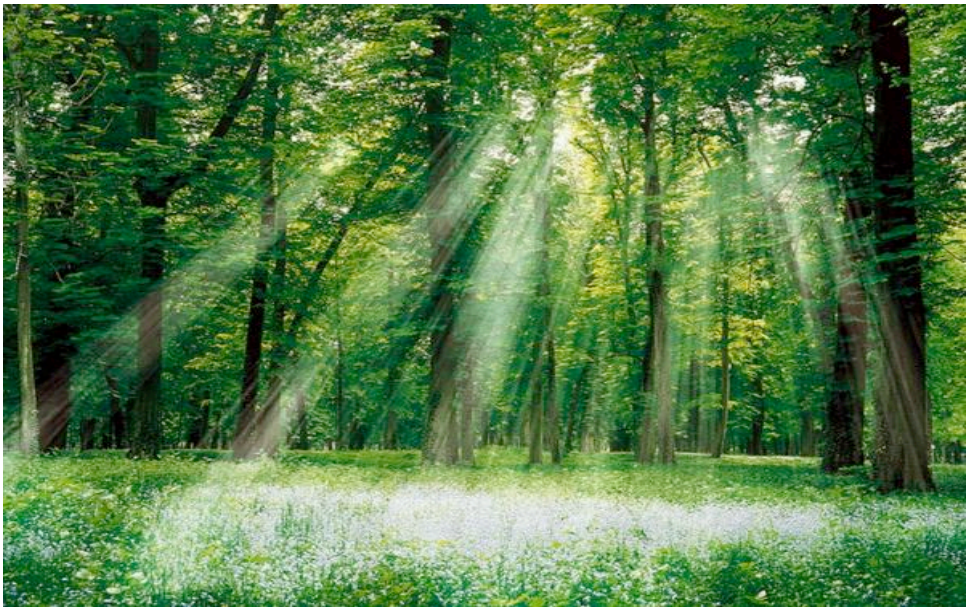


Manuel de Remédiation B

Flexibilité

Multi-tâches

Idée générale

Pour suivre la formation à l'adaptation francophone de cette thérapie de remédiation cognitive et l'actualisation de l'annuaire des praticiens en CRT pour l'anorexie mentale, merci de nous transmettre vos coordonnées par email à : trecogam@gmail.com

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

AUTEURS

Kate TCHANTURIA
Psychologue Clinicienne consultante et Maître de Conférences
Londres Sud et Maudsley NHS Trust
Institut de Psychiatrie, King's College, Londres

Helen DAVIES
Chercheur
Londres Sud et Maudsley NHS Trust
Institut de Psychiatrie, King's College, Londres

Clare REEDER
Psychologue Clinicienne Agréée
Londres Sud et Maudsley NHS Trust
Institut de Psychiatrie, King's College, Londres

Til WYKES
Professeur de psychologie clinique et de réhabilitation
Institut de Psychiatrie, King's College, Londres

ADAPTATION FRANCAISE

Responsables :

Sylvie BERTHOZ
Psychologue, Chargée de Recherche 1
Inserm U669
Institut Mutualiste Montsouris, Paris

Anne-Solène MARIA
Psychologue, Doctorante
Inserm U669
Institut Mutualiste Montsouris, Paris

Traduction :

Gabrielle CHESNOY
Psychologue spécialisée en neuropsychologie
Centre Hospitalier Universitaire de Saint-Etienne
Chercheur Associée
EA 4556 « Dynamique des capacités humaines »

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Table des matières

Introduction 7
- **Bienvenue !** 7
- **Où tout cela a-t-il commencé ?** 8
- **Comment des exercices mentaux peuvent-ils changer le cerveau ?** 9
- **Le but de la remédiation cognitive** 10
- **Les styles de pensées associés à l'anorexie mentale** 11
- **La pensée flexible – ce que la recherche nous a appris** 12
- **Penser flexible, c'est utile** 13
- **Penser l'image en général – ce que la recherche nous a appris** 14
- **Voir le tout avant le détail, « la forêt avant les arbres », c'est utile** 16
- **La remédiation cognitive cible les processus de pensée et non le contenu** 17
- **Réflexion sur le style de pensée** 17
- **Essayer de nouveaux comportements** 18
- **Preuves encourageant l'utilisation de la remédiation cognitive dans l'anorexie mentale** 19
- **La thérapie, c'est l'apprentissage** 20
- **Résultats d'apprentissages** 20

Description du module 22
- **Exemple de plan de séance** 23
- **Ressources** 23
- **Les tâches comportementales** 23
- **Les lettres de fin de prise en charge** 25
- **Evaluer au fur et à mesure** 26
- **Structure de la CRT** 27

Exercices 33
- **Script d'introduction** 33
- **A. Tâche des images complexes** 35
- **B. Tâche de l'idée principale** 50
- **C. Tâche des illusions** 59
- **D. Matériel Stroop** 64
  - **1. Petit/Grand 1** 66
  - **2. Couleurs 1** 71
  - **3. Cercles/Trianges/Carrés 1** 73
  - **4. Boîtes de nombres 1** 75
  - **5. Orientation** 84
  - **6. Haut/Milieu/Bas 1** 85
- **E. Tâche des mots enchevêtrés** 90
- **F. Tâche des mots-mêlés** 93
- **G. Tâche d'estimation** 98
- **H. Tâches d'attention divisée** 106
  - **1. Double tâche 1** 109
  - **2. Compter et rechercher** 111
  - **3. Monter/Descendre 1** 112
  - **4. Double liste** 115
- **I. Pile de cartes** 118
- **J. Tâche des plans** 119
- **K. Tâche de hiérarchisation** 126
- **L. Synthèse d'images – Voir la forêt avant les arbres** 127

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

M. Le changement d'heure 134
N. « Comment planter un tournesol… » 136
O. Mind map 138
P. Tâche des métiers 139
Mener une remédiation cognitive 141
L'expérience du thérapeute du travail de remédiation cognitive 141
Réfléchir et défier les styles cognitifs et les stratégies 142
Etablir des liens entre les exercices et la vie quotidienne 143
Applications de la remédiation cognitive et des tâches quotidiennes 145
Qui peut pratiquer la remédiation cognitive ? 146
A propos de la supervision des thérapeutes 147
Echelle de cotation du thérapeute en remédiation cognitive 147
Questions fréquemment posées 150

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Remerciements de l'équipe du Pr K. Tchanturia

Beaucoup des exercices de ce manuel sont basés sur les tâches du module de Flexibilité cognitive d'un programme de CRT proposé par Ann Delahunty et son équipe pour les patients souffrant de schizophrénie (Delahunty et al., 1993 ; 2002). Les autres sources comprennent Bell et Fox (2003), Bell et Bryson (2001), Goldberg (2001, 2005), Powell et Malia (2003), et Roder et al. (2006).

Nous remercions Carolina Lopez, Jenna Whitney, Olivia Kyriacou, Emma Baldock, Laura Southgate, Katja Schulze, Abigail Easter, Natalie Pretorius, Lynn St Louis, David Hambrook, Rebecca Genders, Naima Lounes, pour leur contribution dans le développement de ce manuel.

Nous souhaitons également remercier les Professeurs Ulrike Schmidt, Janet Treasure, et Iain Campbell pour leurs commentaires très utiles sur ce travail, et pour leur soutien permanent et leurs conseils.

Merci à nos collègues américains, Dr Jim Lock et Dr Kara Fitzpatrick, pour leur participation.

Finalement, nous souhaitons remercier nos patients nous ont très gentiment apporté leurs réflexions pertinentes sur le programme de CRT.

Remerciements de l'équipe du Dr S. Berthoz

Nous souhaitons remercier le Pr Kate Tchanturia pour nous avoir donné l'opportunité d'adapter la thérapie de remédiation cognitive de l'anorexie mentale à des populations francophones.

Nous tenons également à remercier le Dr Isabelle Amado et son équipe pour nous avoir ouvert les portes du Centre Référent en Remédiation Cognitive et Réhabilitation Psychosociale (C3R-P), à l'hôpital Sainte Anne à Paris, et fait partager leurs connaissances et expérience sur la pratique de la CRT. Leurs commentaires sur notre travail d'adaptation francophone de la CRT et leur soutien ont été des atouts majeurs.

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

CHAPITRE

1

Introduction

Bienvenue !

Le but de ce manuel est de fournir aux personnes travaillant avec des patients anorexiques, un outil complet et détaillé aidant à l'amélioration de la flexibilité mentale et des stratégies globales de pensée.

Jusqu'à récemment, les scientifiques pensaient que le cerveau adulte était incapable de changer. Toutefois, les études récentes en neurosciences, en psychologie clinique et expérimentale défient cette notion.

Le cerveau, la pensée, et le style de traitement de l'information peuvent changer au cours de la vie, et l'idée de cet outil est d'introduire « une gymnastique du cerveau » comme point de départ du travail psychologique mené auprès de cas d'anorexie mentale sévères.

Très souvent, la prise en charge de patients présentant une longue histoire de maladie derrière eux est un véritable défi pour les cliniciens. Il n'est pas rare que différentes interventions psychologiques aient déjà été tentées et que ces patients soient devenus « résistants aux traitements ». De ce fait, il se peut que pour ces patients, il faille envisager la prise en charge sous un angle nouveau. Le plus souvent, les prises en charge de sujets sévèrement atteints visent d'abord les symptômes en rapport direct avec la nourriture. Cependant, il pourrait être intéressant d'initier les prises en charge en visant les processus de pensée, en utilisant par exemple des exercices cognitifs de façon motivationnelle. Ceci permettrait de s'assurer que les patients s'engagent bien dans le processus de soin et qu'ils sont en mesure de s'insérer dans un cadre de prise en charge thérapeutique.

Ce manuel a pour vocation d'aider les professionnels spécialisés dans les troubles des conduites alimentaires à utiliser les travaux neuroscientifiques récents dans leur pratique clinique. En d'autres termes, l'objectif était de tenter de retranscrire des travaux de recherche fondés sur des preuves, en terme de pratique clinique.

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Ce manuel comporte et décrit le matériel nécessaire à la pratique de la remédiation cognitive, ainsi qu'un rationnel pour l'utilisation de cette thérapie avec des patients anorexiques, un script pour l'introduire aux patients, des plans de séances, des exercices, et une section « questions fréquemment posées ».. Le manuel comprend également des descriptions d'une évaluation qualitative de la thérapie de remédiation cognitive par des thérapeutes.

Nous espérons que vous verrez cette approche comme une manière utile d'explorer avec votre patient la manière dont il pense, quelles stratégies il utilise pour résoudre des tâches simples, et comment les stratégies utilisées lors des séances peuvent être transférées à la vie quotidienne. Les exercices fournissent aussi un tremplin utile pour s'engager dans d'autres travaux psychologiques, tout en insistant sur la faisabilité d'accomplir de petits changements dans des tâches routinières quotidiennes. Cela pourrait permettre de poser les fondations pour de plus gros changements concernant des problématiques complexes du comportement : l'alimentation, l'image du corps, le poids et les relations personnelles difficiles.

Cette citation illustre très bien ce que ce module vise à travailler : *« Je pense qu'il va être difficile pour moi de penser la manière de sortir de ce problème car je pense que le problème c'est ma manière de penser ».*
La simplicité, la spécificité du matériel et le style motivationnel de l'entraînement sont des ingrédients majeurs de la thérapie par remédiation cognitive.

Bonne chance pour ce voyage !

Où tout cela a-t-il commencé ?

La pratique d'exercices cognitifs en milieu clinique a été introduite pour la première fois durant la Deuxième Guerre Mondiale pour des patients souffrant de lésions cérébrales. Luria, un éminent neuropsychologue russe, a conduit des travaux pionniers dans ce domaine. Il a pu observer que, par le biais d'exercices cognitifs, des sujets souffrant de lésions cérébrales ont pu retrouver un fonctionnement satisfaisant.

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Jusqu'à récemment, le rehaussement cognitif était seulement utilisé chez des patients cérébrolésés, mais peu à peu, il a été adapté avec succès à d'autres pathologies. La plupart des exercices proposés dans ce manuel sont basés sur le module pionnier de flexibilité mentale développé par Delahunty et son équipe (Delahunty et al., 1993, 2002) pour des sujets souffrant de schizophrénie. De plus amples travaux de remédiation cognitive ont été menés par Wykes et Reeder (2005) et Medalia et Choi (2009). La remédiation cognitive a été utile dans d'autres pathologies mentales, par exemple pour des patients souffrant de troubles attentionnels (TDA-H) et de l'apprentissage (Stevenson et al., 2002), de troubles obsessionnels compulsifs (Buhlmann et al., 2006) ainsi que chez des patients cérébrolésés (Goldberg, 2001, 2005). Cette technique a aussi été utilisée avec succès dans la psychologie éducative (Feuerstein, 1980), dans le monde de l'entreprise, et pour des problèmes liés au vieillissement (Goldberg, 2005). Les chercheurs et cliniciens ont observé que le fait d'encourager des patients à entraîner des compétences et à apprendre de nouvelles stratégies pouvait influencer leur qualité de vie, améliorer leur fonctionnement et augmenter leur confiance en soi. Des revues de la littérature sur la schizophrénie montrent clairement que les patients ayant bénéficié de remédiation cognitive avaient amélioré leurs performances cognitives, leurs symptômes cliniques et leur fonctionnement général (McGurk et al., 2007 ; Wykes & Huddy, 2009).

Comment des exercices mentaux peuvent-ils changer le cerveau ?

Nous sommes très dépendants de nos habitudes et nous passons la plus grande partie de la journée à faire des choses que l'on a faites les jours précédents : se lever à la même heure, prendre le même petit-déjeuner, prendre le même chemin pour aller au travail ou à l'école, etc. A cause de ces routines, la plupart du temps notre cerveau tend à opérer de manière automatique, répondant à l'environnement par des processus ne nécessitant pas de pensée explicite. Toutefois, notre cerveau a la capacité d'intégrer de nouvelles informations afin que nous puissions apprendre de nouvelles choses et utiliser ces nouveaux apprentissages pour appréhender l'environnement de manière différente. Nous avons la capacité de penser et de changer ce que nous sommes en train de faire.

Les chercheurs savent maintenant que le cerveau est un organe doté de plus de plasticité qu'il n'était donné à penser avant. De par cette plasticité, le cerveau est capable de

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

se réorganiser (Doidge, 2007). La plasticité renvoie à la capacité qu'a le cerveau de se réparer, à la fois à un niveau neuronal mais aussi à un niveau cognitif, en réponse à des demandes environnementales. Cela veut dire qu'il y a un lien possible entre une nouvelle tumeur dans le cerveau, une stimulation structurée par l'environnement, et la restauration de fonctions perturbées. Par conséquent, notre cerveau est modelé selon notre utilisation, et le fait d'entraîner des compétences particulières mène à une augmentation, non seulement du degré d'activation de certaines régions cérébrales, mais aussi de leur taille. Ainsi, les musiciens, par exemple, ont un gyrus d'Heschl (zone impliquée dans le traitement auditif) plus large et plus actif (Schnieder et al., 2002), et les conducteurs de taxis ont un hippocampe (zone impliquée dans la mémorisation) plus développé (Maguire et al., 2000).
De tels bénéfices peuvent être observés chez des personnes souffrant de déclin cognitif lié au vieillissement (Goldberg, 2005) ou de pathologies spécifiques provoquant des déficits cognitifs (Wexler et al., 2000).

Le but de la remédiation cognitive

Un objectif clé de la remédiation cognitive est de renforcer des connexions cérébrales afin d'améliorer le fonctionnement. Cela est basé sur l'idée que les réseaux cérébraux peuvent être activés et que ceux qui le sont moins peuvent être de nouveau sollicités grâce à un entraînement cognitif. Wexler et ses collaborateurs ont mis en évidence une augmentation de l'activation des zones cérébrales impliquées dans la mémoire de travail, la planification, et la flexibilité mentale, chez des patients psychotiques ayant bénéficié d'une remédiation cognitive pour ces fonctions déficitaires (Bell & Bryson, 2001 ; Bell et al., 2001 ; Wexler et al., 2000). Leurs travaux suggèrent que l'entraînement peut améliorer les performances et augmenter la confiance du sujet dans l'utilisation d'une compétence donnée. Les revues de littérature concernant la remédiation cognitive auprès de patients souffrant de schizophrénie confirment l'efficacité de cet outil et son rôle dans l'amélioration du fonctionnement des patients (McGurk et al., 2007 ; Wykes & Huddy, 2009).

Un deuxième objectif de la remédiation cognitive est d'encourager les patients à prendre du recul par rapport aux exercices réalisés pendant les séances afin de les aider à prendre conscience de leur façon de penser et de leur fonctionnement dans la vie de tous les

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

jours. Ceci peut être fait par l'apprentissage explicite de nouvelles stratégies qui peuvent être réutilisées, entraînées, et se généraliser au comportement. De ce fait, la remédiation cognitive vise à utiliser l'entraînement, la réflexion, et la découverte guidée pour améliorer le fonctionnement de la pensée.

Un autre objectif de la remédiation cognitive est issu de recherches montrant que la motivation au changement, ainsi que le fait de savoir que l'on peut apprendre de ses erreurs, donne la possibilité d'atteindre ses buts dans tous les aspects de la vie. Carol Dweck (2006) et ses collègues ont mené plusieurs expériences qui ont montré qu'il y a deux manières de voir les choses : une « fixe » (le sujet pense que les talents et compétences sont ancrés, que soit nous les avons, soit nous ne les avons pas) et l'autre « en développement » (le sujet pense que les talents et compétences peuvent être développés). Le principal message à retenir des études de Dweck est que les gens devraient être reconnus, non seulement en cas de réussite, mais aussi pour avoir essayé – pour leurs efforts et non pour leurs compétences. Cette idée peut être utilisée comme thème général de la remédiation cognitive, à travers les exercices cognitifs, la réflexion sur ces exercices, et leur application à la vie quotidienne.

En résumé, la remédiation cognitive est un outil qui ….

- comporte des exercices mentaux visant à améliorer les stratégies cognitives, les capacités de pensée, et le traitement de l'information à travers un entraînement.
- encourage la réflexion sur les styles de pensée
- encourage le fait de « penser à propos de la pensée »
- aide à explorer de nouvelles stratégies à appliquer dans la vie quotidienne

Les styles de pensées associés à l'anorexie mentale

De nombreux facteurs sont mis en cause dans le développement et le maintien de l'anorexie mentale. Il existe des preuves en faveur de l'implication de facteurs génétiques, biologiques et développementaux (Jacobi et al., 2004). De plus, des recherches convergentes proposent que certains traits de personnalité interviennent dans le maintien de la pathologie (Schmidt & Treasure, 2006). C'est le cas des traits associés aux troubles obsessionnels compulsifs, qui constituent un facteur de mauvais pronostic de la maladie (Crane et al., 2007). Chez les sujets souffrant d'anorexie mentale, ces traits sont caractérisés par le fait de voir les

choses dans leurs détails (Lopez et al., 2008a, 2008b ; Southgate et al., 2005), de ne pas être flexible (Roberts et al., 2007 ; 2010 ; Tchanturia et al., 2004) et d'être attaché aux règles (Southgate et al., 2009). Les études montrent que ces traits persistent même après la reprise de poids (Green et al., 1996 ; Kingston et al., 1996 ; Szmukler et al., 1992 ; Tchanturia et al., 2004).

Les gens ont différentes manières de penser. Certains trouvent très facile de s'adapter à de nouvelles informations et d'alterner entre différentes idées et concepts. De ce fait, ils ont plus de facilité à alterner entre plusieurs stimuli dans leur environnement. Ces personnes sont souvent douées pour les tâches multiples. D'autres préfèrent se focaliser sur une seule chose à la fois et préfèrent ne pas être interrompues jusqu'à ce que la tâche soit accomplie. Ces sujets ont également tendance à être très méticuleux. Les personnes souffrant d'anorexie mentale tendent à entrer dans cette catégorie. Ces styles peuvent être observés cliniquement, non seulement au niveau du contrôle du poids, mais aussi dans d'autres aspects de la vie des patients. On peut observer chez ces personnes une difficulté à se contenter d'un résultat satisfaisant, et un besoin constant de rechercher la perfection, ce qui peut devenir problématique. Etre capable d'être soit particulièrement concentré, soit flexible, en fonction de ce qui est demandé par la situation, est une chose très importante. De même, être concentré sur les détails, ou bien avoir une vision globale, sont des stratégies qui peuvent présenter chacune des avantages. Toutefois, lorsqu'un style devient extrême et domine sur les autres, cela peut devenir un réel obstacle, par exemple, lorsque le fait d'être extrêmement focalisé nous empêche d'envisager d'autres options, ou qu'une attention trop précise empêche de voir les choses dans leur globalité. Dans ces cas de figure, il pourrait être très utile d'être conscient de l'existence de stratégies préférables, afin d'avoir un panel plus large de possibilités pour penser des situations et s'y adapter.

La pensée flexible – ce que la recherche nous a appris

La flexibilité cognitive a été décrite comme la capacité d'aller et venir entre de multiples tâches ou opérations mentales (Miyake et al., 2000 ; Lezak et al., 2004). Des problèmes de flexibilité peuvent entraîner une rigidité cognitive, par exemple, une approche terre-à-terre et rigide de la résolution de problèmes et des comportements stimulus-dépendants, ou encore une rigidité de réponse (comportements persévératifs et stéréotypés).

