pendant deux mois seulement. Il présente un asthme traité. La maman est possessive.

Au cours de la scolarité, dès la 1ère année, le maître a signalé aux parents ses difficultés locutoires ; il a redoublé l'année puis c'est la maman, qui, institutrice, 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 relationnelles avec la mère qui parle à sa place, l'habille ; il a du mal à entrer en communication avec les autres et manque d'autonomie.

Après une prise charge de 3 fois/semaine à raison de 10 séances, c'est un enfant qui ne bégaie plus, qui est détendu, affronte l'autre aisément, c'est un élève encouragé en 7° 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 donc à continuer dans cette perspective.

3.3.2 Redouane, 12 ans vient tous les mercredis-jeudis de Chlef, souffre d'un bégaiement massif par inhibition, de sueurs, d'une profonde timidité, de poussées vasomotrices et il ne peut même pas regarder son interlocuteur. Il a quitté l'école, mais sans pouvoir faire autre chose, en raison de ce handicap. Son frère, âgé de 24 ans, a été rééduqué, alors qu'il n'avait que 10 ans, il ne bégaie plus, c'est ce qui a encouragé R. à venir de loin, de façon régulière ; nous en sommes à la 4° semaine de prise en charge et il est déjà détendu, n'a pas bégayé à la

fin des deux dernières séances. C'est un progrès, mais nous attendons d'avancer avec lui, pour avoir les résultats définitifs.

Bibliographie

1. Ellis, A., Brief psychotherapy in medical and health practice, Paperback, 1978.
2. Beck, A.T., Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. Intl Universities Press, 1975.
3. Zellal, Cours de phonétique orthophonique, OPU, Alger, 1984.