

## RÉSUMÉ :

*L'apport des thérapies comportementales et cognitives est bien connu dans la prise en charge du bégaiement. D'autres perspectives existent dans le cadre de la prise en charge des troubles de la communication orale tant il est évident que pour la plupart de ces derniers, on peut isoler une anxiété latente.*

*Il semble donc intéressant de voir quelles sont les données de la thérapie cognitive et comportementale qui peuvent servir dans le cadre de la rééducation orthophonique.*

*Après avoir abordé les différentes étapes d'une prise en charge en thérapie comportementale et cognitive, on verra quelles sont les techniques utilisables dans le cadre d'une prise en charge des troubles du langage oral et écrit.*

## MOTS-CLÉS :

Cognition - Comportement - Adolescent - Adulte - Bégaiement - Troubles de la communication - Orthophonie.

# LA RÉÉDUCATION ORTHOPHONIQUE ET LES THÉRAPIES COGNITIVES ET COMPORTEMENTALES

par Brigitte LESPINASSE-GODDARD

**SUMMARY :** *Speech and Language Therapy with cognitive and behavioural therapies.*

*The interest of cognitive and behavioural therapies in the treatment of stuttering is well known. Other possibilities exist in treating disorders affecting oral communication, since in most cases, latent anxiety can be detected.*

*It therefore seems useful to consider in what sense cognitive and behavioural therapies can be used in speech and language therapy. After presenting the different stages in cognitive and behavioural therapy, the authors will show which techniques may be used in treating oral and written language disorders.*

## KEY WORDS :

Cognition - Behaviour - Speech and Language Therapy - Therapy - Adolescent - Adult - Stuttering - Disorders of the Communication.

Orthophoniste, suivant en rééducation des dysphonies organiques ou psychogènes, j'ai ressenti le besoin de compléter le traitement instrumental de la dysphonie par une autre approche.

En effet tous ceux qui sont chargés de soigner les sujets atteints de dysphonie, modérée ou sévère, sont bien convaincus que les sentiments de colère, de frustration, d'anxiété, de dépression et de découragement ressentis par des patients dysphoniques nécessitent autant d'attention que la voix proprement dite.

A l'inverse tout un chacun est parfaitement conscient des effets psychologiques en rebond des troubles de la voix car une dysphonie est démoralisante qu'elle soit psychogène ou organique.

La voix est partie intégrante de l'individu, et la dysphonie créant un sentiment de frustration et de colère du patient, augmente ses hypercinésies. Tous les troubles primaires psychogènes ou organiques qui existaient jusqu'alors deviennent plus importants.

Je me suis donc intéressée aux Techniques Comportementales et Cognitives et après une formation universitaire de deux ans, ai pu apprécier l'apport de ces thérapies dans ma pratique.

Cet apport peut être tout à fait intéressant pour bon nombre des pathologies qui sont prises en charge dans le cadre de la rééducation orthophonique.

En effet, comme nous le verrons plus loin, ces thérapies prennent en compte le traitement de l'anxiété, anxiété qui est bien souvent présente et/ou réactionnelle à un comportement d'échec, vécu fréquemment par nos patients.

Cet enchaînement existe aussi au niveau de l'enfant et de l'adolescent qui rencontrent des difficultés au niveau de l'apprentissage du langage oral ou écrit, ainsi qu'au niveau du bège.

De plus la crainte de l'échec, installée très précocement à partir de la dévalorisation de l'image de soi, et renforcée par le discours de l'entourage, accentue les sentiments d'insécurité et d'anxiété vécus par l'enfant.

L'anxiété, chez les enfants dyslexiques, est souvent diffuse, liée à la situation scolaire. Elle interfère avec le processus cognitif accentuant les difficultés d'attention et de mémoire à court terme.

Ses conséquences, accentuées par les réactions négatives de l'entourage ont été étudiées par certains auteurs\* qui ont isolé les phases adaptatives de l'enfant face aux difficultés d'apprentissage. La réaction initiale s'exprime soit par des comportements intrapunitifs (isolement, retrait) soit extrapunitifs (passage à l'acte). Pendant cette phase, l'enfant peut analyser la situation.

Pendant la phase de désintéressement, l'enfant évite tout ce qui a trait au scolaire. Il s'attend à l'échec et est motivé uniquement par son évitement.

Enfin, pendant la phase défensive, l'enfant nie les difficultés et est opposant. On observe donc, chez ces enfants, une faible estime de soi, des manifestations d'anxiété qui peuvent favoriser l'éclosion de sentiments dépressifs et d'insécurité\*.

