

D

Dasein

Étym. : mot composé issu de l'allemand *da*, « là », et *sein*, « être ».

Terme allemand difficilement traduisible. Littéralement, nous pourrions l'entendre comme « être-là » ou, selon une transposition, comme « être existant », voire « existence ». Nous sommes au monde, là, projetés dans notre vie. Le fait d'« être-là » définit la condition humaine. L'être humain s'interroge parfois sur les raisons de sa propre présence. Le *Dasein* est l'étant ayant le pouvoir de poser la question de l'être (*être et étant**).

Dans *Être et temps* (1927), Martin Heidegger (1889–1976) part du *Dasein*. L'objectif du penseur de Fribourg est d'analyser phénoménologiquement les structures essentielles du *Dasein* pour faire apparaître le sens de l'être : le *Dasein*, comme « là » de l'être, constitue le champ d'ouverture et de manifestation de la présence de l'être ; il est en somme l'apparaître de l'être.

La sophrologie* est une expérience d'ouverture à l'être du *Dasein*, un accès à la fulgurance de l'existence.

Corrélat : analytique existentielle – authentique, inauthentique – Binswanger – conscience sophronique – différence ontologique – être et étant – existence – Heidegger – intégration dynamique de l'être – on (dictature du) – ontologie – présence – temps.

Debout-assis-couché (DAC)

Méthode de relaxation mise au point par le docteur Armand Dumont en 1968, s'inspirant largement de la sophrologie* (avec notamment la *relaxation dynamique** du premier degré), du training autogène de Schultz et de la relaxation progressive de Jacobson.

Elle comporte trois séries d'exercices réalisées successivement dans les trois positions : orthostatique, assis au sol ou sur une chaise et allongé. La DAC permet un renforcement du *schéma corporel** et une meilleure détente* dans ces trois positions et trouve notamment son application lors de la préparation à la maternité des femmes enceintes.

Corrélat : Jacobson – relaxation dynamique de Caycedo – sophrologie obstétricale – training autogène.

Déontologie

Étym. : du grec *deon* et *-ontos*, « devoir, ce qu'il faut faire », et *logos*, « discours, science, étude ».

Il s'agit des règles qui régissent une profession.

Les sophrologues* se sont dotés de règles déontologiques (par exemple, le respect du secret professionnel, le respect de la prescription médicale, etc.) afin d'améliorer la qualité de l'exercice de leur profession et d'assurer la sécurité du public qui fait appel à leurs services. Cela est d'autant plus nécessaire que la sophrologie* n'est pas, à ce jour, une profession réglementée. La formation des sophrologues est organisée par des écoles privées. Certaines écoles proposent leur propre code de déontologie que les futurs professionnels s'engagent à respecter. À noter que les titres délivrés sont des diplômes ou certificats privés.

À ce jour, il existe deux syndicats professionnels qui possèdent eux-mêmes leur code de déontologie que leurs adhérents s'engagent à appliquer.

Les personnes intéressées par la pratique de la sophrologie ont tout intérêt à vérifier où le professionnel contacté a été formé et s'il a signé un code de déontologie.

Corrélat : pouvoir du sophrologue.

Dépression

Étym. : du latin *depressio* «enfouissement», venant de *depressus*, faible.

La dépression est considérée comme un trouble mental courant caractérisé par une tristesse figée dans le psychisme et dans le corps*. Elle s'accompagne d'une inhibition psychomotrice, de troubles somatiques et d'anxiété, des troubles du caractère sont susceptibles de s'ajouter. Touchant une personne sur cinq, la dépression provoque une grande détresse émotionnelle interférant sur le cours de la vie. La notion de dépression s'est passablement étendue et a fini par englober l'ensemble des difficultés psychologiques que chacun est susceptible de rencontrer à un moment de sa vie. Même si certaines dépressions, rares au demeurant, sont d'ordre biologique, et peuvent surgir de nulle part, la majorité d'entre elles naissent en réactions à des changements et des pertes. La perte affective est sans doute l'une des premières causes de dépression, divorce, séparation, rupture, deuil; si la plupart finissent par s'en remettre, un quart souffrira de symptômes de dépression clinique.

Les expériences traumatiques de la petite enfance créent un terrain favorable mais la dépression peut surgir sans de telles prédispositions car personne n'est véritablement à l'abri. La maladie physique peut également créer un état dépressif inhérent à une souffrance chronique.