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

La recherche en neuropsychologie montre que les patients anorexiques ont des marqueurs de rigidité cognitive, signant donc une mauvaise flexibilité (Tchanturia et al., 2004a, 2004b ; Tchanturia et al., 2005 ; Roberts et al., 2007 ; Roberts et al., 2010 ; Tenconi et al., 2010). Ces grandes difficultés de flexibilité cognitive sont observées chez des individus anorexiques, aussi bien pendant la phase aiguë de la maladie que pendant la phase de reprise de poids (Tchanturia et al., 2002, 2004). Les observations cliniques des anorexiques décrivent des modes de pensée rigides, persistants, et obsessionnels (Casper et al., 1992 ; Vitousek & Manke, 1994 ; Davies et al., 2009), ce qui valide l'hypothèse selon laquelle la flexibilité cognitive est une difficulté majeure dans cette pathologie.

La flexibilité entraîne le changement des réponses d'une personne en accord avec les contingences environnementales.

- Exemple 1 : changer de routines afin d'être en accord avec les demandes de la famille, des amis ou du milieu professionnel, par exemple, continuer à préparer le repas tout en s'occupant des enfants (tâches multiples). Les deux activités doivent se faire en parallèle, et la concentration doit donc alterner constamment entre elles. Penser de manière flexible, comme il est nécessaire dans ce cas, peut s'avérer difficile pour quelqu'un qui préfère se limiter à la réalisation d'une seule tâche à la fois et l'accomplir méticuleusement.
- Exemple 2 : Un changement de programme à la dernière minute, il faut trouver une autre organisation rapidement. Pour quelqu'un qui s'attache aux règles et aux routines, ceci peut provoquer une situation inconfortable et un éprouvé déplaisant.

Ce module comprend donc des tâches qui ont été adaptées pour cibler les styles cognitifs rigides de ce groupe de patients. Les exercices ont été créés pour encourager la flexibilité entre différents stimuli incluant des illusions, des tâches d'attention divisée, des tâches de mots enchevêtrés, des tâches d'estimation, des jeux de cartes et des tâches écologiques créées afin d'optimiser un fonctionnement flexible dans la vie de tous les jours.

Penser flexible, c'est utile

Comme nous l'avons décrit auparavant, nous avons tous, jusqu'à un certain point, besoin d'habitudes. Les habitudes, les routines, les règles, comme le fait de faire les choses

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

toujours dans le même ordre, toujours au même moment, ou encore de toujours ranger les choses au même endroit dans la maison ou au travail, sont des petits gestes qui peuvent nous être très utiles. Ils nous permettent de fonctionner en « pilote automatique ». Cela rend la vie prévisible et plus facile à gérer, et permet de réduire le temps et l'énergie psychique dépensés pour prendre une décision, chercher un objet etc., ce qui permet donc de réduire l'incertitude et l'anxiété.

Toutefois, les personnes avec un style de pensée moins flexible sont généralement très dépendantes de ces habitudes et cela peut créer des inconvénients. Des règles ou des habitudes trop rigides peuvent parfois gêner l'arrivée de nouvelles opportunités ou expériences. Elles peuvent monopoliser le temps qui pourrait être utilisé pour d'autres choses plus utiles, isoler les gens et les enfermer dans un certain ennui et des horizons réduits, ou encore rendre les relations sociales et personnelles difficiles. De plus, quand ces routines ou habitudes ne peuvent plus être maintenues (ex : avec une maladie, une perte, etc.), l'individu peut en être très atteint. Prenons, par exemple, le cas d'un enfant qui est habitué à un rituel très strict au moment du coucher où il cajole un ours en peluche en particulier pour s'endormir. Si cette peluche est soudain perdue, pour l'enfant plus rien ne va et les ennuis commencent…

Nous avons probablement besoin de nous adapter et de maîtriser différentes compétences, ou de travailler en collaboration avec ceux qui les ont, afin d'être adapté à notre environnement et aux personnes qui nous entourent.

Penser l'image en général – ce que la recherche nous a appris

Il existe des preuves scientifiques indiquant que les sujets anorexiques ont un style de traitement de l'information excessivement détaillé, aux dépens d'une pensée holistique, globale (Lopez et al., 2008a, 2008b ; Tenconi et al., 2010). Il a aussi été observé que ces patients obtiennent de meilleures performances dans des tâches impliquant un traitement fragmentaire de l'information que des sujets témoins ne présentant pas de troubles des conduites alimentaires (Gillberg et al., 1996 ; Lopez et al., 2008). Exceller dans la focalisation sur des détails peut être un atout. Certaines tâches exigeront cette compétence, comme par exemple la vérification de l'orthographe d'un texte, la comptabilité... Toutefois, de manière générale, la plupart des tâches exigent les deux compétences : à la fois d'avoir une pensée focalisée sur les détails, mais également de voir les choses dans leur globalité.

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

- Exemple 1 : Une secrétaire aura besoin de s'assurer qu'elle a bien fait attention aux détails d'un manuscrit, mais il faudra aussi qu'elle pense à gérer l'organisation de sa journée et le classement des tâches à réaliser selon leur importance.
- Exemple 2 : Une infirmière doit s'assurer d'être bien concentrée lorsqu'elle donne un médicament (donner le bon, la bonne dose) et lorsqu'elle doit rendre des observations justes et précises à propos d'un patient. Cependant, elle doit aussi être au courant de tous les besoins des autres patients et être consciente des impératifs généraux tout au long de sa journée de travail.

De ce fait, cela peut constituer un réel problème d'avoir une pensée trop détaillée ou d'être focalisé sur l'information locale plutôt que globale. Ce style de traitement de l'information rend difficile la perception de la forêt plutôt que des arbres, de l'ensemble plutôt que des détails. Dans l'anorexie mentale, les patients deviennent très préoccupés par les détails, l'ordre, la symétrie. Si l'on considère l'alimentation et la nourriture, les préoccupations seront ciblées sur des détails tels que la teneur en calories ou en graisse des aliments, et cela aux dépens de la valeur nutritionnelle globale qui contribue pourtant à un régime diététique adapté.

Dans ce manuel, nous incluons des moyens pour aider à mettre en évidence le style de pensée extrêmement focalisé sur les détails et pour permettre un entraînement de la pensée holistique, comme de décrire une image complexe pour que quelqu'un puisse la dessiner. Les sujets souffrant d'anorexie mentale tendent à réaliser ce type de tâche en se concentrant d'abord sur les éléments de détail au lieu d'identifier les formes principales (par exemple, en décrivant des lignes individuelles au lieu d'un carré). Ceci est une stratégie d'organisation pas toujours productive, qui rend la tâche difficile pour la personne réalisant le dessin car elle ne peut se faire une représentation juste de l'image globale. Cela constitue également une difficulté pour les sujets anorexiques, quand ils doivent dessiner la même image de mémoire, car l'information qu'ils ont retenue a été fragmentée. Cette stratégie n'est donc pas cognitivement économique, en terme de fonctionnement mnésique.

Dans la vie quotidienne, un exemple qui peut mettre en évidence ce style de pensée est la façon d'indiquer un itinéraire à quelqu'un au téléphone. Si on se laisse envahir par les moindres détails, tels que les points de repère ou magasins que l'on passe en route, non seulement la personne recevant l'information commencera à se sentir très confuse, mais l'objectif global de ce que nous essayons de faire sera vite perdu de vue.

Dans le manuel, les exercices qui ciblent le fonctionnement global de la pensée sont :

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

- les tâches d'images complexes (comme décrites auparavant),
- la tâche des plans (décrire des itinéraires en utilisant une carte),
- la tâche de l'idée principale (résumer des lettres en utilisant des tirets et grands titres, surtout sur des informations pertinentes pour le sujet : prospectus sur le programme de CRT, sur les troubles des conduites alimentaires ou sur leur évaluation…)
- Comment planter un tournesol (s'entraîner à décrire des instructions détaillées et organisées dans le temps, dans un format résumé),
- transmettre des informations sommaires à autrui (utile pour envoyer un court message),
- s'entraîner et penser à l'organisation des priorités des activités (soit de manière hypothétique ou réellement pour les activités quotidiennes).

Le but de toutes ces tâches est d'encourager une pensée plus globale, synthétique, plutôt qu'une pensée centrée sur les détails.

Voir le tout avant le détail, « la forêt avant les arbres », c'est utile

On peut considérer une personne avec un style de pensée détaillé comme passant son temps à voir sa vie avec une loupe, à voir le monde comme s'il n'était qu'un dessin technique plutôt qu'une peinture impressionniste.
Il n'y a pas que la perception visuelle qui peut être illustrée de cette façon, les quatre autres sens sont aussi concernés : le toucher, le goût, l'odorat et l'ouïe.

Si l'on se focalise trop sur les détails (vision microscopique), on passera à côté du contexte plus général (vision macroscopique) et peu importe combien les détails sont importants, nous devons nous souvenir de l'image globale. Garder cette image globale en tête est important pour que toutes les petites étapes nécessaires à la réalisation d'un objectif aillent dans la même direction. Parfois, il est difficile de garder un bon équilibre entre les parties micro et macro de nos comportements. Toutefois, revenir en arrière, réfléchir, prendre du recul, est toujours positif et permet le maintien de cet équilibre. Pour les patients anorexiques, le fait de penser à l'image globale de leur vie plutôt qu'aux calories et au corps pourrait s'avérer très utile dans les étapes du processus de guérison.

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Plusieurs exercices dans ce manuel encouragent l'utilisation de techniques simples pour arriver à « voir la forêt avant les arbres », et apprendre à repérer les avantages mais aussi les inconvénients d'une pensée trop détaillée.

La remédiation cognitive cible les processus de pensée et non le contenu

Beaucoup de prises en charge psychologiques reposent fondamentalement sur la bonne mise en œuvre des fonctions cognitives (ex : thérapie cognitive et comportementale, thérapie cognitive analytique, thérapie gestaltiste). La rigidité cognitive et la pensée centrée sur les détails sont susceptibles d'avoir un impact négatif considérable sur tout engagement thérapeutique et sur l'efficacité du traitement. A cette fin, la remédiation cognitive pourrait être une première étape dans l'approche thérapeutique pour les anorexiques car cette thérapie cible le fonctionnement cognitif qui sous-tend le contenu de la pensée, plutôt que d'exiger un fonctionnement cognitif intact pour être efficace.

De plus, un des problèmes souvent rencontré dans la prise en charge de patients anorexiques est l'arrêt de la prise en charge. Diverses raisons peuvent expliquer ce problème. Le plus souvent, les prises en charge thérapeutiques abordent la question des ressentis et des émotions, mais cela peut être difficile pour les patients très malades.

La remédiation cognitive ne cible pas le contenu émotionnel et pourrait, de ce fait, constituer un traitement plus facilement accepté pour des personnes très malades qui ne sont pas toujours prêtes à attaquer de front leurs difficultés émotionnelles.

Réflexion sur le style de pensée

En plus de donner aux individus l'opportunité de renforcer certaines connexions cérébrales au travers d'exercices et d'entraînement, la remédiation cognitive encourage la réflexion sur les styles de pensée. En particulier, il peut être demandé aux sujets de :

1. réfléchir sur les avantages et inconvénients des différentes stratégies de pensée

Par exemple, concernant la tâche de description d'une image, le thérapeute peut demander au sujet *« Que pourriez-vous changer si vous deviez décrire une nouvelle image à quelqu'un ? »*

2. défier les anxiétés relatives au style de pensée

Par exemple : *« En quoi cela est-il si important de faire un exercice papier/crayon à la perfection ? En quoi est-ce un problème si le résultat est seulement « assez bien » ? »*

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Cela peut avoir comme conséquences positives de :
1. renforcer la confiance en soi, par exemple à travers la réalisation complète de tâches
2. devenir capable de reconnaître et d'apprécier ses propres aptitudes

Essayer de nouveaux comportements

Ce module insiste sur l'intérêt qu'il peut y avoir à transposer dans la vie quotidienne les stratégies apprises dans le cadre des séances de remédiation cognitive. Ceci peut être fait de deux façons : d'une part, à la fin de chaque séance, le thérapeute encourage le sujet à réfléchir sur les stratégies et pensées utilisées pour réaliser les exercices. D'autre part, on propose des petites tâches comportementales qui peuvent être réalisées entre deux séances. Entreprendre ces petites tâches comportementales peut donner aux sujets la sensation positive et motivante d'avoir accompli quelque chose, et les aider à internaliser les différents styles cognitifs.
La remédiation cognitive fournit un environnement d'apprentissage sûr, un espace où le patient peut faire des erreurs de manière répétée lors des entraînements sans aucun jugement de la part du thérapeute, ce qui le laisse libre d'expérimenter et d'apprendre.

Le rationnel de l'utilisation de la remédiation cognitive dans l'anorexie mentale, repose sur les éléments suivants :

- Il n'y a pas de modalité thérapeutique de premier choix et fondée sur des preuves pour les patients anorexiques adultes. L'Institut National de l'Excellence Clinique (NICE, 2004) a résumé les travaux de recherche dans le domaine de la prise en charge de l'anorexie mentale, Pour les jeunes patients, il a été conclu que la thérapie familiale était un choix thérapeutique recommandé. En revanche, à cause des limites des études portant sur les patients adultes et du manque de résultats, aucune recommandation de modalité thérapeutique n'a pu être proposée pour cette population.
- Il existe des preuves scientifiques montrant des difficultés chez les personnes souffrant d'anorexie mentale à alterner entre des tâches (Tchanturia et al., 2005 ; Roberts et al., 2010).

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

- Les personnes anorexiques ont tendance à trop se centrer sur les détails plutôt que sur la perception globale des choses (la pensée est plus fragmentée qu'elle n'est intégrée) (méta-analyse de Lopez et al., 2008).
- Une grande proportion d'anorexiques ont une forte résistance à s'engager dans un traitement, ou à le maintenir (Steinhausen, 2002, 2009 ; Treasure et al., 2010 ; Lock & Fitzpatrick, 2009).
- Les sujets souffrant d'anorexie mentale sévère trouvent difficile de s'engager dans une prise en charge thérapeutique, de parler de nourriture ou de douleur émotionnelle.
- La remédiation cognitive offre un environnement motivationnel sûr, un espace où les patients peuvent penser à leur pensée, et qui leur fournit une opportunité de commencer à mettre en place de petits changements.

Preuves encourageant l'utilisation de la remédiation cognitive dans l'anorexie mentale

Notre équipe a mené une étude pilote utilisant cette méthode d'intervention. Cette étude s'est déroulée dans une unité spécialisée dans les troubles des conduites alimentaires à Londres. Trente patients diagnostiqués anorexiques (critères DSM-IV) ont participé à cette étude.

Cette étude a apporté des données quantitatives et qualitatives :

1. un faible taux d'abandon (Tchanturia et al., 2008)
2. les performances des sujets dans des tâches cognitives ont changé de manière significative (Tchanturia et al., 2008)
3. les autoévaluations des sujets sur leurs stratégies cognitives se sont améliorées (Genders et al., 2008)
4. cet outil a reçu un feedback positif de la part des patients et thérapeutes (Davies & Tchanturia, 2005 ; Tchanturia et al., 2006, 2007, 2008 ; Tchanturia & Hambrook, 2009 ; Tchanturia & Lock, 2011 ; Whitney et al., 2008).

Les études tendent à montrer des bénéfices à long-terme de la remédiation cognitive (Genders et al., 2008) et la possibilité de proposer cette thérapie en groupe (Genders & Tchanturia, 2010).

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

La remédiation cognitive en individuel individuelle a aussi été appliquée chez les adolescents (Cwojdzinska et al., 2009 ; Lock et al., en cours).

La thérapie, c'est l'apprentissage

Il est important de fournir au patient un cadre thérapeutique qui favorisera par la découverte de soi. Celui-ci obtiendra plus de bénéfices s'il découvre lui-même de nouveaux styles de pensée plutôt que s'il en est informé par autrui. De ce fait, il est important que le thérapeute se retienne de proposer immédiatement les liens entre les stratégies utilisées dans les tâches et la vie quotidienne, ceci étant plus bénéfique pour le patient s'il élabore ces liens lui-même.

Il existe des situations où l'on doit réapprendre des habitudes (par exemple, maladie, vieillesse, deuil).
Rappelons-nous deux messages importants :
- Il n'est jamais trop tard pour apprendre
- Pour garder son cerveau en forme, il faut l'utiliser

Résultats d'apprentissages

Voici des exemples de ce que votre patient peut réussir à accomplir avec votre aide :
- réfléchir sur ses stratégies de pensée (penser à penser)
- reconnaître les avantages de certains de ses styles de pensée
- défier certains de ses styles de pensée existants
- explorer de nouveaux styles de pensée
- améliorer la flexibilité de pensée
- améliorer la pensée intégrative et réussir à voir les choses dans leur globalité
- faire le lien entre les styles de pensée et de petites tâches comportementales
- briser quelques petites habitudes
- se préparer pour de prochaines prises en charge thérapeutiques
- améliorer la confiance en soi pour démarrer et s'engager dans de futures thérapies.

Généralement, on ne se promène pas en pensant à ce que l'on pense.

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

De la même manière qu'une personne dans un pays étranger répète constamment le même mot de plus en plus fort, sans pour autant se faire comprendre par les gens du pays, on a tendance à penser toujours de la même façon, même si l'on est conscient que cela ne nous mène nulle part. La solution est de repérer et changer ce qui n'est pas opérant.

La remédiation cognitive peut aider nos patients à réaliser ces choses, en les aidants à « penser à penser ».

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

CHAPITRE

2

Description du module

Ce module peut être utilisé dans les services d'hospitalisation temps-plein ou en hôpital de jour. Pour les patients hospitalisés, il peut être utilisé comme une première étape de prise en charge du patient. Pour des patients en hôpital de jour ou en ambulatoire, il peut être utilisé comme un traitement complémentaire sous une forme plus courte.

Les tests neuropsychologiques, les auto-questionnaires, ainsi que l'entretien clinique peuvent être menés avant l'intervention, juste après, et 6 mois après la fin de la prise en charge, afin d'en mesurer les effets à moyen terme. Les évaluations utilisées dans l'étude pilote sont détaillées dans la section annexe. Cependant, elles ne sont pas prescriptives et d'autres équipes pourront choisir des mesures qui leur sont plus familières.

Le module comprend 10 séances. L'objectif est de faire 1 à 2 séances par semaine. Cependant, ce rythme dépend du patient, la durée de la prise en charge peut donc varier. L'intervention est censée être assez intensive pour maximiser les bénéfices obtenus. Chaque séance devrait durer approximativement 30 à 40 minutes.

Les séances impliquent l'entraînement de compétences spécifiques au travers d'exercices qui permettront, par ailleurs, de faciliter la discussion entre le thérapeute et le patient à propos des styles de pensée. Les séances sont menées de manière motivationnelle.

Ci-dessous, un exemple de plan de séance. Vous observerez que le nombre de tâches pouvant être réalisées durant une séance varie selon les patients. Certains d'entre eux enchaînent les exercices à vive allure, d'autres ne parviennent à en faire que quelques-uns. Les objectifs n'étant pas seulement l'entraînement des connexions cérébrales, mais aussi l'utilisation des exercices comme tremplin à la réflexion, un équilibre doit être trouvé pour atteindre ces objectifs en 40 minutes.

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Exemple de plan de séance

1 x description d'une image complexe
2 x tâches des illusions
2 x tâches de Stroop
1 x tâche d'estimation
1 x tâche de tri de cartes
3 x tâches des idées principales

Ressources

Pour chaque séance, les outils suivants seront requis : photocopies des exercices pertinents, papier et crayon pour les tâches d'écriture et de dessin, et jeu de cartes.

Il existe un certain nombre de sites internet utiles pour les illusions :
Par exemple : http ://www.brainden.com/optical-illusions.htm
Et pour la tâche des figures complexes :
http ://www.primaryresources.co.uk/english/pinst.htm

Les tâches comportementales

Lorsque vous sentez que votre patient est prêt (généralement, après la 6e séance, mais cela peut varier selon les patients), vous pouvez introduire l'idée de faire de petits changements comportementaux en dehors des séances. Cela peut permettre un renforcement des stratégies discutées durant la réalisation des exercices. Ci-dessous, vous trouverez une liste de changements comportementaux réalisés par des patients. Toutefois, il s'agit d'un guide et il reste important de discuter avec votre patient des idées qu'il peut avoir. A chaque séance, il est possible de prévoir un temps spécifique pour aborder ce sujet. Le feedback sera donné à la séance suivante.

