

Thérapie du bégaiement

Dr A. M'Hammel

1-Définition du bégaiement

Le bégaiement est un trouble moteur de l'écoulement de la parole qui est produite avec plus d'efforts musculaire; ce trouble s'aggrave avec la propositionnalité du discours et retentit secondairement sur les comportements de communication du sujet qui en est atteint et provoque ainsi chez lui une souffrance psychologique; il s'ensuit pour l'interlocuteur une désorganisation gênante de l'intelligibilité du discours.

2- Les conséquences du bégaiement

- Les conséquences émotionnelles et psychologiques du bégaiement sont très importantes vu que la parole est difficile à proférer, manquant d'aisance, de souplesse et pleine de tension.

- 1- Défaillance des habiletés sociales :

Les habiletés sociales sont les comportements adaptés socialement, ils comprennent les comportements visibles appris par l'observation et l'expérience. Ce sont ces habiletés qui nous permettent d'être des interlocuteurs compétents :

Suite des conséquences

Il existe 04 types d'habiletés sociales :

- Les habiletés de base (comme, par exemple, garder le contact visuel), les habiletés interactives (se présenter, faire une demande), les habiletés affectives (pouvoir exprimer ses sentiments) et les habiletés d'ordre cognitif (s'affirmer, résoudre un problème) :
- Dans le cas du bégaiement, l'échec dans ces habiletés, entraîne le sujet bègue à avoir un sentiment de frustration, de désespoir ou d'incompétence, qui nuit à ses capacités de communication et génère une anxiété sociale conséquente.

Suite des conséquences

- Défaillance de l'affirmation de soi : c'est la défaillance dans la capacité d'exprimer de manière sereine ses opinions, ses valeurs, ses ressentis et ses besoins. C'est donc la capacité à trouver sa place dans la relation.
- La peur de soi : le sujet peut avoir mis en place une anxiété quant à ses réactions.

3- Vignette clinique

3-1-Présentation du cas :

- Samir est âgé de 19 ans, le plus jeune d'une fratrie de 6, de niveau moyen, orienté en formation professionnelle, à cause de son échec scolaire. Son père est ouvrier et sa mère est femme au foyer.
- Samir s'est présenté en consultation de psychologie sur la demande de l'orthophoniste qui juge nécessaire de le prendre en charge au niveau personnel.

3-2-Motif de consultation

- Ses problèmes étaient surtout son bégaiement et la gêne ressentie face à un interlocuteur, Ainsi, blocage accompagné par des rougeurs au niveau du visage et des mains. Il a rajouté aussi des tremblements qui le mettent dans une situation d'évitement de parler.

3-3-Anamnèse:

- Samir était un enfant timide d'après sa propre évaluation de sa personne, il a des parents, qui n'aimaient pas la fréquentation car il dit que fréquentation pour mes parents signifie déviation, chose que mes parents craignaient beaucoup.
- A la rentrée scolaire, il avait du mal à participer en classe, trouvait difficilement sa place dans le groupe et lui-même évitait de jouer avec ses pairs.
- Son problème s'aggravait avec les années et une fois au CEM, il était chargé de faire des exposés et de lire devant les élèves, ce qui l'agaçait énormément; tous les regards étaient braqués sur lui.
- Ses résultats étaient de plus en plus mauvais et il a fini par quitter l'école.
- En formation professionnelle son responsable avait remarqué son bégaiement et lui a conseillé de se soigner.
- Le patient a une très bonne relation avec lui, ce qui l'a aidé à continuer la formation.
- La relation avec son frère qui le dépasse de 3 ans est tendue car Samir essaie de se défendre, mais il n'arrive pas, face à un frère qui le blesse verbalement.
- Sa maman est hyper-protectrice et le défend constamment à la maison.

3-4-L'analyse fonctionnelle

- Les 5 premières séances ont été consacrées à comprendre le problème de ce patient compte tenu des facteurs qui l'ont prédisposé à avoir ce trouble, des facteurs qui ont précipité ce trouble ainsi que les facteurs qui ont déclenché et maintenu ce dernier.

a-Les facteurs prédisposants sont la vulnérabilité du patient qui n'avait pas réglé ses problèmes de peurs excessives depuis le jeune âge puisqu'il les a évoquées, à la rentrée scolaire, outre ses difficultés à quitter la maison, ce qu'on a expliqué par une anxiété de séparation préalablement vécue.

