

Prise en charge de la dysphonie et aphonie psychogènes à travers la technique cognitivo – comportementale

Résumé

La voix est un véritable baromètre de la thymie d'un individu (c'est-à-dire de son morale), elle porte en elle le souvenir du vécu et peut exprimer par sa dysfonction (aphonie ou dysphonie) un malaise de l'individu qui appelle à l'aide et dit par sa voix ce qu'il ne peut exprimer par des mots. Pour remédier à cette dysfonction, une prise en charge s'avère nécessaire. La présente étude contribue à mettre en pratique la prise en charge de la dysphonie et aphonie psychogènes à travers la technique cognitivo-comportementale.

Les mots clés : dysphonie, aphonie, psychogènes, prise en charge, technique cognitivo-comportementale.

BOUKERMA/ AGHLAL Fatima Zohra

Ouarda METREF

Université Tizi- Ouzou
(Algérie)

Introduction

Les dysphonies peuvent avoir des étiologies très variées, particulièrement en l'absence d'organicité primaire. Des facteurs et des mécanismes psychogènes émotionnels, voire psychiatriques, sont impliqués mais difficiles à cerner. Souvent, des facteurs intrinsèques (sensibilité, organisation névrotique plus ou moins structurée, problématique psychosexuelle, l'introversion, le manque d'assertivité, l'inhibition, perfectionnisme, anxiété...) représentent un terrain favorisant pour l'installation des troubles en rendant le patient spécifiquement sensible à certains facteurs extrinsèques qui se révèlent déclenchant (mécanisme réactionnel).

La prise en charge du patient souffrant d'une aphonie ou dysphonie psychogène est très spécifique. Le stress et l'anxiété jouent un rôle central et constituent le point de départ de nombreuses formes de dysphonies. S'il existe en général une cause psychologique consciente

ملخص

يعتبر الصوت مقياسا صحيحا لمزاج الفرد وهو الذي يحمل ذكرى خبراته. ففي حالة الانزعاج يمكن للفرد أن يعبر عنه بواسطة الاختلال الوظيفي لصوته (فقدان الصوت أو خلل النطق) ما يجعله يقول بصوته، ما لا يمكنه القول بكلماته، ذلك قصد طلب المساعدة. فعلى هذا الأساس، سيصبح التكفل بالاختلال الوظيفي للصوت لدى الفرد أمر ضروري. لهذا جاءت هذه الدراسة لتساهم في إجراء التكفل بخلل النطق النفسي وفقدان الصوت من خلال التقنية السلوكية - المعرفية.

الكلمات الدالة: خلل النطق، بحة الصوت التكفل النفسي، التقنية المعرفية - السلوكية.

qui déclenche la dysphonie, parfois en parallèle une raison inconsciente la maintient, et les troubles créés offrent une occasion d'exprimer par des symptômes spécifiques (Une conversion) des conflits refoulés, que le sujet ne peut plus contenir rejaillissent. Une prise en charge de tels troubles, tant au niveau diagnostique que thérapeutique, est souvent nécessaire et le rôle de tous les intervenants potentiels est indispensable.

L'accent est mis sur la délimitation entre rééducation et psychothérapie. Afin d'optimiser la coordination et l'efficacité des soins, il est primordial que la communication soit de bonne qualité. Celle-ci permet d'une part d'assurer la transmission de l'information, et d'autre part d'évaluer quotidiennement l'autonomie du patient.

1- Qu'est cette la dysphonie psychogène ?

Traditionnellement, les troubles vocaux considérés comme ayant un lien avec des troubles psychologiques étaient attribués à une libération affective sous-corticale due à des états physiologiques d'urgence conduisant à une altération du contrôle phonatoire et respiratoire (1). Selon Larousse Médical, l'aphonie est la perte totale ou partielle de la voix. Parfois elle fait suite à un surmenage vocal intense. Mais, elle peut aussi survenir lors de traumatismes psychiques mal surmontés. On parle alors d'aphonie psychogène. Il existe des aphonies psychiques, d'origine hystérique, survenant le plus souvent après le traumatisme violent ou au cours de l'évolution d'un trouble névrotique (2).