Changer des routines à la maison
- choisir de nouvelles marques lorsque je fais mes courses (ex : changer de marque de produit vaisselle, de crème pour le visage ou de céréales)

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

- changer mes habitudes pour l'entretien de la maison (ex : prendre le petit-déjeuner avant de faire le ménage, laver les pièces dans un ordre différent)
- changer ma routine du matin (ex : se brosser les dents avant/après la douche) et du soir
- changer d'assiette ou de tasse préférée
- trier mon armoire et emmener les vêtements que je ne porterai jamais à une association caritative
- au lieu de garder les vieux journaux, magazines… découper les articles qui m'intéressent et jeter le reste
- laisser la maison mal rangée en partant au travail, ranger en rentrant. Même chose pour la lessive et le repassage
- changer ma place habituelle pour les repas
- ajouter un nouveau produit à ma liste de course (pas de la mauvaise nourriture mais des herbes, une épice, de l'ail par exemple)
- changer un petit meuble ou une lampe de place dans ma chambre
- estimer la dose de produit lessive à mettre au lieu d'utiliser le bouchon-doseur.

Se détendre

- écouter la totalité d'un album sur mon MP3 au lieu de sélectionner seulement mes chansons préférées
- lire mon journal dans un ordre différent de ma routine habituelle
- feuilleter ou lire uniquement certaines parties d'un magazine, au lieu d'en lire l'intégralité
- écouter une station de radio différente
- changer de journal ou de journal TV
- acheter un produit nouveau qui n'est pas relié à la nourriture (ex : des fleurs, du savon, des bougies)
- porter un maquillage différent ou moins de maquillage
- me coiffer différemment (changer ma raie de côté, m'attacher ou me détacher les cheveux, faire des tresses, me faire un brushing…)
- écrire une lettre à une personne à qui on aimerait parler, même si on ne l'envoie pas
- aller au cinéma ou dans une galerie d'art
- emprunter un CD ou un livre dans une bibliothèque
- visiter un parc ou faire une autre activité de détente
- jouer à un jeu de société (ex : Monopoly, jeu de dames, d'échecs…)
- jouer à un jeu de cartes

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

- essayer de dessiner ou de peindre avec ma main non-dominante

Changer mes routines au travail/à l'école

- changer les routines pour le trajet entre le domicile et le travail/ école/hôpital (ex : utiliser des transports en commun différents, emprunter un différent chemin)
- si je travaille sur ordinateur, changer la police d'écriture pour une journée
- lorsque je lis un e-mail ou un document de travail, alterner entre vérification d'erreurs grammaticales et erreurs de contenu
- utiliser un moteur de recherche différent pour aller sur internet
- utiliser une sonnerie de téléphone différente
- changer le mode d'affichage de l'heure sur son téléphone (analogique, numérique, affichage en 12 ou 24h)
- estimer l'heure qu'il est à peu près au lieu de regarder l'heure sur une montre

Les lettres de fin de prise en charge

Afin de conclure les 10 séances, des lettres, écrites par le thérapeute et le patient, peuvent être échangées.

Elles peuvent aider :

- à se dire au revoir
- à réfléchir et résumer ce qui a été appris, acquis…
- à réfléchir sur d'autres choses qui pourraient être utiles
- à exprimer ses réactions sur la prise en charge d'une autre manière
- à clarifier la façon dont l'expérience peut être maintenue après la fin de la thérapie
- à faire le lien entre la fin de la remédiation cognitive et ce sur quoi le patient peut maintenant travailler ou être pris en charge (ex : thérapie cognitivo-comportementale).

Dans la 9e séance, l'idée d'écrire des lettes de fin de prise en charge, et plus particulièrement leur contenu, peuvent être discutés par le thérapeute et le patient. Demandez au patient d'écrire quelque chose sur :

- l'utilité de la prise en charge
- ses aspects moins utiles
- la façon dont la prise en charge était applicable à la vie quotidienne

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

- s'il recommanderait cette prise en charge à d'autres
- la façon dont la prise en charge pourrait être améliorée.

Evaluer au fur et à mesure

Un exemple de fiche d'évaluation est donné dans les pages qui suivent, afin de vous aider à garder une trace des observations que le patient et vous-même avez pu faire. Ces observations peuvent vous aider à écrire la lettre de fin de prise en charge après la 9e séance.

Pour chaque tâche, des questions qui permettent de recentrer les patients et qui les encouragent à réfléchir sur la tâche sont proposées. Il est important de garder en tête que les sujets vont avoir plus de facilité à faire les évaluations au fur et à mesure des séances. Dans les deux premières séances, ils peuvent trouver moins compliqué de donner un résumé global en fin de séance qu'un avis et une réflexion sur chaque tâche. C'est pourquoi le style de la fiche d'évaluation des deux premières séances est plus général que pour les suivantes.

Certains patients identifient mieux que d'autres leurs styles de pensée avec les exercices et arrivent à mettre en lien ces styles avec le fonctionnement de leur pensée dans leur vie quotidienne. Cependant, d'autres ont plus de mal à le faire et ont besoin de plus d'encouragements.

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Structure de la CRT

Séances 1 à 3	► Mettre en place une alliance thérapeutique ► Expliquer le rationnel de la CRT dans l'AM ► Introduire et pratiquer des exercices afin d'identifier le style cognitif prédominant ► Faire des liens entre les exercices cognitifs et les façons d'agir en dehors des séances
Séances 4 à 6	► Principalement, pratique des exercices cognitifs ► Réfléchir aux forces et faiblesses du style cognitif prédominant ► Faire des exercices comportementaux pendant les séances ► Pratiquer des tâches comportementales en dehors des séances ► Réfléchir sur les résultats et stratégies apprises au cours des tâches cognitives, et sur la façon de dépasser les obstacles ► Encourager le transfert des capacités dans la vie quotidienne
Séances 7 et 8	► Pratiquer exercices cognitifs ► Mettre plus l'accent sur les tâches comportementales (les imaginer, les pratiquer, et les discuter) ► Encourager les liens entre les tâches comportementales et les façons de se comporter dans la vie quotidienne
Séance 9	► Mêmes choses que les séances 7 et 8 ► Réfléchir et discuter les stratégies pour maintenir les changements après la CRT ► Réfléchir et discuter les difficultés qui peuvent être rencontrées après la CRT et la façon dont on peut les surmonter ► Introduire l'idée des Goodbye letters qui seront échangées à la séance d'après
Séance 10	► Echanger les Goodbye letters et les discuter ► Finir la CRT

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Séances 1 et 2

Exercices	X	*Questions d'exploration*	*Commentaires du thérapeute*
Figures complexes		***Qu'avez-vous appris de ces exercices ?***	
Illusion 1			
Illusion 2		***Qu'est ce que ces exercices vous ont montré concernant votre façon de penser ?***	
Stroop 1			
Stroop 2			
Idée principale		***Qu'est ce que ces exercices peuvent vous apporter dans la vie quotidienne ?***	
Estimation			
Pile de cartes			

Séances 3 à 6

Exercices	X	*Commentaires de la patiente (Qu'avez-vous appris de ces exercices ?)*	*Comment pensez-vous appliquer ce que vous avez appris dans le futur ?*	*Commentaires du thérapeute*

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Séances 7 et 8

Exercices	**X**	***Commentaires de la patiente*** ***(Qu'avez-vous appris de ces exercices ?)***	***Comment pensez-vous appliquer ce que vous avez appris dans le futur ?***	***Commentaires du thérapeute***

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Séances 9 et 10

Exercices	X	*Commentaires de la patiente (Qu'avez-vous appris de ces exercices ?)*	*Comment pensez-vous appliquer ce que vous avez appris dans le futur ?*	*Commentaires du thérapeute*

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Bilan de la session de CRT

Nom :	Âge :
Niveau scolaire :	
Emploi actuel et antérieur :	
Fonctionnement cognitif	
Difficultés 1. 2. 3.	Points forts 1. 2. 3.
Style de comportement cognitif	
Difficultés 1. 2. 3.	Points forts 1. 2. 3.
Problèmes 1. 2. 3.	Objectifs 1. 2. 3.

CHAPITRE

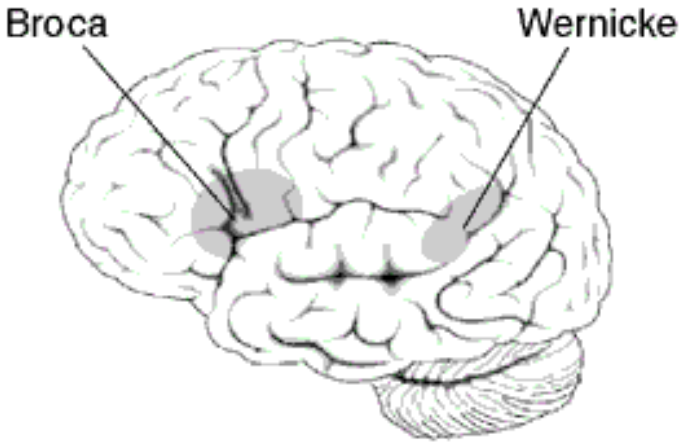
3

Exercices

Script d'introduction

Ce script va permettre, d'une part, de donner au patient une idée générale de ce qu'est la remédiation cognitive et d'autre part, de le guider dans les tâches à réaliser. Afin d'augmenter la motivation, il peut être intéressant de montrer au patient la façon dont ces exercices améliorent le fonctionnement cognitif. Montrer au sujet comment les connexions cérébrales se renforcent, en utilisant des images de cerveaux et en indiquant les différentes zones utilisées, peut être une source de motivation.

Par exemple, *« lorsque nous utilisons des mots, nous utilisons cette partie du cerveau, plus connue sous le nom d'aire de Broca ».*



Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

« Lorsque nous gardons des informations en tête, par exemple, une consigne ou un itinéraire, nous utilisons cette partie-ci, appelée cortex préfrontal ».

« Lorsque nous utilisons différentes parties du cerveau en même temps, nous renforçons les connexions cérébrales entre ces régions ».

« Les séances peuvent être composées de jeux ou puzzles dont il sera possible de discuter au cours des séances. Les exercices ont été conçus pour être ludiques et vous ne serez pas jugé(e) sur vos performances. Les exercices sont faits pour vous permettre de travailler vos compétences mais aussi pour être un outil de réflexion. Ils vont permettre d'identifier vos stratégies de pensée au quotidien, et d'explorer les stratégies alternatives qui peuvent exister ».

Le simple fait de demander au patient d'écrire son prénom avec sa main dominante, puis avec sa main non-dominante peut être une bonne façon d'initier l'engagement du patient dans la remédiation cognitive. Cela permet de montrer au patient que nous choisissons tous la façon de faire qui nous parait la plus confortable, et que la plupart de nos habitudes quotidiennes sont automatiques (par exemple, on ne se demande pas quand on doit écrire quelque chose, quelle main nous allons utiliser). Cet exercice montre que, bien que nous ayons tous des difficultés à changer nos habitudes, notre cerveau est capable de le faire. Petit à petit, un entraînement peut nous rendre de plus en plus à l'aise avec une nouvelle façon de faire.

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

A. Tâche des images complexes

But de la tâche pour le thérapeute

L'objectif de cet exercice est d'encourager les patients à entraîner leur pensée en se concentrant sur l'image globale plutôt qu'en se focalisant sur ses différentes composantes en tant qu'entités séparées.

Décrire des images afin que quelqu'un d'autre (qui ne les voit pas) puisse les dessiner est une tâche difficile, d'autant plus si le sujet a tendance à commencer par une description des détails (par exemple : s'il décrit 4 lignes individuelles au lieu de parler d'un carré). Ce type de pensée peut concerner d'autres activités de la vie quotidienne du patient où les détails gênent la vue globale d'une image. Ceci peut avoir comme conséquence que des choses sans importance viennent en supplanter d'autres, plus importantes. Il est important que cette tâche soit centrée sur l'entraînement de l'intégration des détails et non sur la réussite parfaite de la tâche. Si le patient est inquiet à propos de sa performance, il peut être judicieux d'aborder la question avec humour en plaisantant sur vos capacités artistiques par exemple et sur le fait que le dessin en lui-même est sans réel intérêt pour l'exercice.

Consignes de la tâche pour le patient

Demandez au patient de choisir l'une des images complexes et de la décrire pour que vous puissiez la dessiner. Il n'est pas nécessaire de donner des indications sur la façon dont dessiner l'objet car l'objectif est que le patient découvre lui-même sa manière de penser, à travers la description de l'image qu'il vous donne. Une fois que le patient a terminé, prenez le temps de regarder avec lui le résultat final et demandez lui de prendre du recul par rapport à l'image et à sa description.

Questions de réflexion sur la tâche à poser au patient

- Qu'avez-vous pensé de la tâche ?
- Etiez-vous conscient de votre style de pensée pendant la réalisation de l'exercice ? Avez-vous appris de nouvelles choses à propos de votre façon de penser ?
- Que pourriez-vous modifier si vous deviez décrire une nouvelle image à quelqu'un ?
- Pouvez-vous faire un lien entre ce style de pensée et des situations de votre vie quotidienne ?

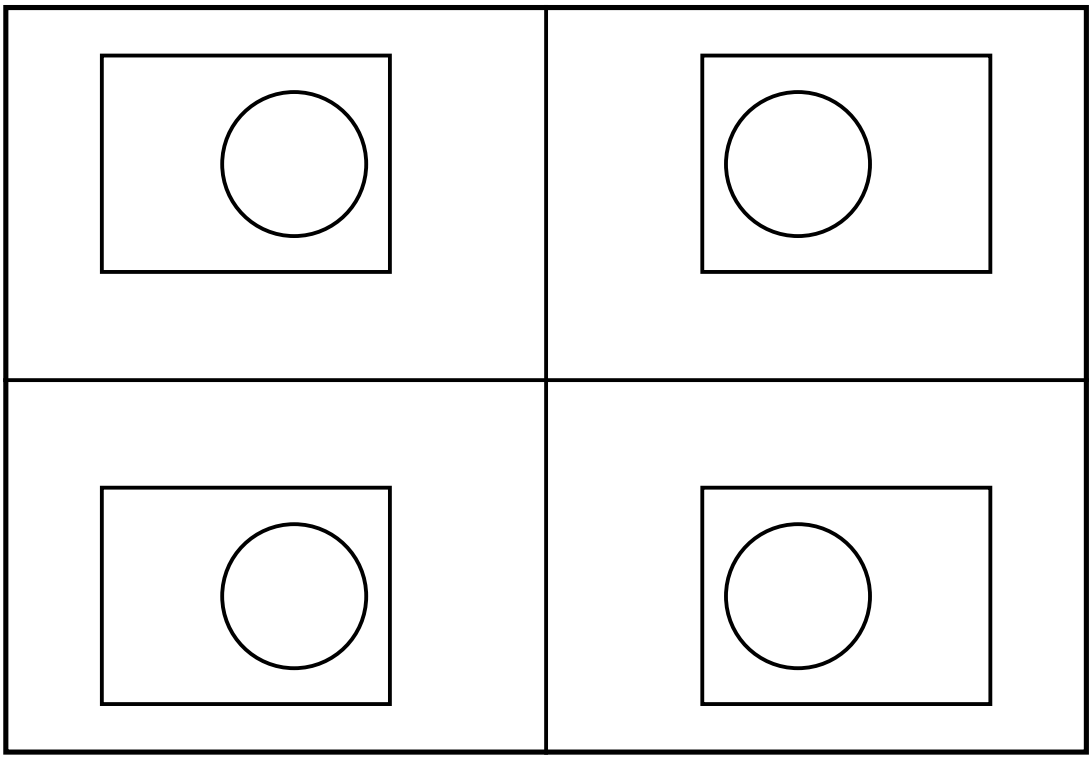
Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

S’il ne parvient pas, proposez :

- Avez-vous déjà essayé de décrire à quelqu’un un film/livre que vous avez vu/lu ?
- Prendre en considération le point de vue de quelqu’un d’autre nous encourage à être objectifs. N’avez-vous jamais été surpris(e) de vous rendre compte que les autres nous voyaient différemment que nous-mêmes nous nous voyons ?
- Trouvez-vous difficile d’envisager votre futur ? Vous arrive-t-il de vous retrouver envahi(e) par des détails dans votre vie quotidienne ?
- Quels sont les avantages et inconvénients d’un mode de pensée centré sur les détails et d’un autre plus global ?

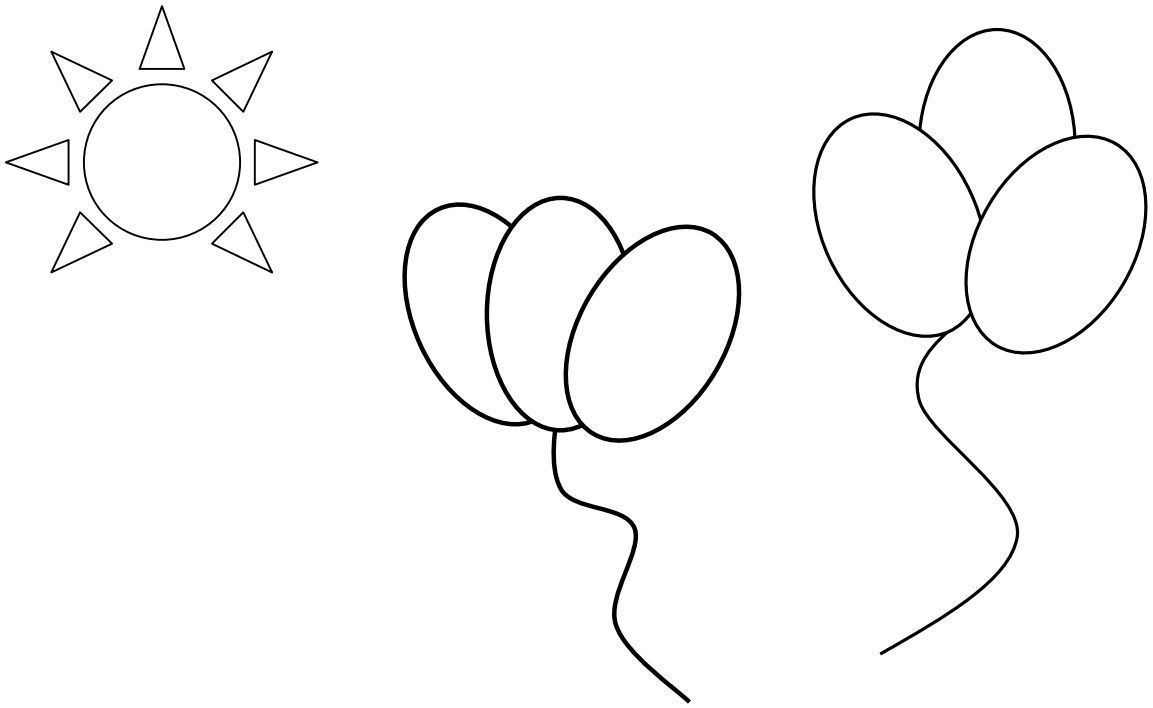
Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Figure 1



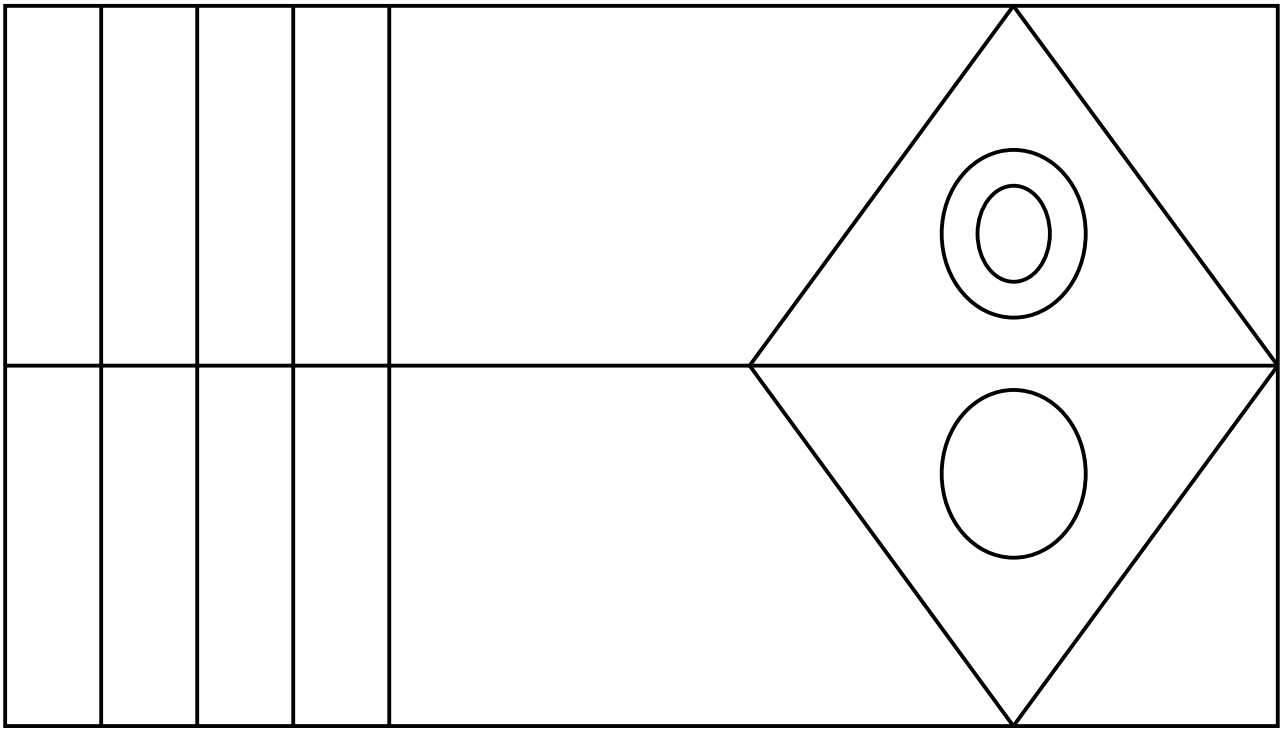
Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Figure 2