Dweck et son équipe ont fait de nombreuses recherches sur le comportement des enfants dans la résolution de problèmes\*, Dweck et Repucci ont observé que les enfants qui persistent devant l'échec, attribuent celui-ci à un manque d'effort tandis que les enfants qui abandonnent ou persévèrent moins bien devant l'échec attribuent celui-ci à un manque d'habileté.

Les enfants qui se découragent vite et qui ne cherchent pas d'alternative de solution aux difficultés attribuent l'échec à des facteurs stables, internes (manque d'habileté). Ils évoluent de manière négative, pessimiste et ils sont convaincus que les autres enfants peuvent mieux faire qu'eux-mêmes.

Seligman a élaboré une stratégie thérapeutique destinée à modifier le système d'attribution. Cette approche cognitive a été adaptée par Dweck\* pour des enfants présentant des comportements d'échec importants.

Ces enfants ont été séparés en 2 groupes ; un groupe soumis à des expériences de réussite exclusivement, un groupe soumis à des conditions thérapeutiques qui renforçaient le sentiment de responsabilité devant l'échec et encourageaient les enfants à persévérer dans la recherche de solutions des problèmes présentés. Ainsi ces derniers enfants appre-

\*Ziegler, 1981

\*A. Van Hou, F. Esienne 1994.

\*Diener et Dweck 1978, 1979 ;  
Dweck 1977; Dweck et Repucci  
1973

\*1975

naient à attribuer l'échec à des facteurs instables internes et spécifiques (manque d'effort). Les enfants qui avaient été soumis à des conditions de réussite d'une manière exclusive, continuaient à se décourager devant l'échec.

Ce programme d'entraînement à la modification des attributions de Dweck montre qu'une réponse adaptative devant l'échec peut être apprise et qu'elle représente une alternative de solution pour les enfants découragés devant l'échec.

Nous sommes bien devant le réel problème posé par les enfants en difficulté scolaire présentant une dyslexie et/ou une dysorthographe qui, sachant qu'ils vont être confrontés à l'échec, sont découragés à l'avance.

### Comment fonctionnent les thérapies cognitivo-comportementales ? (T.C.C.)

Les T.C.C. sont issues des théories de l'apprentissage et d'études scientifiques du comportement.

On peut isoler deux postulats fondamentaux :

- changer un ou plusieurs comportements en utilisant les facteurs environnementaux et cognitifs

- garder le souci permanent d'évaluer les effets de chaque intervention.

Le but de cette thérapie est donc de comprendre comment certains facteurs de l'environnement et certains facteurs cognitifs maintiennent le comportement inadapté.

Nous étudierons alors, dans cette situation précise, la relation fonctionnelle de cause à effet, entre une variable dépendante, (le comportement à modifier), dans ce cas le fait de baisser les bras, et les effets de certaines variables indépendantes de l'environnement sur ce comportement qui seront étudiées pour modifier celui-ci.

L'analyse fonctionnelle permettra de mettre en évidence les variables indépendantes et d'intervenir sur elles.

Il sera donc intéressant dans une situation difficile de noter les phases suivantes, comme pour tout programme d'intervention cognitivo-comportementale :

- définir avec le plus de précision possible le ou les comportements problèmes ;
- préciser les circonstances d'apparition de chaque comportement en déterminant les événements qui précèdent et ceux qui suivent ;
- définir des stratégies thérapeutiques pour obtenir les changements souhaités ;
- évaluer les résultats obtenus et, au besoin, changer de stratégie.

Le tableau ci-dessous (d'après L.Vera et J.Leveau) résume les différentes techniques utilisées.

### *Stratégies thérapeutiques et analyse cognitivo-comportementale*

ANTÉCÉDENTS CONSÉQUENCES	ORGANISME	COMPORTEMENTS	COGNITIONS
Exposition stimulus Renforcement	Biofeed-back	Décomposition de la réponse	Restructuration cognitive
DS en imagination Time-out	Relaxation	Entraînement aux habiletés sociales	Thérapies cognitives de Beck
DS in vivo Extinction		Prévention de la réponse	Thérapie d'auto- contrôle
Exposition graduelle	Modeling Imitation Jeux de rôles	Arrêt de la pensée	Rétroaction visuelle  Problem-solving

## Que sont ces techniques et lesquelles sont intéressantes pour la rééducation orthophonique ?

### ☞ **Le contrat thérapeutique :**

Etabli en trois exemplaires, écrit et signé, il est remis à l'enfant, aux parents et au thérapeute.

Il décrit :

- à quoi s'engagent les parents lorsque l'enfant réussit à acquérir un nouveau comportement.
- à quoi s'engage l'enfant pendant le laps de temps qui sépare la prochaine séance.
- à quoi s'engagent les parents quand l'enfant réussit à supprimer un comportement inadapté.