Pour ARONSON, le dénominateur commun de presque toutes les aphonies et dysphonies psychogènes est la contraction trop violente des muscles extrinsèques et intrinsèques du larynx en raison de leur extrême sensibilité au stress émotionnel(3). LE HUCHE explique que, c'est celui de « voix impossible », ayant subi une transformation caricaturale au point parfois de devenir inutilisable (4). La dysphonie psychogène donc, est un phénomène qui entre dans une logique de « combattre ou fuir ». Les troubles de la voix - ont un rôle de « soupape de sécurité » apaisant le conflit interne, au moins temporairement. L'attention que porte l'entourage au sujet dysphonique est un gain secondaire.

Butcher a souligné en 1995, que l'aphonie dite psychogène ne correspondrait qu'à 5 % de cas d'« hystérie » en tant que pathologie psychiatrique. Les 95 % restants sont décrits comme des symptômes isolés et seraient le fait de processus conflictuels inconscients ayant des répercussions en avalanche. C'est à partir de cette conception que des solutions thérapeutiques comportementales ont pu être proposées comme celles de modifier la gestion du stress et de développer les stratégies de communication (5).

De ce fait, l'évolution de la dysphonie psychogène, dépend beaucoup de l'importance des conflits intrapsychiques, des bénéfices apportés par le trouble et de l'importance du stress. Le passage de l'aphonie totale à l'hypophonie est un signe d'une amélioration. Une prise en charge adéquate (psychothérapie cognitivo-comportementale) permet souvent au patient de retrouver sa voix.

2- Qu'est ce que la psychothérapie cognitivo-comportementale ?

La psychothérapie, est une méthode thérapeutique utilisant les ressources de l'activité mentale. Plusieurs techniques psychothérapeutiques existent. Les techniques sont individuelles ou collectives. Elles ne sont pas exclusives et peuvent être associées. Le choix de ces méthodes est fonction de la nature du trouble, et de l'expérience du thérapeute. La thérapie comportementale vise à corriger des comportements inadaptés en recourant à un conditionnement du sujet, elle est souvent associée à la thérapie cognitive, qui s'intéresse à certains des mécanismes psychiques qui sous tendent ces comportements (pensée, mémoire, anticipation...) dans le but de les corriger(6) .

2-1- Les thérapie cognitive : introduites par Ellis (1962) et par A. Beck (1973) dans le traitement de la dépression, elles visent à orienter le patient vers une prise de conscience rationnelle de ses comportements pathologique, en lui permettant de réformer certains de ses jugements et son appréhension perceptive du monde extérieur. Les thérapies comportementalistes font appel à des techniques de déconditionnement, de désensibilisation s'inscrivant dans un programme thérapeutique qui reste cependant spécifique à la problématique personnelle de chaque malade (7) .

2-2 la thérapie comportementale : elle englobe un ensemble de méthodes psychologique, visant à aider un individu à vaincre des difficultés nées de son propre comportement, en apprenant soit à modifier ce comportement, soit à appréhender différemment les circonstances au cours desquelles il se manifeste, et ainsi à agir indirectement sur lui. Le patient est invité à le décrire, à noter sa fréquence, sa durée les circonstances dans lesquelles il survient de même que les stimuli qui paraissent le déclencher ou l'entretenir (8). En thérapie, le patient est au premier plan, le désordre vocal étant l'expression d'une souffrance dans un cadre général. Cette souffrance peut être l'objet d'interprétations diverses par le psychothérapeute.

3- Quel est le rôle du psychothérapeute?

