

## RÉSUMÉ :

*L'utilisation des Thérapies Comportementales et Cognitives dans la rééducation du bégaiement, en association avec un travail moteur et linguistique chez l'adulte comme chez l'enfant, permet au patient de retrouver confiance en sa parole, de renforcer et de généraliser ses acquis. Ce travail, possible en rééducation individuelle, est particulièrement efficace en groupe et donne ainsi la possibilité au thérapeute du bégaiement, d'élargir son champ d'action.*

## MOTS-CLÉS :

Bégaiement - Thérapies Cognitivo-Comportementales - Adulte - Enfant.

Sylvie BRIGNONE-MALIGOT  
Orthophoniste et Thérapeute  
Cognitivo-Comportementaliste  
Enseignante à l'Institut Technique  
de Réadaptation Lyon  
Orthophoniste à l'Hôpital  
Edouard Herriot

Christine LOFFREDO  
Orthophoniste

Sandrine LOVERO  
Orthophoniste

# L'UTILISATION DES THÉRAPIES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES DANS LA RÉÉDUCATION DU BÉGAIEMENT

par Sylvie BRIGNONE-MALIGOT, Christine LOFFREDO  
et Sandrine LOVERO

**SUMMARY :** *Using cognitive and behavioural therapies in treating stuttering.*

*Using cognitive and behavioural therapies in treating stuttering, along with a motor and linguistic approach, with children and adults, helps the patient to feel secure again with his speech, and to reinforce and generalise new progress. This approach can be proposed in individual sessions, and is particularly efficient when used with a groupe of patients. It gives the therapist who deals with stuttering enlarged possibilities of work.*

## KEY WORDS :

Stuttering - Cognitive and Behavioural Therapies - Adult - Child.

# INTRODUCTION

Les thérapies cognitivo-comportementales sont issues des théories de l'apprentissage et de nombreuses études scientifiques du comportement.

Ces psychothérapies d'orientation scientifique sont les plus récentes : elles se sont développées à partir des années 60 en différents lieux : Etats-Unis, Angleterre et Afrique du Sud.

Le premier courant est la thérapie comportementale. Il est l'œuvre de comportementalistes qui ont utilisé des résultats de la psychologie expérimentale pour traiter des troubles du comportement. Le deuxième courant est la thérapie cognitive.

Dans les années 70, la "Thérapie cognitivo-comportementale" a consacré la volonté d'intégrer les approches typiquement comportementalistes et cognitives. Son objectif est de réduire des souffrances psychologiques et d'améliorer le bien-être, en apprenant comment modifier efficacement des modes de pensée et d'action.

## LES THERAPIES COMPORTEMENTALES

### A - DÉFINITION

#### 1- Le béhaviorisme

Ce terme importé littéralement de l'anglais, s'est implanté en France à la suite de l'ouvrage de P. Naville "La psychologie du comportement" en 1963. Il a été créé par J.B. Watson en 1913, dans un essai célèbre : "Le monde tel que le voit le béhavioriste". Il représente le label général d'un courant de recherches et d'applications pratiques, au sujet du comportement humain. Mais selon B.F. Skinner\*, le béhaviorisme n'est pas la science du comportement humain : c'est la philosophie de cette science (sa tâche serait de répondre aux questions fondamentales : une telle science est-elle possible ? Ses lois sont-elles validées comme celles de la physique ?...). Cependant, l'usage a fait que l'on désigne par le terme de béhaviorisme les recherches théoriques et philosophiques sur le comportement humain à partir de théories de l'apprentissage. L'aspect appliqué et pratique est appelé "thérapie comportementale".

#### 2 - La thérapie comportementale

Au départ, la modification du comportement fut essentiellement utilisée à des fins cliniques. L'extension de son application à d'autres fins telles que l'éducation, la publicité..., modifia la définition de la thérapie comportementale<sup>1</sup> que Cottraux\* énonça comme suit : "La (psycho) thérapie comportementale consiste en l'application de la psychologie scientifique et en premier lieu de la méthode expérimentale et des théories de l'apprentissage à la psychothérapie".

La thérapie comportementale applique les principes de l'apprentissage, établis de façon expérimentale, dans le but de vaincre les habitudes inadaptées.

### B - FONDEMENTS ET PRINCIPES

#### 1 - Comportement et personnalité

Le comportement est le concept central de cette théorie. J. Cottraux\* le définit comme étant "un enchaînement ordonné d'actions destinées à adapter l'individu à une situation telle qu'il la perçoit et l'interprète". Le comportement ne se limite pas aux mouvements du corps : il inclut l'ensemble des réponses internes (couvertes) et externes (ouvertes) que fait l'homme, en fonction des événements qui se déroulent dans son environnement. Ceci inclut\* :

- les réponses motrices verbales ;
- les réponses motrices physiologiques ;
- les images mentales ;
- les émotions ;
- les affects (phénomènes psychologiques correspondant aux phénomènes physiologiques que sont les émotions) ;
- les pensées et les croyances ;
- les perceptions, la mémoire, l'attention.

\*1974

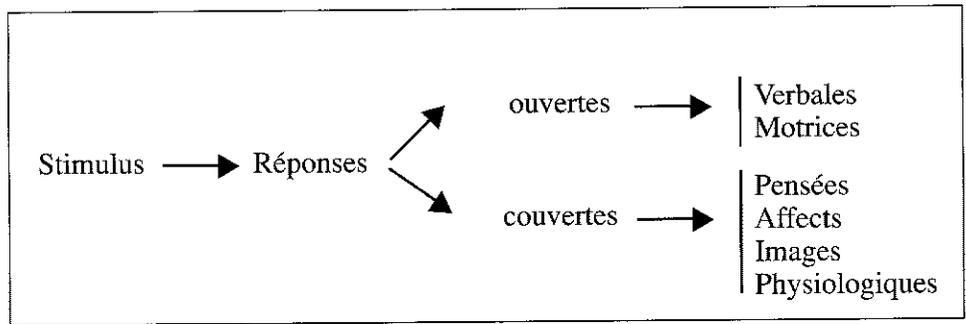
*"Ceci a entraîné l'utilisation du terme de "client" à la place de celui de "patient". Cependant, par souci de clarté vis-à-vis du lecteur, nous avons conservé le terme du "patient"*

\*1984, p. 4

\*1990, p. 18

\*Cottraux, 1984

### Schéma 1 - Comportement ouvert et couvert\*



Le comportement peut alors s'exprimer de la manière la plus simple dans un schéma stimulus - réponse, en différenciant des réponses couvertes et ouvertes. L'étude du comportement est donc l'étude des relations fonctionnelles (de cause à effet) entre les stimuli et les réponses, de manière aussi objective que possible. Nous verrons par la suite comment ce schéma a été reformulé par les différentes théories de l'apprentissage. Dans la perspective comportementaliste, les termes décrivant des caractéristiques de la personnalité (tels que passif, anxieux, agressif) ne sont pris en compte que s'ils font référence à "un ensemble de réponses spécifiques se manifestant dans des situations comparables, clairement identifiées"\*.

\*Ladouceur et al., 1989, p.13

Ainsi, la caractéristique assertive d'un individu sera significative si ses comportements verbaux et non-verbaux sont observés dans différentes interactions (en groupe, impersonnel, en individuel et interactions émotivement plus significatives).

Endler et Magnusson ont répertorié les caractéristiques essentielles de l'interactionnisme contemporain de la façon suivante :

"a - Le comportement est fonction d'un processus continu (ou multidirectionnel) de rétroaction entre l'individu et la situation qu'il rencontre ;

b - Dans ce processus d'interaction l'individu est un agent actif ;

c - Quant aux aspects de la personne dans l'interaction, il apparaît que les facteurs cognitifs constituent les agents déterminants du comportement ;

d - Quant à la situation, il apparaît que la signification psychologique de la situation pour l'individu constitue le facteur causal important\*."

Endler et Magnusson in Ladouceur et al., 1989, p.15

#### 2 - Stimulus et réponse

Le comportement consiste en des séquences du type stimulus-réponse dans lesquelles le système nerveux sert de médiateur. Une réponse est un événement comportemental ; un stimulus est ce qui précède et suscite une réponse. Pendant la vie active de l'individu, un enchevêtrement de ces séquences a lieu de façon incessante.

La permanence de la relation constatée empiriquement entre le stimulus et la réponse est ce que l'on appelle une habitude. Celle-ci peut être de différentes sortes : elle va de la simple réponse à un stimulus, à un ensemble ayant fait l'objet d'un apprentissage. Ce sont ces habitudes que les thérapies comportementales s'efforcent de modifier lorsqu'elles nuisent au bien-être de l'individu ou de son entourage\*.