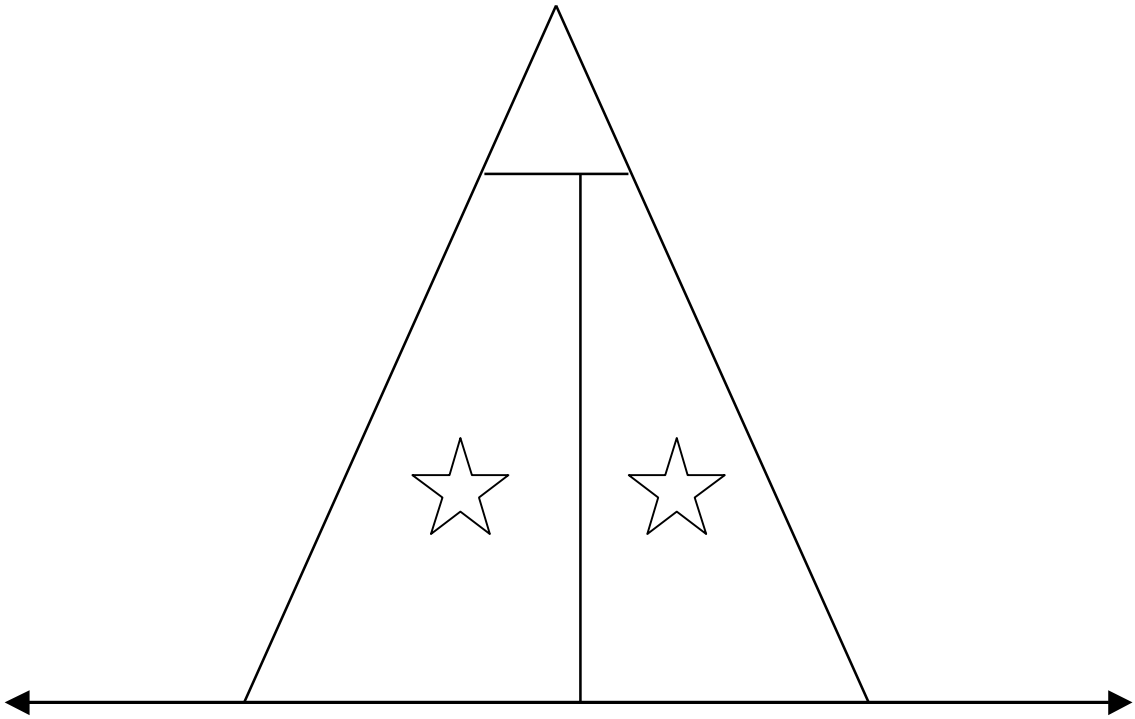
Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Figure 3



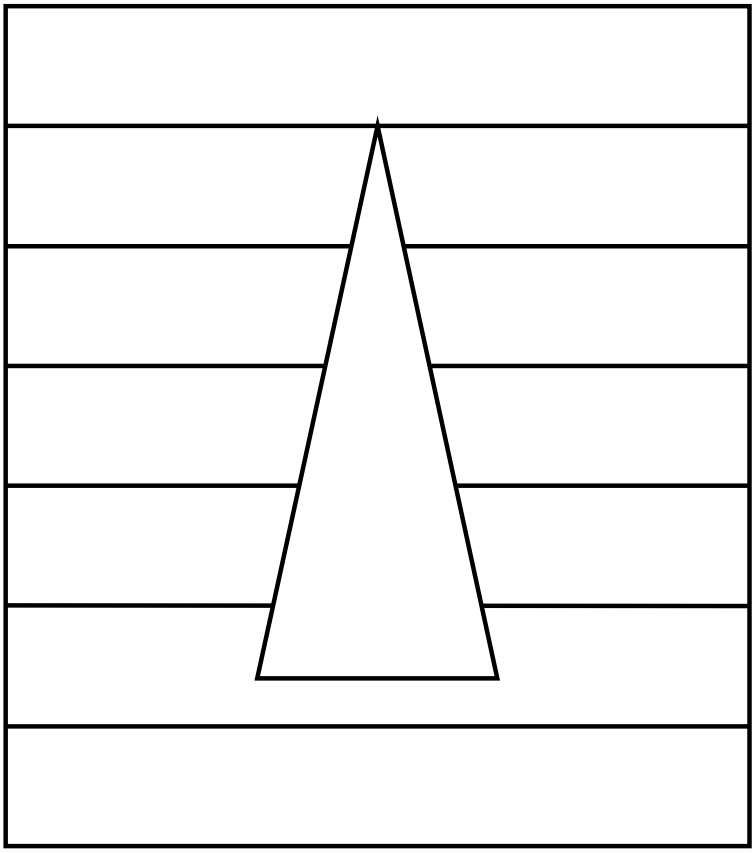
Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Figure 4



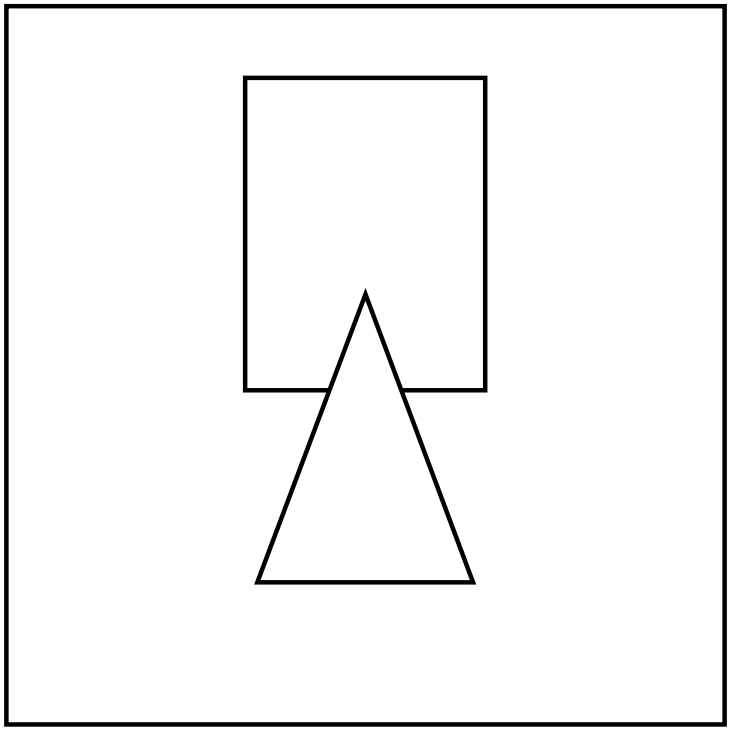
Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Figure 5



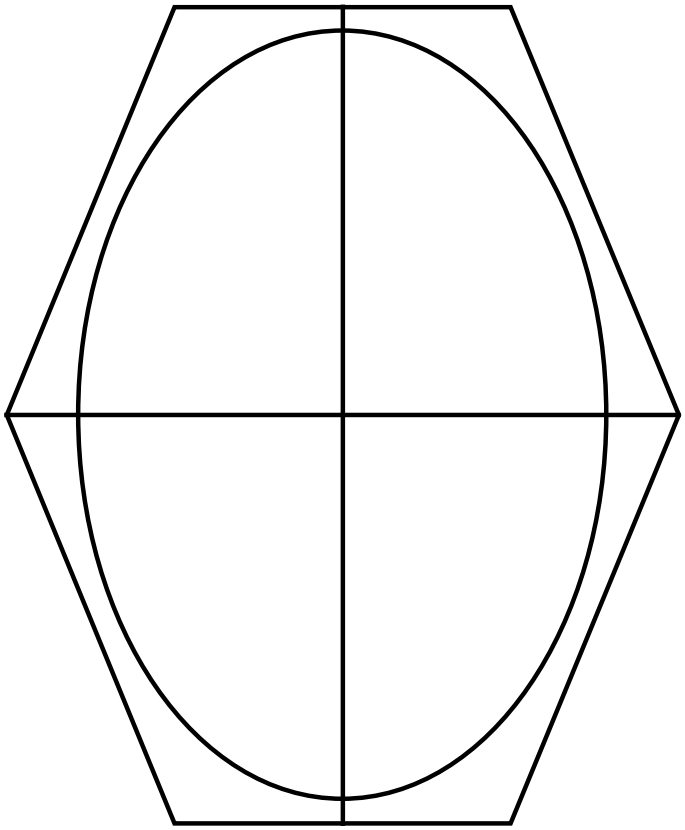
Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Figure 6



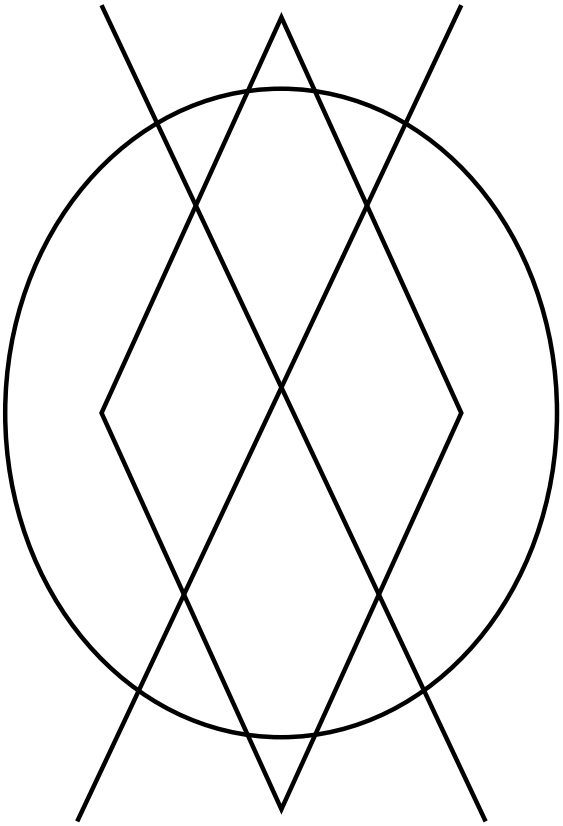
Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Figure 7



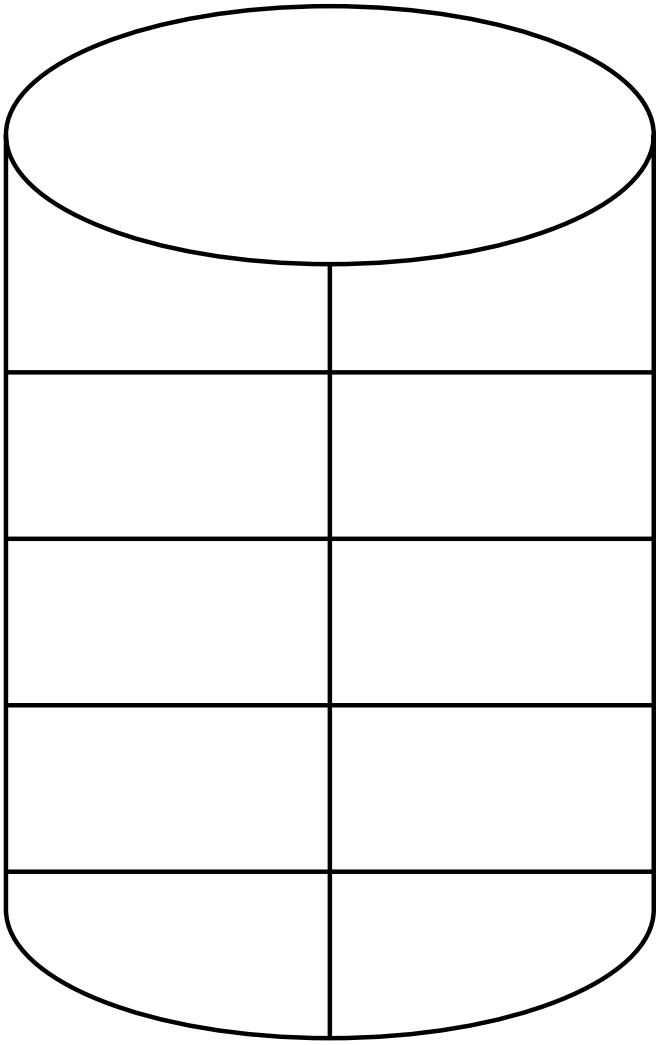
Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Figure 8



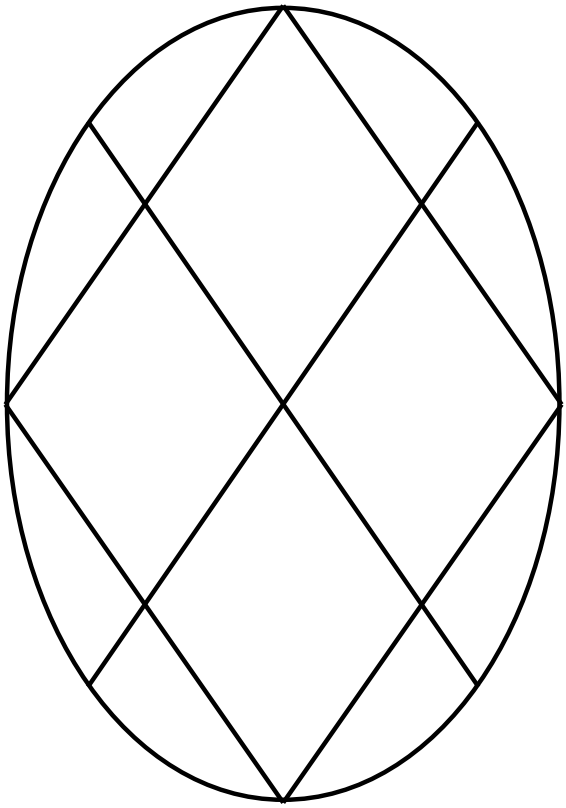
Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Figure 9



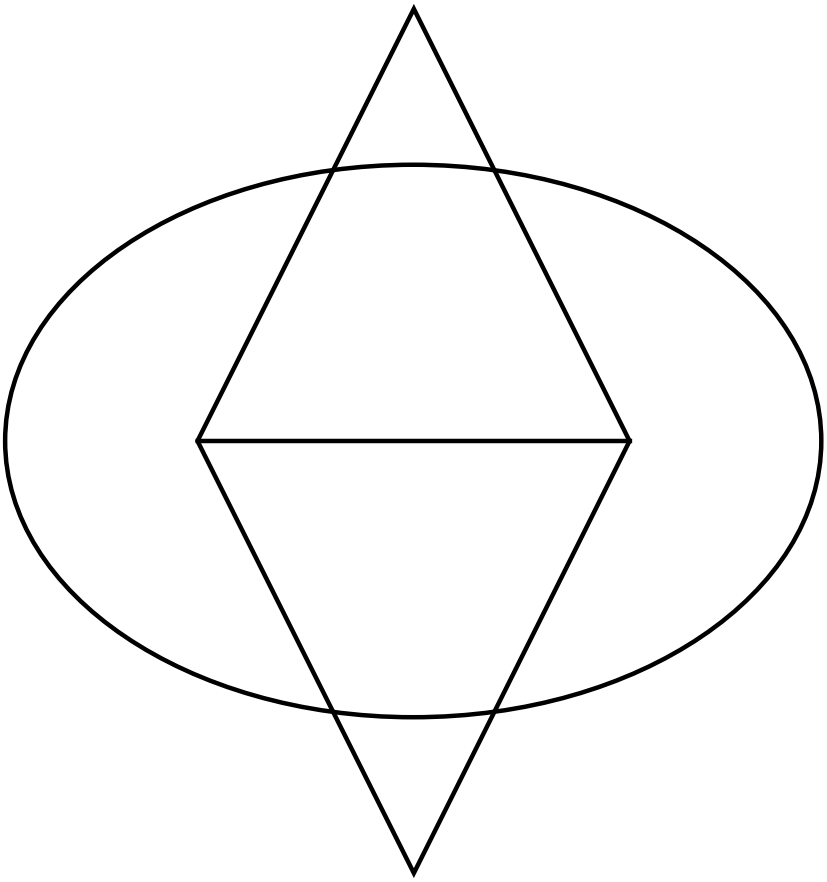
Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Figure 10



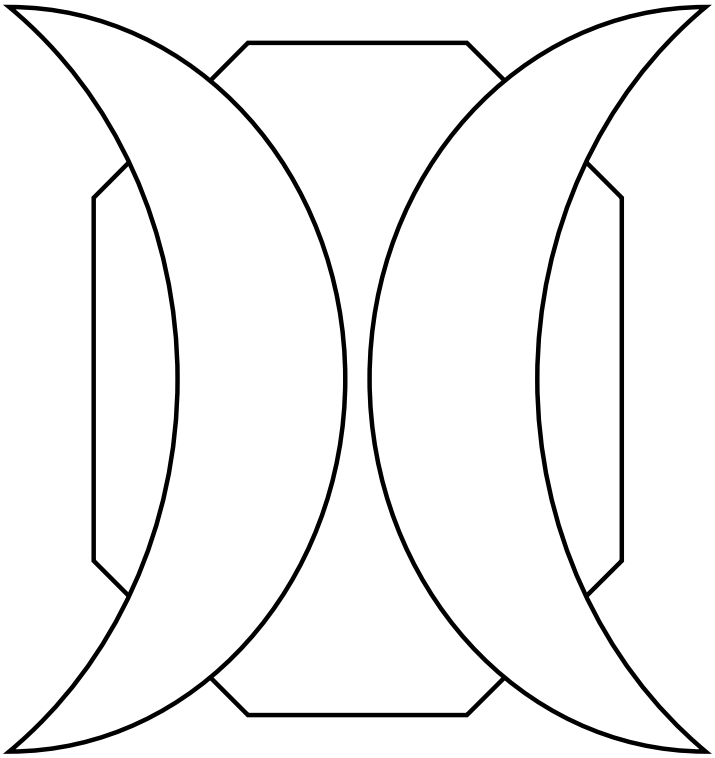
Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Figure 11



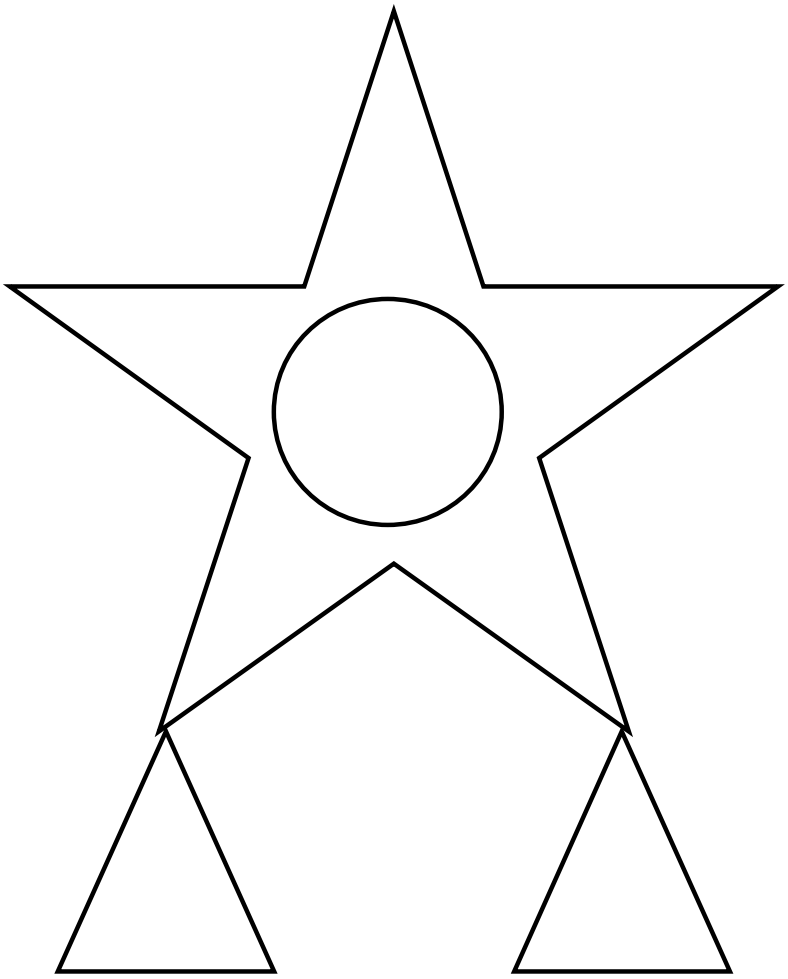
Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Figure 12



Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Figure 13



Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

B. Tâche de l'idée principale

But de la tâche pour le thérapeute

Le but de cet exercice est d'encourager le patient à avoir recours à une vision globale plutôt que centrée sur des détails.

Un nombre important d'informations sont présentées au patient sous la forme de lettres et e-mails. On lui demande d'en extraire les informations les plus pertinentes.

Consignes de la tâche pour le patient

Lisez la lettre et essayez de la résumer en quelques phrases.

Si le patient semble à l'aise pour cette première partie de l'exercice, il est possible de complexifier les choses en lui demandant d'écrire la lettre sous la forme d'un SMS, et par la suite de créer un titre pour le texte.