La majorité des littératures dans ces domaines (9) (10). S'accordent sur le fait que l'aide que peut apporter le psychothérapeute peut s'orienter dans trois directions différentes :

1- Aider à libérer les émotions

Qu'elles soient agréables ou désagréables, les émotions sont une réaction affective naturelle. Face à ce que nous percevons. Sur le plan biologique, elles se traduisent par la libération de différentes Hormones dans l'organisme. Les émotions ont pour fonction d'être évacuées, à défaut quand nous n'arrivons pas, nous élaborons inconsciemment des stratégies d'ajustement. les émotions non libérées s'accumulent en nous sous forme de toxines. A la longue, cela crée un état de stress qui se traduit par de l'anxiété ou de la dépression. La psychothérapie, elle crée un espace où les émotions peuvent s'exprimer librement. C'est le rôle du thérapeute de repérer les émotions – la libération des émotions réprimées crée un état d'apaisement intérieur et rend à la fois plus authentique et moins vulnérable.

2- Aider à changer les attitudes et les comportements :

Pour trouver la solution d'un problème, il est utile d'en comprendre les causes nous avons en nous des réserves d'énergie qui nous permette de changer nos attitudes et nos comportements. Au cours de notre existence nous prenons toutes sortes d'habitudes, des plus utiles aux plus nocives. Or, si nous avons acquis une habitude que nous n'avions pas au départ, il est donc également possible de la perdre et d'en acquérir une nouvelles. il est également important de bien évaluer ses propres capacités et d'agir de façon progressive et régulière. En dépassant nos douleurs initiales nous prenons peu à peu de l'assurance. Ainsi, notre résistance et notre estime de soi se renforce. Le travail sur nous –même permet d'en atténuer les effets nocifs, et de reconvertir l'énergie destructrice en énergie créatrice.

3- Aider à mieux vous comprendre

Le fonctionnement de l'esprit revêt souvent un aspect mystérieux. Aussi une des fonctions essentielles du psychothérapeute est l'interprétation de ce qui nous échappe, en nous même. Nous comprendre nous même, c'est aussi comprendre notre histoire. Comprendre la façon dont on s'est construit soi-même, permet de sortir de la répétition et de changer ainsi le cours de son existence. Le thérapeute doit se centrer non sur les contenus, mais sur les processus : les vivants ne sont pas vraiment déséquilibrés, mais en équilibration permanente(11).

Ainsi, le rôle du psychothérapeute est d'être un guide, un accompagnateur, un soutien. Il offre à la personne qui le consulte une aide qui peut s'orienter dans trois directions: libérer les émotions, changer les attitudes et les comportements et/ou aider à mieux se comprendre. Le psychothérapeute aidera son client à trouver par lui-même des réponses grâce à une méthode qui lui permettra de trouver ses solutions et réponses.

4- Vers une prise en charge

Le modèle des Thérapies Cognitivo- Comportementales se focalise sur trois dimensions du comportement :

- Le comportement visible par l'observateur ou comportement ouvert.
- Les pensées du sujet, ses cognitions.
- Les émotions accompagnant le comportement ouvert et les cognitions.

L'approche thérapeutique se focalisera donc sur les comportements d'évitement, les cognitions mal adaptés et les signes physique de l'anxiété. La première composante du travail visant l'anxiété est un travail psycho-éducatif qui permet au patient de comprendre la nature et les éléments constitutif de la réponse anxieuse – mieux il est en mesure d'identifier et de discriminer les émotions, mieux il fera face (12).

Selon Daniel Goleman, il est possible par la conscience et la maîtrise de soi de comprendre, d'utiliser et cultiver ses aptitudes émotionnelles pour guider ses décisions, interagir adéquatement avec les autres, résoudre les conflits et atteindre ses objectifs personnels et collectifs. Il est donc tout à fait utile et naturel de développer autant ses

capacités physiques, intellectuelles qu'émotionnelles de base. Nous pouvons le faire par une prise de conscience, l'introspection et divers exercices appropriés répétés. Il est possible aussi de changer, de transformer ainsi ses habitudes émotionnelles pour le mieux. (13)

Le mental est fort utile pour analyser, planifier mais il peut aussi nous distraire, nous agiter, nous mener loin mais aussi nous perturber. Il se compose de pensées, d'images et d'émotions. Les premières le sont de mots et cet ensemble forme une phrase qui elle donne un sens et provoque une réaction soit neutre, soit agréable, soit désagréable dans notre esprit. Certaines émotions négatives sont très vives, persistantes et destructrices telle la colère, la haine et la culpabilité. D'autres, positives, nous font tant de bien telle la joie et l'amour(14) (15).