Le déprimé décrit sa vie comme vidée de toute source de joie ou de plaisir. C'est d'ailleurs l'une des principales caractéristiques des symptômes de la dépression. Il ressent une sorte d'apathie se traduisant par une absence de motivation, un repli sur soi. Sa vie est vécue sur le mode de l'échec et du désintérêt. D'humeur taciturne, il entretient des relations difficiles avec son entourage, il peut être irritable ou bien, à l'inverse, anéanti, morose. Perméable à toute forme de critique, le déprimé se sent mal à l'aise en public, avec une sensibilité exacerbée face à tout événement du quotidien. Les changements d'humeur sont fréquents et sont susceptibles d'alterner entre dépression et euphorie; c'est le cas notamment pour un certain type de dépression, en l'occurrence la maladie bipolaire (anciennement psychose maniaco-dépressive).

Certaines personnes connaissent des épisodes uniques de dépression et en guérissent; mais dans la plupart des cas, les rechutes sont fréquentes.

Dans les cas de dépression, la sophrologie* peut constituer un complément au traitement. En effet, la dépression psychique s'accompagne d'une dépression physique analogue à laquelle s'ajoute une dépression métabolique se traduisant par une altération considérable du système respiratoire. L'inhibition motrice se manifeste par des troubles somatiques, par une insomnie, celle de la deuxième partie de la nuit avec réveil matinal précoce. Elle peut aussi s'exprimer par des réveils multiples et des difficultés d'endormissement. D'autres troubles peuvent apparaître : troubles digestifs, anorexie, amaigrissement, constipation ou boulimie et prise de poids, douleurs musculaires, fatigue, difficultés de concentration, etc. L'anxiété est souvent associée à la dépression et se traduit par une respiration difficile et des palpitations cardiaques. Les techniques respiratoires se révèlent très utiles et stimulent l'organisme.

La détente globale du corps permet de dénouer toutes les tensions corporelles.

Les techniques précisées en sophrologie sont efficaces pour installer le calme et la détente musculaire. Il est fait appel à la lumière, aux couleurs, à la chaleur. La chaleur notamment libère le plexus solaire (au creux de l'estomac) et permet une détente profonde. La stimulation de l'imaginaire permet d'éliminer les tensions mentales internes, elle agit même sur certains organes en particulier sur «le grand muscle de l'affectif» ou cerveau entérique, c'est-à-dire le ventre, siège de nombreuses tensions. Chaleur, lumière, visualisation de couleurs favorisent la production d'endorphines, les hormones du bien-être.

Corrélat : anxiété.

Désophronisation

Étym. : du latin *de* marquant la séparation; **sophronisation***, mot dérivé de sophrologie*.

Technique d'activation réalisée en fin de pratique*. Elle consiste à ramener la conscience* à un niveau

de vigilance plus ordinaire et peut être autodirigée ou animée par le praticien.

Corrélat : conscience – sophronisation.

Désophronisation de base vivantielle (DSBV)

Étym. : désophronisation* ; vivantiel(le)*.

Désophronisation avec activation du corps* par des respirations* plus amples, des mouvements, étirements et bâillements libres. De fait, la désophronisation est classiquement de ce type.

Corrélat : désophronisation.

Désophronisation de base vivantielle par les cinq systèmes (DSBV5S)

Étym. : désophronisation* ; vivantiel(le)*.

Variante de la *désophronisation de base vivantielle** par activation du corps*, en suivant l'ordre inverse de la *sophronisation de base vivantielle par les cinq systèmes**, c'est-à-dire en commençant par le bas du corps pour progresser vers la tête en cinq étapes, avant l'activation de la globalité* du corps.

Corrélat : désophronisation de base vivantielle – systèmes Isocay.

Détente

Étym. : du latin *de*, « qui indique le contraire », et *tendere*, « tendre ».

Opération qui consiste à faire cesser un état de tension. Sur le plan physique, la détente se traduit par un relâchement musculaire ou bien, lors de la cessation brusque de tensions musculaires accumulées, par l'apparition d'un mouvement plus ou moins rapide (lors d'un saut, par exemple) ; sur le plan psychique, elle se définit par un sentiment de bien-être, de calme, de paix.

Si l'objectif premier de la sophrologie* n'est pas la détente, celle-ci apparaît comme un résultat fréquemment obtenu, sans même l'avoir recherchée, lors des *relaxations dynamiques** et des *sophronisations**.