Suite des facteurs prédisposants

- Les facteurs prédisposant consistent aussi en la personnalité des parents. Le père est peureux excessif de la déviation d'où la répercussion sur le phénomène de socialisation du patient et la maman est aussi peureuse excessive de la séparation avec son fils d'où l'hyper-protection et donc le manque d'autonomie de ce dernier.

b- Les facteurs précipitants

- Parmi les facteurs précipitants on a analysé les entretiens cliniques diagnostiques et nous avons trouvé que le face à face dans les exposés oraux ainsi que l'interrogation soudaine de Samir par les profs, l'obligation de se défendre verbalement avec son frère et ses amis, le mettaient dans une situation embarrassante et perturbante au niveau physique et émotionnel.

c- Facteurs déclenchants

- Le patient à évoqué les premières difficultés de parole qui remontaient à 7 ans, âge auquel il était en 2^{ème} année primaire et en étant interrogé subitement, il avait du mal à répondre, bien qu'il connaissait la réponse.
- L'enseignant, par ignorance de son problème, a demandé à ce qu'il fasse vite et l'a intimidé devant les élèves qui ont trouvé cela amusant.

Suite facteurs déclenchants

- Le patient a vécu cela comme une frustration et a considéré depuis, qu'il était différent des autres enfants. «كنت دائما نقول علاش ان مانيش كيما الاطفال اللي في سني»
- L'aperception de la différence par rapport aux pairs a continué pendant longtemps et a entravé la bonne perception de soi.

d- Les facteurs de maintien

- Ces facteurs sont de nature physique, cognitive et sociale, le côté physique concerne les tremblements, la sudation, la rougeur et la tension musculaire.
- Les facteurs cognitifs sont les schémas cognitifs que nous avons déterminés et qui sont en rapport avec la perception de soi, dont le manque d'affirmation de soi, la défaillance des habiletés sociales et la restriction du narcissisme.

4- Les questionnaires et la thérapie cognitivo-comportementale

- Les comportements cibles sont la 1ere étape à entreprendre dans une TCC. Quel est le tableau clinique derrière ce bégaiement et quel est le diagnostic?
- Ensuite on passe aux comportements ciblés par cette psychothérapie. Dans le cas de Samir, le diagnostic posé est une phobie sociale sachant que ce diagnostic exige deux composantes: l'attaque de panique et la situation phobogène. Les attaques de panique sont bien présentes puisque le patient présente un ensemble de symptômes, entre autre tremblements, sudation et tension musculaire.
- La phobie sociale est la crainte excessive des jugements d'autrui, le regard négatif et les dépréciations des autres, d'où l'évitement des gens, qui accompagne la situation de parler sans fluidité verbale.

- Le questionnaire d'affirmation de soi de Rhatus a révélé un score de - 49 d'où un manque d'affirmation de soi, sachant que le score varie entre - 90 et + 90.
- Vu que les comportements cibles étaient le AP, le manque d'affirmation de soi et l'évitement de parler, on a choisi 03 techniques : la relaxation de Jacobson pour les attaques de panique avec 11 déances insistant sur les muscles du visage.

Un ensemble de questionnaires a été utilisé telle l'échelle d'anxiété de Lieowitz dont le score obtenu était 70 sachant que les normes sont :

- -56-65 : indique une phobie sociale modérée ;
- 66-80 : indique une phobie sociale marquée ;
- 81-95 : indique une phobie sociale sévère ;
- > 95 : indique une phobie sociale très sévère.

- La technique d'affirmation de soi avec le jeu de rôle où le malade a choisi la situation de se défendre avec son frère à la suite de ses critiques tout en étant relaxé.
- 4 séances pour l'entraînement de ces techniques.
- Les tâches assignées à la maison étaient le travail analysé au début de chaque séance.
- Au total le patient a bénéficié de 20 séances

- Un post-test a été établi et une amélioration du débit de la parole a été remarquée; le patient est passé de 20 fois/jour à 6 fois/jour de bégaiement, sachant que la quantification de la fréquence entre dans le cadre du contrôle de soi.
- La restructuration cognitive concernant l'affirmation de soi ainsi que le jeu de rôle, ont contribué à contrôler la parole puisque le patient a répondu à ses questionnements ce qui a réduit remarquablement le caractère énigmatique de la situation.
- Le jeu de rôle a, lui aussi, aidé à améliorer l'état du patient qui s'était mis dans la situation difficile, de bégayer mais de se défendre, dans ce cas là.

- Le score de la phobie sociale est passé de 70 à 30, ce qui indique une phobie sociale modérée.
- On estime que cette amélioration continuera avec l'entraînement quotidien dans des situations diverses.
- Le score de l'affirmation de soi est passé à 15.
- Ce qui prouve aussi que le patient est sorti de la sévérité du sous-estime de soi.
- Le travail doit continuer pour se généraliser.

5- Conclusion

- Les résultats de cette étude concorde avec celle de Sheehan qui dit :
- « Il est difficile d'évoquer le bégaiement sans aborder la structure cognitive et comportementale de l'anxiété sociale, le terme d'anxiété sociale désigne le phénomène anxieux, associé aux situations sociales de performance ».