\*Wolpe, 1975.

#### C - LES CRITÈRES DE LA THÉRAPIE COMPORTEMENTALE\*

- Elle est adaptée aux problèmes du patient dans le but de modifier un ou plusieurs comportements jugés insatisfaisants, inadaptés, par celui-ci ou l'entourage (dans ce dernier cas, des problèmes éthiques et légaux peuvent se poser).

- Elle se concentre sur le comportement : la modification du comportement représente le but contractuel fixé préalablement à l'établissement du traitement.

- Elle se centre plus sur "l'ici et le maintenant" que sur un processus, une histoire ou une structure sous-jacente. Cependant, la notion de conditionnement par un traumatisme, ou de petits traumatismes répétés peut intégrer certaines données de la psychanalyse.

- Toute thérapie comportementale comporte quatre phases :

• Analyse comportementale qui précise, quand, comment, avec qui ou quoi et dans quelles circonstances apparaît le comportement en cause, quels sont ses excès, ses déficits.

- Etablissement d'un contrat avec le patient à court ou moyen terme définissant les symptômes cibles et assignant un ou des buts en traitement.
- Mise en œuvre d'une technique ou d'un ensemble de techniques selon un programme.
- Evaluation des résultats à partir d'une ligne de base enregistrée avant tout traitement.
- Nécessité de l'évaluation : la nécessité de développer des systèmes et des méthodes d'évaluation est incluse dans la thérapie comportementale. Des mesures sont effectuées avant, pendant et après le traitement, de façon à évaluer avec précision la modification des comportements cibles.
- Durée de la thérapie : les thérapies comportementales sont des thérapies à court et moyen terme, c'est à dire que thérapeute et patient s'attendent à un résultat relativement rapide.

## CARACTÉRISTIQUES DES THÉRAPIES COMPORTEMENTALES\*

### Critères méthodologiques

- 1 - La thérapie comportementale se centre sur le comportement inadapté plutôt que sur une cause sous-jacente supposée.
- 2 - Les comportements inadaptés sont principalement acquis par apprentissage comme n'importe quel comportement.
- 3 - Les principes de la psychologie scientifique, en particulier ceux de l'apprentissage, sont efficaces pour modifier le comportement.
- 4 - La thérapie comportementale implique l'établissement de buts spécifiques clairement définis, objectivables, et mesurables.
- 5 - La thérapie se centre sur "l'ici et le maintenant".
- 6 - Toute technique comportementale a été testée expérimentalement et a été considérée comme relativement efficace.

### Critères relationnels

- 7 - La thérapie comportementale est expérimentale même en clinique : une hypothèse faite avec le client est vérifiée ou non par le traitement.
- 8 - La technique est adaptée au problème du client.
- 9 - L'essence de la relation thérapeutique est contractuelle : l'acceptation informée et la prédiction de durée du traitement sont nécessaires.
- 10 - Outre la méthode thérapeutique utilisée :
  - la motivation et les attentes du patient ;
  - la personnalité du thérapeute
 jouent un rôle important.
- 11 - Le patient a un rôle actif dans le processus thérapeutique (développement de l'autocontrôle).

## D - CHAMP D'ACTION DE LA THÉRAPIE COMPORTEMENTALE

La thérapie comportementale cherche à remplacer des habitudes inadaptées par d'autres plus appropriées. Nous parlons là d' "habitude" et non d'acte isolé, qui lui, est normal dans la vie de l'individu.

Les habitudes inadaptées fondées sur l'apprentissage constituent le domaine de la thérapie comportementale : quand l'habitude est fondée sur l'apprentissage, le processus d'apprentissage devrait apporter la clef du changement.

Les techniques de thérapie comportementale ont été, initialement appliquées au traitement des névroses et par conséquent au déconditionnement de l'anxiété (élément central des habitudes névrotiques). En effet, même si les manifestations indésirables n'ont pas de caractère anxieux aux yeux du patient, une investigation minutieuse montre dans presque tous les cas une anxiété sous-jacente\*.

Par la suite, l'application de la thérapie comportementale s'est étendue à de nombreux autres troubles (énurésie, toxicomanie et dépendance, bégaiement,...)

## E - ANALYSE COMPORTEMENTALE

La tâche du clinicien comportementaliste est d'établir un lien pertinent entre la loi générale et le détail de chaque nouveau cas clinique. Dans cette partie, nous aborderons

\*Cottraux, 1984, p.9

\*Wolpe, 1975

de façon assez succincte les différentes méthodes de recueil des données ainsi que les méthodes thérapeutiques pouvant être utilisées afin d'établir une analyse comportementale.

### **1- Méthodes de recueil des données**

#### **a - Techniques d'observation**

Celles-ci ont un rôle important en thérapie comportementale, aussi bien pour l'analyse comportementale que pour l'évaluation de l'intervention thérapeutique. Ici, l'instrument de mesure est l'observateur lui-même. Deux types d'observation sont possibles : en laboratoire (nous ne développerons pas cette partie ne constituant pas l'objet de notre recherche) et directe. L'observation directe permet de saisir l'ensemble du répertoire comportemental du patient. Cependant, il y a difficulté à noter tout ce qui se passe, d'où l'intérêt d'enregistrer la fréquence des manifestations du comportement (ex. : chaque blocage de la personne bègue).

#### **b - Entrevue**

Elle est nécessaire pour l'analyse comportementale. Elle permettra de noter :

- les comportements ;
- les antécédents ;
- les conséquences ;
- d'autres variables pouvant être impliquées.

L'entrevue comportementale présente deux caractéristiques principales\* : d'une part, elle est directive, et d'autre part elle est centrée sur la recherche d'informations concrètes, spécifiques et pertinentes, impliquées dans le problème. Ceci ne veut pas dire que le tout soit dénué de chaleur humaine.

Les buts de l'entrevue sont les suivants :

- établir un contact avec le patient et/ou sa famille selon son âge et son problème ;
- décrire précisément le problème et ses variables ;
- obtenir des informations sur l'historique du problème et sur les tentatives de solutions déjà amorcées ;
- Préciser les attentes du patient et voir comment en rétablir les objectifs.

Les difficultés de l'entrevue :

- Faire attention à la subjectivité du patient et/ou des parents s'il s'agit d'un enfant ;
- Etre sensible aux éléments non-verbaux.

Malgré ses limites, l'entrevue reste quand même le principal outil d'investigation.

#### **c - Jeu de rôle**

Il constitue une alternative intéressante parce qu'il offre certains avantages de l'observation directe, tout en restant pratique, et peut permettre la mise en évidence de troubles comportementaux spécifiques non détectables lors de l'entretien (un déficit des habiletés sociales par exemple).

Cependant, l'utilisation la plus répandue du jeu de rôle est à visée thérapeutique ; ceci permet de confronter l'individu à une situation simulée, analogue aux problèmes qu'il a rencontrés, dans le but de favoriser une réduction de l'anxiété ou d'acquérir un entraînement spécifique.

Enfin un dernier usage du jeu de rôle est d'évaluer les composantes cognitives ; ce sujet sera traité dans le chapitre suivant. Voici cinq étapes principales dans le déroulement du jeu de rôle à des fins d'évaluation clinique :

1 - A partir des informations déjà recueillies sur le sujet, définir un ou plusieurs domaines de situations pertinentes aux problèmes posés.

2 - Construire des scénarios utilisés pour le jeu de rôle en précisant : le lieu, le style d'interaction, le dialogue spécifique, les comportements para-verbaux (ton de la voix, expression faciale,...) et enfin le comportement requis dans cette situation.

3 - Justifier l'utilisation du jeu de rôle quand il s'agit d'adultes, ou aux parents si les patients sont des enfants.

4 - Commentaires positifs spécifiques du thérapeute lors du jeu de rôle au patient (rétroaction, renforcement).

5 - Recherche de l'information spécifique obtenue sur les composantes précises des réponses du sujet grâce au matériel vidéo (assertivité, comportements non-verbaux).

\*Ladouceur et al, 1977

Inconvénients du jeu de rôle :

- difficulté à obtenir une information objective des interactions observées. De ce fait, il est intéressant d'utiliser une grille d'observation remplie par des thérapeutes entraînés à l'utiliser. Ceci rend le travail moins laborieux, et permet d'objectiver les observations.