Selon le *principe d'action positive** en sophrologie, ces deux états de détente sont en interaction.

Corrélat : libération des tensions inutiles – relaxation.

Développement personnel

Étym. : **développement**, date de la fin du XII^e siècle, développer est pris au sens de « ôter de l'enveloppe » ; **personnel**, du latin *persona*, « masque de théâtre ».

La sophrologie* peut être considérée, notamment, comme une méthode de développement personnel. Cette notion revêt de nombreux aspects.

Le développement personnel concerne tout individu* qui souhaite évoluer dans sa vie personnelle, sociale et professionnelle, dépasser ses limites conventionnelles, développer ses *valeurs existentielles**, améliorer la qualité de relation à lui-même et aux autres. En résumé, le développement personnel permet de vivre pleinement et consciemment.

Il ne s'agit pas de thérapie en tant que telle, même si des effets thérapeutiques sont fréquemment au rendez-vous. En effet, le fait de développer sa personnalité, sa créativité, ses différents potentiels et aptitudes, la confiance en soi, la prise de parole et toute autre capacité a des retentissements sur l'être tout entier.

Les techniques sont nombreuses et variées selon l'orientation choisie : coaching, gymnastique, yoga*, zen*, qi gong, tai-tchi, sophrologie. Mais nous pouvons également citer toutes les formes d'expression artistique – la musique, le théâtre, la peinture par exemple –, sans oublier le sport, quand il est bien compris.

On peut aussi considérer que certaines thérapies participent au développement personnel : les différentes formes de psychothérapies comme la psychanalyse, l'art-thérapie, la bio-énergie, la somato-thérapie, etc.

Corrélat : confiance en soi – créativité – individuation – sophrologie – sport – valeurs existentielles.

Dialogue post-sophronique

Étym. : **dialogue**, du grec *dialogos*, « entretien, notamment philosophique » ; **post-**, du latin *post*, « après » ; **sophronique**, « structures harmonieuses de la conscience ».

A
B
C
D
E
F
G
H
I
J
K
L
M
N
O
P
Q
R
S
T
U
V
W
X
Y
Z

Échange, après la pratique*, entre le(s) sophronisant(s)* et le sophrologue*.

Complément d'une éventuelle phéno-description écrite, ce dialogue est extrêmement important et délicat. Il renforce l'alliance*, permet aux participants une meilleure intégration de l'expérience tout en donnant les moyens au praticien de mieux adapter les séances. Ce dernier doit être facilitateur de l'expression éventuelle et idéalement, au moins au début de l'échange, dans une attitude d'écoute active et bienveillante.

Corrélat : écoute active – information post-sophronique – phéno-description – sophro-analyse vivantielle caycédienne (SAVC).

Dialogue pré-sophronique

Étym. : **dialogue**, du grec *dialogos*, « entretien, notamment philosophique »; **pré-**, du latin *prae*, « avant, devant »; **sophronique**, « structures harmonieuses de la conscience ».

Échange, avant la pratique*, entre le(s) sophronisant(s)* et le sophrologue*.

Ce dialogue renforce l'alliance* et permet au praticien de mieux adapter la séance. Il est souvent remplacé, en **sophrologie caycédienne**, par l'*information pré-sophronique**.

Corrélat : dialogue post-sophronique – information pré-sophronique.

Diaphragme

Muscle fondamental de la respiration, il en réalise à lui seul les 70 % lorsqu'il fonctionne normalement.

Il se présente comme une mince coupole bombée, en forme de parachute, située entre le thorax et l'abdomen. Sa partie centrale, fibreuse, constitue le centre phrénique à partir duquel rayonnent ses fibres musculaires. Il se fixe, à l'avant du thorax au niveau du sternum, à l'arrière au niveau des vertèbres lombaires, et sur tout le pourtour de la cage thoracique.

Sa riche vascularisation, liée à sa taille et à son activité permanente, lui vaut parfois l'appellation de deuxième cœur.

Le système nerveux autonome régule son activité grâce aux nerfs phréniques.

La base des poumons et le cœur reposent sur le diaphragme et adhèrent à celui-ci par l'intermédiaire de leurs enveloppes respectives.

Ce muscle agit essentiellement à l'**inspiration** : sa contraction augmente le volume pulmonaire en tirant à la fois sur la base, les faces antérieures et postérieures des poumons, et crée ainsi une dépression permettant à l'air d'entrer.

