

En lisant le titre « est-ce que le thérapeute a besoin du bègue ? » vous avez probablement pensé que c'était bien là une étrange question : ne devrait-on pas avoir lu « est-ce que le bègue a besoin du thérapeute ? ». La réponse à ces deux questions est évidemment oui ; ils ont besoin l'un de l'autre. Cependant nous pensons qu'il y a un peu plus à creuser dans cette énigme ; alors nous avons décidé de vous présenter une exploration expérimentale de ce sujet.



Lena RUSTIN,
Bloomsbury
Hampstead and Islington H.A.
London,
U.K.

et
Armin KUHR,
Hannover Medical School
Karl Wiechert
Allée 9
03000 Hanovre 6
Allemagne

ATTITUDES DANS LA THÉRAPIE DU BÉGAIEMENT : LE PATIENT ET LE THÉRAPEUTE. EST-CE QUE LE THÉRAPEUTE A BESOIN DU BÈGUE ?

par Lena RUSTIN* et Armin KUHR*
Traduction de Marie-Pierre POULAT*

* Orthophoniste



Mots-clés : Bégaïement - Psychologie - Formation - Adulte



* 1981

* 1982

* 1983

* 1982

Il y a plus de 20 ans, Wingate (1971) avait déjà réfléchi sur «la peur du bégaiement» chez les thérapeutes. Il pensait que les orthophonistes avaient peur du bégaiement et en conséquence avaient des problèmes pour le négocier. Ceci a été justifié plusieurs fois au cours des ans. St Louis et Lass* notent que les étudiants orthophonistes pensent que les cliniciens ne sont pas très compétents dans le traitement des bègues, Ryan* a trouvé seulement une petite minorité d'orthophonistes (7 %) qui pensaient que le bégaiement pouvait être traité d'une façon satisfaisante et seulement 16% pensant qu'il existait des méthodes appropriées pour le traiter. Kuhr, Cooper et Rustin* ont noté que la plupart des cliniciens ne se sentent pas plus à l'aise pour travailler avec des patients bègues qu'avec des enfants présentant des troubles d'articulation. Ragsdale et Ashby* utilisaient une épreuve de différenciation sémantique pour évaluer les associations provoquées par les mots «bégaiement» et par «thérapie pour bègues». Le terme «traitement du bégaiement» s'avérait être un concept négatif. L'âge et l'expérience des thérapeutes faisaient croître le caractère négatif de leur appréciation.

En regard de ces explorations empiriques la question est de se demander pourquoi les orthophonistes traitent-ils donc les bègues ? Les thérapeutes qui se spécialisent dans la prise en charge du bégaiement ont noté qu'ils s'étaient intéressés au travail avec des patients bègues soit parce qu'ils étaient bien placés pour aller au cœur du trouble soit parce qu'ils avaient eu une forte expérience clinique consécutive à leurs stages. Ces thérapeutes considèrent le bégaiement comme un défi et non comme une menace. Ils pensent qu'il est difficile d'aller au fond de ce trouble et trouvent intéressant et stimulant de «lancer leurs talents à l'assaut du bègue». Tandis que les thérapeutes qui n'ont pas choisi de travailler sur cette pathologie, la considèrent si complète et si difficile au point de ne pas la comprendre toujours complètement et ils pensaient qu'ils auraient peu de succès en la

traitant. L'une des thérapeutes que nous avons interviewé voyait le patient bègue comme un sujet plein de contrôle et de pouvoir grâce à son trouble, ce qu'elle trouvait énervant.

Cooper et Rustin* ont trouvé qu'un nombre significatif de cliniciens, à la fois en Grande-Bretagne et aux USA, pensent que les patients bègues ont des traits de personnalité caractéristiques bien qu'il y ait un manque de données pour soutenir de telles croyances. Alors qu'il semble raisonnable de présumer que des bègues chroniques puissent développer des réponses d'attitude et de comportement comme résultat de leur bégaiement, il n'est toujours pas évident que ces sujets, en tant que groupe, possèdent des traits de personnalité caractéristiques, maintiennent des perceptions faussées de leurs relations sociales ou ont des sentiments d'infériorité. Si les thérapeutes entretiennent de telles croyances, on comprend peut-être pourquoi beaucoup continuent à craindre de traiter le bégaiement.