- rareté des recherches sur la correspondance entre les observations in vivo et pendant le jeu de rôle\*.

#### **d - Questionnaire**

Les approches classiques utilisent ce procédé afin de mesurer les traits généraux de la personnalité. Le comportementalisme, quant à lui, l'utilise dans le but d'obtenir un échantillon du comportement de l'individu dans diverses situations données. En effet, le sujet doit évaluer et coter ses réactions comportementales pour chaque item du questionnaire (chaque item présente au patient une situation précise).

#### Avantages :

- Obtenir rapidement et simplement des informations que l'entrevue pourrait difficilement révéler ;

- Moyen utile bien qu'imparfait pour arriver à une certaine description objective et standardisée de la subjectivité du sujet.

#### Limites :

Elles sont souvent identiques à celles de l'entrevue.

Le thérapeute est dépendant d'une évaluation du patient. Celui-ci peut aisément fausser les résultats de façon délibérée ou involontaire.

"Il n'y a pas de méthode facile pour étudier le comportement humain ; la seule solution est d'observer aussi directement que possible, le comportement lui-même"\*

## **2 - Méthodes thérapeutiques**

### **a - Désensibilisation systématique**

La méthode dite de désensibilisation systématique est la plus connue et la plus utilisée en thérapie comportementale. Quoique certains travaux aient ébauché cette technique, la paternité est incontestablement attribuée à J. Wolpe\*, à partir de ses travaux sur les névroses expérimentales.

Cette méthode thérapeutique comporte deux éléments fondamentaux :

- d'une part, une exposition graduelle à la situation anxiogène (on part des situations les moins anxiogènes pour finir vers celles provoquant une réaction émotionnelle intense). J. Wolpe a désigné cette procédure sous le nom de désensibilisation systématique.

- d'autre part, l'introduction d'une réponse supposée antagoniste à l'anxiété, qui entraînerait un phénomène d'inhibition réciproque.

J. Wolpe a défini ce principe en disant : "Si une réponse inhibitrice de l'anxiété peut survenir en présence de stimuli anxiogènes, cette réponse pourra affaiblir les liens existant entre ces stimuli et l'anxiété"\*.

On parle ici de principe de contre-conditionnement, terme désignant le procédé par lequel une réponse conditionnée est remplacée par une nouvelle réponse, ainsi associée au stimulus original. L'inhibition réciproque, quant à elle, fait référence à un aspect physiologique. L'agent de contre-conditionnement est constitué par la nouvelle réponse inhibitrice de la réponse conditionnée\*.

J. Wolpe s'est inspiré des travaux de Jacobson\* sur la relaxation musculaire pour appliquer un traitement basé sur le principe de l'inhibition réciproque aux comportements névrotiques humains. Il lui apparut que la relaxation musculaire était physiologiquement incompatible avec l'anxiété ; en effet, une personne ne pouvait en même temps ressentir un état égal de relaxation et d'anxiété, d'où l'antagonisme de ces réponses.

La description générale de cette méthode pourrait se résumer comme suit :

1 - entraînement à la relaxation musculaire ;

2 - établissement d'une hiérarchie pour chaque situation anxiogène ;

3 - présentation en imagination des items composant chaque hiérarchie, puis exposition graduelle aux situations génératrices d'anxiété\*.

J. Wolpe affirme qu'il y a une relation directe entre ce que le patient peut se représenter mentalement sans anxiété et ce qu'il éprouve lorsqu'il est placé en situation.

\*Ladouceur et al., 1977.

\*Peterson in Ladouceur et al., 1989, p.45.

\*1958

\*Wolpe in Fontaine, 1978, p.199

\*Ladouceur et al., 1977

\*1938

\*Wolpe in Ladouceur et al., 1977

Cependant, ce transfert en situation réelle des résultats obtenus en imagination n'est pas entièrement confirmé, et la relaxation ne suffirait pas à elle seule pour inhiber l'anxiété. De nombreuses études ont en fait démontré que seule la présentation du stimulus anxiogène était nécessaire.

Les résultats de la désensibilisation systématique en thérapie de groupe et en thérapie individuelle ont été comparés et semblent être équivalents excepté en ceci : le fait d'être en groupe permet une économie de temps. En effet, un sujet observant une personne en train d'être désensibilisée pour un problème similaire au sien, en retire autant de bénéfice que si le thérapeute agissait directement sur lui\*.

\*Ladouceur et al., 1977

Des auteurs ont remis en question la valeur de l'inhibition réciproque comme modèle explicatif de la désensibilisation systématique et ont réinterprété cette méthode en accordant une place prépondérante aux facteurs cognitifs. L'attente de résultats positifs, la motivation des patients à résoudre leurs difficultés et une réévaluation de leurs comportements inadéquats figureraient parmi les principaux facteurs d'efficacité de cette technique\*.

\*Marcia et al. 1969 ; Valins et Ray, 1967 in Ladouceur et al., 1977

Enfin, M.R. Goldfried (1971, 1973) considère la désensibilisation systématique comme un apprentissage de nouvelles habiletés permettant au patient de réagir adéquatement à des situations problématiques. Le sujet acquerrait non seulement une habileté spécifique pour éliminer un problème précis, mais développerait également une stratégie nouvelle pour affronter d'autres situations difficiles.

Le renforcement positif du comportement d'approche et le façonnement expliqueraient adéquatement ce qui se passe au cours d'une désensibilisation. Une exposition graduelle à la situation anxiogène, suivie de conséquences positives telles que l'attention et les félicitations du thérapeute seraient les principaux facteurs responsables de l'efficacité de cette méthode.

Bien que les recherches visant à préciser les mécanismes de la désensibilisation systématique aient mis en évidence un grand nombre et une grande complexité des variables en jeu, l'efficacité de cette méthode a été reconnue et établie par de nombreuses études\*.

\*Valins et Ray, 1967 ; Leitenberg et al., 1975 in Fontaine, 1978

#### **b - Immersion et implosion**

Les techniques d'immersion et d'implosion consistent à proposer une désensibilisation systématique in vivo mais sans préparation particulière quant à l'apprentissage d'une réponse antagoniste à la peur.

Cependant, ces techniques étant reconnues comme ayant un caractère trop anxiogène pour l'enfant, nous les citerons juste à titre indicatif, celles-ci n'étant pas adaptées à notre recherche.

#### **c - Techniques aversives**

Cette technique consiste à "administrer un stimulus aversif afin d'inhiber une réponse émotionnelle indésirable, en diminuant de cette façon la force qu'elle a en tant qu'habitude"\*.

\*Wolpe, 1975, p. 207

#### **d - Le conditionnement opérant**

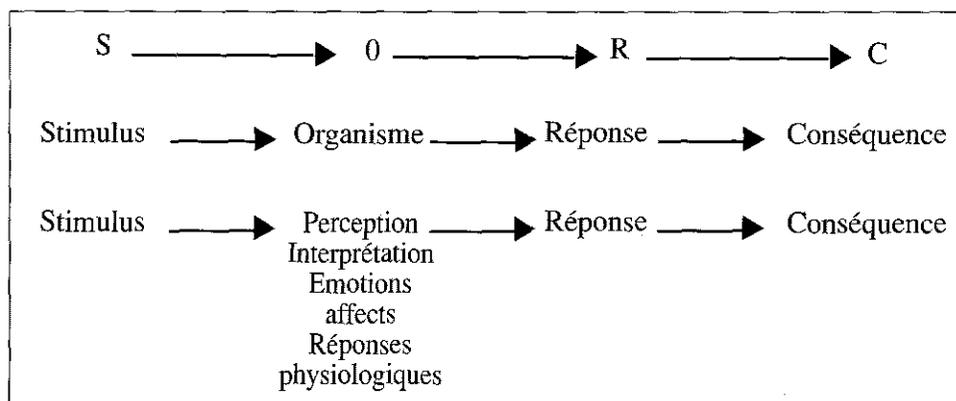
Les méthodes d'analyse du comportement visent à structurer l'environnement d'un individu, afin de provoquer le changement de comportement voulu. L'intervention comportementale s'appuie sur une analyse du comportement inadéquat et exige d'identifier les événements de l'environnement ou stimuli conditionnant le comportement. En outre, elle implique un changement des conditions affectant la réponse dans le but de la rendre adaptée.

