

Le traitement individuel et en groupe de bègues adultes

Chantal Caron, Michel Dugas, Robert Ladouceur¹

Université Laval

Cette étude évalue l'efficacité d'un traitement cognitivo-behavioral en individuel et en groupe du bégaiement. L'intervention comprend: (1) l'entraînement à la prise de conscience; (2) la respiration régularisée; (3) l'augmentation graduelle du débit verbal et (4) la restructuration cognitive. Des mesures comportementales (pourcentage de syllabes bégayées et débit verbal) et cognitives (perception de l'efficacité personnelle et lieu de contrôle) servent de variables dépendantes. Un protocole expérimental à cas unique à niveaux de base multiple rapporte les données sur quatre bègues. Les résultats démontrent que tous les sujets diminuent leur bégaiement de façon cliniquement significative et que trois d'entre eux maintiennent leurs gains thérapeutiques au test de rappel effectué six mois plus tard. La discussion soulève les implications cliniques de ces résultats.

Le bégaiement est un problème de communication répandu (prévalence d'environ 1%), débilitant et surtout difficile à corriger. Peu d'interventions thérapeutiques ont réussi à éliminer ce problème (Cooper, 1984). L'essor des thérapies comportementales a permis le développement de programmes thérapeutiques efficaces, offrant aux bègues la possibilité d'atteindre une fluidité verbale normale (ingham, 1984; Saint-Laurent & Ladouceur, 1987).

Nos premiers travaux se sont appuyés sur la méthode de Respiration Régularisée développée par Azrin et Nunn en 1974. Rapidement, il est apparu nécessaire d'inclure des interventions cognitives, sociales et préventives pour atteindre des résultats satisfaisants (Dugas & Ladouceur, 1988; Saint-Laurent & Ladouceur, 1987). De plus, il était impératif de tenir compte du niveau initial de la sévérité du bégaiement. En effet, les bègues graves exigeaient des interventions particulières pour atteindre une fluidité verbale normale, dictant ainsi la nécessité d'une analyse comportementale détaillée pour chaque patient (Ladouceur, Caron, & Caron, 1989; Wolpe, 1986). Enfin, il est reconnu que le maintien et la généralisation hors clinique des gains thérapeutiques posent de sérieux problèmes dans le traitement

Les demandes de tirés à part doivent être envoyées à Robert Ladouceur, Ph.D., Ecole de Psychologie, Université Laval, Ste-Foy, Qué., G1K 7P4.

du bégaiement. Si plusieurs bégues parviennent maintenant à éliminer leur problème suite à une thérapie multidimensionnelle, le maintien à long terme de ces acquis et leur généralisation dans la vie de tous les jours demeurent encore, pour plusieurs d'entre eux, un objectif à atteindre. Afin de faciliter ces éléments, il est apparu qu'un traitement administré en groupe apporterait une solution à ces limites thérapeutiques. La présente étude vérifie l'efficacité d'un traitement cognitivo-behavioral du bégaiement appliqué sur une base individuelle et de groupe.

Méthode

Sujets et thérapeutes

Quatre bégues (trois hommes et une femme) participent à cette étude. Leur âge varie de 27 à 41 ans ($X = 32$). Trois d'entre eux ont déjà consulté un professionnel de la santé pour ce problème (les sujets 1, 2 et 4). Un étudiant gradué en psychologie conduit les séances individuelles et une psychologue clinicienne expérimentée dans le traitement du bégaiement participe aux séances en groupe.

Protocole expérimental

Un protocole expérimental à cas unique à niveaux de base multiples en fonction des individus évalue l'efficacité de l'intervention thérapeutique (Ladouceur & Bégin, 1980).

Évaluation

Le pourcentage de syllabes bégayées (% SB) représente la variable principale. Un juge indépendant cote les bégaiements selon les critères suivant: 1) blocage; 2) répétition de syllabes; 3) répétition de mots; et 4) prolongement (Young, 1961).