* 1985

Toute méthode de traitement est basée sur une orientation théorique qui modèlera profondément la perception du thérapeute et influencera non seulement la thérapie mais la compétence professionnelle et le développement personnel. Ce fondement théorique devient une façon de penser, les autorisant à interpréter et à comprendre les événements, les émotions et comportements pour eux-mêmes et autrui. Un bon exemple pour cela est l'emploi de «Personal Construct Therapy» (PCT)* laquelle est très populaire parmi les orthophonistes au Royaume Uni. La raison en est certainement non seulement parce qu'elle a été introduite comme mode de traitement des patients bègues* mais peut-être parce qu'elle reflète et renforce les croyances de beaucoup d'orthophonistes que bégayer n'est pas seulement un problème de langage mais une façon de vivre ; et une thérapie réussie nécessitera de modifier l'interprétation propre du patient bègue en tant que bègue, en celle d'un locuteur fluent. La Thérapie Constructive Personnelle (PCT) autorise le thérapeute à travailler avec le patient à un niveau qui ne demande pas nécessairement une formation plus poussée. Les thérapeutes peuvent plus facilement comprendre le mode de pensée de leurs patients et ceux-ci ne présentant pas de troubles psychologiques, ils peuvent positivement les aider à réévaluer leurs concepts et attitudes face à leurs difficultés de communication. Cependant, les thérapeutes se sentent en contrôle de leur thérapie lorsqu'ils aident leurs patients à «réajuster» leur fluence. Ce type de thérapie met le thérapeute «en sécurité» puisqu'il n'a pas à s'impliquer profondément avec ses patients comme il le ferait dans d'autres approches thérapeutiques comportementalistes ou psychologiques. «Gratter» trop profondément peut être inquiétant pour le patient qui peut ne pas souhaiter voir son problème de trop près, tout autant que pour le thérapeute dont la formation ne lui permet pas assez bien d'aller dénouer tant d'intrications psychologiques.

* Kelly 1955,

* Fransella, 1970

De la même façon, le système de croyances du bègue pourra aussi affecter le cours de la thérapie. Il y a des patients bègues conscients d'être «résistants à être soignés». L'un de ceux que nous avons interrogé disait qu'il voyait trois raisons valables pour maintenir son bégaiement : l'utiliser comme un bouclier de protection, comme une diversion ou comme une arme offensive pour attaquer. Si cela est vrai, il paraît déraisonnable d'abandonner ces aspects-là. Cependant, pour être en sympathie avec le monde extérieur, un bègue aurait besoin de croire, et de faire croire, qu'il veut se débarrasser de l'obstacle de son langage. Ainsi, rechercher «la cure» sera l'un de ses principaux objectifs dans la vie. Il dépensera une grande part de son énergie à chercher cette cure, et en même temps à saboter tout développement constructif. L'orthophoniste pourrait être de connivence dans ce jeu (comme s'il ne voulait pas que le bègue s'améliore) ou bien peut-être est-il incapable d'infliger quelque peine à son patient (ce qui lui serait nécessaire pour comprendre sa vraie motivation). Infliger une peine, pour un thérapeute, peut être extrêmement difficile car il se voit peut-être lui-même comme une personne qui soigne et qui devrait être aimé. Ceci est certainement renforcé par le fait que les bègues attendent beaucoup de leur thérapeute. Ceux que nous avons interviewés pensent qu'un thérapeute doit être une personne patiente, sympathique, perspicace, compréhensive, sincère, confiante, calme, à l'écoute et équilibrée. Certains patients bègues désirent même que leurs thérapeutes résolvent leurs propres problèmes à leur place. Le thérapeute veut-il peut-être rester dans un rôle maternel d'aide et de soutien, sans confronter le patient bègue à des choix ardues ?

Se pourrait-il que les orthophonistes aiment travailler avec les patients bègues parce qu'ils ne veulent pas dire au revoir, que les frustrations de maigres succès sont compensées par le fait que leurs patients restent dépendants d'eux ?