À l'expiration, le diaphragme se relâche et remonte vers le thorax, expulsant l'air des poumons.

Lorsqu'il se contracte, il s'abaisse et comprime les organes de la partie haute de l'abdomen qu'il recouvre : l'estomac, le foie, la rate, le pancréas, le côlon (gros intestin) et les reins.

Ses mouvements permanents de va-et-vient massent tous les organes proches, optimisant leur fonctionnement.

Ils impactent aussi ceux plus éloignés dans la cavité abdominale, favorisant l'élimination urinaire, le transit intestinal et l'accouchement.

Ce muscle joue également un rôle sur la statique vertébrale par ses insertions sur la colonne lombaire ainsi que sur la phonation par sa remontée lente et contrôlée lors de l'expiration.

À l'inspiration, en respiration ordinaire, la compression des viscères abdominaux contre le plancher pelvien (partie basse du bassin osseux) entraîne un gonflement du ventre, synchrone du soulèvement du thorax : c'est la **respiration abdominale**. Les jeunes enfants en bonne santé adoptent spontanément cette respiration qui permet une oxygénation optimale et une élimination efficace des déchets. Au fil du temps, l'adulte se voit confronté à différentes difficultés de la vie, ce qui peut affecter considérablement la respiration naturelle, la réponse biologique à l'exposition répétée à des situations de stress favorisant l'installation chronique d'une respiration thoracique qui limite l'action du diaphragme.

Les bienfaits physiologiques de la respiration ventrale s'étendent également à la dimension psychique et émotionnelle de l'être humain. Les mouvements respiratoires plus amples par la région abdominale favorisent le retour du calme après une situation de stress : les contractions du diaphragme stimulent le nerf vague qui intime au cerveau de stopper la sécrétion des hormones du stress.

Le mouvement harmonieux du diaphragme facilite la circulation de l'énergie dans tout le corps.

Par toutes ses fonctions, le diaphragme se situe au cœur de la vie de relation, avec ses affects et ses émotions*.

En sophrologie*, le diaphragme est mis en jeu selon plusieurs modalités; il participe, en assurant une respiration libre et efficace, au sentiment de bien-être, d'harmonie* et de bonne santé*.

Corrélat : pneumologie – posture – respiration.

Différence ontologique

Étym. : **différence**, du latin *differentia*, « différence »; **ontologique**, relatif à l'ontologie, du grec *on, ontos*, participe présent de *einai*, « être », et *logos*, « discours ».

Martin Heidegger pose la question de l'être. Pour accéder à cette question, il est nécessaire d'entreprendre une distinction radicale entre être et étant (*être et étant**) qu'il appelle « différence ontologique ». La réflexion occidentale est marquée par l'oubli de l'être et tout le projet de l'auteur d'*Être et temps* consiste à dévoiler l'implicite ayant généré cette tradition. Je peux poser la question du pourquoi de l'être de l'étant, c'est-à-dire la question de savoir s'il existe un fond de ce qui est là; mais pour poser cette question, il est nécessaire que l'être soit : il s'agit de le dévoiler dans sa présence d'être.

La démarche sophrologique, dans sa dimension phénoménologique, constitue une quête de l'être. L'homme est le seul étant, ayant non seulement le pouvoir de s'interroger sur l'être mais également celui de le révéler par la pratique sophrologique à sa propre présence. Si l'être est l'existence à l'état pur, la sophrologie* me permet de saisir cette différence entre le fait de vivre et celui d'exister en prenant conscience du fait étonnant de l'existence. Pour un sophrologue*, exister n'est pas simplement vivre, mais c'est s'étonner en état de conscience sophronique du fait même de l'existence.

Corrélat : conscience sophronique – *Dasein* – être et étant – éveil – existence – Heidegger – intégration dynamique de l'être – ontologie – présence – temps – valeurs ontologiques.

Dignité

Étym. : du latin *dignitas*, « rang, valeur, fait de mériter, estime ».

Selon Caycedo*, quatrième valeur dite essentielle, parmi la liberté, la tridimensionnalité et la responsabilité.

Sur un plan moral, la dignité du sujet se caractérise par son autonomie*, sa capacité à considérer librement l'autre, autant que lui-même, comme une personne humaine à part entière méritant le respect.

La dignité mentionne la valeur absolue de la personne humaine, être vivant irremplaçable qui ne peut être ni échangé, ni vendu, parce qu'il ne possède aucun prix évaluable.