Les expérimentateurs enregistrent chaque rencontre sur magnétophone non-dissimulé puisqu'il n'y a pas de différence significative entre les prises de mesure dissimulées et non-dissimulées (Côté & Ladouceur, 1982; Ladouceur & Saint-Laurent, 1986). À partir de chaque enregistrement, l'évaluateur détermine au hasard trois échantillons d'une minute dans lesquels il compte le nombre de syllabes bégayées et le nombre de syllabes prononcées par minute.

Au début de chaque rencontre les sujets complètent un questionnaire évaluant la perception d'efficacité personnelle (PEP) de Bandura; ils prédisent leur % SB pour la rencontre. Un instrument développé par Craig, Franklin et Andrews (1984) mesure le lieu de contrôle. Lors du niveau de base les sujets complètent ce dernier questionnaire au début de chaque rencontre. Pendant le traitement, ils le font une fois sur deux.

Intervention thérapeutique

Niveau de base. Cette période évalue quantitativement le bégaiement (% SB). Le niveau de base se poursuit jusqu'à ce que le comportement démontre une stabilité. Pendant ces rencontres, le thérapeute recueille des informations sur le fonctionnement du sujet, l'évolution de son bégaiement, etc. afin d'établir une analyse behaviorale complète (Wolpe, 1977).

Traitement. L'intervention thérapeutique comprend les composantes suivantes: (1) entraînement à la prise de conscience; (2) respiration régularisée; (3) augmentation graduelle du débit verbal; (4) restructuration cognitive; (5) pratique en groupe; (6) séance de relance.

1) L'entraînement à la prise de conscience. Les résultats d'une étude (Ladouceur, Boudreau, & Théberge, 1981) révèlent que sans intervention, les bégues reconnaissent seulement 28% de leurs syllabes bégayées. Le but de cette première phase consiste à rendre les sujets plus conscients de leur bégaiement puisque pour modifier un comportement, l'individu doit être capable de l'identifier correctement.

Le thérapeute livre une définition opérationnelle du bégaiement, après quoi il signale (un signe de la main) au sujet chaque manifestation. Ensuite, il demande au sujet d'indiquer lui-même ses bégaiements. Le thérapeute utilise différents moyens pour augmenter la reconnaissance des hésitations: il indique les bégaiements oubliés, fait entendre l'enregistrement, demande au sujet de s'enregistrer et de s'écouter entre les rencontres. Lorsque le sujet repère 85% des syllabes bégayées, il passe à la deuxième phase.

2) La respiration régularisée est adaptée à partir des éléments présentés par Azrin et Nunn (1974).

Révision des inconvénients: le sujet énumère les inconvénients et les frustrations qui résultent du bégaiement. Cette étape vise à augmenter sa motivation.

Entraînement à la relaxation: puisque la tension musculaire est souvent associée au bégaiement (Azrin & Nunn, 1974), le sujet fait une courte relaxation au début de chaque séance. Il prend une posture détendue, se ferme les yeux et respire profondément et lentement.

Anticipation du bégaiement: lorsque le sujet prévoit un bégaiement, il le signale au thérapeute en faisant une pause.

Activités incompatibles: lors d'un bégaiement, le sujet cesse de parler. Il expire et ensuite inspire lentement, détend les muscles de sa poitrine et de sa gorge, accentue le début de la phrase et parle pour une courte durée.

Entraînement correctif: après un bégaiement, le sujet recommence les activités incompatibles. S'il oublie, le thérapeute le lui rappelle.

Entraînement préventif: lorsque le sujet anticipe un bégaiement, il pratique les activités incompatibles.

Pratique positive: le sujet fait des exercices structurés avec le thérapeute afin d'améliorer son aisance verbale.

Aide sociale: le sujet explique à des membres de sa famille ou à des amis ses nouvelles habitudes de langage. Il demande à ces gens de commenter son progrès et lui rappeler d'utiliser la méthode.

Exercice en public: le sujet recherche et affronte des situations difficiles qu'il évitait auparavant.

Exercice après traitement: après le traitement, le sujet est encouragé à constamment utiliser la méthode.

Cette adaptation de la méthode d'Azrin et Nunn met l'accent sur la pratique des activités incompatibles. Le thérapeute demande au sujet d'utiliser constamment ces activités (inspirer et parler dans la phase d'expiration); de cette façon il prévient l'apparition de bégaiements.