Comme nous l'avons vu précédemment, la plupart des comportements impliquent des mouvements spécifiques en réponse à un stimulus ; ce sont les influences réciproques entre ces réponses (R) et la présence de stimuli (S) ou d'événements dans le milieu qu'il convient de décrire. De plus, on appellera conséquence (C) tout événement ou modification dans l'environnement succédant à une réponse et influençant la tendance de l'organisme (O) à émettre ladite réponse. Ainsi, une analyse complète du comportement doit remplir les objectifs suivants :

- 1 - décrire la réponse, qui est l'objet de l'expérimentation (R) ;
- 2 - décrire les conséquences contrôlant cette réponse (C) ;
- 3 - décrire le stimulus influençant le moment d'apparition de la réponse (S) ;

4 - évaluer les dispositions de l'organisme à émettre la réponse (O).  
Le modèle d'analyse du comportement peut se schématiser comme suit :

**Schéma 2 - Le schéma SORC de l'analyse comportementale\***



\*Cottraux, 1990, p.70

Il existe plusieurs méthodes de modification du comportement ; c'est en fonction des résultats de l'analyse comportementale que le thérapeute choisit celle qui semble la plus adaptée\* :

\*Ladouceur et al., 1977

- A - Renforcement par présentation d'un stimulus
- B - Renforcement par retrait d'un stimulus  
(A et B facilitent l'augmentation du débit d'une réponse)
- C - Puniton par présentation d'un stimulus
- D - Puniton par retrait d'un stimulus  
(C et D ont pour but de diminuer le débit d'apparition d'une réponse)
- E - Extinction
- F - Changement d'un stimulus  
(E et F sont des techniques destinées à faciliter la disparition d'une réponse)
- G - Renforcement différentiel et apprentissage d'une discrimination  
(a pour but de contrôler le moment d'apparition d'une réponse)
- H - Façonnement  
(est destiné à faciliter l'apparition d'une nouvelle réponse dans le répertoire du sujet)

Les méthodes de puniton par présentation et retrait d'un stimulus sont utilisées pour modifier des comportements de bégaiement, ainsi que la technique de changement d'un stimulus.

**e - Le conditionnement imaginé**

Cette méthode, essentiellement basée sur l'imagerie mentale, se caractérise par le fait que les stimuli antécédents, les comportements eux-mêmes et les stimuli conséquents sont présentés au patient en imagination plutôt que in vivo.

Cependant, nous n'aborderons pas cette technique, et les variations qui en ont découlé, celle-ci n'étant pas utilisée pour le bégaiement.

**f - Assertion**

L'assertivité fait référence tout d'abord à un construit de personnalité, et d'autre part à un ensemble de techniques comportementales axées sur l'amélioration des interactions sociales. Cette partie, fondamentale dans notre recherche, sera plus largement développée par la suite.

**g - Autocontrôle**

Il y a autocontrôle lorsque le sujet change son propre comportement en apprenant à le mesurer, à l'évaluer, à se fixer des buts, et s'attribuer des récompenses, des sanctions, en fonction de celui-ci\*. C'est un processus cognitif.

Quatre éléments sont essentiels :

- l'auto-observation qui doit être induite par le thérapeute. Elle peut avoir un effet en elle-même ;
- l'auto-évaluation qui consiste à quantifier ses propres comportements (nombre de disfluences) ;
- l'identification des stimuli : quelles sont les situations où le sujet bégaye ?

\*Cottraux, 1990

Identification de ces situations afin de contrôler les stimuli ;

- l'administration de renforcement en fonction des buts (auto-récompense si moins de x disfluences par jour).

## LES THERAPIES COGNITIVES

### A - INTRODUCTION

La thérapie cognitive, inspirée du modèle de A.T. Beck\*, fait partie des nouvelles psychothérapies à durée limitée et à action focalisée. Elle vise à réduire la vulnérabilité psychologique du patient, et à augmenter son autocontrôle émotionnel\*. Les thérapies cognitives sont centrées sur la connaissance et la maîtrise des processus cognitifs. Elles reposent sur un postulat très simple : nos soucis, nos angoisses, et beaucoup de nos souffrances proviennent plus de notre façon de voir les choses que des choses elles-mêmes.

### B - HISTORIQUE

On peut retrouver les prémices des thérapies cognitives chez les philosophes stoïciens. En effet, ceux-ci proposaient un enseignement tourné vers la quête du bonheur, au travers de trois qualités fondamentales qu'il importait de cultiver :

- l' "ataraxia" : absence de passions et de tensions intérieures ;
- l' "apatheia" : impassibilité face aux souffrances ;
- l' "euthumia" : sérénité.

Mais la paternité du cognitivisme est attribuée à deux psychiatres américains : Albert Ellis et Aaron Beck.

Pour A. Ellis\*, nos difficultés proviennent du fait que nous nous fixons des objectifs irréalistes, ayant trop souvent des attentes déraisonnablement élevées sur nous-mêmes ou le monde qui nous entoure. Le but de la thérapie cognitive selon lui, est d'apprendre à accepter le monde tel qu'il est, et non tel qu'il devrait être, et de nous accepter tels que nous sommes et non tels que nous voudrions être. Cette psychothérapie apprenant au sujet à interposer sa raison et son intelligence face aux errements de ses émotions fut appelée "Thérapie rationnelle émotive".

Par ailleurs, la démarche adoptée par A. Beck\*, quoique proche sur le fond, diffère en ceci :

- une approche plus scientifique de la validité de ses méthodes ;
- une relation entre le thérapeute et son patient moins directive, plus collaborative, reposant sur un dialogue tout en questions et reformulations.

### C - COGNITION ET TRAITEMENT DE L'INFORMATION

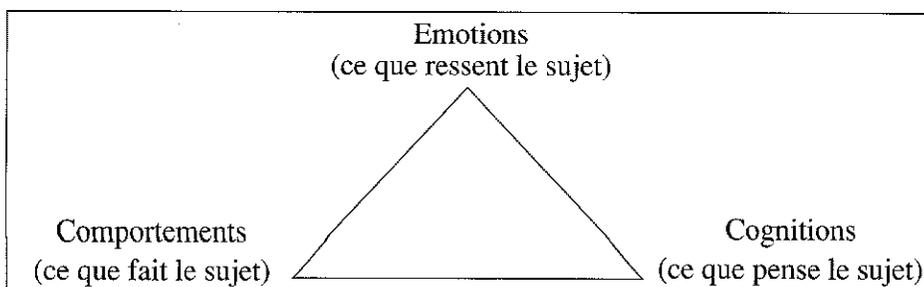
"Quand l'esprit pense, il ne fait rien d'autre que se parler à lui-même"\*.

Le mot cognition est issu du latin "cognitio" qui désigne une pensée.

Pour les cognitivistes, ce terme signifie toute idée, image ou son arrivant de manière spontanée et automatique à notre esprit en réaction à divers événements de notre quotidien\*. Les cognitions représentent le discours intérieur que nous nous tenons avant, pendant et après nos actes. Ce flot continu de pensées ou images possède un sens et une couleur émotionnelle, ceux de nos sentiments du moment.

Le modèle des cognitivistes postule que l'ensemble de nos conduites peuvent se comprendre à partir de trois dimensions majeures en interaction permanente : la dimension affective, la dimension comportementale et la dimension cognitive. Ces trois axes constituent ce que l'on appelle le modèle tridimensionnel de l'Homme.

Schéma 3 - Le modèle tridimensionnel de l'homme



\*1970

\*Mirabel - Sarron et Rivière, 1993

\*1992

\*1970

Platon

Cottraux, 1992

Cependant, le cerveau n'est pas simplement un réceptacle " passif " face à la multitude de stimulations que nous recevons : face à une situation donnée, nous procédons à une interprétation très personnelle de l'environnement, sélectionnant certaines informations, en ignorant d'autres, leur attribuant des significations particulières, ...

La théorie du traitement de l'information postule que notre pensée, à l'image d'un ordinateur qui traite les données ("input") et qui les restitue ("output"), fonctionne en fait comme un système de traitement des informations externes (événements) ou internes (sensations), organisé selon le schéma suivant :

Situation -> Traitement cognitif -> Réactions affectives et comportements

Dans ce traitement de l'information, une multiplicité de variables cognitives sont impliquées, pouvant entraîner, pour une même situation, des évaluations cognitives très variées et donc des réactions émotionnelles et comportementales extrêmement différentes : en cas de cognition négative nos émotions seront plutôt angoissées, mais elles seront agréables si l'évaluation est positive ; les comportements seront eux aussi au diapason.

Parmi les différentes variables existantes, trois d'entre elles s'avèrent particulièrement importantes :

- les cognitions elles-mêmes ;
- les mécanismes de distorsion ;
- et ce que l'on appelle les croyances de base ou "schémas cognitifs".