Si le patient éprouve des difficultés à laisser de côté des informations, il peut être judicieux de lui proposer de résumer d'abord un paragraphe à la fois, et, dans les séances suivantes d'augmenter petit à petit la quantité d'informations devant être résumées.

Indices utiles pour le patient si besoin

- Commencez par dégager des points principaux.
- Essayez de différencier les points principaux des détails, ce qui est important de ce qui ne l'est pas ; vous pouvez si vous le souhaitez souligner les éléments importants dans le texte.

Imaginez que vous survolez l'information, essayez d'avoir une vision « en hélicoptère ».

- Dites les phrases à haute voix en faisant en sorte qu'il y ait bien un début et une fin : « l'idée principale est que … ».
- Essayez de donner un titre à chaque paragraphe (ou résumez le paragraphe en 1 mot).
- Essayez d'imaginer un zoom d'appareil-photo qui permet de se centrer sur certaines informations en réduisant son champ de vision. On peut aussi agrandir ce champ pour se décentrer et voir les choses en général.

Questions de réflexion sur la tâche à poser au patient

- Comment avez-vous trouvé cette tâche ?
- Avez-vous appris de nouvelles choses sur votre style de pensée ?

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

- Qu'est-ce qui vous a attiré(e) vers l'information que vous avez choisie pour résumer le texte ?
- Avez-vous été en mesure de garder en tête la totalité de la lettre/e-mail ou avez-vous buté sur certains points ?
- Comment avez-vous résumé les informations pendant votre lecture ?
- Dans quelle situation cette technique pourrait-elle être utile ? Comment pouvez-vous mettre en lien cet exercice avec votre vie quotidienne ? Par exemple :

Etes-vous capable de suivre ce qu'une personne vous raconte, ou vous arrive-t-il d'être obnubilé(e) par une seule information ?

Etes-vous capable de suivre un film ou un livre, ou vous arrive-t-il de buter sur certains détails sans pouvoir poursuivre ?

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Lettre 1

Nice, le 18 mars 2011

Madame, Monsieur,

Je vous fais part de ma candidature au sein de votre société au poste d'assistante commerciale suite à votre annonce parue le jeudi 14/03 dans le journal Nice-Info sous la référence 1832DDTE.

Une première expérience passée de 8 mois en tant que secrétaire commerciale au sein de l'entreprise Latipharma m'a permis d'acquérir des qualités d'écoute auprès de la clientèle. Par ailleurs, ma formation en alternance constitue un atout que je souhaite exploiter au maximum. Ma capacité d'adaptation, mon dynamisme et ma motivation sont des qualités dont je souhaiterai faire profiter votre entreprise.

Je suis titulaire du permis B ainsi que d'un véhicule personnel. Je suis disponible pour un entretien dès que vous le souhaitez et peux commencer à travailler immédiatement. Mes références sont disponibles auprès de mon précédent employeur.

Veuillez trouver ci-joint mon CV pour des renseignements complémentaires sur mon cursus, les stages effectués, ainsi que sur mes centres d'intérêt.

Dans l'attente de vos nouvelles, veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Ariane Sanson

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Lettre 2

A l'attention du responsable de l'initiative Expérience Internationale Canada

Lettre de motivation : Programme Vacances-Travail Canada-France 2011

Marseille, le 5 février 2011

Madame, Monsieur,

Venant d'obtenir un BTS en Commerce International, je désire partir au Canada pour un long séjour. C'est pourquoi je vous adresse aujourd'hui ma candidature au programme Vacances-Travail Canada-France 2011.

Ayant déjà eu l'occasion de voyager ou faire de courts stages dans d'autres régions du monde (France, France, Maroc), j'ai pu mesurer l'intérêt d'être confronté à d'autres cultures. Je voudrais maintenant faire un long séjour et apprendre à m'adapter à des méthodes de travail différentes. De plus, je suis bilingue français-espagnol mais mon niveau d'anglais a besoin d'être amélioré, car il est indispensable dans mon secteur professionnel.

Le Canada est un pays qui offre à la fois un dépaysement nécessaire à l'ouverture d'esprit, et la possibilité de pratiquer deux langues vivantes au quotidien. Il est de plus très développé sur le plan technologique et scientifique. Le PVT, quant à lui, est une formule qui me permettrait de faire une expérience d'un an hors de France et de me tester dans une situation d'immersion complète. J'envisage ensuite, à mon retour en France, de chercher un emploi dans le domaine du bois dans un service exportation, en bénéficiant de l'expérience acquise au Canada.

Je prévois de consacrer les deux premiers mois de mon séjour à découvrir le pays, d'Est en Ouest, puis de me fixer à Toronto pour les dix mois restants, ville multiculturelle qui me paraît offrir de nombreuses possibilités de travail, comme d'échanges et de rencontres. J'envisage de partir en Septembre 2011.

Vous remerciant vivement de la suite que vous voudrez bien donner à ma demande, je vous prie de recevoir, Madame, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

Julien Dubois

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Lettre 3

Florent Fratelli
5, boulevard de la Paix
33000 Bordeaux

Canap Express
A l'attention de Monsieur Dupond
178, rue Marchand
33000 Bordeaux

Bordeaux, le 14 mars 2011

Monsieur,

Je me permets de vous écrire aujourd'hui concernant le canapé que je vous ai commandé le 2 mars dernier. Vous m'aviez dit que la livraison serait effectuée 3 jours après la date de commande, nous avions donc fixé la date de livraison au 6 mars. Vos conseillers de vente n'ont pas pu me communiquer de plage horaire pour la livraison, j'ai donc pris une journée entière de congé.

Comme si cela ne suffisait pas, en fin d'après-midi le 6, le canapé n'avait toujours pas été livré. Quand j'ai appelé le centre de livraison pour savoir où en était ma commande, ils m'ont annoncé que le canapé n'avait pas été apporté au dépôt, ce que vous deviez faire… J'ai donc appelé votre magasin et ai été mis en contact avec l'un de vos conseillers qui m'a dit qu'il reviendrait vers moi quand il aurait plus de renseignements. Je n'ai eu aucune nouvelle de votre équipe. J'ai donc rappelé le lendemain. On m'a annoncé qu'une autre date de livraison avait été fixée le 13 mars, soit 11 jours après ma commande. J'ai donc du reprendre un jour de congé le 13, et, quand le canapé a heureusement fini par être livré, je me suis rendu compte qu'il n'était pas de la bonne couleur et ai donc du le faire enlever par l'équipe de livraison.

Cela fait maintenant 3 semaines que je vis sans canapé. Je souhaite un remboursement total et immédiat et vous informe que j'irai acheter mon canapé dans un autre magasin. J'attends de vos nouvelles dès réception de cette lettre.

Cordialement,
Florent Fratelli

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Lettre 4

Canap Express
178, rue Marchand
33000 Bordeaux

Monsieur Florent Fratelli
5, boulevard de la Paix
33000 Bordeaux

Bordeaux, le 16 mars 2011

Monsieur,

Je vous prie de bien vouloir accepter toutes mes excuses pour les désagréments que vous avez subis concernant la livraison de votre canapé. J'en ai parlé à mon équipe de vente et leur ai demandé de m'expliquer la raison de tous ces problèmes. De nombreuses erreurs ont été commises à l'entrepôt, et j'en suis sincèrement désolé. Les personnes impliquées ont été réprimandées.

Nous pouvons vous livrer votre canapé à n'importe quel moment qui vous conviendrait, pendant la journée ou en soirée. Je vous propose également un remboursement de 20% du montant de votre commande, soit 210€, en compensation des désagréments que vous avez subis. J'ai essayé de vous joindre par téléphone dans la matinée mais vous ne répondiez pas.

Encore une fois, au nom de toute l'équipe de Canap Express, je vous prie de bien vouloir accepter nos excuses. N'hésitez pas à me contacter si vous n'êtres toujours pas satisfait de la situation.

Bien cordialement,

Antoine Dupond
Responsable Service clientèle

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Lettre 5

A l'attention de Madame Marie Bourgeon
Gestionnaire du Pôle-Relais « Mares de France »
Institut Français du Développement Durable
42, boulevard du Maréchal Turenne
59000 LILLE

Lille, le 6 avril 2011

Madame,

Actuellement étudiante au Master Géographie et Sciences des Territoires à l'université de Montpellier Paul Valéry, je suis à la recherche d'une expérience professionnelle durant les mois d'été. Je vous serais extrêmement reconnaissante de bien vouloir étudier ma candidature pour le poste de stagiaire au Pôle-Relais « Mares de France ».

Je vois dans ce stage une très grande opportunité d'acquérir une première expérience professionnelle dans le domaine de la recherche et des enquêtes. Ce stage me permettrait de développer mes connaissances théoriques mais aussi d'apprendre de nouvelles compétences pratiques, qui me seront très utiles dans ma carrière future. J'ai vécu de nombreuses années dans le Nord Pas-de-Calais et ai développé un réel intérêt pour la protection et la mise en valeur de cette région.

Je pense avoir toutes les compétences et qualités nécessaires pour réaliser ce stage. Je suis une personne organisée et très motivée, sachant travailler aussi bien seule qu'en groupe. J'ai reçu une solide formation en Informatique, et maitrise la suite Office ainsi que le logiciel statistique Statview. Concernant ce logiciel, je viens de terminer ma formation au module 'Méthodes de recherche' qui m'a appris à construire un projet de recherche et la façon dont analyser des données et présenter des résultats. Outre les compétences académiques nécessaires à la poursuite de mon cursus universitaire, il me semble que je possède également des compétences sociales et un sens de la communication qui me permettront de mener à bien les missions proposées par ce stage.

Je vous remercie de l'attention que vous porterez à ma candidature. Je me tiens à votre entière disposition pour un éventuel entretien qui me permettra de vous exposer plus en détails ma motivation et mon intérêt pour le projet du Pôle-Relais.

Dans l'attente d'une réponse de votre part, je vous prie de croire, Madame, en l'assurance de ma considération.

Marina Pol

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Lettre 6

De : sophie.m@hotmail.com
Envoyé : lundi 3 novembre 2011 12 :52
À : pauline_laroche@free.fr
Objet : Fête d'anniversaire de Léa

Salut Pauline !

J'espère que tout va bien pour toi, Marc, et les enfants ? Je me suis finalement arrangée pour la salle de réception pour l'anniversaire de Léa. Après avoir appelé la demi-douzaine de restaurants en ville, et comparé leurs tarifs, nous avons décidé d'aller à l'Artapas. C'est le petit bar à tapas rue de la Rose, près du Monoprix.

Nous avons pensé que ca serait bien d'aller là bas. Cela semble très sympathique vu de l'extérieur et des amis qui y sont allés la semaine dernière nous en ont dit beaucoup de bien. Nous avons réservé le restaurant pour le samedi 18 novembre. Nous avons demandé à tout le monde d'y être pour 19h30 afin de passer le plus de temps possible ensemble. Est-ce que cela vous conviendra à Marc et toi ?

Le gérant du restaurant nous a envoyé par email le menu pour le donner aux invités (regarde en pièce jointe). Ils veulent que nous commandions les repas avant la date de la soirée afin que ça soit plus simple une fois sur place ! C'est vrai que quand on est nombreux, c'est compliqué pour le serveur de prendre toutes les commandes et ça prend plus de temps pour être servis. Il faut que je transmette au gérant le nombre définitif d'invités ainsi que les commandes avant le 10 novembre, donc est-ce que Marc et toi pourriez regarder le menu et me dire ce que vous voulez dès que possible ?

Dites moi ce que vous en pensez, nous avons hâte de vous voir dans quelques semaines. Ca devrait être une bonne soirée, je sais que Léa est très impatiente !
Gros bisous

Sophie

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Lettre 7

Informatica
Service après-vente régional
12, rue Thiers
56000 Vannes

Vannes, le 30 mai 2011

Madame, Monsieur,

La déchiqueteuse de bureau BX312 que je vous ai achetée le 15 mai 2011 est une réelle déception. Alors qu'elle ressemble en tous points à celle que j'ai vue sur votre site internet, elle ne fonctionne apparemment pas de la même manière.
Comme indiqué dans le mode d'emploi, j'ai placé moins d'une dizaine de lettres A4 dans la déchiqueteuse et, à ma grande consternation, la machine a commencé à fumer et une terrible odeur de brûlé s'est dégagée. J'ai eu le même problème quand j'ai essayé de déchiqueter une seule feuille A4. Actuellement, quand j'allume la machine, il ne se passe rien, excepté un léger bourdonnement. Cette déchiqueteuse ne fonctionne donc plus du tout.
J'ai déjà contacté le magasin Informatica où j'ai acheté ce produit. On m'a répondu qu'un remboursement n'était pas possible car je ne pouvais pas apporter la preuve que ce n'était pas moi qui avait causé la panne de la machine. Le responsable de la boutique a suggéré que je vous contacte directement afin de déposer une réclamation et une demande de remboursement, comme la garantie-constructeur d'un an du produit me le permet.
Je vous renvoie donc la déchiqueteuse avec cette lettre, accompagnée d'une copie de la facture, et vous demande expressément un remboursement complet. Etant donnée la qualité du produit, je ne suis pas intéressé par un remplacement.

Cordialement,
Thomas Croval

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

C. Tâche des illusions

But de la tâche pour le thérapeute

L'objectif de cet exercice est d'entraîner les patients à :

- maintenir deux idées, deux modes de pensée : voir l'image globale tout en observant les détails.
- alterner entre les différentes informations disponibles.

Par exemple, la première tâche d'illusion nécessite d'alterner entre la vue du visage, du vase et du chien.

Pour plus d'exemples d'illusions optiques : http ://brainden.com/optical-illusions.htm

Consignes de la tâche pour le patient

Demandez au patient de passer un peu de temps à regarder l'image et ensuite de décrire ce qu'il voit. S'il ne décrit qu'une seule image, demandez-lui ce qu'il voit d'autre. Il est important de laisser au patient au moins une bonne minute pour observer l'image. S'il ne parvient pas à distinguer d'autres éléments, il est possible de lui demander s'il a besoin d'aide. S'il accepte, vous pouvez pointer du doigt certains éléments de l'image.

Si le sujet parvient à voir différentes images, demandez-lui d'indiquer les différents éléments composant ces images. Par exemple, pour l'illusion 1, demandez au sujet de montrer du doigt le museau du chien et la bouche de la personne.

Questions de réflexion sur la tâche à poser au patient

- Avez-vous vu plus d'une image quasi immédiatement ?
- Vous êtes-vous encouragé(e) à chercher l'image le plus vite possible ?
- Avez-vous utilisé des techniques particulières pour trouver l'autre image (ex : tourner la feuille dans un autre sens).
- Avez-vous pu alterner entre les différentes images assez aisément ?
- Comment pouvez-vous utiliser cette tâche dans votre vie quotidienne ?

Si la personne ne parvient pas à répondre, lui donner les exemples suivants :

- Vous est-il déjà arrivé d'être en désaccord avec quelqu'un et de ne pas parvenir à voir leurs perspectives ? Finalement, êtes-vous parvenu(e) à entendre leur point de vue ?
- Eprouvez-vous des difficultés parfois à changer d'avis sur certaines choses ?

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

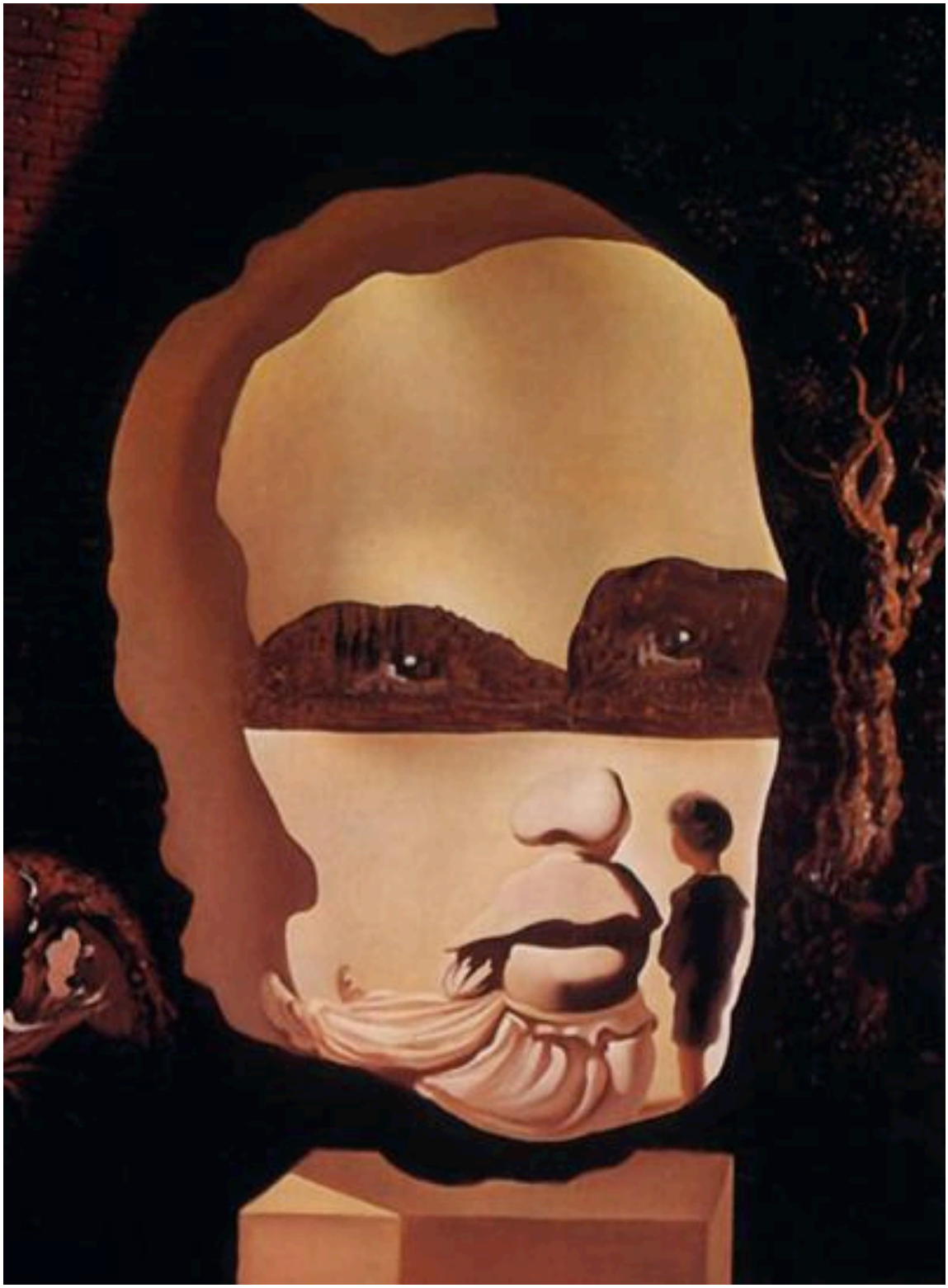
- Est-il utile de prendre du recul par rapport à certaines situations afin de la voir dans sa globalité ?
- Essayez d'imaginer une vue (il peut s'agir d'une rue principale à proximité de chez vous, une vue de vacances, ou la vue de votre chambre, etc.). Pensez à différentes manières de regarder cette vue. Imaginez que vous prenez une photo. Pensez à toutes les positions que vous pourriez adopter pour prendre le plus de photos possible d'une même chose (ex : un monument, un arbre, etc.).

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Illusion 1

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Illusion 2



Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Illusion 3

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

D. Matériel Stroop

But de la tâche pour le thérapeute

Les tâches suivantes sont conçues pour entraîner les sujets à alterner entre différents aspects d'un même stimulus ou entre différentes consignes pour une même tâche, de façon rapide et correcte. L'objectif est d'aider les patients à augmenter leur contrôle mental sur les informations sur lesquelles ils se focalisent, ainsi que d'augmenter leur fluidité à alterner entre différentes idées et tâches.

Pour toutes les tâches de Stroop, l'idée est d'augmenter le taux d'alternance au cours des séances afin d'encourager la rapidité et la justesse.

Consignes de la tâche pour le patient

1. Petit/Grand

L'objectif est d'alterner entre la lecture du mot et la casse dans laquelle le mot est écrit. Si le mot est en majuscules, le patient doit dire « grand ». Si le mot est en minuscules, le patient doit dire « petit ».

2. Couleurs

L'objectif est d'alterner entre la lecture du mot et la couleur de l'encre dans lequel le mot est écrit.

3. Cercles/Triangles/Carrés

Le but est d'alterner entre dire le nom de la forme et lire le mot dans lequel la forme est écrite.

4. Boîtes de nombres

L'objectif est d'alterner entre la lecture du mot écrit dans la boîte et le nombre de mots écrits dans chaque boîte.

5. Orientation

Le but est d'alterner entre lire le mot écrit et la direction dans laquelle la boussole est placée (ex : Nord pourrait être écrit en bas de la boîte, de ce fait la direction de la boussole serait Sud).

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

6. Haut/Milieu/Bas

L'objectif est d'alterner entre la lecture des mots inscrits dans les cases et l'endroit de la case dans lequel les mots se situent.