En fait, nous sommes des êtres conditionnés et d'habitudes et ces habitudes sont devenues nos schèmes émotionnels et réactionnels autant dans notre vie personnelle que professionnelle. Les sensations ne passent pas inaperçues mais certaines des premières échappent souvent à notre conscience. Heureusement il est possible de neutraliser, arrêter ou rediriger le flux de ces pensées ou émotions et réactions ou les transformer pour un mieux-être pour soi et les autres.

- Prise en charge, cas de dysphonie psychogène

Pour prouver l'efficacité de la prise en charge, il est important que la démarche ait une structure scientifique et utilise des données objectives (16). L'idée directrice est qu'il convient d'organiser avec objectivité une stratégie thérapeutique bien raisonnée envisageant chacun des moyens utilisables en les associant ou en les faisant se succéder dans le souci d'articuler le projet thérapeutique le plus efficace pour le patient (17). Dans le cas de la dysphonie, les questions que se pose le psychothérapeute sont :

- est ce que le patient a conscience du caractère de sa dysphonie ?

- Comment faire pour le changer et l'aider à devenir autonome dans la maîtrise de ses comportements (voix) ?

Pour cela, il propose un outil qui permet de mieux comprendre ce qui se passe chez le patient pour lui permettre de changer certains comportements inadaptés, Cette démarche se déroule en trois phases :

I. OBSERVER ET COMPRENDRE

Le psychothérapeute dans cette phase, a besoin d'un fil conducteur pour définir les causes de la dysphonie ou l'aphonie dont souffre le patient : quand c'est arrivé ? Dans quelle situation ? Qu'est ce qu'il a ressenti ? Commençons par définir le comportement de dysphonie ou une aphonie et pour cela nous allons partir d'un exemple concret et réel qui nous servira de fil conducteur.

Exemple : Il s'agit d'une jeune femme qui souffre d'une dysphonie depuis trois mois, et son entourage commence à s'inquiéter pour elle. Ne pouvant pas parler elle se fait accompagner par sa grande fille qui raconte : il ya deux mois ma grand mère maternelle est décédée, ma mère était sa préférée. Elle la pleurait souvent et pour un rien elle se met à crier. Avec le temps, elle était devenue très fatiguée, anxieuse, et très

agressive envers nous. Ce qui à la longue froissa mon père, avec qui elle se disputait souvent. Ne pouvant plus , en plein dispute mon père lui avait dit : tu dois changer et t'occuper de ton foyer et tes enfants comme toutes les femmes, sinon, il y a d'autres solutions. Depuis on a plus entendu sa voix.

Dans cette histoire il ya deux éléments qui doivent attirer l'attention du thérapeute :

- La situation (la mort de la mère, la menace du mari)
- Le comportement (dysphonie).

Après avoir écouté la fille, le psychothérapeute cherche à savoir ce qu'en pense la concernée. Ne pouvant pas parler, il lui demanda d'écrire sur un papier sa façon de voir les choses responsable de son état. Après analyse : Suite a ce qu'a dit le mari (situation) , la femme a ressenti de la colère (émotion), elle a pensée, que puisque sa mère est morte, elle est sans défense , son mari se permet de la menacer de trouver une autre solution (pensée), en la comparant a d'autres femmes, il a l'intention de la changer. Avec ce type d'enchaînement (situation-émotions-pensées), il lui est difficile de réagir, autrement que par la dysphonie.

Chaque événement de vie que nous vivons est traduit par notre cerveau sous forme émotionnelle et cognitive (les cognitions sont les pensées, les images ou les croyances que nous avons sur nous et sur notre univers à un moment donné de notre vie). Emotions et pensées sont le fruit de notre apprentissage de la vie. En fait, ces émotions engendrent toute une série de pensées automatiques (on parle de monologue intérieur) qui vient créer des cercles vicieux avec les émotions (chacun renforçant l'autre) et provoque l'emballement du comportement : dysphonie ou aphonie.