Elles interviennent toutes les trois lors du processus de perception puis de traitement de l'information.

Nous analysons donc en permanence les informations de provenance externe ou interne : comme nous l'avons vu précédemment, les cognitions représentent le résultat de ce traitement de l'information. Pour que celui-ci ait lieu, il faut qu'existent des mécanismes nous permettant de sélectionner, évaluer, organiser les éléments significatifs et importants de notre environnement : ce sont les processus cognitifs. Ils représentent les processus de décodage des stimuli internes (émotions, sensations physiologiques) et externes. Cependant, des distorsions (altérations, erreurs) peuvent exister dans ces mécanismes de traitement de l'information de façon plus ou moins fréquente et intense, selon les difficultés psychologiques du sujet. Les schémas cognitifs, quant à eux, représentent l'ensemble des croyances et des convictions intimes d'un sujet, sur le monde et sur lui-même, suite à l'intériorisation précoce de règles familiales ou sociales ou à l'impact d'événements marquants.

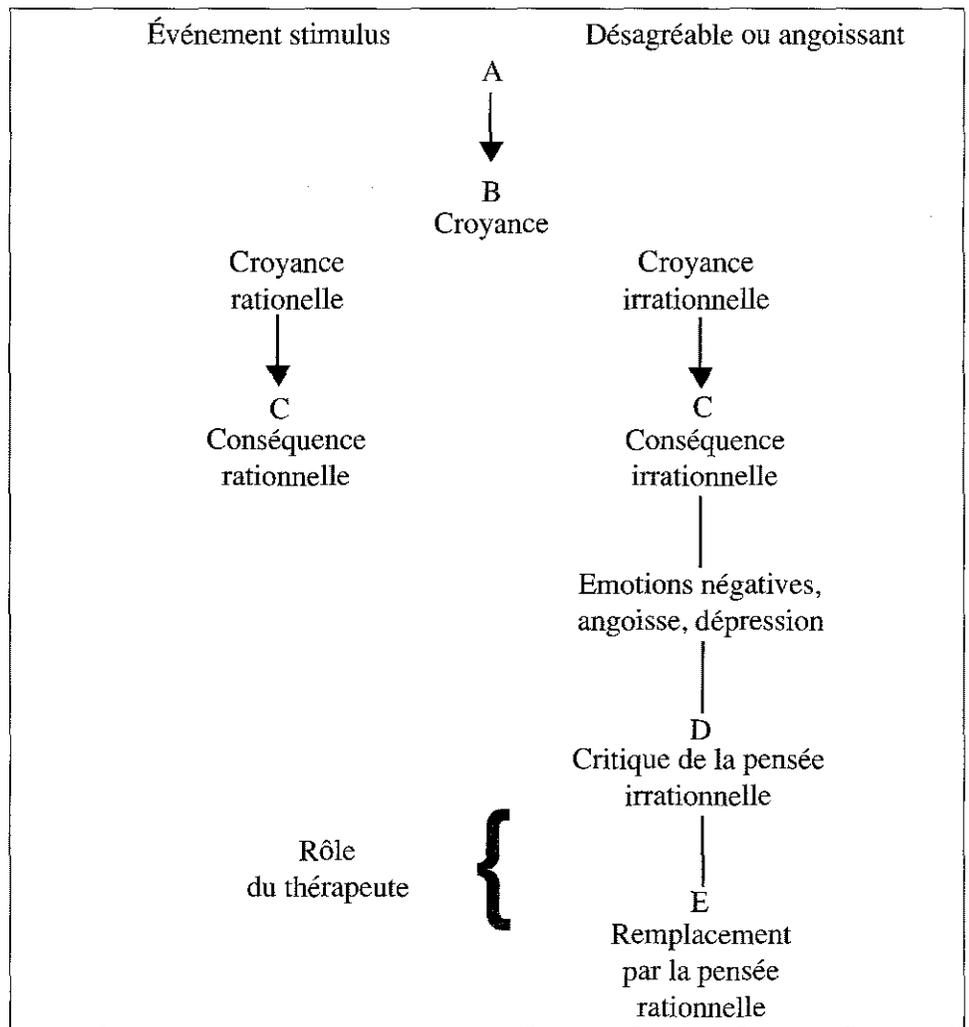
Ces " règles de vie " ont souvent un point de départ légitime (besoin d'être aimé, par exemple), mais leur application rigide et systématique entraîne bien des problèmes.

De plus, chez ces sujets existe une intense conscience de soi, qui les met à l'écoute de leur fonctionnement intérieur ; leur attention se concentre sur leurs cognitions au point qu'ils éprouvent des difficultés à mobiliser l'attention qu'exigeraient d'autres événements\*.

Les schémas cognitifs sont en général stockés dans la mémoire inconsciente, et se réactivent à l'occasion d'un événement spécifique rappelant le contexte de leur élaboration.

\*Mirabel - Sarron et Rivière, 1993

Schéma 4 - Schéma ABCD de A. ELLIS\*



**D - LES BUTS DE LA THÉRAPIE COGNITIVE**

La thérapie cognitive est centrée sur la connaissance et la maîtrise des processus cognitifs. A partir du postulat de base énoncé dans l'introduction, les thérapies cognitives se sont développées sur trois hypothèses indissociables :

- nos difficultés psychologiques sont dues à notre style de pensée et à notre perception des événements qui nous arrivent ;
- il est possible d'apprendre à modifier ce style de pensée ;
- cette modification va avoir des effets bénéfiques sur nos cognitions et sur nos comportements et émotions qui en dépendent.

Cette thérapie va donc consister dans un premier temps, à aider à mieux connaître les pensées dont on n'a que peu ou pas conscience, puis à chercher comment ces pensées déclenchent et maintiennent les émotions et les comportements dont on souffre et que l'on désire modifier\*.

Cependant, les cognitions sont difficiles à observer car elles sont "fugaces, automatiques, difficiles à interrompre et faciles à croire"\*. Plusieurs séances sont donc consacrées à leur repérage. De plus, le patient n'est souvent conscient que des événements déclenchants et des réactions émotionnelles qui y sont associées, sans être capable d'identifier la croyance intermédiaire. Le premier objectif sera donc l'identification par le patient de ces pensées dysfonctionnelles qui sont en rapport avec les symptômes. Le thérapeute doit introduire un recul vis à vis des cognitions et des pensées automatiques du sujet : lorsqu'une cognition négative a été identifiée, le but n'est pas de la supprimer ou de la remplacer systématiquement par une positive, mais plutôt de chercher à vérifier en quoi la pensée négative peut s'avérer justifiée, et comment elle peut être éventuellement modulée ou contrebalancée par des interprétations plus positives ou neutres.

\*Cottraux, 1992

\*Mirabel - Sarron et Rivière, 1993, p. 65.

Dans ses "Pensées pour moi-même" écrites au II<sup>ème</sup> siècle après Jésus-Christ, l'empereur romain Marc-Aurèle dit : " Si quelque objet extérieur te chagrine, ce n'est pas lui, c'est le jugement que tu portes sur lui qui te trouble. Il ne tient qu'à toi d'effacer ce jugement de ton âme. Si c'est ta disposition propre qui te chagrine, qui t'empêche de rectifier ton dessein ?"\*

Ces maximes peuvent aussi s'appliquer en psychothérapie : évaluer les illusions improductives qui entraînent la souffrance personnelle et celle des autres est le but de la thérapie cognitive.

## E - CARACTÉRISTIQUES DE CETTE THÉRAPIE

### 1 - Le style relationnel

Le mode relationnel entre thérapeute et patient au cours de tous les entretiens est interactif et collaboratif. L'un et l'autre interviennent délibérément pendant la thérapie, lors de l'examen des cognitions et des émotions. Une véritable collaboration thérapeutique s'instaure : un choix d'exercices va être décidé d'un commun accord en fin d'entretien, dans le but d'évaluer et de tester les croyances du patient, ainsi que de transférer les acquis des séances dans le milieu naturel. Ce processus doit permettre au patient de sentir qu'il est capable de prendre en charge progressivement sa thérapie\*.

#### a - Le style de questionnement

Le thérapeute utilise deux styles de questions ouvertes\* :

- les questions inductives : elles permettent la recherche d'informations et sont utilisées en début de thérapie afin d'établir l'anamnèse du patient ;

- les questions d'inspiration socratique : elles évaluent une pensée dysfonctionnelle.