3) L'augmentation graduelle du débit verbal facilite l'intégration de la respiration régularisée tout en permettant l'introduction des buts proximaux. Cette composante du traitement est introduite suite à une période de deux séances consacrées à l'apprentissage de la respiration régularisée. En premier, le sujet parle à une vitesse de 50 syllabes par minutes (SPM), variant de + ou - 20 SPM en utilisant la respiration régularisée. Afin de lui permettre d'atteindre ce débit verbal cible, le thérapeute chronomètre quelques échantillons de sa conversation. A cette vitesse, chaque mot se trouve prononcé lentement, ce qui favorise l'aisance verbale. Si le bégaiement maintient cette vitesse tout en émettant moins de 3 % SB pendant deux séances consécutives, le débit verbal cible augmente à 75 SPM (+ ou - 20). Cette augmentation de 25 SPM à la fois se poursuit jusqu'à ce que: (1) le sujet atteigne au moins son débit verbal pré-thérapeutique avec moins de 3 % SB pendant deux séances consécutives; ou (2) le sujet ou le thérapeute ne prévoit aucun nouveau progrès.

4) La restructuration cognitive vise à corriger les cognitions négatives et inadéquates du client (Beck, 1976; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979). Le sujet explicite ses pensées négatives et automatiques concernant son bégaiement dans certaines situations sociales. A l'aide du clinicien, il les évalue en fonction de leurs dimensions irrationnelles et inhibitrices. Il formulera de nouvelles pensées plus justes et productives qui favoriseront une diminution de l'anxiété sociale.

5) Pratique en groupe. Les quatre sujets se rencontrent une fois par semaine; les deux thérapeutes animent ces rencontres d'une durée de deux heures. Pendant la première heure les sujets racontent à tour de rôle leurs succès et/ou difficultés relatives à la pratique de la méthode. Ensuite les thérapeutes provoquent des situations où les bégaiements éprouvent habituellement des difficultés (discussion, débat, jeux de rôles, etc.). Pendant la rencontre les sujets doivent utiliser les activités incompatibles; lorsqu'un sujet l'oublie, un thérapeute ou un autre sujet le lui rappelle.

6) Les séances de relance ont lieu trois mois après la fin du traitement. Les sujets parlent des difficultés rencontrées et des succès obtenus. Les thérapeutes vérifient l'application de la méthode par les sujets, revisitent la méthode de la respiration régularisée et corrigent au besoin l'application. Ils interviennent également au niveau de la restructuration cognitive.

Swivi. Six mois après la fin du traitement, une dernière rencontre sert à évaluer le maintien des gains thérapeutiques. Cette rencontre se déroule dans les mêmes conditions que l'enregistrement du niveau de base.