7. Impair/Pair

L'objectif est de rayer alternativement un des deux types de nombres (soit les pairs, soit les impairs), de gauche à droite, en laissant des intervalles de temps variables entre les changements de type.

Questions de réflexion sur la tâche à poser au patient

- Comment avez-vous trouvé cette tâche ?
- Avez-vous utilisé des techniques ou stratégies particulières pour garder votre pensée focalisée sur la tâche en cours ?
- S'agit-il de techniques avec lesquelles vous êtes familier(ère) ?
- Avez-vous appris de nouvelles choses sur votre style de pensée ?
- Comment pouvez-vous utiliser cette expérience dans votre vie quotidienne ?

Donnez les exemples suivants si le patient ne parvient pas à répondre.

- Dans quels types de situations pourrait-il être utile d'alterner entre 2 directions de l'attention rapidement ?
    - situations sociales, par exemple à une fête lorsque vous menez de courtes conversations avec diverses personnes
    - en conduisant : vous devez vous concentrer sur la route à suivre, la signalétique routière, la conduite de la voiture
- Est-il difficile pour vous d'être multitâches ? Lorsque vous essayez d'être multitâches, vous arrive-t-il qu'une tâche ou une idée rende difficile le traitement d'autres informations ?

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

1. Petit/Grand 1

grand	PETIT	petit	**grand**
petit	GRAND	grand	**PETIT**
GRAND	**petit**	PETIT	petit
GRAND	grand	petit	GRAND
PETIT	**grand**	**petit**	**grand**

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Petit/Grand 2

GRAND	petit	grand	**PETIT**	grand
PETIT	petit	petit	GRAND	PETIT
GRAND	grand	**PETIT**	**grand**	**petit**
petit	**GRAND**	**petit**	PETIT	**grand**	**PETIT**
PETIT	**grand**	**GRAND**	petit	grand
grand	petit	GRAND	grand	**petit**

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Petit/Grand 3

PETIT grand petit grand GRAND petit grand PETIT

GRAND **petit** **PETIT** **grand** **GRAND** **PETIT** **grand**

grand **petit** **petit** **GRAND** petit PETIT grand

GRAND PETIT grand **petit** **grand** **petit** **grand**

petit **grand** **petit** **grand** grand petit **GRAND** **petit**

GRAND **PETIT** **grand** **petit** **grand** **petit** **petit**

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Petit/Grand 4

GRAND petit PETIT grand GRAND PETIT grand petit grand petit grand petit

petit PETIT grand GRAND grand PETIT grand

grand GRAND PETIT grand petit grand petit **grand PETIT grand GRAND**

GRAND grand PETIT grand **GRAND petit** PETIT

PETIT grand petit **grand petit grand GRAND GRAND petit PETIT**

grand petit GRAND PETIT grand petit **grand PETIT GRAND**

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Petit/Grand 5

GRAND petit PETIT grand **GRAND PETIT grand petit** **GRAND**

PETIT grand GRAND **PETIT** grand petit GRAND **petit petit petit**

grand petit petit grand petit grand petit

petit grand grand PETIT grand GRAND PETIT **grand petit** grand

GRAND petit GRAND PETIT grand GRAND PETIT **grand grand petit grand**

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

2. Couleurs 1

ROUGE	BLEU	VERT	BLEU	NOIR
JAUNE	VERT	ORANGE	VERT	ROUGE
ROSE	NOIR	MARRON	JAUNE	GRIS
BLEU	ROUGE	VERT	ROSE	MARRON
ORANGE	NOIR	BLEU	VERT	ROUGE

ROUGE	BLEU	VERT	BLEU	NOIR
JAUNE	VERT	ORANGE	VERT	ROUGE
ROSE	NOIR	MARRON	JAUNE	GRIS
BLEU	ROUGE	VERT	ROSE	MARRON
ORANGE	NOIR	BLEU	VERT	ROUGE

ROUGE	BLEU	VERT	BLEU	NOIR
JAUNE	VERT	ORANGE	VERT	ROUGE
ROSE	NOIR	MARRON	JAUNE	GRIS
BLEU	ROUGE	VERT	ROSE	MARRON
ORANGE	NOIR	BLEU	VERT	ROUGE

ROUGE	BLEU	VERT	BLEU	NOIR
JAUNE	VERT	ORANGE	VERT	ROUGE
ROSE	NOIR	MARRON	JAUNE	GRIS
BLEU	ROUGE	VERT	ROSE	MARRON
ORANGE	NOIR	BLEU	VERT	ROUGE

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Couleurs 2

vert rouge jaune bleu noir vert rose rouge jaune violet

bleu bleu jaune vert rouge jaune bleu rouge rouge rouge

bleu jaune noir noir vert rose rose rouge jaune jaune

noir rouge bleu bleu bleu vert vert vert jaune jaune

bleu jaune bleu jaune bleu vert bleu vert bleu jaune

noir jaune bleu vert jaune bleu vert jaune rouge rouge

rouge rouge bleu rouge bleu rouge bleu jaune noir jaune

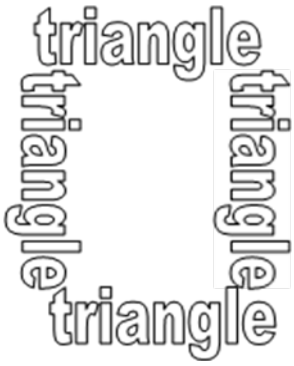
noir bleu jaune vert jaune vert noir rose rose rose

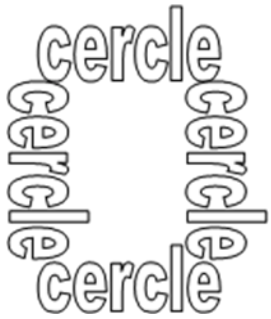
vert violet violet jaune vert noir bleu vert jaune rouge

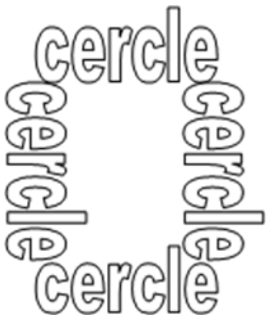
bleu noir vert bleu rouge bleu rouge bleu jaune rose

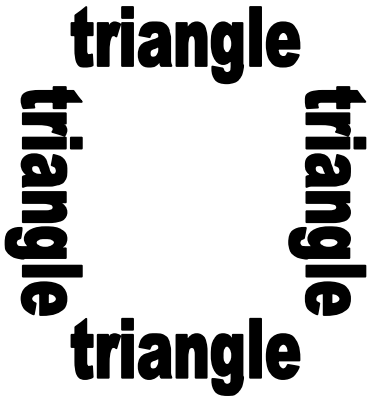
Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

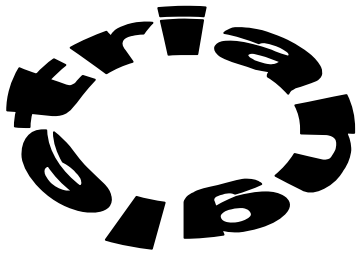
3. Cercles/Trianges/Carrés 1

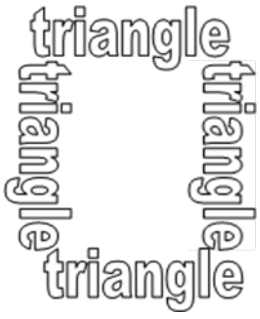






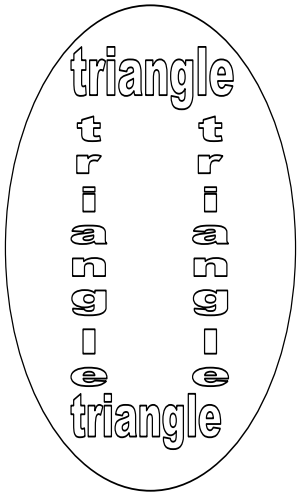


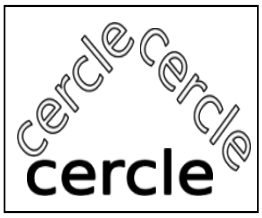


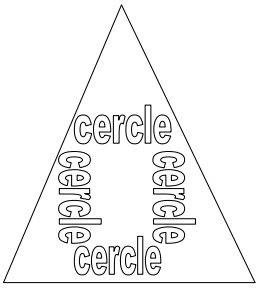


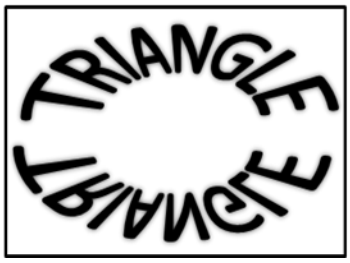
Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

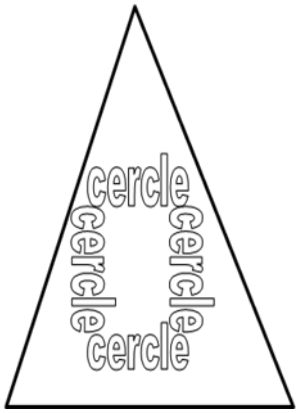
Cercles/Trianges/Carrés 2

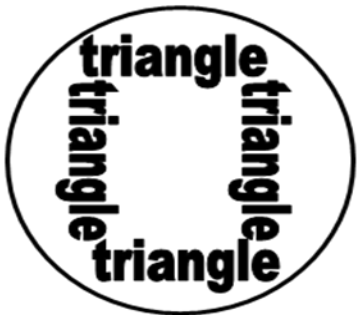


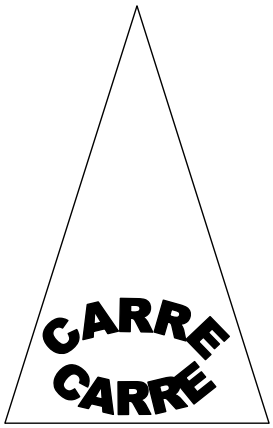


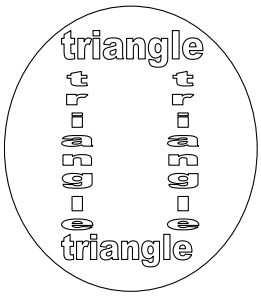












Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

4. Boîtes de nombres 1

trois trois	un un un un	quatre	deux deux deux	quatre quatre	deux deux deux	trois
deux deux deux	trois	quatre quatre	un un un	trois trois	deux deux deux deux	quatre
un un	deux	trois trois	un un un un	quatre quatre	deux deux deux	un un un

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Boîtes de nombres 2

un un un	deux deux deux	quatre quatre	un un un un	trois trois	deux	un un
quatre	deux deux deux deux	trois trois	un un un	quatre quatre	trois	deux deux deux
trois	deux deux	quatre quatre	deux deux deux	quatre	un un un un	trois trois

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Boîtes de nombres 3

un un un	deux deux deux	quatre quatre	un un un un	trois trois	deux	un un
trois	deux deux	quatre quatre	deux deux deux	quatre	un un un un	trois trois
quatre	deux deux deux deux	trois trois	un un un	quatre quatre	trois	deux deux deux

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Boîtes de nombres 4

3 3	1 1 1 1	4	2 2 2	4 4	2 2 2	3
2 2 2	3	4 4	1 1 1	3 3	2 2 2 2	4
1 1	2	3 3	1 1 1 1	4 4	2 2 2	1 1 1

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Boîtes de nombres 5

1 1 1	2 2 2	4 4	1 1 1 1	3 3	2	1 1
4	2 2 2 2	3 3	1 1 1	4 4	3	2 2 2
3	2 2	4 4	2 2 2	4	1 1 1 1	3 3

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Boîtes de nombres 6

1 1	2 2 2 2	3 3	4 4 4	1 1 1	2	4 4
3	2 2	4 4	2 2 2	4	1 1 1 1	3 3
4	2 2 2 2	3 3	1 1 1	4 4	3	2 2 2

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Boîtes de nombres 7

1 1 1	deux deux deux	4 4	un un un un	3 3	deux	1 1
trois	2 2	quatre quatre	2 2 2	quatre	1 1 1 1	trois trois
4	deux deux deux deux	3 3	un un un	4 4	trois	2 2 2

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Boîtes de nombres 8

3 3	un un un un	4	2 2 2	quatre quatre	2 2 2	3
deux deux deux	3	4 4	un un un	3 3	2 2 2 2	quatre
1 1	2	trois trois	1 1 1 1	4 4	deux deux deux	1 1 1

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Boîtes de nombres 9

un un un	2 2 2	quatre quatre	1 1 1 1	3 3	deux	1 1
4	3 3	1 1 1	deux deux deux deux	3	2 2 2	quatre quatre
3	deux deux	4 4	2 2 2	quatre	1 1 1 1	3 3

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

5. Orientation

Nord		Sud		
	Sud		Est	Ouest
		Est		
Nord			Sud	Est
	Ouest			
			Sud	
Ouest				Nord
Nord	Est			

Nord	Nord		Nord	Est
Ouest Est		Est Ouest		
Sud	Sud		Sud	Ouest
Ouest	Nord	Sud	Nord	
Nord		Nord	Est	Est
Sud	Sud	Est		Nord
	Sud	Nord	Ouest	Sud
Est Ouest		Ouest Est	Est Ouest	Est Ouest
	Nord	Sud	Nord	Nord

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

6. Haut/Milieu/Bas 1

HAUT BAS MILIEU	HAUT MILIEU BAS
HAUT BAS MILIEU	MILIEU BAS HAUT
BAS HAUT MILIEU	MILIEU HAUT BAS
BAS MILIEU HAUT	MILIEU BAS HAUT
HAUT MILIEU BAS	HAUT MILIEU BAS

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Haut/Milieu/Bas 2

HAUT MILIEU BAS	HAUT MILIEU BAS

HAUT MILIEU BAS	HAUT BAS MILIEU

HAUT MILIEU BAS	HAUT MILIEU BAS

HAUT MILIEU BAS	BAS MILIEU HAUT

MILIEU BAS HAUT	HAUT MILIEU BAS

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Haut/Milieu/Bas 3

HAUT MILIEU BAS	HAUT MILIEU BAS

HAUT MILIEU BAS	MILIEU HAUT BAS

HAUT MILIEU BAS	BAS MILIEU HAUT

MILIEU HAUT BAS	HAUT MILIEU BAS

BAS MILIEU HAUT	HAUT MILIEU BAS

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Haut/Milieu/Bas 4

BAS HAUT MILIEU	BAS MILIEU HAUT

MILIEU BAS HAUT	HAUT MILIEU BAS

HAUT BAS MILIEU	MILIEU BAS HAUT

MILIEU HAUT BAS	BAS MILIEU HAUT

HAUT MILIEU BAS	HAUT BAS MILIEU

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Haut/Milieu/Bas 5

MILIEU BAS HAUT	BAS MILIEU HAUT
HAUT BAS MILIEU	HAUT MILIEU BAS
BAS MILIEU HAUT	BAS HAUT MILIEU
MILIEU BAS HAUT	BAS HAUT MILIEU
HAUT MILIEU BAS	MILIEU HAUT BAS

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

E. Tâche des mots enchevêtrés

But de la tâche pour le thérapeute

L'objectif de cet exercice est d'identifier des catégories spécifiques d'informations parmi d'autres hors propos. Cette tâche encourage une pensée qui voit d'abord le global puis le détail. D'autre part, cette tâche entraîne la flexibilité mentale en encourageant l'alternance rapide et correcte entre différents types d'informations.

Consignes de la tâche pour le patient

Donnez au sujet le papier avec le texte, puis suivez les instructions en haut de la page.

Questions de réflexion sur la tâche à poser au patient

- Comment avez-vous trouvé cette tâche ?
- Comment avez-vous décidé quels mots à barrer selon la consigne ? Par exemple, comment avez-vous décidé si un mot était un nom de lieu ou un mot en lien avec la chaleur ? Certains patients font des choix qui ne sont pas forcément évidents. Demandez la stratégie que le sujet a utilisée pour guider ses choix.
- Y a-t-il un moment où vous vous êtes retrouvé(e) coincé(e) avec l'ancienne règle qui interférait ? Si oui, comment avez-vous fait pour passer outre ?
- Quand pourrait-il être utile de faire deux choses en même temps ou d'utiliser deux règles simultanément ?

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

1a. Entourez les mots en lien avec la chaleur.

1b. Barrez les noms d'animaux.

1c. Entourez les mots en lien avec la chaleur tout en barrant les noms d'animaux.

Feu violon Rome scotch rocher ours zèbre soleil mouchoir un chat colle soufre souris drapeau américain diamant Paris prise taupe sorcière danse scratch trois chaton brûler ordinateur vacances glace note stylo herbe bleu quatre granit lapin oreiller règle poule ébouillanter romain route écart tennis loup flamme verre Canada braise caramel agneau montagne coiffeur ensoleillé enseigne Afrique mer tambour bûche clés trombone mélasse lave coca mois triangle cinq couverture lit fusion mental nuage papier France tarte maths métro parapluie musique fourrure piano clavier pilules vache portefeuille colle poignet tigre clown confiture lait montre sable lac chili poivre pierre chaton plan tremblement babouin canne piment téléphone drapeau guitare chèvre papier soif pâte carré sac carotte poche horizon nager Brésil cerf français brique chaud gazon hamster antilope ballon conducteur kangourou gentil radio Cuba sous-vêtements miel alphabet voiture panneau église cheminée

1d. Soulignez les mots en lien avec la musique tout en barrant les noms de lieux.

FEU VIOLON ROME SCOTCH ROCHER OURS ZEBRE SOLEIL MOUCHOIR UN CHAT COLLE SOUFRE SOURIS DRAPEAU AMERICAIN DIAMANT PARIS PRISE TAUPE SORCIERE DANSE SCRATCH TROIS CHATON BRULER ORDINATEUR VACANCES GLACE NOTE STYLO HERBE BLEU QUATRE GRANIT LAPIN OREILLER REGLE POULE EBOUILLANTER ROMAIN ROUTE ECART TENNIS LOUP FLAMME VERRE CANADA CARAMEL AGNEAU MONTAGNE COIFFEUR SOLEIL ENSEIGNE AFRIQUE MER TAMBOUR CLES TROMBONE MELASSE LAVE COCA MOIS TRIANGLE CINQ COUVERTURE LIT FUSION MENTAL NUAGE PAPIER FRANCE TARTE MATHS METRO APPARAT MUSIQUE FOURRURE PIANO CLAVIER PILULES VACHE PORTEFEUILLE COLLE POIGNET TIGRE CLOWN CONFITURE LAIT MONTRE SABLE LAC CHILI POIVRE PIERRE CHATON PLAN TREMBLEMENT BABOUIN CANNE PIMENT TELEPHONE DRAPEAU GUITARE CHEVRE PAPIER SOIF PATE CARRE SAC CAROTTE FLIPPER HORIZON NAGER BRESIL CERF FRANÇAIS BRIQUE CHAUD MACADAM HAMSTER ANTILOPE BALLON CONDUCTEUR KANGOUROU GENTIL RADIO CUBA SOUS-VETEMENTS MIEL ALPHABET VOITURE PANNEAU EGLISE TIPI

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

2. Soulignez les mots décrivant les vêtements tout en entourant les mots en lien avec la température froide.

Neige mou journal haut chips congélateur jupe livres éditeur chaussures obtenir pantalons licence changer maillot portes police dessin assis slips stalactite pivoter pyjama froid sweatshirt chemise crier soir glace gazinière même costume arriver frisquet flocon assurance portail gants température geler esquimau point caméra glacial parer robe fleur notification passé chaussons manteau laisser frisson jardin nager réfrigérant bleu danger chaussettes chemin collant insérer chapeau veste baskets acompte glacier jeans aspirateur étagères balançoire rhume short jeu imperméable mou semaine décembre poussette frigo hiver vendre chemise verglas merveille froideur ensemble lunettes type Antarctique donner frais bus boîte toit chaussettes effervescence jupe iceberg costume lierre écharpe froid robe régent avalanche bas cravate enveloppe couture Alaska rouge locaux poêle charger talent téléphone marteau gelé abri glaçon souris grêle visage amer cabinet fête bouillir bottes médaille argent casquette frisson ceinture cassette éloigné câble climatisation frémissement

3. Soulignez les mots décrivant les bâtiments/lieux tout en entourant les mots décrivant les sports.

Aéroport lumière nager prise arrivée handball ampoule commissariat pendre glisser polo arrangement plongée caserne église tableau volleyball plateau défi crayon ballon chaise doigt réunion changer montagne comprendre circulation course célébration enveloppe bus stop rivière canard football plastique hockey squash lisse supermarché nombre veste gare canapé poste équitation jogging placard danse moto assurance taper parapente participant skier poubelle livre annulation allocation argument karaté rideau crèche route allée avantage magasin temps langage garder centre hôpital ping-pong escrime agrafeuse football moquette golf miroir gymnastique vidéo chaussures classeur ami zèbre alternative leçon prise maison athlétisme bateau snowboard accès signalétique copain baseball coupe équipement description tabac sac cinéma papier contexte mairie téléphone poterie cyclisme rugby répétition coiffeur bibliothèque efficace musée restaurant école bowling banque librairie appartement immeuble bureau station service tennis ordinateur basketball bureau pot aérobic natation

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

F. Tâche des mots-mêlés

But de la tâche pour le thérapeute

Le but de cette tâche est d'entraîner les sujets à se focaliser sur des informations pertinentes parmi d'autres non pertinentes.