### ☞ **Traitement d'exposition au stimulus anxiogène :**

#### ● Désensibilisation systématique en imagination :

On demande au patient d'évoquer une situation précise tout en pratiquant une technique de relaxation. Les situations phobogènes sont classées de 0 à 10 (de la moins phobogène à la plus phobogène). On commence par travailler sur la situation la moins anxiogène, puis sur la suivante.

Cette technique est réservée aux adolescents car chez l'enfant, on rencontre des difficultés à élaborer la hiérarchie précise des peurs et à évoquer en imagination.

#### ● Désensibilisation in vivo :

L'enfant est confronté de façon progressive aux situations réelles.

### ☞ **Stratégies thérapeutiques portant sur les conséquences du comportement :**

#### ● Le renforcement :

Le renforcement positif est : "l'opération qui consiste à faire suivre le comportement de l'addition d'un stimulus ou événement, entraînant une augmentation de la fréquence d'apparition de ce comportement.\*"

Le renforcement négatif est : "l'opération qui consiste à faire suivre un comportement du retrait d'un stimulus entraînant une augmentation de la fréquence d'apparition de ce comportement."

L'utilisation particulière de cette méthode est réalisée par le système de l'économie de jetons\* :

on donne à l'enfant, en fonction d'un programme pré-établi en accord avec les personnes adultes concernées, un jeton après réalisation d'un comportement adapté important pour l'évolution de l'enfant.

### ☞ **L'entraînement à la résolution de problèmes :**

Il comporte, comme l'indiquent Ladouceur, Bouchard et Granger\*, cinq phases :

- définition du problème
- liste de toutes les solutions possibles
- liste des avantages et des inconvénients de chaque solution possible
- valeur donnée à chaque avantage et inconvénient
- sélection des meilleures solutions.

### ☞ **L'approche familiale :**

Etant donnée l'importance de l'analyse fonctionnelle, le rôle des parents est primordial. En effet l'environnement de l'enfant est étudié en détails.

La participation des parents à l'élaboration de cette dernière permet une analyse fine de la situation, et met en évidence, bien souvent des événements dont les parents n'avaient nullement conscience.

Cette participation, en tant que co-thérapeutes de l'enfant, autrement que sur le plan scolaire à proprement parler, permet de les déculpabiliser et de les encourager, de restructurer la vie familiale, de repérer et de traiter les discordances éducatives entre les parents.

Nous ne ferons que citer pour mémoire les techniques d'affirmation de soi, qui sont décrites par ailleurs.

En conclusion, les thérapies cognitives et comportementales ont une efficacité thérapeutique chez l'enfant qui reste à déterminer, car, n'ayant pas, à ce jour, fait l'objet d'étude précise.

\*Malwit et Pomerleau, 1977

\*Aylloin et Arzin, 1973.

\*1977

Il est cependant certain qu'elles sont efficaces dans le traitement de l'anxiété, et par là même, qu'elles ont leur place dans la prise en charge de l'enfant dyslexique et dysorthographique.

Au même titre, elles peuvent être utilisées dans le traitement des dysphonies, des retards de parole et de langage au titre de l'affirmation de soi. Leur efficacité dans la prise en charge du bégaiement est par ailleurs, tout à fait intéressante.

## BIBLIOGRAPHIE

- AYLLOIN T. et AZRIN N. (1973). *Traitement comportemental en institution psychiatrique*. Mardaga-Dessart, Bruxelles.
- COTTRAUX J. (1984). *Les thérapies comportementales et cognitives*. Masson, 2<sup>ème</sup> édition, Paris.
- DEWECK C.S. (1975). The role of expectations and attributions in the alleviation of learned helplessness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31, 674-685.
- DEWECK C.S. (1977). Learned helplessness and negative evaluation. In :E.R.Keislar (Ed). *The Educator: Avaluation and motivation*,14,44-49.
- DEWECK C.S et REPUCCI N.D. (1976). Learned helplessness and reinforcement responsibility in children. *Journal of Personality and Social Psychology*, 25, 109-116.
- LADOUCEUR R., BOUCHARD M.A. et GRANGER L. (1977). *Principes et application des thérapies comportementales*. Maloine, Paris S.A.
- MALWIT et POMERLEAU A. (1977). *Terminologie en conditionnement et apprentissage*. Presses universitaires du Québec. Montréal.
- SELIGMAN M.E.P, KASLOW N.J, TANENBAUM R.L, ABRANSOM L.Y et A L. (1981). *Depressive symptoms, attributional style, and helplessness deficits in children*. Manuscrit non publié.
- VAN HOUT A., ESTIENNE F. (1994). *Les dyslexies*. Masson Paris.
- VERA L., LEVEAU J. (1990). *Thérapies cognitivo-comportementales en psychiatrie infanto-juvénile*. Masson Paris.