Le meilleur moyen d'apprendre un nouvel comportement est, de s'arrêter chaque fois que nos comportements entraînent des conséquences négatives, pour essayer de trouver et de comprendre :

- quelles sont les émotions que nous ressentons ?
- quelles sont les pensées que nous avons ?

Selon la situation citée, dans d'esprit de la mère, ce n'est pas la mort de la grande mère qui a provoquée la dysphonie (puisque nous savons tous qu'un jour viendra, on quittera cette terre), ni la menace du mari, telle qu'elle a été présentée, mais les émotions qu'elle a ressenti et les interprétations ou pensées qu'elle avait sur la situation à ce moment précis.

L'idée centrale des thérapies comportementales et cognitives est que pour pouvoir nous changer, il nous faut d'abord mieux nous comprendre : savoir précisément ce que nous ressentons et ce que nous pensons, pour ensuite modifier nos pensées et en faire évoluer nos émotions et que nous parviendrons à apprendre un comportement différent. A cet effet on pourra conclure que les émotions sont, avec les pensées, responsables du comportement que l'on peut avoir (dysphonie).

Apprendre à les reconnaître et à les repérer est indispensable pour la première partie de la thérapie, et pour cela il faudrait les noter. Prenez le temps de lire et relire et faites des liens avec votre propre cas personnel pour mieux comprendre. A titre d'exercice, on propose de travailler sur quelques exemples simples : (Imaginer que vous êtes dans cette situation) : Pour chaque situation vécue, préciser dans le tableau d'exercice, l'émotion, la pensée et le comportement attendu :

Situations vécus	Emotion ressentie	Pensé / représentation	Comportements
Votre entourage se moque de vous			
Vous parlez à votre mari, il vous ignore			
Votre belle mère vous harcèle			

2 - Expérimenter pour changer

Dans la deuxième phase, pour chaque émotion repérée dans une situation donnée, noter le plus en détail possible les pensées qui sont associées, en essayant de repérer au moins trois pensées successives pour chaque émotion.

Ce sont les enchaînements de pensées qui conduisent aux pensées automatiques négatives (PAN), sources de la grande majorité de nos difficultés. Pour évaluer l'intensité des pensées, on estime l'intensité de la croyance qu'on accorde à chaque pensée ex : (0 = je n'y crois pas du tout, à 10 = j'en suis intimement convaincu(e)).

Après avoir appris à repérer nos émotions et nos pensées automatiques dans certaines situations précises. Nous devons simplement :

- décrire le plus précisément possible la Situation qui nous pose problème
- décrire nos émotions, nos ressentis durant la situation étudiée.

Pour cela, il nous faut respecter 3 règles :

1. Etre le plus précis possible :

La première émotion ressentie (colère, anxiété culpabilité...) Il est très important de noter les différentes émotions successives.

2. Evaluer l'intensité de chacune des émotions décrites :

Mettre une note à l'intensité ressentie sur une échelle allant de 0 (pas d'émotion) à 10 (émotion la plus forte que j'ai jamais ressentie). Ce travail permettra de Prendre un peu de recul par rapport aux émotions (évaluer l'intensité de sa colère participe à sa réduction).

3. Classer vos émotions :

Il faut comprendre quel est l'impact de vos émotions sur votre Organisme.

Pour cela, il nous faut d'abord revenir à une définition simple et pragmatique d'une émotion. On peut considérer que l'émotion est en fait la somme entre une réaction physiologique (la réaction de l'organisme) et une analyse faite par le cerveau.

__ Réaction physiologique :

Soit de stimulation, soit de frein. Ainsi par exemple, votre cœur ne peut qu'accélérer ou ralentir.

__ Analyse faite par le cerveau :

c'est l'analyse qui va déterminer si l'émotion est positive ou négative.(agréable ou désagréable) . Avec cette définition des émotions, nous pouvons considérer qu'il existe des types d'émotions différentes :

Analyse de cerveau	Réaction physiologique de stimulation	Réaction physiologique de frein
Emotion agréable	Plaisir, joie...	Calme, relaxation...
Emotion désagréable	Colère, peur, anxiété...	Mélancolie, tristesse...