Pour Caycedo*, la dignité de l'être humain s'accomplit lorsqu'il se réalise et prend conscience de la responsabilité qui l'engage par rapport à lui-même et aux autres hommes.

D'un point de vue technique, la notion de dignité s'impose dans la *relaxation dynamique** du douzième degré sous le titre « marche phronique de la dignité, de la grandeur de l'existence de l'être et de la nouvelle quotidienneté ».

Corrélat : authentique, inauthentique – cycle existentiel – existence – humanisme – liberté – responsabilité – tridimensionnalité.

Douleur

Étym. : du latin *dolor*, « douleur ».

Sensation ou perception pénible (information nociceptive), désagréable, ressentie en n'importe quel lieu du corps, externe ou interne.

Sur le plan physiologique, l'information nociceptive est transmise de récepteurs internes ou externes par des voies nerveuses ascendantes vers le cortex cérébral, via la moelle épinière. Elle est alors « traitée » et modulée, avec un retour vers la périphérie, ce qui permet éventuellement une réaction salvatrice (par exemple, le retrait de la main et même un recul de tout le corps, en cas de brûlure). La vitesse de conduction de la douleur est grande (en moyenne 25 m/s), car la réaction doit être rapide.

De nombreux phénomènes physiques et chimiques sont mis en œuvre : par exemple, sécrétion d'endorphines (ce qui permet de moduler la douleur), modifications du rythme cardiaque, du débit sanguin et de la respiration*, contractions musculaires, etc.

On distingue trois grandes causes de douleur : les douleurs par excès de nociception (lorsque l'on se cogne, par exemple); les douleurs neurogènes, qui mettent en cause les nerfs eux-mêmes, avec

des sensations de picotements, de brûlures (par exemple, la douleur du membre fantôme chez les personnes amputées); les douleurs psychogènes, en lien avec des problèmes psychologiques et dans lesquelles il n'y a pas de lésion corporelle (on parle alors de somatisation).

Il faut faire la différence entre la douleur aiguë, souvent vive, instantanée et qui ne dure pas ou peu (le coup de marteau sur les doigts, une brûlure, par exemple) et la douleur chronique, qui dure au moins de 3 à 6 mois à... des années. Cette dernière devient vite difficile à supporter, parfois plus en raison de sa constance que de son intensité.

Il existe de nombreuses formes de douleur : mécanique, musculaire, articulaire, viscérale, inflammatoire. Certaines douleurs sont amplifiées avec le mouvement et cessent avec le repos; dans d'autres cas, c'est le contraire.

Quoi qu'il en soit, l'intensité de la douleur est subjective : il n'existe pas d'appareil pour la mesurer (on utilise maintenant des échelles où la douleur est cotée de 1 à 10, en rapport avec le ressenti de la personne).

Elle est plus ou moins supportable en fonction de son intensité, certes, mais aussi, et parfois plus, en fonction de sa durée, de l'idée que l'on s'en fait et de la façon dont elle est acceptée ou non par l'entourage. Elle varie donc fortement d'une personne à une autre, selon son éducation, son histoire, son environnement familial, social et professionnel.

En France, cela fait relativement peu de temps que le corps médical s'intéresse vraiment aux problèmes liés à la douleur. Les traitements sont de plus en plus efficaces, de mieux en mieux dosés, que ce soit dans les douleurs aiguës ou chroniques. Mais force est de constater que, dans certaines douleurs chroniques, ils sont parfois sans effets.

C'est ainsi que se sont mis en place des centres anti-douleur, dans lesquels plusieurs spécialités médicales – médecine générale, rhumatologie, neurologie, psychiatrie – et la sophrologie* sont regroupées.

Cette dernière est de plus en plus pratiquée dans le domaine de la douleur.

Le sophrologue* a le choix entre des techniques proches de l'hypnose*, comme la *sophro-substitution sensorielle** où le sophronisant* modifie la sensation douloureuse en une autre sensation, et des techniques à visée phénoménologique et existentielle dans lesquelles le but n'est pas vraiment de réduire la douleur (les autres spécialités sont là pour cela), mais

de permettre à la personne douloureuse de mieux vivre ce qui lui arrive. Effectivement, lorsqu'une affection dure dans le temps, toute la vie de la personne, mais aussi de son entourage, s'organise autour de cette affection. La personne n'existe plus que par rapport à elle. La pratique de la sophrologie lui permet de revenir au centre de sa propre vie. Ainsi, son rapport à la maladie, à la douleur (ou autre) se modifie. Elle peut prendre de la distance. Cette douleur, devenue souffrance en envahissant toute l'existence* de la personne, devient plus supportable.