Consignes de la tâche pour le patient

Demandez au sujet de trouver les mots pertinents dans la grille. Si le sujet n'est pas en mesure de trouver un mot spécifique, l'encourager à poursuivre. L'objectif est d'avancer rapidement à travers la recherche de mots.

Questions de réflexion sur la tâche à poser au patient

- Comment avez-vous trouvé cette tâche ?
- Avez-vous utilisé une stratégie particulière pour trouver les mots ?
- Pourriez-vous améliorer cette stratégie si vous deviez refaire l'exercice ?
- Comment pourriez-vous mettre cet exercice en lien avec votre vie quotidienne ?

Par exemple :

- Comment faites-vous pour relire quelque chose au travail ou à l'école ?
- Vous arrive-t-il de buter sur certains points ?
- Faites-vous les boutiques avec une idée spécifique d'article à acheter (ex : chaussures) ? Que se passe-t-il si vous ne parvenez pas à trouver ce que vous cherchez ? Etes vous capable de chercher quelque chose d'autre ?

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Mots-mêlés 1

Trouvez les noms d'animaux dans la grille :

H C H E V R E U I L

E F B L A I R E A U

R O B E L E T T E Y

I U S A N G L I E R

S I R E N A R D H H

S N E C U R E U I L

O E R G L I E V R E

N H H E R M I N E C

BELETTE
BLAIREAU
CHEVREUIL
ECUREUIL
FOUINE
HERISSON
HERMINE
LIEVRE
RENARD
SANGLIER

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Mots-mêlés 2

Trouvez les noms de planètes dans la grille :

M S D N W O X L J N

T E A P M N V T U E

P E R T V A L X P P

L V R C U Z R D I T

U E X R U R W S T U

T N M F E R N E E N

O U G H G N E E R E

N S O Y U R A N U S

Mercure
Vénus
Terre
Mars
Jupiter
Saturne
Uranus
Neptune
Pluton

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Mots-mêlés 3

Trouvez les noms de signes astrologiques dans la grille :

s	t	a	a	e	h	h	r	f	l	g	t	i	g
a	f	g	p	c	a	p	r	i	c	o	r	n	e
g	g	d	i	c	m	o	t	a	u	r	e	a	u
i	é	q	x	c	x	s	c	o	r	p	i	o	n
t	m	z	l	k	m	p	b	c	n	i	z	l	v
t	e	v	i	e	r	g	e	a	s	l	b	z	l
a	a	u	b	é	l	i	e	r	l	u	r	z	e
i	u	r	e	o	g	j	e	n	l	a	v	k	q
r	x	p	o	i	s	s	o	n	s	i	n	v	j
e	c	q	s	l	p	v	z	f	v	w	o	c	v
u	s	t	t	v	e	r	s	e	a	u	d	n	e
h	p	c	a	n	c	e	r	b	p	i	a	m	y

Bélier
Taureau
Gémeaux
Cancer
Lion
Vierge
Balance
Scorpion
Sagittaire
Capricorne
Verseau
Poissons

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Mots-mêlés 4

Trouvez les mots liés à l'informatique dans la grille :

p	**m**	**é**	**m**	**o**	**i**	**r**	**e**	**j**	**h**	**c**	**i**	**z**	**p**	**c**	**d**	**e**	**c**
s	**r**	**w**	**j**	**z**	**a**	**l**	**o**	**g**	**i**	**c**	**i**	**e**	**l**	**d**	**i**	**e**	**h**
x	**c**	**o**	**i**	**c**	**l**	**a**	**v**	**i**	**e**	**r**	**w**	**s**	**x**	**-**	**s**	**g**	**z**
t	**y**	**a**	**c**	**m**	**x**	**i**	**i**	**q**	**e**	**s**	**y**	**l**	**s**	**r**	**q**	**q**	**o**
m	**j**	**p**	**r**	**e**	**p**	**r**	**o**	**s**	**b**	**n**	**l**	**b**	**r**	**o**	**u**	**z**	**z**
g	**p**	**m**	**d**	**t**	**s**	**r**	**m**	**c**	**e**	**a**	**c**	**j**	**k**	**m**	**e**	**d**	**e**
r	**m**	**q**	**n**	**f**	**e**	**s**	**i**	**t**	**x**	**x**	**r**	**e**	**l**	**j**	**h**	**w**	**é**
a	**a**	**g**	**e**	**l**	**u**	**r**	**e**	**m**	**q**	**c**	**z**	**r**	**i**	**n**	**l**	**b**	**c**
v	**b**	**o**	**î**	**t**	**i**	**e**	**r**	**u**	**a**	**k**	**e**	**x**	**e**	**n**	**v**	**o**	**r**
e	**u**	**z**	**x**	**n**	**x**	**q**	**j**	**c**	**r**	**n**	**s**	**s**	**u**	**t**	**t**	**e**	**a**
u	**m**	**d**	**a**	**h**	**d**	**i**	**s**	**q**	**u**	**e**	**t**	**t**	**e**	**h**	**t**	**e**	**n**
r	**v**	**l**	**j**	**v**	**e**	**n**	**t**	**i**	**l**	**a**	**t**	**e**	**u**	**r**	**q**	**e**	**k**
g	**r**	**a**	**p**	**h**	**i**	**q**	**u**	**e**	**m**	**d**	**v**	**d**	**-**	**r**	**o**	**m**	**x**
v	**l**	**t**	**z**	**v**	**y**	**x**	**w**	**k**	**s**	**d**	**u**	**r**	**l**	**p**	**s**	**p**	**n**

Barrette
Boîtier
Carte
CD-ROM
Clavier
Disque
Disquette
Dur
DVD-ROM
Écran
Enceinte
Graphique
Graveur
Imprimante
Logiciel
Mémoire
Processeur
Ventilateur

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

G. Tâche d'estimation

But de la tâche pour le thérapeute

L'objectif de cette tâche est d'encourager le sujet à :

- estimer et ajuster
- penser en continuum plutôt que de manière dichotomique
- considérer les choses comme étant suffisamment bien ; acceptables, plutôt que parfaites

Comme pour la tâche des images complexes, il est important que cet exercice soit focalisé sur un équilibre entre vitesse et justesse de réalisation, il ne faut pas favoriser l'un aux dépens de l'autre. Le thérapeute doit veiller à minimiser la demande en performance et se centrer sur la manière dont le patient réalise la tâche.

Consignes de la tâche pour le patient

Placez la feuille directement devant le patient. Demandez-lui de placer un trait là où il estime que cela correspond au milieu des lignes, cercles ou carrés. Expliquez que le trait ne doit pas être placé exactement au milieu, il s'agit plutôt d'une estimation brute. Guidez le sujet afin qu'il commence au début de la page et qu'il n'oublie aucune ligne.

Si le sujet réalise cette tâche aisément, dans ce cas il est possible de complexifier la tâche en demandant au sujet de placer différents pourcentages sur les lignes (25%, 75 %, etc.). Il est important de toujours encourager l'utilisation d'approximations.

Questions de réflexion sur la tâche à poser au patient

- Avez-vous apprécié ou non cette tâche ?
- Comment vous y êtes vous pris(e) pour réaliser cet exercice ? Avez-vous utilisé une technique / stratégie pour vous aider à placer le trait ?
- Y a-t-il eu des moments où vous pensiez faire une erreur ? Qu'avez-vous fait ?
- Avez-vous procédé différemment que pour les autres exercices ? Par exemple, avez-vous pris plus ou moins de temps ?
- Comment avez-vous vécu le fait d'estimer les choses ? Appréciez-vous plus le fait de savoir, plutôt que de deviner ? Quand cela peut-il être utile ? Quand cela peut-il être un inconvénient ?

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

- Cherchez-vous la bonne réponse ou passez-vous du temps à vous focaliser sur des détails, au lieu de choisir quelque chose d'imparfait mais acceptable ?
- Comment pouvez-vous utiliser cette expérience dans votre vie quotidienne ?
Par exemple, estimer la taille d'une place de parking lorsque l'on gare sa voiture ; estimer la quantité de lessive à utiliser ; estimer l'heure plutôt que de regarder sa montre.

Si les sujets prennent cette tâche trop au sérieux et passent trop de temps dessus, les interroger sur le fait de passer trop de temps sur des choses / tâches sans intérêt. Demander si cela leur arrive souvent de passer plus de temps que nécessaire sur des détails ou à vérifier que les choses soient exactes, plutôt que de se centrer à réaliser la tâche pour que cela soit suffisamment abouti.

Voici quelques exemples de stratégies alternatives à la pensée perfectionniste :
« Ma coupe de cheveux est horrible et je suis terrifié(e) à l'idée d'être vu(e) en public »
>> « Les gens dans la rue seront certainement moins intéressés par ma coupe de cheveux que je ne le suis moi-même et ne verront probablement rien. En plus, mes cheveux repousseront. »

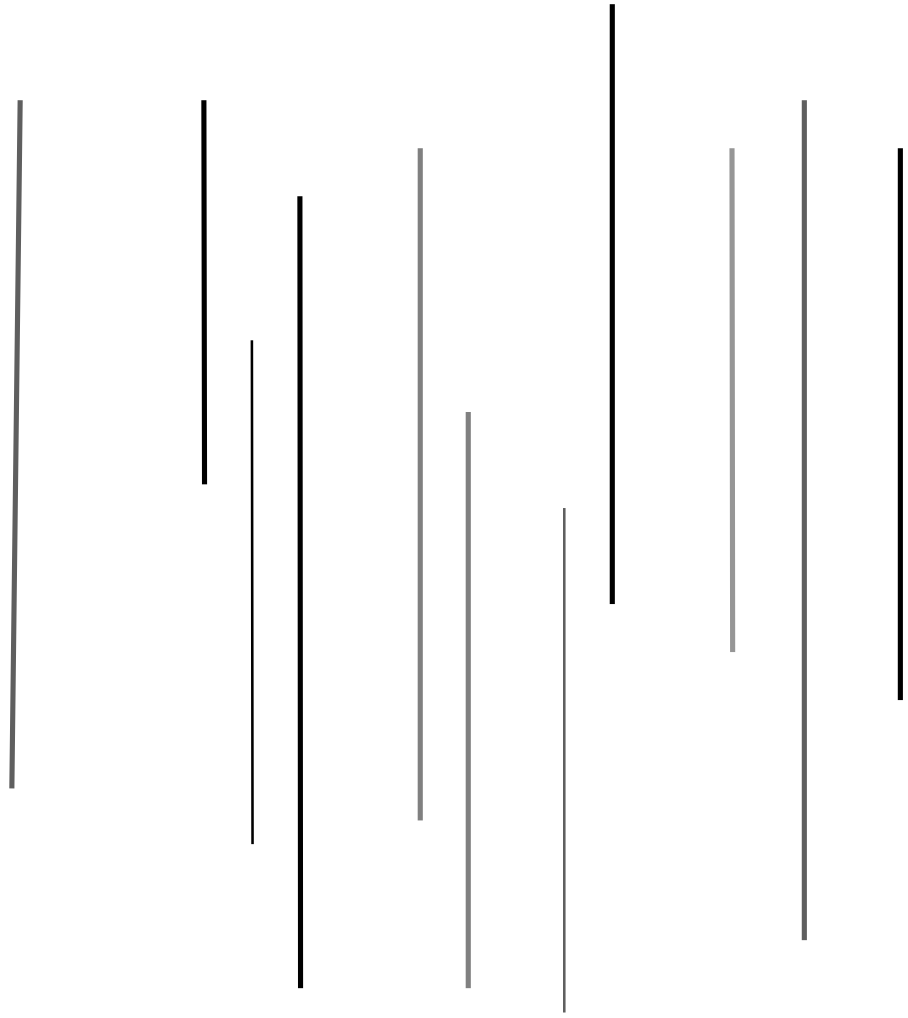
« Je suis vraiment contrarié(e), ma nouvelle voiture est rayée »
>> « Il est normal que les voitures soient un peu rayées, si cela ne s'était pas produit aujourd'hui, ce serait arrivé tôt ou tard ».

« Le bazar des autres me rend fou (folle) »
>> « Il ne s'agit que d'un sac qui traîne. Ce n'est rien par rapport à l'importance de notre amitié ».

Pensez à votre crainte de faire une erreur. Est-elle réaliste ? Que penseraient vos amis et famille ? Votre peur est-elle un peu disproportionnée, un peu comme une phobie ?
Essayez de :
- passer moitié moins de temps à vous coiffer ou à vous maquiller.
- passer moitié moins de temps à ranger votre chambre.
- ne vérifier qu'une seule fois ce que vous avez écrit (ex : lettre, SMS, e-mail, rapport).

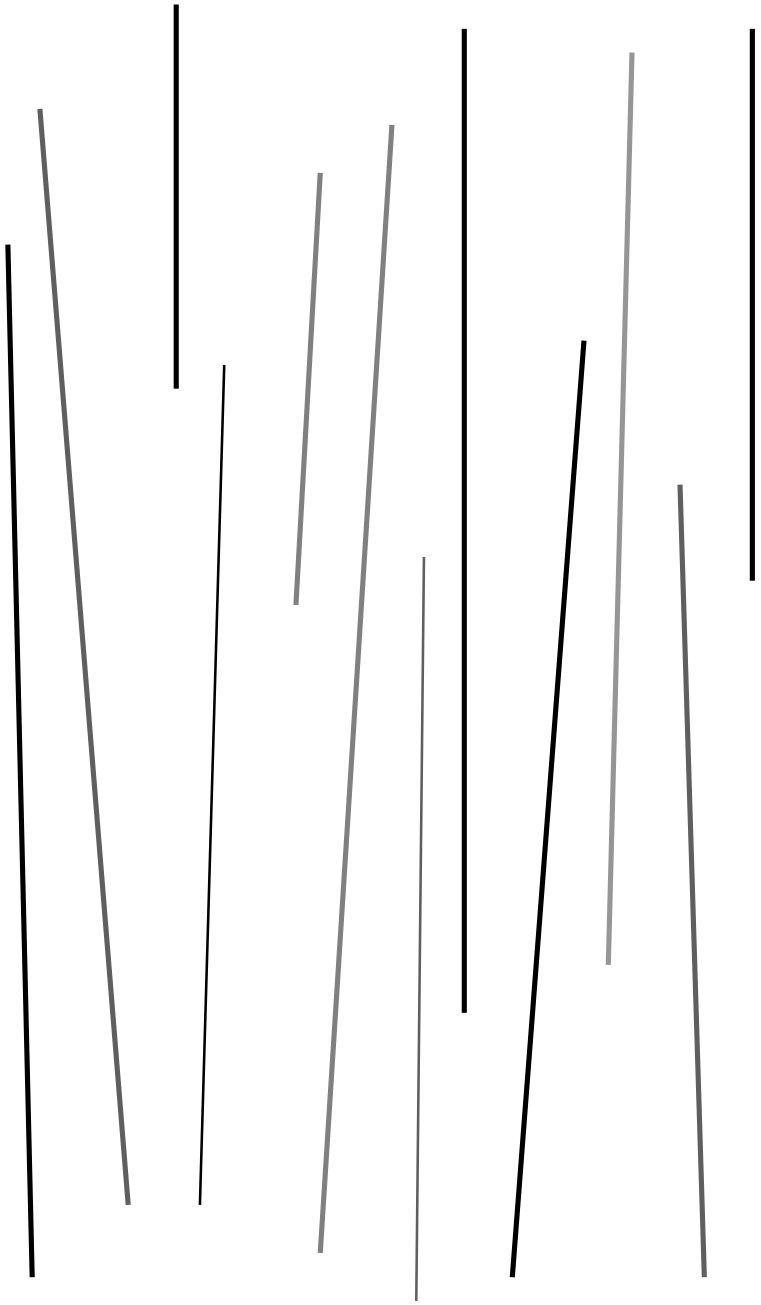
Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Lignes 1



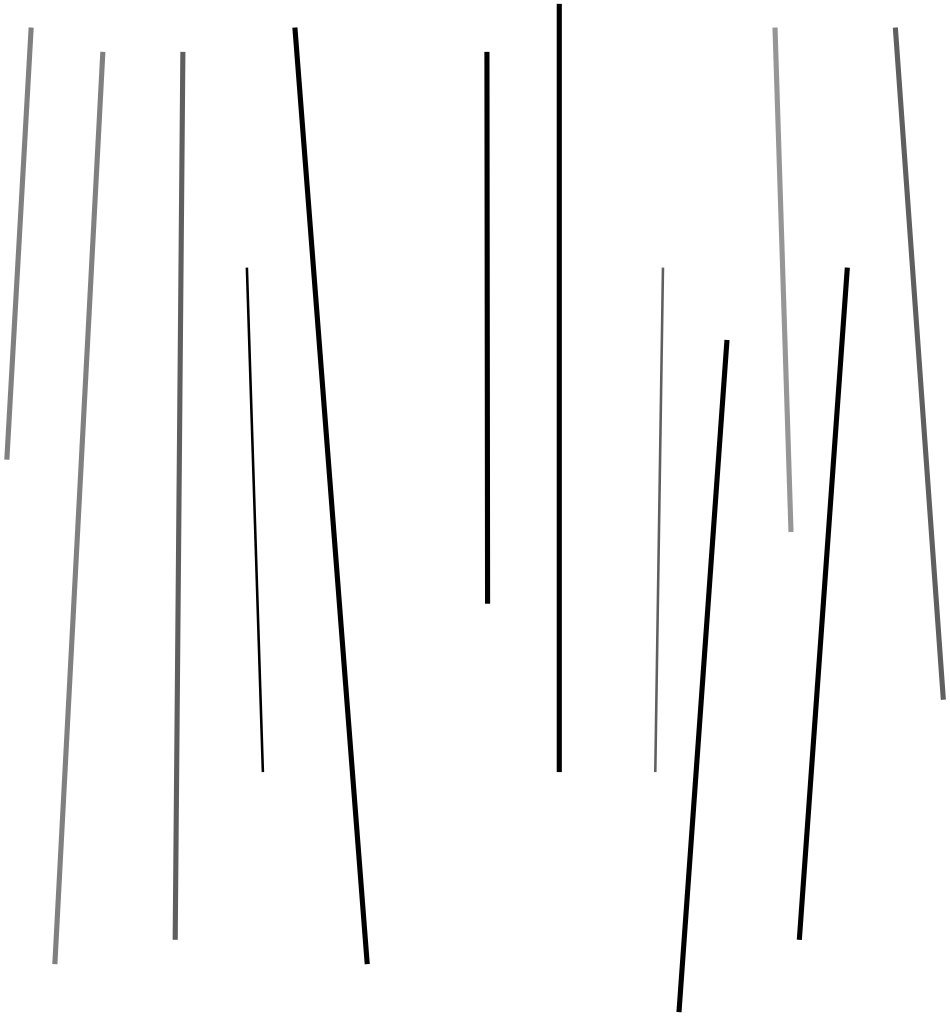
Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Lignes 2



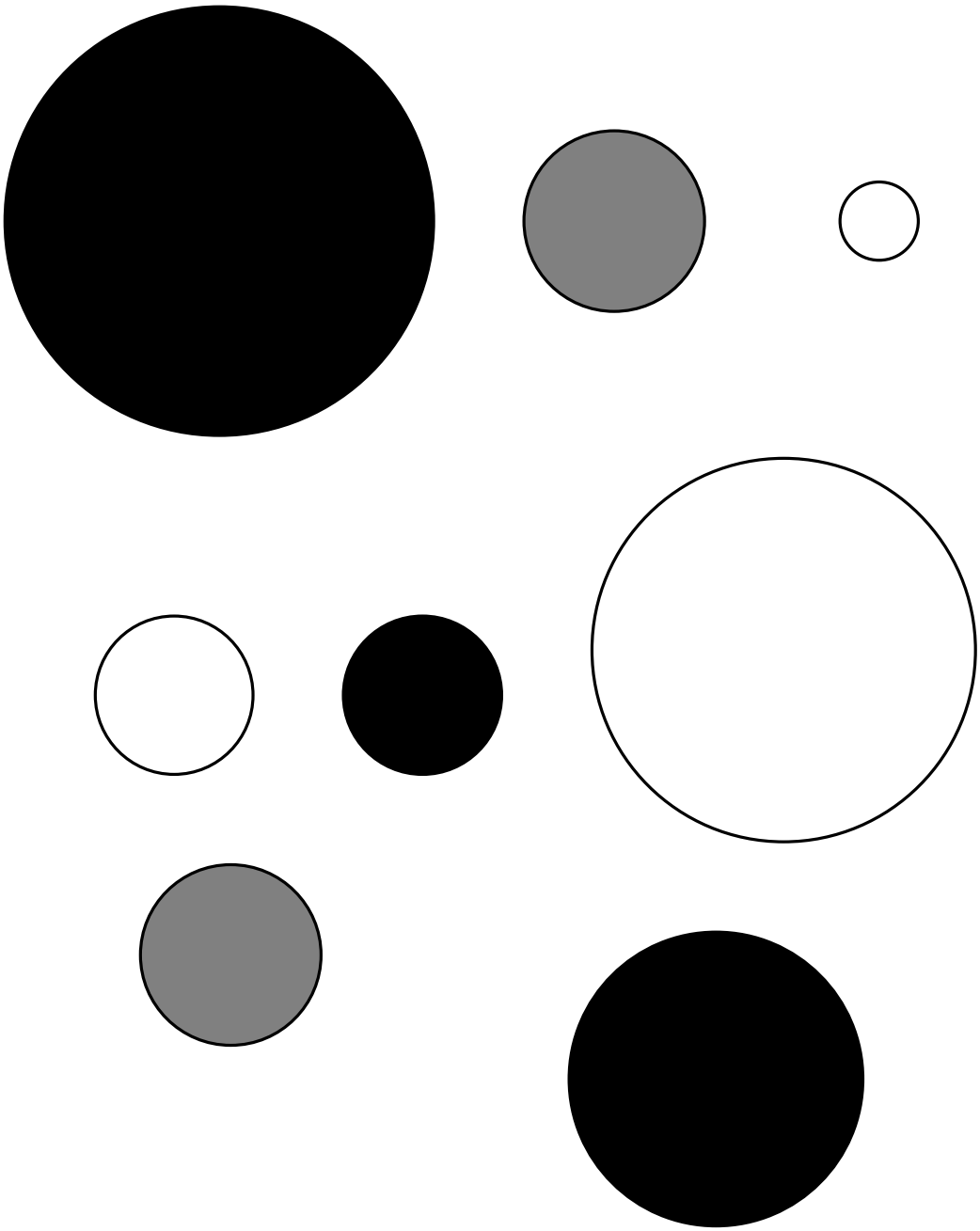
Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Lignes 3