Sur la base du tableau, Vous pourrez classer vos émotions et comprendre dans quelle case vous vous Positionnez prioritairement. Quel est le type d'émotions dominant pour vous dans cette situation ?

3 - ANALYSER LES EMOTIONS ET COMMENCER A LES CHANGER :

Cette phase représente la partie centrale des thérapies cognitives à travers laquelle on apprend au patient à changer ses pensées. Ces pensées sont automatiques et sont en lien avec les émotions. Le problème des pensées automatiques est non seulement qu'elles s'imposent à nous comme des certitudes, mais qu'en plus nous y accordons un pourcentage élevé de croyance.

Emotions	Pensée automatique
colère	Avec tout ce que j'ai vécu avec lui, il n'est même pas reconnaissant
Anxiété	J'ai peur qu'il s'entête et me menace de divorce
culpabilité	C'est vrai Je ne m'occupe pas assez de mes enfants et de lui

Plus nous croyons par définition nos pensées réalistes, plus nous aurons le même comportement. Notons que ce qui est vrai pour les pensées négatives, l'est aussi pour les positives. La thérapie cognitive a pour but de restructurer nos pensées, non pas en fonction de ce que nous ressentons, mais plutôt en fonction de la réalité. Il s'agit, pour rester simple, de placer en face de chaque pensée automatique, une pensée plus réaliste.

Pensées automatiques	Pensées réalistes
Avec tout ce que j'ai vécu avec lui, il n'est même pas reconnaissant	Il a raison de se comporter comme ça , j'ai exagéré dans le laisser aller
J'ai peur qu'il s'entête et me menace de divorce	Rien ne prouve qu'il pense a cela , je me fais des idées
Je ne m'occupe pas assez de mes enfants et de lui	Si je m'étais occupé de mes enfants et de lui ca m'aurait évité ce problème

Ce travail est important en ce qui concerne les pensées automatiques négatives qui bloquent tout évolution possible (je n'ai jamais de chance ... j'ai toujours tout raté dans ma vie). La technique consiste à analyser chaque pensée automatique et la confronter à la réalité en répondant par écrit à la question : est ce logique ou réaliste de se dire cela ?

Ce travail permet de mieux observer et de commencer à déstabiliser les croyances que nous avons dans nos pensées automatiques négatives. Pour chaque pensée automatique, il faut écrire une pensée alternative dans la colonne Pensée Réaliste. Remarquons au passage qu'il existe un certain nombre de pensées qui sont spontanément réalistes et adaptées à la situation. Après de nombreuses répétitions, nous verrons progressivement les pensées réalistes prendre une place plus grande, voire de plus en plus importante. Nos émotions deviennent alors plus stables.

L'intérêt de ce travail, est qu'il ouvre des perspectives inattendues chez chacun de nous. Si nous observons les pensées automatiques et réalistes du tableau ci-dessus, nous nous rendons compte que la femme en question est exigeante. Elle s'attribue la responsabilité de ce qui arrivera, Plus elle se sent responsable des autres, plus elle court le risque d'échecs répétés. Il lui faut donc apprendre progressivement à changer, faire confiance, changer ses comportements et devenir un peu moins indispensable aux autres. Après avoir rempli la colonne (pensées réalistes), vous devez revenir aux émotions pour y procéder à une nouvelle évaluation (de 0 à 10). Si ces dernières sont d'une intensité moindre, c'est une preuve qu'il y a eu ébranlement des pensées automatiques négatives.

4- AUTOMATISER ET REVIVRE

Il est indispensable de procéder de manière répétitive à l'analyse de nombreuses situations-problèmes afin de confirmer le type d'émotions habituellement déclenchées dans une situation donnée et réduire progressivement leur intensité :

- Identifier les pensées automatiques Négatives qui vont rapidement se révéler répétitives et peu nombreuses (deux ou trois au maximum et c'est toujours les mêmes quelque soit les situations étudiées).