Les traitements mis en place par ailleurs deviennent plus efficaces et, même si la douleur persiste, elle n'a plus la même acuité et n'empêche plus la personne d'agir, de trouver de l'intérêt à sa propre existence.

Les méthodes employées sont souvent des *techniques spécifiques** (mais le sophrologue ne cherche pas à agir directement sur le symptôme douleur); cependant, les *relaxations dynamiques** (adaptées) donnent souvent de meilleurs résultats.

Corrélat : perception – relaxation dynamique de Caycedo – sensation – techniques spécifiques.

Dyscalculie

Étym. : **dys-** du grec *dys* « la difficulté, le mal, le manque »; **calcul**, du latin *calculus*, diminutif de *calc(i)* « petite pierre, caillou ». Le terme scientifique français apparaît à la fin du ^{xx}e siècle à partir du préfixe grec *dys-*, du radical latin *calcul* et du suffixe français *-ie*.

Voir Troubles spécifiques des apprentissages ou troubles dys.

Dysgraphie

Étym. : du grec *dys*, « la difficulté, le mal, le manque », et *graphia*, « écriture ».

Voir Troubles spécifiques des apprentissages ou troubles dys.

Dyslexie

Étym. : **dys**, du grec *dys*, « la difficulté, le mal, le manque »; **lexie**, de l'anglais *dyslexia*, « parole, élocution, mot ».

La dyslexie (ou dyslexie développementale) est un trouble de la lecture spécifique et durable qui apparaît durant l'enfance, généralement durant les deux premières années de l'apprentissage de la lecture. La dyslexie est reconnue comme un trouble spécifique de l'apprentissage (TSA) et fait partie des troubles dys.

Elle n'est liée à aucun trouble sensoriel (visuel ou auditif) ni à une carence éducative, un défaut d'apprentissage scolaire ou un retard intellectuel. Il s'agit donc d'une définition par exclusion, ce qui implique un diagnostic différentiel. Il est ainsi important de déterminer ce qui est de l'ordre de la pathologie et ce qui correspond à un retard d'apprentissage de la lecture.

La dyslexie est reconnue comme handicap par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) depuis 1993 et fait l'objet d'évaluations et suivis pluridisciplinaires.

Les méthodes de lecture, souvent incriminées, n'ont pas d'effet scientifiquement avéré.

Les définitions, les critères d'inclusion et les causes supposées de la dyslexie (développementales, héréditaires, neurophysiologiques...) ne font pas encore actuellement l'objet d'un consensus. La dyslexie touche 5 à 8 % de la population scolarisée et impacte fortement les apprentissages. Parmi les facteurs de risque sont cités les troubles développementaux de la parole, du langage oral et de la conscience phonologique.

Elle se caractérise par une difficulté à apprendre et à automatiser une lecture fonctionnelle, fluide, orale et/ou silencieuse. On peut observer des confusions visuelles et auditives, des inversions, des omissions et substitutions de mots...

Ses conséquences sont multiples sur les apprentissages : elles limitent l'accès à l'information et au sens, génèrent une surcharge cognitive (l'acte de déchiffrement est plus lent et coûteux) et une fatigabilité. Elle impacte aussi durablement l'estime de soi mettant rapidement l'apprenant en situation d'échec malgré d'importants efforts pour compenser ses difficultés. Ces dernières sont d'importance variables ; lorsqu'elles sont majeures, elles peuvent fortement réduire les capacités d'insertion socio-professionnelle de la personne.

Elle est le plus souvent associée à des troubles cognitifs impliquant la discrimination visuelle et auditive, le décodage phonologique, la mémoire de travail.

Des adaptations pédagogiques scolaires existent ; leur application systématique reste aléatoire.

Le suivi des sujets dyslexiques est assuré par les orthophonistes qui s'appuient sur des bilans et suivis pluridisciplinaires (bilans orthoptique, neuropsychologique...). Le bilan est parfois confirmé par une consultation en neuropédiatrie ; il reste cependant du domaine de compétence de l'orthophoniste. La prise en charge a pour objectif d'obtenir une lecture la plus fonctionnelle possible en réduisant autant que possible le coût cognitif du déchiffrement. Elle doit être entreprise le plus précocement possible, elle peut cependant être proposée avec un impact positif chez l'adolescent ou l'adulte. Le pronostic d'évolution est généralement satisfaisant à la condition d'intervenir tôt et si les troubles associés ne sont pas majeurs.