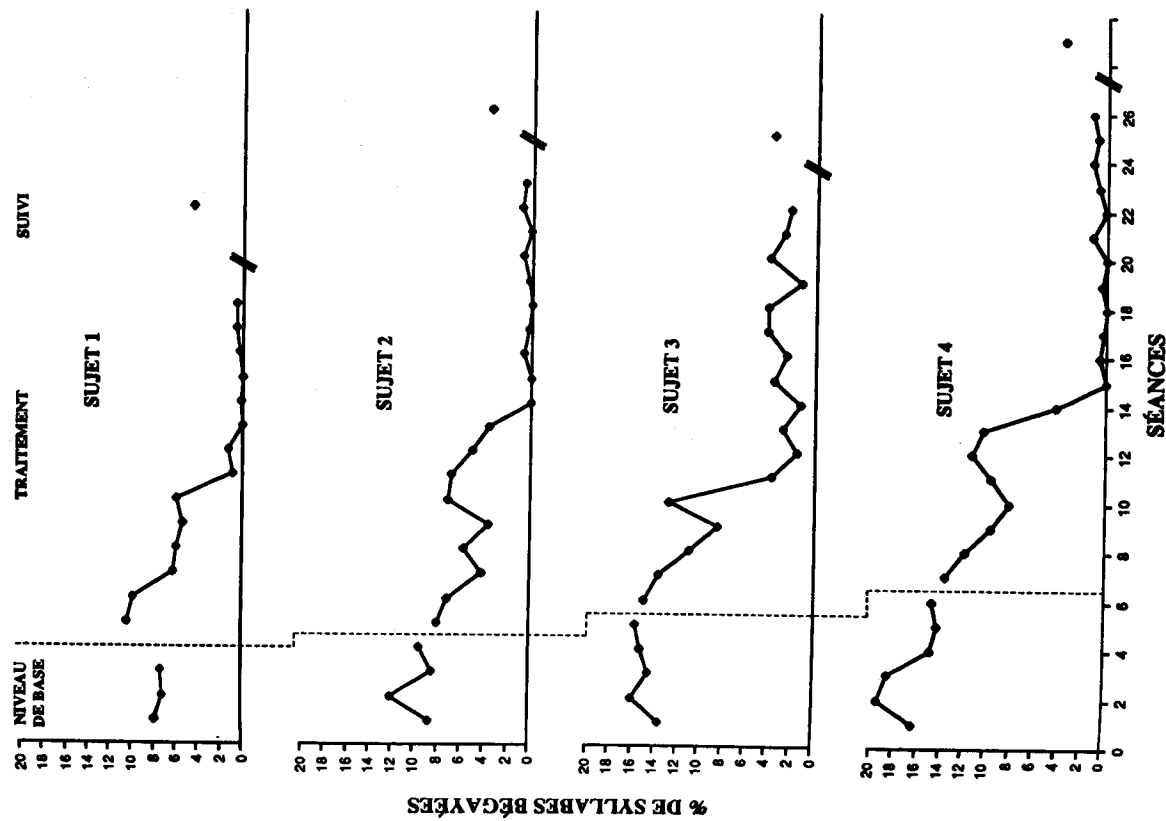


Figure 1. Pourcentage de syllabes bégayées par les quatre sujets en fonction du niveau de base, du traitement et du test de rappel.