Will* aborde ce sujet lorsqu'il écrit : *«La vie d'un thérapeute est faite d'arrivées et de départs. Il (elle) est dans un sens un prostitué pour la vie des autres, un partenaire «doublure» et non contestataire face au principal événement»*. On encourage les thérapeutes à développer leur empathie dans la prise en charge. L'expérience répétée de dire au revoir au patient bègue, même s'ils savent que c'est dans son meilleur intérêt, peut être une expérience difficile laissant le thérapeute isolé. Avoir des patients qui dépendent «sans fin» de nous, nous protège de la blessure et de la peine associées à leur départ. Nous aurons besoin d'observer de très près notre rôle de thérapeutes si les buts des patients bègues, tels qu'individualité, séparation et autonomie doivent être atteints. Ceci devrait prendre l'avantage sur les souhaits ou besoins personnels des thérapeutes de prolonger de tels attachements.

Sans doute les thérapeutes travaillant avec des patients bègues ont-ils besoin d'un système spécial de soutien et avoir l'opportunité de discuter des problèmes à l'intérieur d'une équipe professionnelle du bégaiement afin de pouvoir compter les uns sur les autres plutôt que sur l'approbation de leur patient. Cependant, l'efficacité de tels groupes peut être sapée par des thérapeutes qui quelquefois hésitent à révéler leurs échecs et leurs problèmes en thérapie par peur de mettre en danger leur statut professionnel et leurs rapports avec leurs correspondants futurs. Les thérapeutes peuvent parfois présenter une facette publique de succès et d'infailibilité professionnels et occuper une place prédominante et prestigieuse parmi leurs collègues, ce qui exclurait tout partage significatif des besoins et intérêts personnels. S'il n'y a aucun contrôle d'égal à égal et aucun dispositif pour partager les difficultés avec d'autres et réduisant ainsi l'isolement, il y a un risque de déformation de ses propres capacités et/ou de son importance. Le manque de connaissance du travail des autres conduit à surestimer les vertus de sa propre méthode.

Ce système de soutien professionnel devrait aussi aider les thérapeutes à maîtriser les critiques et/ou les rejets des patients et ceci d'une façon constructive. Durant la thérapie, on demande aux thérapeutes de contrôler leurs émotions, ce qui est souvent difficile et stressant et peut interférer avec le processus thérapeutique.

Peut-être avons-nous besoin d'examiner avec plus de soin la formation des orthophonistes travaillant avec des patients bègues ? D'autres professions comme les médecins ou les psychologues conviennent qu'une formation poussée après le diplôme soit nécessaire avant de mener à bien des interventions thérapeutiques complexes. Se pourrait-il que les orthophonistes qui désirent traiter le bégaiement aient besoin d'une formation post-diplôme ? Il semblerait que certains bègues interrogés ressentent le fait que les thérapeutes aient besoin de formation supplémentaire en psychologie pour qu'ils puissent aller «plus au fond» et avoir prise sur leurs problèmes. Ils ont aussi exprimé le point de vue selon lequel les orthophonistes devraient, au cours de leur formation, subir une forme d'exploration de leurs motivations à avoir choisi une profession thérapeutique. Cela pourrait les aider à éviter quelques uns des pièges ou problèmes communs inhérents à toute relation d'aide.

Mahoney* prétend que «la personne» qu'est le thérapeute est au moins huit fois plus influente que sa méthode (orientation technique et/ou emploi de techniques spécifiques). Par conséquent, les thérapeutes et les formateurs devraient être préparés à se regarder de plus près pour comprendre les difficultés qu'éprouvent les patients à modifier leur comportement. Nous savons tous que les humains peuvent changer mais la transformation significative est rarement rapide ou facile. Peut-être les formateurs dans les établissements éducatifs évitent-ils d'aborder le côté émotionnel des thérapeutes et le comportement des patients ? Les étudiants en orthophonie reçoivent un nombre limité d'heures sur les aspects théoriques et pratiques du traitement du bégaiement. Ceci pourrait signifier qu'ils voient ce trouble comme un trouble qui obéit à des techniques et les formateurs encouragent ce point de vue même si de telles techniques ne sont pas si efficaces et efficaces qu'ils le voudraient.