Elles conduisent le patient à élargir sa perception de la réalité, et à avoir une appréhension plus globale et plus argumentée des événements. Elles permettent de faire prendre conscience qu'une situation ne donne pas lieu à une seule interprétation, mais à une multitude de représentations possibles. Tout au long de cette progression, le patient doit peu à peu découvrir le ou les schémas de croyances sous-jacents, influençant ses cognitions.

#### b - Le feed-back.

C'est une rétroaction opérée par le thérapeute ou par le patient, afin d'augmenter la probabilité de mise en œuvre d'un comportement\*. Il est aussi appelé : renforcement positif. A. Beck le définit dans un sens proche de reformulation, et il répond pour lui à plusieurs objectifs :

- il permet d'assurer que thérapeute et patient sont en phase et se préoccupent bien du même problème ;

- cette rétroaction verbale utilisée de façon régulière favorisera l'intégration des techniques cognitives apprises au patient.

Plusieurs travaux scientifiques dont ceux de A. Bandura\* ont montré l'existence d'une procédure d'apprentissage par observation : la pratique active d'un résumé par celui qui observe, qui écoute, le rend bien plus apte à apprendre et à retenir les informations. Ceci est utilisé en début et en fin de séance ainsi qu'après le développement d'un travail cognitif sur des prédictions liées à une situation.

### 2 - La structure des entretiens

C'est l'instauration de discussions semi-dirigées par le thérapeute.

## LA THÉRAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE CHEZ L'ADULTE ET CHEZ L'ENFANT

### A - INTRODUCTION

La thérapie cognitivo-comportementale est apparue, comme nous l'avons vu précédemment, dans les années 70, grâce à des psychologues d'orientation scientifique, qui ont cherché à intégrer les apports du comportementalisme et du cognitivisme. Ce nouveau modèle qui en découle, dit interactionnel, étudie les phénomènes sociaux d'apprentissage à partir d'une interaction entre l'individu, son système de pensée et son milieu extérieur\*.

\*Marc-Aurèle in Cottraux, 1992, p. 9

\*Mirabel - Sarron et Rivière, 1993

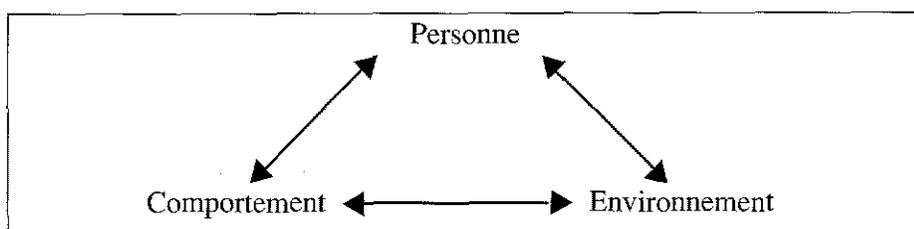
\*Mirabel - Sarron et Rivière, 1993

\*Mirabel - Sarron et Rivière, 1993

\*1976

\*Bandura, 1976

Schéma 5 - Modèle interactionnel de A. Bandura



Cette thérapie fut tout d'abord appliquée aux phobies de l'adulte, puis son champ d'application s'élargit à d'autres pathologies, jusqu'à être enfin utilisée chez les enfants. R. Ladouceur fut l'un des premiers à expérimenter avec succès cette nouvelle voie dans la rééducation du bégaiement.

### B - LE DIAGNOSTIC COGNITIVO-COMPORTEMENTAL

Les techniques d'intervention clinique de cette thérapie reposent sur deux postulats fondamentaux\* :

\*Vera et Leveau, 1990

- utiliser les facteurs environnementaux (externes au sujet) et cognitifs (pensées, croyances) afin de changer un ou plusieurs comportements ;
- avoir le souci permanent d'évaluer les effets de chaque intervention.

Le thérapeute doit déterminer quelles sont les variables spécifiques contrôlant le comportement inadapté. Pour cela, une observation systématique de ce comportement sera effectuée puis une analyse fonctionnelle établie. Le but n'est pas de comprendre pourquoi le symptôme existe en soi, mais comment certains facteurs internes ou externes au sujet maintiennent le comportement que l'on veut modifier.

Dans un premier temps, il convient d'établir un Diagnostic Cognitivo-Comportemental (D.C.C.) : le terme comportemental se réfère à l'activité observable et mesurable de l'organisme, le terme cognitif à ce qui n'est pas directement observable. Il comporte soit le vécu de certaines manifestations physiologiques, soit des états émotifs comme des pensées, affects. Ils seront néanmoins identifiés, observés et mesurés par l'individu lui-même. A titre d'exemple, chez une personne porteuse d'un bégaiement, l'activité observable serait la quantité de syllabes bégayées, et la partie cognitive comporterait les pensées anxieuses ou phobiques pouvant accompagner ce comportement.

Ce diagnostic cognitivo-comportemental se caractérise par trois principes de base\* :

\*Vera et Leveau, 1990

1 - Lors de l'établissement du diagnostic, le terme " symptôme " n'est pas utilisé ; celui-ci constituant en lui même le trouble, la symptomatologie présentée n'est pas symptomatique de quoi que ce soit d'autre.

L'analyse cognitivo-comportementale s'intéressera donc à la façon dont les différents paramètres d'apprentissage interviennent dans la production et le maintien des difficultés du patient.

2 - Le diagnostic comportemental portera sur le comportement de l'adulte ou de l'enfant dans certaines situations, sans s'attacher à des traits de personnalité pouvant être explicatifs du comportement observé.

Les Thérapies Cognitivo-Comportementales (T.C.C.) tenteront de déterminer les situations où le patient a une attitude inadaptée et celles où il se comporte normalement.

3 - Le D.C.C. tente de répertorier tous les comportements internes (pensées, ruminations) et externes (ceux qui sont directement observables) du patient.

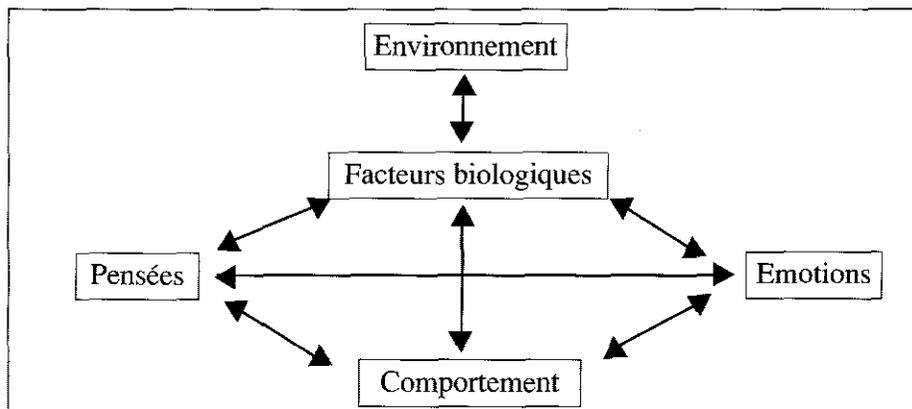
Remarque : Plusieurs auteurs suggèrent que les événements internes obéiraient aux mêmes lois d'apprentissage que les comportements directement observables\*.

\*Bandura, 1976

Les phases les plus importantes de ce programme d'intervention cognitivo-comportemental peuvent être résumées comme suit :

- déterminer avec le plus de précision possible, le ou les comportements problématiques, leur circonstance d'apparition, les événements qui précèdent et ceux qui suivent ;
- élaborer des stratégies thérapeutiques pour obtenir les changements souhaités en fonction des contingences de l'environnement et des affects ;
- évaluer les résultats et si nécessaire remettre en question la stratégie.

**Schéma 6 - Modèle interactionnel :  
niveaux d'action des thérapies cognitivo-comportementales**



**C - CHAMP D'ACTION DES THÉRAPIES COMPORTEMENTALES ET COGNITIVES\***

\*Cottraux, 1990, p.13

**Traitement de choix :**

Phobie sociale (bégaiement), agoraphobie, phobie simple.  
Attaque de panique.  
Obsession-compulsion sans dépression importante.  
Anxiété généralisée.  
Sevrage des benzodiazépines et autres psychotropes.

**Certainement utile :**

Dépression non mélancolique résistante aux antidépresseurs.  
Problèmes sexuels et de relation de couple.  
Boulimie.  
Prévention de rechutes de la maladie coronarienne.  
Douleur chronique d'origine organique ou psychologique.  
Réhabilitation sociale des sujets schizophrènes chroniques.  
Réactions de stress post-traumatique ("névrose de guerre").