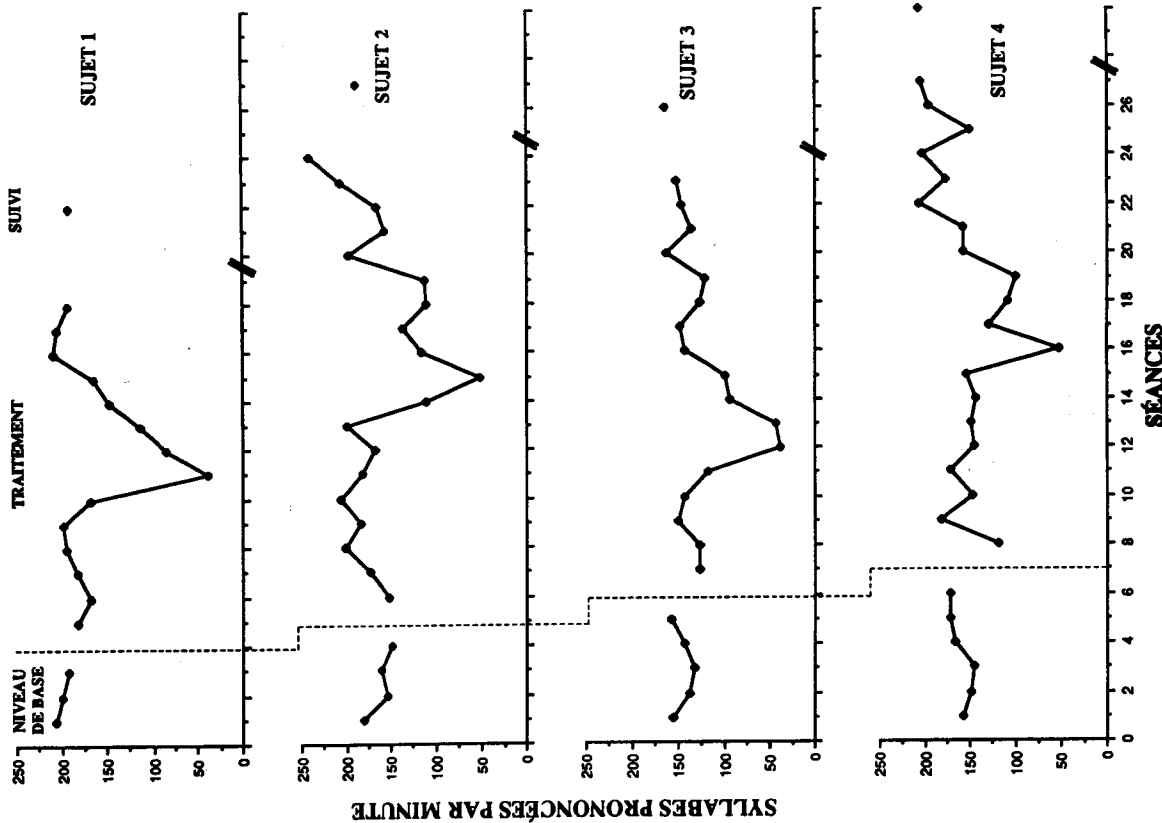


Figure 2. Nombre de syllabes prononcées par minute par les quatre sujets en fonction du niveau de base, du traitement et du test de rappel.

Résultats

Deux évaluateurs ont coté de façon indépendante 20% des SB et 20% du nombre de SPM. La fiabilité inter-juges s'établit à 89% et à 98% respectivement.

Les figures 1 et 2 illustrent le % SB et le SPM respectivement. Lors de l'entraînement à la prise de conscience, le % SB connaît une diminution modérée alors que le SPM demeure stable. Le débit verbal cible de 50 SPM, suivant immédiatement l'introduction simultanée de la respiration régularisée et la restructuration cognitive, permet à tous les sujets d'atteindre des gains thérapeutiques cliniquement significatifs (moins de 3 % SB). Par la suite, les sujets 1, 2 et 4 maintiennent ces gains alors qu'ils augmentent progressivement leur débit verbal jusqu'à 200 SPM. La performance du sujet 3, pour sa part, oscille entre 1,5 % SB et 4,2 % SB tout en augmentant son débit verbal à 150 SPM.

Les résultats au PEP indiquent que tous les sujets présentaient avec grande précision leur performance. Les corrélations entre la PEP et le % SB s'établissent à 0,86, 0,90, 0,85 et 0,93 respectivement. Au niveau du lieu de contrôle, les sujets 1, 3 et 4 deviennent plus «internes» à la fin du traitement (10%, 67% et 57% respectivement), alors que le sujet 2 devient 9% plus «externe».

Six mois après la fin du traitement, malgré une légère augmentation du % de SB, les sujets 2, 3 et 4 maintiennent leurs gains thérapeutiques. Cependant le premier sujet accuse une rechute à ce test de rappel, soit 4.5 %SB.

Discussion

Ce traitement en groupe a permis aux quatre bégues d'améliorer leur élocution de façon cliniquement significative. Ces résultats confirment ceux obtenus par Dugas et Ladouceur (1989). L'augmentation graduelle du débit verbal permet une grande efficacité du traitement auprès des bégues sévères (Ladouceur, Caron, & Caron, 1988). A la fin du traitement, tous les sujets manifestent un %SB en deça du critère normatif, soit la moyenne de la population non-bègue plus un écart-type (Gagnon & Ladouceur, 1990). Après 6 mois, les résultats révèlent un maintien des gains thérapeutiques pour trois sujets. Le sujet 1 augmente légèrement son bégaïement au dessus du seuil clinique lors du test de rappel: il se dit conscient d'une détérioration et relie cela à des problèmes émotifs. Il vivait à ce moment-là une période dépressive.

Le traitement en groupe confirme l'efficacité à maintenir et généraliser les gains thérapeutiques. Dugas et Ladouceur (1989) obtiennent des résultats similaires en offrant des séances individuelles. Bien que certains auteurs (Prins, 1984; Culp, 1984) recommandent d'inclure des séances de groupe dans les programmes de traitement du bégaïement, aucune donnée n'avait encore confirmé le bien-fondé de ce procédé.