Parmi les stratégies proposées en rééducation, on peut citer :

- l'entraînement des capacités phonologiques et de segmentation de l'enfant ;
- la rééducation de la lecture avec des méthodes souvent différentes de celles possibles en milieu scolaire, en faisant appel à des supports spécifiques, certains étant informatisés ;
- la mise en place et l'automatisation de stratégies de compensation pour permettre à l'enfant de contourner les déficits identifiés ;
- l'adaptation des supports de lecture en modifiant la typographie, la mise en page... ;
- le développement de l'appétence à la lecture en diversifiant les supports proposés et en les rendant le plus ludique possible ;
- l'implication et l'accompagnement de l'entourage de l'enfant ;
- la mise en place d'adaptations spécifiques en classe et lors d'examens.

Sophrologie et dyslexie. La dyslexie (et ses corollaires à l'écrit, éventuellement en mathématiques) peut générer chez l'enfant un vécu scolaire compliqué du fait d'un accès plus difficile à certains apprentissages, souvent plus coûteux en énergie que pour les autres. Il en résulte un découragement, un sentiment d'impuissance et une diminution de l'estime de soi. L'enfant peut aussi être sujet à un certain niveau de stress, d'anxiété car il anticipe souvent de façon négative les situations qui peuvent potentiellement le mettre en échec.

Ces fonctionnements et difficultés peuvent se retrouver à l'âge adulte, le parcours scolaire ayant été parfois impacté par les troubles dys, les

possibilités d'orientation et d'évolution professionnelle ont été limitées.

La sophrologie* peut favoriser une meilleure gestion des émotions et du stress, des pensées récurrentes et souvent négatives que ces personnes projettent sur leur environnement, leur propre capacité à réussir. Elle peut aussi leur permettre d'affiner la perception de leur *schéma corporel**, de faire évoluer leur rapport au temps et à l'espace. Cela leur permet de compenser des difficultés de repérage dans le temps et l'espace qui les conduisent à faire des inversions, des confusions visuelles. Elle leur offre la possibilité de se découvrir de nouvelles potentialités qui pourront être réinvesties comme autant de moyens de compensation de leurs difficultés.

Corrélat : anxiété – stress – troubles spécifiques des apprentissages ou trouble dys.

Dysorthographe

Étym. : du grec *dys*, «la difficulté, le mal, le manque», et du latin *orthographia*, «écriture correcte, orthographe».

Voir Troubles spécifiques des apprentissages ou troubles dys.

Dysphagie

Étym. : du grec *dys*, «la difficulté, le mal, le manque», et *phagia*, «manger».

Voir Troubles spécifiques des apprentissages ou troubles dys.

La dysphagie ne doit pas être bien entendu considérée comme un trouble des apprentissages.

Dysphonie (ou dysphonie dysfonctionnelle)

Étym. : du grec *dys*, «la difficulté, le mal, le manque», et *phônê* «voix».

Il s'agit d'une perturbation de la voix parlée et chantée liée à un trouble du geste vocal. Cela conduit à un forçage vocal qui à terme altère le fonctionnement physiologique du larynx et des cordes vocales. Dans ce cas précis, les cordes vocales ne sont pas préalablement porteuses de lésions spécifiques (kyste, nodule, polype). Le mal-

menage vocal est lié à une mauvaise coordination ou synergie entre la phonation et la respiration*. Il conduit par sa chronicisation à une fatigue vocale, un enrouement, voire une aphonie.

Dans un fonctionnement physiologique adapté, le souffle abdominal est contrôlé par le diaphragme et le larynx et les cordes vocales jouent alors le rôle de sphincter vocal ou vibreur. Le débit d'air est donc adapté et ajusté à l'effort vocal nécessaire pour parler, chanter, projeter sa voix.

Une respiration non adaptée, de type thoracique supérieur, conduit à utiliser le larynx comme régulateur du débit d'air et vibreur. Le défaut de coordination phonation/respiration conduit à des prises d'air plus fréquentes et moins efficaces, à une fermeture plus appuyée des cordes vocales, ce qui provoque l'inflammation de leur muqueuse. Cela conduit à une altération du timbre de la voix (qui devient rauque, enrouée), une perte de son intensité (elle porte moins), un abaissement de sa fréquence (la voix devient plus grave).