- Rendre de plus en plus facile et automatique la confrontation des PAN et la localisation des pensées réalistes.

- Etre capable de réagir de mieux en mieux en situation et de commencer à contrôler ses émotions.

- Repérer de plus en plus facilement d'autres comportements et les tester.

De cette manière, vous aurez toujours tendance à avoir prioritairement vos pensées automatiques, mais vous pourrez en même temps, retrouver les pensées réalistes associées et donc ne plus vous laissez entraîner, mais choisir les comportements les plus adaptés. Ainsi, il ne faudra jamais oublier que :

- Ce n'est pas la situation qui pose problème dans la vie, mais c'est la représentation que l'on s'en fait.

- On ne peut changer que ce que l'on connaît (le vécu).

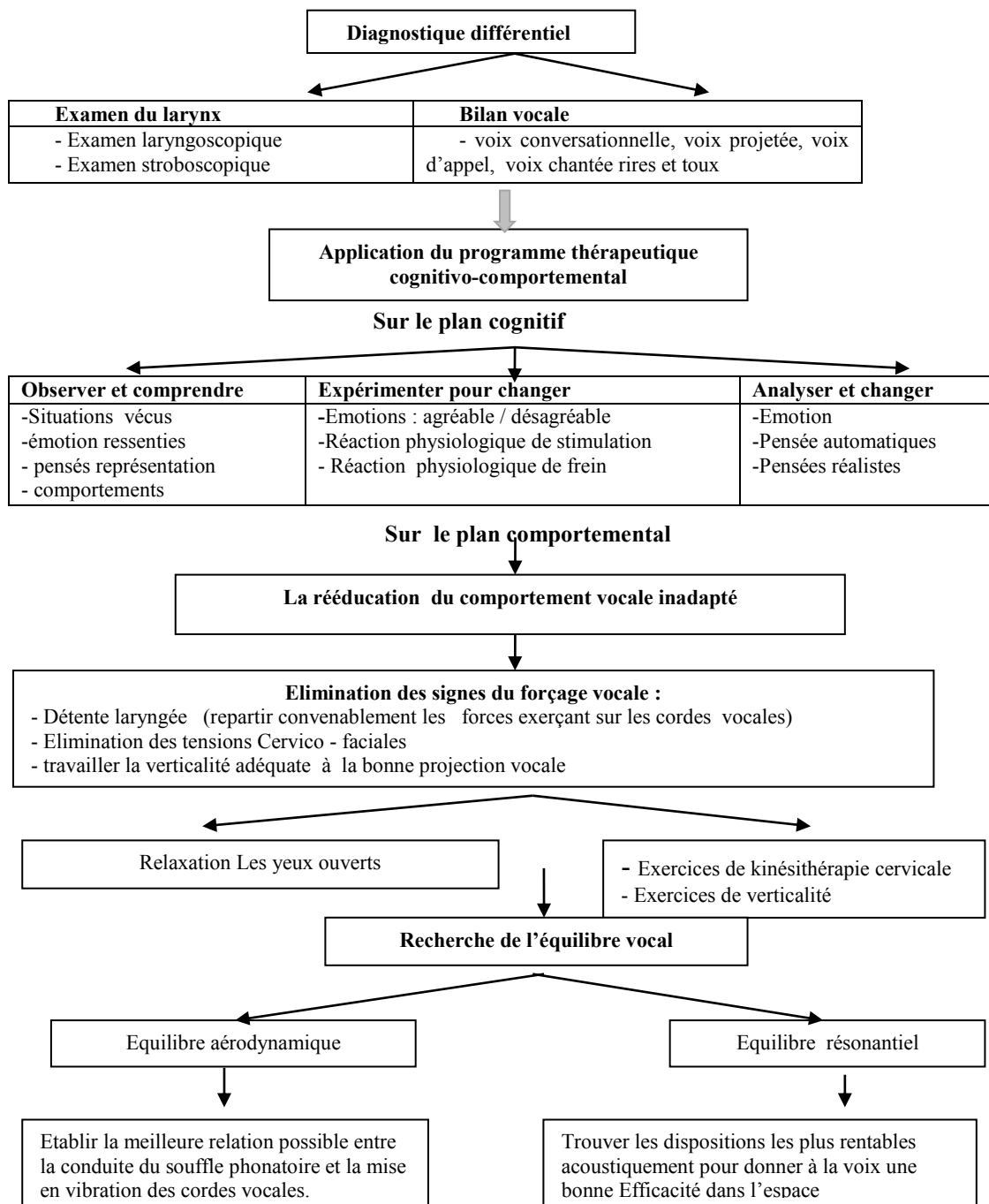
- Toute émotion finit toujours par s'apaiser.