Nous pensons que la plupart du temps les centres de formation ne sont pas prêts à confronter leurs étudiants à la complexité émotionnelle de la relation d'aide. Par exemple,

lors d'un cours sur les habiletés sociales (en Grande-Bretagne), l'un des étudiants est devenu furieux pendant un exercice d'entraînement à supporter l'échec. Le centre de formation a réagi par des avis tels que «Comment osez-vous bouleverser des étudiants ? C'est aux étudiants de comprendre leurs propres émotions et ce n'est pas notre rôle de formateur de s'occuper de cela». Par voie de conséquence les étudiants essaient de se cacher derrière des «techniques», position renforcée par le fait que le public se sent moins menacé par des approches techniques que psychologiques.

Nous pensons que les orthophonistes, même s'ils ne se conçoivent pas dans le rôle d'un psychothérapeute en premier lieu, ont besoin d'une «mise en disposition psychologique» que Faber* définit comme «une qualité dont le noyau est la disposition à réfléchir sur la signification, la motivation et les sentiments sur soi-même et sur les autres».

* 1985, p. 170

* 1991, p. 19

Prenons Mahoney* comme référence, la formation standard de l'orthophoniste ne remplirait pas les conditions pour lui permettre «une relation thérapeutique optimale». Cette dernière devrait être sûre, d'un développement souple et fondamentalement bienveillant. La sensibilité incluse dans une telle relation touche chaque personne impliquée, si bien qu'un contexte humain spécial est créé - contexte dans lequel le patient peut explorer d'anciens et de nouveaux moyens d'appréhender son moi et le monde (c'est-à-dire les autres), à partir desquels peuvent se faire de nouvelles expériences. Il peut aussi dans ce contexte mettre en relation son moi et le monde. Les thérapeutes, pour correspondre à ce côté relationnel d'une façon adéquate, doivent réfléchir sur leur rôle de thérapeute, sur l'importance qu'il revêt et ce qu'ils espèrent en gagner.

Les gens parlent souvent de «l'art et la science de la psychothérapie», formule qui s'applique aussi selon nous à l'orthophonie. La formation, les connaissances scientifiques et leurs applications sont une chose, les utiliser avec un patient particulier dans une situation clinique et les adapter avec réactivité pour un effet maxima est autre chose. Seuls les thérapeutes qui ont les aptitudes sociales et communicatives nécessaires ainsi qu'un diagnostic profondément juste face aux processus compliqués de l'interaction humaine, seront capables de travailler avec succès. Alors seulement, satisfaits de leurs compétences ils demeureront psychologiquement sains.

Références

- COOPER, E.B. and RUSTIN, L. Clinician attitudes towards stuttering in the United States and Great Britain : A cross-cultural study. *Journal of Fluency Disorders*, 10 (1985) P. 2, 1-17.
- FARBER, B.A.. The genesis, development, and implications of psychological-mindedness in psychotherapists. *Psychotherapy*, 22, 1985, 170-177.
- FRANSELLA, F. Stuttering : Not a symptom but a way of life. *British Journal of Disorders of Communication*, 1970, 55, 22-29.
- KELLY, G.A. The psychology of personal constructs. New York : Norton, 1955.
- KUHR, A., COOPER, E.B. & RUSTIN, L. «Clinicians Attitudes towards stuttering : an international survey. Presented by IALP Conference Edingburgh, August 1983. Published in proceedings of conference, 1984.
- MAHONEY, Michaël J. *Humain changes processes*. New York: Basic Books, 1991.
- RAGSDALE, J.D., and ASHBY, J.D. Speech-language pathologist's connotations of stuttering. *Journal of Speech and Hearing Research*, 1982, 25, 75-80.
- RYAN, B.P. Attitudes of English and American Speech Therapists, unpublished manuscript. London 1982.
- ST LOUIS, K.O., and LASS, N.J. A survey of communicative disorders students : attitudes towards stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 1981, 6, 49-79.
- WILL, O.A. Coments on the professional life of the psychotherapist. *Contemporary Psychoanalysis*, 15, 1979, 560-575.
- WINGATE, M.E. The fear of stuttering. *ASHA-Journal*, 1971, 13, 3-5.