L'installation d'un véritable cercle vicieux du forçage vocal (on force sur la voix pour qu'elle «sorte») conduit à la dysphonie. À terme, cela peut favoriser l'apparition de lésions qui vont majorer le trouble vocal et conditionner son traitement (rééducatif et éventuellement chirurgical).

Le diagnostic de dysphonie est établi à partir d'examen médicaux objectifs (chez un ORL, un phoniatre) permettant d'observer l'appareil vocal (en particulier les cordes vocales) et éventuellement de mesurer les altérations acoustiques de la voix. Le bilan fonctionnel de la voix est généralement mené par les orthophonistes qui en assurent ensuite la rééducation. Cette rééducation est généralement assez courte, elle peut être à nouveau validée par d'autres examens objectifs. Selon sa réussite, elle peut être suivie d'un éventuel geste chirurgical (en cas de kystes, nodules ou polypes).

La voix étant le reflet de la personnalité du sujet, de son état psychologique, de son vécu..., elle peut subir des évolutions, des perturbations. Ainsi, différents facteurs favorisent la dysphonie, ils sont rarement présents isolément. Il peut s'agir de facteurs :

- professionnels et environnementaux : métiers où la voix est très sollicitée dans un environnement parfois bruyant et/ou pollué (secrétaires,

standardistes, enseignants, forains, avocats, coiffeurs, chefs de chantier...); à cela peuvent s'ajouter des conditions de travail stressantes, avec des horaires décalés...;

- familiaux : environnement familial bruyant, fratrie nombreuse, conflits familiaux, famille monoparentale...;
- psycho-affectifs : stress, anxiété, deuil, difficultés psychologiques, accidents de la vie...;
- comportementaux : personnalités anxieuses, nerveuses; fumeurs...

La prise en charge du trouble vocal s'inscrit donc dans une démarche globale d'accompagnement. Le sujet est appréhendé dans toutes ses dimensions, tant au niveau corporel que psychique. On s'intéresse à sa statique corporelle et sa posture, à sa respiration, mais aussi à sa voix parlée, chantée... On envisage la rééducation de manière fonctionnelle et écologique en s'assurant qu'il intègre ce qui est proposé pour le réinvestir de manière autonome et le plus durablement possible.

Cet objectif final est capital, pourtant les récides des troubles vocaux peuvent survenir. Dans ce cas, on peut penser que certains des paramètres impliqués n'ont pas été suffisamment abordés et réajustés. Il peut s'agir de paramètres environnementaux, comportementaux ou physiologiques qui sont spécifiques au sujet lui-même.

La sophrologie* intervient sur ces deux aspects en favorisant chez le sujet :

- la détente* et la relaxation*, la prise de conscience des tensions (*relaxation dynamique** du premier degré);
- la perception et le renforcement du *schéma corporel** global (posture et statique) et plus spécifiquement des parties du corps impliquées dans la respiration, la phonation; la recherche de sensations plus précises, le travail sur les cinq sens (*relaxation dynamique* du second degré);

- la coordination de la respiration et du mouvement (*relaxation dynamique* du premier degré);
- la perception plus harmonieuse du corps* statique ou en mouvement, en produisant du son, de la voix, du chant. Recherche des mouvements les plus adaptés possible, du geste juste (*relaxation dynamique* du deuxième degré);
- la visualisation et l'anticipation des situations pouvant conduire au forçage vocal, le déconditionnement, l'adaptation.

Corrélat : diaphragme – estime de soi – respiration – voix.

Dysphronie

Étym. : du grec *dus*, péjoratif signifiant « mauvais », et du radical *phron*, inventé par Caycedo, traduisible par « structures de la conscience ».

Concerne tous les troubles des structures de la conscience. Ce sont toutes les maladies, physiques ou psychiques, plus ou moins bénignes, en tout cas curables. Y figurent en bonne place les maladies dites psychosomatiques, terme réfuté par Caycedo*, car coupant l'individu en deux, ce qui n'est pas la réalité : tout trouble psychique retentit sur le physique; de même tout trouble physique a des répercussions sur le psychisme.

Corrélat : anaphronie – conscience – euphronie.

Dyspraxie

Étym. : du grec *dys*, « la difficulté, le mal, le manque », et *praxis*, « action ».

Voir Troubles spécifiques des apprentissages ou troubles dys.