- A force de répéter l'expérience on finira par aboutir au résultat

- on ne peut réussir à changer que si on le veut .

A cette psychothérapie s'ajoute des exercices de sensibilisation aux manifestations vocales émotionnelles et des jeux vocaux afin de libérer le plaisir et le désir de voix dans le but d'atteindre et de réaliser un désir de dire.

3- Synthèse du schéma thérapeutique de la prise en charge



Conclusion

De l'extérieur, ce parcours peut sembler idéal voire utopique et réservé à certaines personnes privilégiées, capable d'y adhérer, suffisamment évoluées pour l'appliquer, désireuses de se rendre autonomes et qui possèdent les ressources pour le faire. De l'intérieur il n'est rien. Car chaque personne quel que soit son âge, son niveau social, intellectuel, la gravité de sa pathologie, devient rapidement capable d'analyser, de sentir, d'agir sur son geste vocal et de se rendre responsable de sa voix à condition que le thérapeute s'adapte parfaitement au style de son patient, qu'il vérifie continuellement si ce qu'il dit, fait, propose, est bien compris et assimilé en trouvant les mots pour communiquer son savoir, son savoir-faire et son savoir-être qui vont susciter le désir de changer et la capacité de le faire.

Références :

1. Aronson. AE. (1983) Les troubles cliniques de la voix. éd. Masson Paris.Larousse Médical, 2006, P87.
2. Aronson. A.E. (idem)
3. François Le Huche, André . Allali,(2002) La Voix , Tome2, Ed Masson, Paris.
4. Giovanni A., Sacre J., Robert D(2007) Forçage vocal. Oto-rhino-laryngologie, EMC Elsevier Masson SAS, Paris. P4
5. Larousse Médical, 2006, P853
6. Larousse, Grand dictionnaire de psychologie,(2007), P 757
7. Idem, P938).
8. Chevallier François, psychologue clinicien, quel est le rôle du psychothérapeute, Paris <http://www.psyparis.com/site2d.html>)
9. Garnier Anne-Marie et Mosca Francesca(2004) , Quelles compétences pour le thérapeute ? , *Thérapie Familiale*, /4 Vol. 25, p. 485-494.
10. [\(http://www.mon-psychotherapeute.com/quel-est-le-role-du-psychotherapeute/\)](http://www.mon-psychotherapeute.com/quel-est-le-role-du-psychotherapeute/).
11. Chasseigne Gérard,(2009),Cognition, Santé et Vie Quotidienne, Volume 3,édition publiobook . P29
12. Goleman David, L'intelligence émotionnelle: *Comment transformer ses émotions en intelligence*. Paris: R. Laffont, 421 p.
13. Montignac Michel, Fluchaire Pierre, (2001) Plus jamais fatigué. Retrouver son énergie par les méthodes naturelles d'Artulen, Bien être, Ed J'ai lu, pp 164.
14. Coleman . Bennett, Tara, (2002) L'alchimie des émotions, Éd. Robert Laffont, pp 489-90,
15. Montignac Michel, Pierre Fluchaire, Idem.
16. (INSERM :institut national de sante et de la recherche médicale(2006) . La voix, Ses troubles chez les enseignants, Les éditions Inserm, Paris
17. François Le Huche, André Allali(2002), La Voix T4. Thérapeutique des troubles vocaux, 3ème édition, Masson, Paris.