**Résultats en développement :**

Trouble de la personnalité.  
Médecine comportementale (psychologie de la santé), stress et psycho-immunologie ;  
SIDA ; cancer ; hypertension ; psychogériatrie.  
Toxicomanie et dépendance : alcool, tabac, drogue et jeu.  
Problèmes psychologiques de l'enfant et de l'adolescent : angoisses, phobies, obsessions et autismes infantiles.

**Contre-indications :**

Schizophrénie en période aiguë, paranoïa, psychose maniaco-dépressive, dépression mélancolique ou ralentie, impossibilité de définir clairement les buts du traitement avec le patient.

**D - MÉTHODES THÉRAPEUTIQUES**

**1 - Traitement d'exposition au stimulus anxiogène**

Il s'agit de confronter le patient à la situation phobique, en lui donnant les moyens cognitifs et comportementaux d'y rester suffisamment longtemps, pour obtenir une nette diminution de la sensation de peur et d'anxiété.

Cette technique utilisée pour les peurs et les phobies chez l'enfant comme chez l'adulte se caractérise par trois approches différentes :

- La désensibilisation systématique en imagination

Le patient doit évoquer une situation précise tout en pratiquant une technique de relaxation. Les situations à évoquer seront progressivement de plus en plus anxiogènes.

- La désensibilisation systématique in vivo

Le patient sera confronté de façon progressive aux situations réelles. Auparavant, il aura appris une technique de relaxation et surtout de contrôle respiratoire, afin de mieux gérer son anxiété.

- L'exposition graduelle

Elle consiste à proposer une désensibilisation systématique in vivo, mais sans préparation particulière quant à l'apprentissage d'une réponse antagoniste à la peur. Ce sont les méthodes d'implosion et d'immersion. Comme nous l'avons vu précédemment, celles-ci sont trop anxiogènes pour l'enfant.

Ces actions thérapeutiques agissant au niveau des antécédents du comportement par exposition au stimulus anxiogène, comptent depuis les années 50 parmi les plus utilisées. Elles ont le mérite de pouvoir être adaptées à chaque patient et en fonction des possibilités du thérapeute.

- Remarque

Plusieurs études ont montré qu'il n'y avait pratiquement jamais substitution de symptôme et que les cas rarissimes étaient dus à une mauvaise analyse cognitivo-comportementale au départ.

## **2 - Renforcement, extinction et "time-out"**

Cette partie est consacrée aux stratégies thérapeutiques portant sur les conséquences de ce comportement. Les comportements adaptés comme inadaptés suivent les mêmes règles d'apprentissage, c'est à dire que leur fréquence peut augmenter ou diminuer en fonction des changements apportés dans l'environnement.

Le travail du thérapeute consistera à agir sur les facteurs environnementaux, afin d'augmenter la fréquence des comportements adaptés et de diminuer celle des comportements inadaptés.

- Le renforcement :

Il indique une augmentation de la fréquence du comportement. L'adjectif qualificatif " positif " qui suit le mot renforcement indique que le comportement est suivi de l'addition d'un stimulus, alors que " négatif " indique la soustraction d'un stimulus après l'apparition du comportement.

- L'extinction et le "time-out" :

L'extinction consiste à ne plus faire suivre un comportement de son renforçateur. Par exemple, ce serait une attitude moins répréhensible des parents face au bégaiement de leur enfant.

Le "time-out" est une mise à l'écart du renforçateur, qui se différencie de l'extinction par un écartement de l'enfant de la situation problème et par une action souvent d'urgence non programmée, sur un laps de temps déterminé.

## **3 - Affirmation de soi et entraînement aux habiletés sociales**

La relation entre la plupart des bégaiements et l'anxiété en situation sociale est démontrée par le fait que, presque tous ceux qui bégaiement, parlent normalement quand ils sont seuls ou en présence de gens avec qui ils se sentent tout à fait à l'aise. Plus les circonstances sociales sont susceptibles de provoquer de l'anxiété et plus le bégaiement a des chances de s'aggraver. Une analyse comportementale doit identifier, dans le contexte social qui déclenche l'anxiété, les éléments qui servent de stimulus : de cela dépendra la stratégie thérapeutique. Ce sont le plus souvent l'entraînement à l'affirmation de soi ou une forme de désensibilisation qui seront indiqués, ou bien les deux à la fois\*.

L'entraînement aux habiletés sociales, ou entraînement à l'assertion, repose donc sur l'idée que nombre d'individus éprouvent de l'anxiété dans les interactions sociales par absence ou déficience d'apprentissage des réponses appropriées.

Selon L. Vera et J. Leveau\*, les enfants peu affirmés et anxieux dans les situations sociales auraient des difficultés à avoir une bonne intégration sociale. Chez l'adolescent, l'anxiété relationnelle diminuerait considérablement l'estime de soi et augmenterait le risque d'un vécu dépressif.

Les composantes thérapeutiques visent à instaurer des réponses appropriées dans le répertoire de l'individu, à l'aide essentiellement de la répétition, du modelage et de la rétroaction.

a - Définition

Patrick Légeron\* définit l'affirmation de soi comme suit : "*s'affirmer, c'est exprimer le plus directement et le plus sincèrement possible ce que l'on pense, ce que l'on veut et ce que l'on ressent. C'est aussi agir selon ses propres intérêts et faire respecter ses droits sans pour autant porter atteinte à ceux des autres*". Ce concept d'assertivité s'oppose classiquement à celui de passivité et à celui d'agressivité. L'affirmation de soi

\*Wolpe, 1975 ; Légeron, 1987

\*1990

\*1987, p. 25

concerne donc le fonctionnement interpersonnel de l'individu, c'est-à-dire l'ensemble de ses comportements sociaux.

#### **b - Les modèles théoriques**

Trois modèles théoriques expliquent l'émergence de comportements non affirmés, alors que le comportement affirmé apparaîtrait plus efficace :

- L'anxiété inhibitrice : face à une situation sociale donnée, apparaît chez le sujet une anxiété plus ou moins importante inhibant le comportement affirmé qui ne peut ainsi se manifester. Par la suite le sujet s'engage dans des attitudes d'évitements sociaux pouvant atteindre, à un niveau important, une phobie sociale.

Suivant le principe de l'inhibition réciproque, si l'anxiété inhibe le comportement affirmé, réciproquement le comportement affirmé (lorsqu'il est régulièrement émis) réduit l'anxiété.

- Le manque de savoir-faire : certains sujets n'adoptent pas des comportements affirmés, non pas parce qu'ils sont anxieux, mais tout simplement parce qu'ils ne savent pas quoi faire lors de certaines situations sociales. Ce manque de compétence s'observe surtout pour des sujets dont l'environnement est perturbé, n'ayant eu que des modèles de passivité, ou d'agressivité.

- Les obstacles cognitifs : le sujet interprète des situations de façon erronée et les cognitions qui en émergent représentent un obstacle à l'affirmation de soi.

#### **c - Le comportement affirmé**

L'affirmation se révèle au travers de deux types de comportements : les comportements non-verbaux, et les comportements verbaux.

##### **- Le "non-verbal" :**

Les éléments non-verbaux (intonation de la voix, regard, mouvements du corps,...) sont généralement reconnus, comme des messages d'une importance capitale. En effet, ceux-ci peuvent confirmer ou infirmer un contenu verbal ou être à eux seuls, détenteurs d'un message.

Un comportement affirmé possédera donc des caractéristiques non-verbales particulières, différentes d'un comportement passif ou agressif.

Le tableau des comportements non-verbaux de P. Légeron\* répertorie les principaux éléments de cette communication, et leur spécificité dans l'affirmation, la passivité et l'agressivité, en distinguant le para-verbal (nécessitant que le sujet émette du verbal pour apparaître) et le non verbal pur ou gestuel (ne requérant aucune émission de mots de la part du sujet).

##### **- Le contenu verbal :**

De la même façon, le contenu verbal d'un message témoigne de l'affirmation, la passivité ou l'agressivité d'un sujet selon sa formulation.

P. Légeron\* définit un langage affirmé comme "exprimer clairement et sincèrement ses pensées, ses désirs, ses émotions et se respecter tout en tenant compte de son interlocuteur". A partir de cette constatation, trois règles du langage affirmé vont découler :

- Tout d'abord une implication de soi nécessaire. S'affirmer c'est savoir parler de soi d'où l'importance de l'utilisation du " je " au détriment des formules neutres ;

- Montrer un respect de l'autre en travaillant sur la reformulation de ce que dit et pense l'autre ("je vois que tu es triste") ;

- Enfin, la dernière règle vise à ce que le sujet poursuive les objectifs qu'il se donne, quitte à faire preuve de fermeté et de détermination (faire valoir ses droits par exemple).