Les résultats obtenus à la PEP révèlent une bonne capacité des sujets à prédire leur performance. Ils identifient correctement les fluctuations dans leur taux de bégaïement (Bandura, 1977; 1986). Ces conclusions dictent des implications cliniques importantes. Si un bégue connaît les situations qui lui occasionnent le plus de difficultés, le clinicien orientera son intervention sur ces situations. De plus, puisque la performance résulte en partie de la perception de son efficacité, le clinicien s'assurera que le patient a confiance en ses moyens afin de rendre ses attentes aussi productives que possible.

Trois sujets modifient leur lieu de contrôle dans la direction attendue i.e. en devenant plus interne. Ces résultats ne sont pas consistants avec l'hypothèse de Craig et al. (Craig & Andrews, 1985) voulant que ce type de changement s'associe au maintien des gains thérapeutiques. Au suivi, le premier sujet ne maintient pas ses gains bien que le lieu de contrôle soit plus interne. À l'inverse, le sujet 2 avec un lieu de contrôle plus externe conserve ses gains.

En conclusion, ce traitement s'avère cliniquement efficace. L'augmentation graduelle du débit verbal, étape intermédiaire entre l'apprentissage de la respiration régularisée et le langage normal, constituerait une composante déterminante de cette intervention. Le traitement jumelant une intervention individuelle et de groupe s'avère un moyen efficace, rapide et économique pour traiter les bégues.

Références

- Azrin, N. H., & Nunn, R. G. (1974). A rapid method of eliminating stuttering by a regulated breathing approach. *Behavior Research and Therapy*, 12, 279-286.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Connecticut: International University Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Cooper, E. B. (1984). Personalized fluency control therapy: A status report. In M. Prins, (Ed.), *Contemporary approaches in stuttering therapy* (pp. 1-34). Boston/Toronto: Little Brown and Company.
- Côté, C., & Ladouceur, R. (1982). Effects of social aids and regulated-breathing method in the treatment of stutterers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 450.
- Craig, A., & Andrews, G. (1985). The prediction and prevention of relapse in stuttering: The value of self-control techniques and locus of control measures. *Behavior Modification*, 9, 427-442.
- Craig, A., Franklin, J., & Andrews, G. (1984). A scale to measure locus of control of behavior. *British Journal of Medical Psychology*, 57, 173-180.
- Culp, D. A. (1984). The preschool fluency development program: Assessment and Treatment. Dans M. Prins (Ed.), *Contemporary approaches in stuttering therapy* (pp.39-69). Boston/Toronto: Little Brown and Company.
- Dugas, M., & Ladouceur, R. (1989). Traitement multidimensionnel et progressif des bégues sévères. *Science et Comportement*, 18, 221-238.

- Gagnon, M. & Ladouceur, R. (1990). Criteria for clinically significant changes in the treatment of child stutterers. Manuscript soumis pour publication.
- Ingham, R. J. (1984). *Stuttering and behavior therapy: Current status and experimental foundations*. San Diego: College-Hill.
- Ladouceur, R., & Bégin, G. (1980). *Protocoles de recherche en sciences appliquées et fondamentales*. Québec: Edisem.
- Ladouceur, R., Boudreau, L., & Thériège, S. (1981). Awareness training and regulated breathing method in the modification of stuttering. *Perceptual and Motor Skills*, 53, 187-194.
- Ladouceur, R., Caron, C., & Caron, G. (1989). Stuttering severity and treatment outcome. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 49-56.
- Ladouceur, R., & Saint-Laurent, L. (1986). Stuttering: A multidimensional treatment and evaluation package. *Journal of Fluency Disorders*, 11, 93-103.
- Prins, D. (1984). Treatment of adults: Managing stuttering. In R. F. Curlee & W. H. Perkins, (Eds.), *Nature and Treatment of Stuttering, New Directions* (pp. 256-389). California: College-Hill Press.
- Saint-Laurent, L., & Ladouceur, R. (1987). Massed vs distributed application of the regulated breathing method for stutterers and its long-term effect. *Behavior Therapy*, 18, 38-50.
- Wolpe, J. (1977). Inadequate behavior analysis: The achilles heel of outcome research in behavior therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 8, 1-3.
- Young, M. A. (1961). Predicting ratings of severity of stuttering. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 1, 31-54.