Il est sous-entendu évidemment que le contenu verbal est à adapter selon la situation et l'interlocuteur.

#### **d - Le jeu de rôle : une méthode d'entraînement**

Nous avons vu précédemment comment le jeu de rôle pouvait être utilisé à des fins d'évaluation clinique ; nous développerons ici son intérêt en tant que méthode d'entraînement afin de diminuer l'anxiété sociale.

Plusieurs méthodes sont utilisées dans ce but, comme la désensibilisation systématique ou la thérapie cognitive, cependant le " jeu de rôle comportemental " reste la technique de choix.

Cette méthode consiste à confronter le sujet avec un protagoniste lors des séances thé-

\*1987

\*1987, p. 27

rapeutiques, individuelles ou en groupe, afin de simuler les situations à problèmes. Ces situations factices sont, soit établies en fonction des problèmes réels du sujet, soit par rapport aux difficultés générales de la plupart des sujets non assertifs. Une fois la situation choisie (par le thérapeute ou à la demande du patient), le sujet doit la jouer comme il le ferait dans la vie réelle ; celle-ci lui aura été décrite au préalable, le plus précisément possible, afin de faciliter au sujet l'entrée dans son rôle.

Des commentaires vont découler de la scène jouée, concernant les composantes verbales et non-verbales de l'interaction, ainsi que les processus cognitifs qui lui ont donné naissance. Le thérapeute fera attention à toujours renvoyer au sujet des critiques constructives et non punitives. La situation est par la suite rejouée, le sujet tâchant de tenir compte des recommandations données. Si nécessaire, le thérapeute peut jouer la scène afin de fournir un modèle, ou lors de thérapie de groupe la faire jouer par un autre sujet plus assertif.

L'entraînement à l'affirmation de soi doit éviter au maximum les échecs, sources d'anxiété et donc respecter une hiérarchie de difficultés afin de progresser graduellement.

#### e - Les compléments du jeu de rôle

##### - La rétroaction :

C'est un feed-back fourni soit par la propre appréciation du patient (donnant ainsi des indications au thérapeute pour mieux apprécier les problèmes de celui-ci), soit par le thérapeute, soit par des moyens audiovisuels (magnétophone, magnétoscope). Il est intéressant de les cumuler, ayant chacun leurs propres intérêts.

La rétroaction n'a pas un but renforçateur, mais celui de renvoyer au patient une information descriptive de ses performances.

##### - Le renforcement :

Le thérapeute ajoute ici une connotation positive ou négative à la description du comportement. Le renforcement positif pour chaque progrès est des plus importants, et permet un façonnement progressif des comportements.

##### - Le modelage :

Le modelage, fondé sur les recherches sur l'apprentissage par observation\*, consiste à observer un modèle plus compétent in vivo, sur magnétophone ou sur magnétoscope. L'identification du sujet au modèle est très importante et détermine grandement l'efficacité de cet apprentissage par imitation : d'où l'importance d'une similarité de sexe et d'âge entre le sujet et le modèle, ainsi qu'une compétence pas trop éloignée entre les deux, afin que le sujet se reconnaisse dans le modèle.

#### f - Les " tâches "

Des tâches sont assignées au sujet, afin de l'aider à transposer in vivo les acquis des situations factices. Elles seront choisies selon un degré de difficultés croissant de manière à minimiser tout échec.

Elles feront l'objet d'une discussion lors de la séance suivante, et les sujets seront alors félicités.

#### g - L'approche cognitive

Certains auteurs pensent qu'il est possible d'améliorer le comportement social à l'aide de stratégies cognitives. Les auto-instructions sembleraient contribuer à augmenter l'efficacité du modelage : "si l'autre peut le faire, je peux le faire aussi"\*. D'autres ont également tenté de développer les stratégies cognitives au moyen de la solution de problèmes. Cette technique vise à diminuer l'impulsivité, à permettre un élargissement de l'éventail de réponses possibles, à atteindre une meilleure évaluation des conséquences dans une situation problématique donnée, de façon à choisir la solution qui apporte le plus de renforçateurs positifs. C'est en fait le principe de la thérapie cognitive que nous avons développé précédemment.

\*Bandura, 1969

\*Ladouceur et al, 1977.

## CONCLUSION

Toute intervention thérapeutique vise à la généralisation au milieu naturel du patient, ainsi qu'à des situations nouvelles. Sur le plan des interactions sociales, on peut affirmer qu'il y a généralisation lorsque les améliorations observées en situation factice s'étendent à des situations non répétées de même catégorie (intragénéralisation) ou à des situations de catégories autres d'assertion (intergénéralisation).

## BIBLIOGRAPHIE

- BANDURA A. (1969). *Principles of Behavior Modification*. New-York : Holt, Rinehart & Winston. 677 p.
- BANDURA A. (1976). *L'Apprentissage Social*, Trad. par Jean A. Rondal. Bruxelles : Mardaga (Collection Psychologie et Sciences Humaines). 206 p.
- BECK A.T. (1970). *Cognitive Therapy : Nature and Relation to Behavior Therapy* in : *Behavior Therapy*, 1. pp. 184-200.
- COTTRAUX J. (1982). *Les Thérapies Cognitives*. II<sup>ème</sup> éd. réimpression 1<sup>ère</sup> éd. 1982. Paris : Retz (Collection Psychologie Dynamique), 1992. 254 p.
- COTTRAUX J. (1979). *Les Thérapies Comportementales*. II<sup>ème</sup> éd. réimpression de la 1<sup>ère</sup> éd. Paris / New-York / Barcelone / Milan / Mexico / Sao-Paulo : Masson (Collection Médecine et Psychothérapie), 1984. 189 p.
- COTTRAUX J. (1990). *Les Thérapies Comportementales et Cognitives*. II<sup>ème</sup> éd. réimpression 1<sup>ère</sup> éd. Paris/Milan/Barcelone : Masson (Collection Médecine et Psychothérapie), 1995. 313 p.
- ELLIS A. (1992). *L'approche émotivo-relationnelle*. Trad. de l'anglais par Den. Montréal : Editions de l'Homme. 383 p.
- FONTAINE O. (1978). *Introduction aux Thérapies Comportementales (Behavior therapies)*. Bruxelles : Mardaga (Collection Psychologie et Sciences Humaines). 299 p.
- LADOUCEUR R. (1992). *Le bégaiement*, pp. 100-107 in Ladouceur, R. et al. *Thérapie Comportementale et Cognitive*. Paris/Milan/Barcelone/Bonn : Masson. 234 p.
- LADOUCEUR R., SAINT-LAURENT L. (1986). A multidimensional treatment and evaluation package. *J. Fluency Disord* (11), pp. 93-103.
- LADOUCEUR R., BOUCHARD M.A., GRANGER L. et al. (1977). *Principes et Applications des Thérapies Behaviorales*. III<sup>ème</sup> éd. réimpression 1<sup>ère</sup> éd. Préf. de E.-G. Poser. Montréal : Edisem (Collection Vigot), 1989. 417 p.
- LADOUCEUR R. et BOUDREAU L. (1984). Le bégaiement pp. 385-396 in : FONTAINE O. et al. *Clinique de Thérapie Comportementale*. Bruxelles : Mardaga. 455 p.
- LÉGERON P. (1987). Affirmation de soi. *Soins Psychiatriques*, (79), pp. 25-31.
- LOFFREDO C. et LOVERO S. (1996). Prise en charge de l'enfant porteur d'un bégaiement au sein d'un groupe, selon une approche pluridisciplinaire : technique motrice de M.F. Schwartz et thérapie cognitivo-comportementale. *Mémoire d'Orthophonie* n° 958, Lyon I. 172 p.
- MIRABEL-SARRON C. et RIVIERE B. (1993). *Précis de Thérapie Cognitive*. Paris : Dunod. 167 p.
- VERA L. et LEVEAU J. (1990). *Thérapie Cognitive-Comportementale en Psychiatrie Infanto-Juvenile*. Paris : Masson (Collection Médecine et Psychothérapie). 223 p.
- WOLPE J. (1975). *Pratique de la Thérapie Comportementale*. Préf. du Pr. Pichot. Trad. de l'américain par le Dr. J. Rognant. Paris : Masson. 311 p.