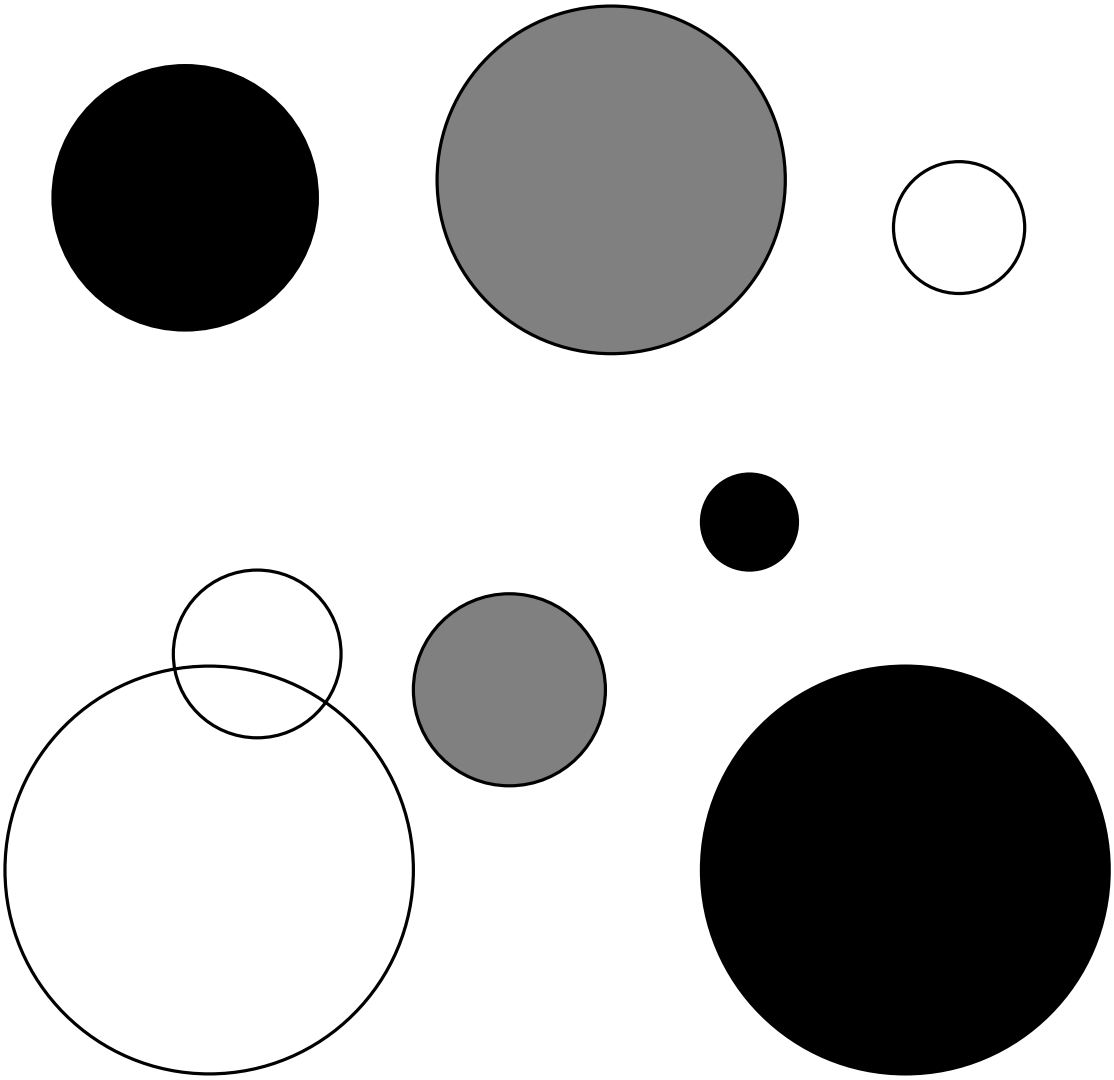
Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Ronds 1



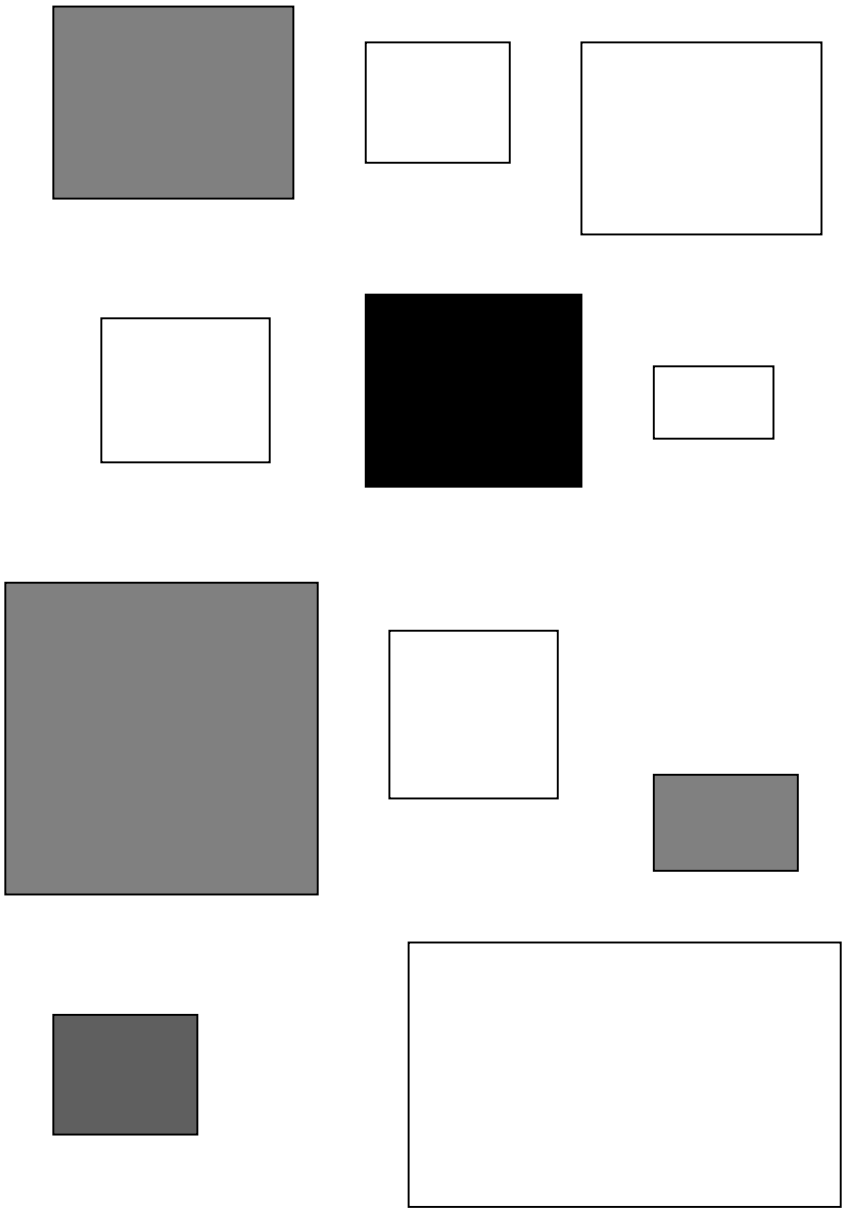
Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Ronds 2



Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Rectangles



Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

H. Tâches d'attention divisée

But des tâches pour le thérapeute

L'objectif de cet exercice est d'entraîner les sujets à :

- alterner entre des tâches indépendantes, mais réalisées de façon simultanée (*Double tâche* & *Compter et rechercher*)
- alterner entre deux compétences, selon la règle (*Monter/Descendre*)
- alterner entre deux informations différentes rapidement et le plus correctement possible tout en gardant en tête une consigne qui nécessite de se souvenir de la réponse précédente (*Double comptage* & *Double liste*)

Ces tâches permettent aux patients d'augmenter le contrôle mental qu'ils ont sur les choses, ainsi que la capacité à modifier leur réponse par rapport à une situation, de manière rapide et efficace.

Consignes des tâches pour le patient

1. Double tâche

Dans cet exercice, chaque tâche comporte 2 consignes, qui sont à réaliser simultanément. Les deux activités doivent être réalisées indépendamment. Vous ne devez pas exécuter les deux parties de la tâche de façon à ce qu'elles coïncident et se fondent en une seule action).

2. Compter et rechercher

Dans cet exercice, le sujet doit alterner entre différentes consignes, dont certaines sont à réaliser simultanément : indiquer les cercles sur 2 lignes, puis, compter jusqu'à 20 tout en indiquant les cercles. Après 2 lignes, indiquer les triangles en comptant jusqu'à 20. Ensuite, alterner entre pointer du doigt les triangles et les cercles tout en comptant jusqu'à 20.

Remarque : Cette tâche peut être complexifiée en fonction de la facilité/difficulté éprouvée par le sujet. Par exemple, vous pouvez demander au patient d'alterner entre le pointage des triangles et des carrés, tout en donnant aléatoirement des chiffres ou des lettres de l'alphabet.

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

3. Monter/Descendre

Dans **Monter/Descendre 1**, la cabine de remontée mécanique monte et descend d'une montagne. Le but est d'avancer à travers la séquence d'images en utilisant les grosses flèches dans les boîtes comme indicatrices de la direction de la cabine (monter ou descendre). Lorsque la flèche apparaît, vous devez dire « en haut » ou « en bas » selon la direction dans laquelle pointe la flèche. Vous devez ensuite compter dans la direction où pointe la flèche : si la flèche monte, vous comptez normalement, et si la flèche descend, comptez à rebours.

Donc, par exemple, le sujet devrait commencer à compter du coin en haut à gauche de la feuille à partir de 1, puis 2, 3, 4, 5 jusqu'à ce qu'il tombe sur la première flèche indiquant vers le haut. Là, au lieu de dire 6, le sujet dit « en haut » (ce qui veut dire qu'il continue de compter normalement), donc l'image suivante correspondra à 6 et ainsi de suite jusqu'à la prochaine flèche et là le sens de comptage changera selon la direction de la flèche.

Le principe est le même pour **Monter/Descendre 2 et 3**.

5. Double liste

Ces tâches peuvent être réalisées par le patient seul, ou bien en alternance avec le thérapeute, à l'oral ou à l'écrit.

Animaux et noms de lieux : récitez l'alphabet en pensant à des noms d'animaux et de lieux. Le but est d'alterner entre dire le nom d'un animal et le nom d'un lieu, par exemple : A Antilope, B Barcelone, C Chat, D Danemark, etc.

Prénoms masculins et féminins : récitez l'alphabet en alternant entre des prénoms masculins et féminins, par exemple : A Alain, B Béatrice, C Colin, D Diane, etc.

Remarque : Si le sujet trouve cette tâche plutôt facile, la règle peut être changée pendant la tâche et une troisième catégorie peut être rajoutée, par exemple : noms masculins, féminins et noms d'animaux, ex : Alain, Béatrice, Chat, David, Elizabeth, Faon, etc.

Questions de réflexion sur la tâche à poser au patient

- Comment avez-vous fait pour garder les deux consignes simultanément en tête ?
- Avez-vous eu par moment l'impression de buter ? L'ancienne règle vous a-t-elle gêné(e) pour rester concentré(e) sur la tâche en cours ?
- Quand pourrait-il être utile de penser à deux choses en même temps ?
- Comment est-ce que le mode de pensée nécessaire pour cet exercice peut être mis en lien avec votre vie quotidienne ?

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Par exemple :

- Vous arrive-t-il d'être dans des situations où vous devez penser à plusieurs choses en même temps ?
- Quand vous devez garder en mémoire plusieurs informations, est-ce qu'il y en a une qui se démarque, qui est plus facile à suivre que les autres ?

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

1. Double tâche 1

Barrez chaque « 5 » tout en récitant simultanément les lettres A, B, C.

2 5 5 5 2 5

2 5 5 2 5 2

5 2 5 2 2 5

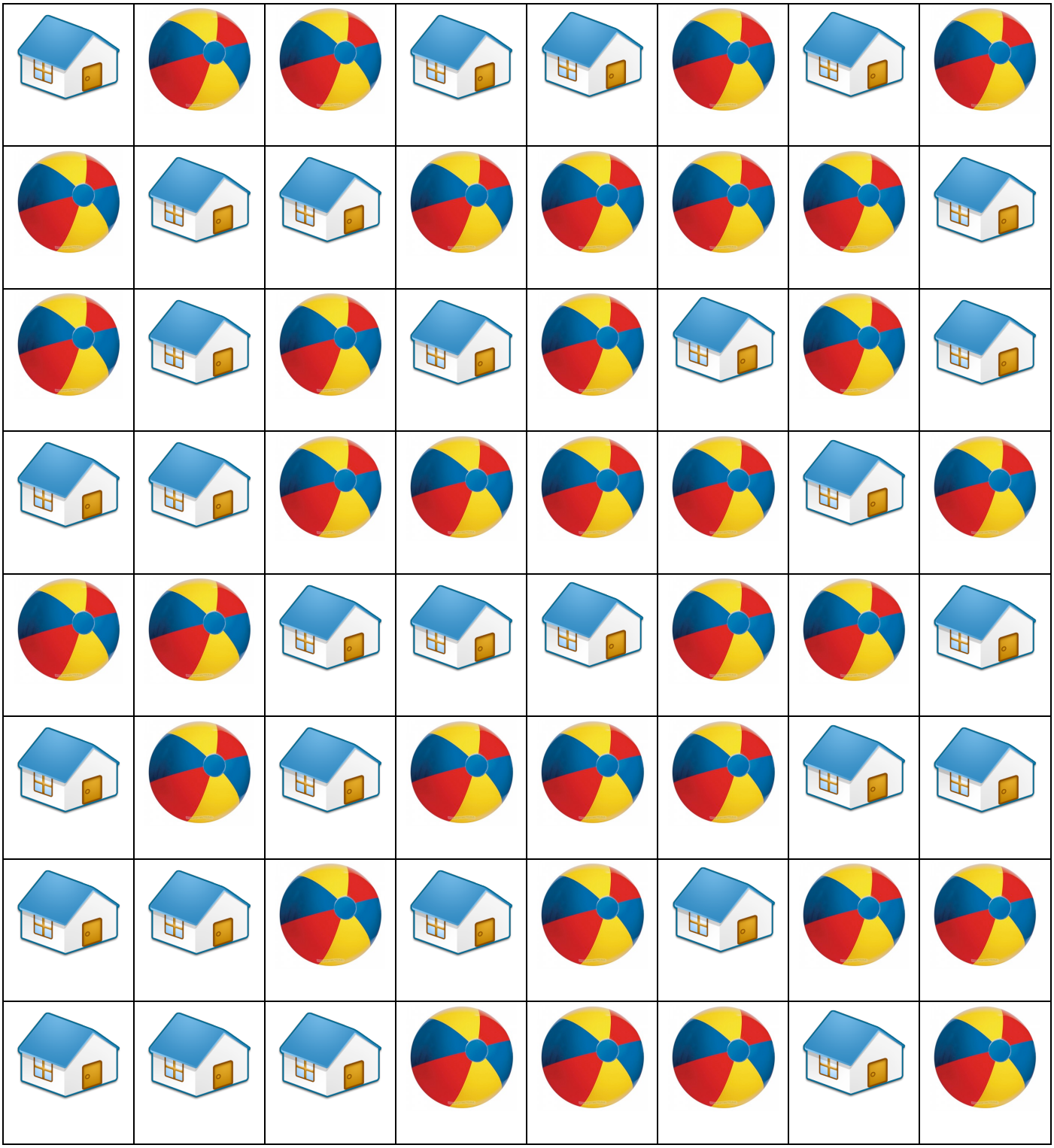
2 5 2 5 2 5

5 2 5 5 2 5

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

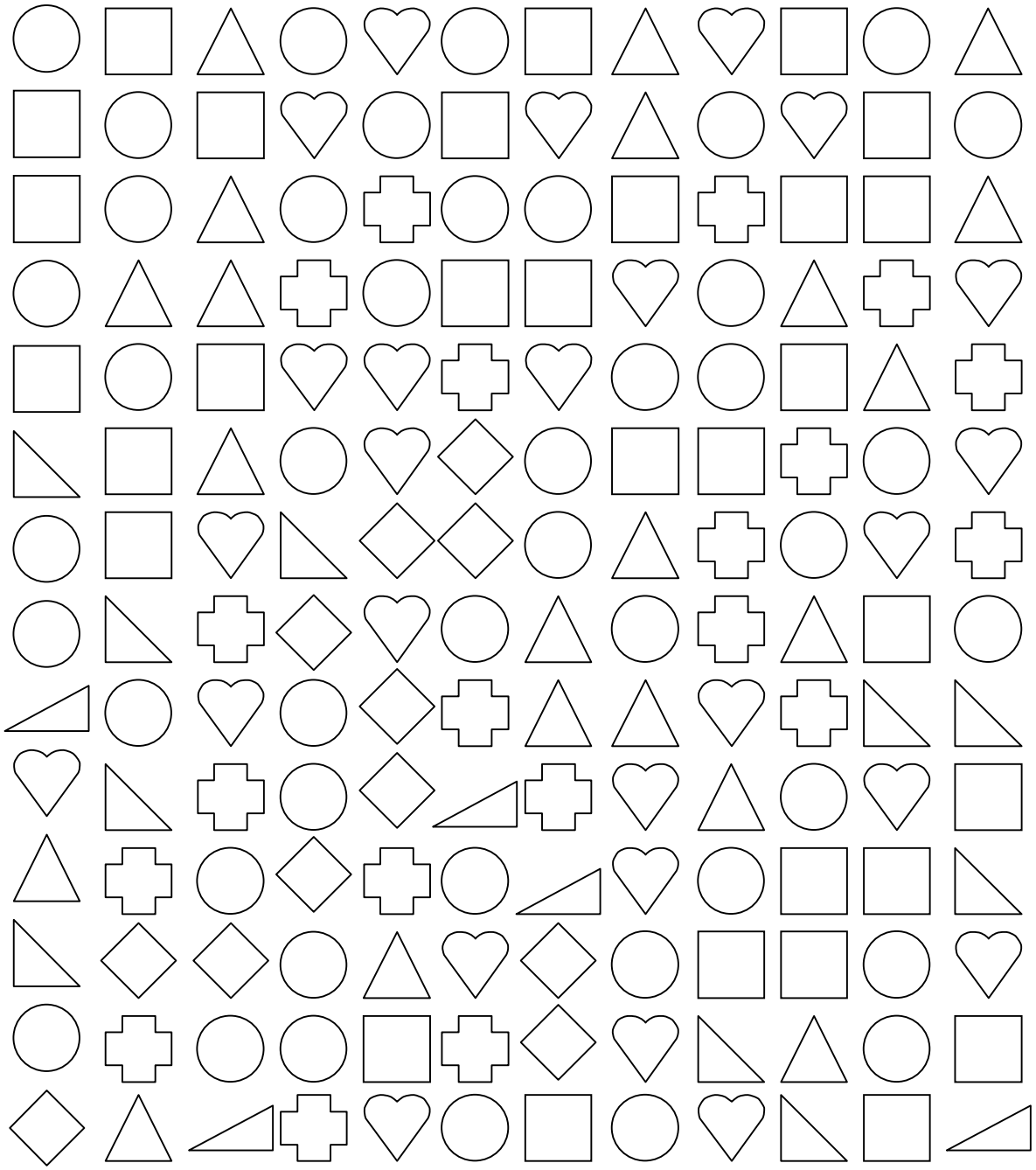
Double tâche 2

Barrez chaque tout en tapant de manière répétée le bureau de l'autre main.



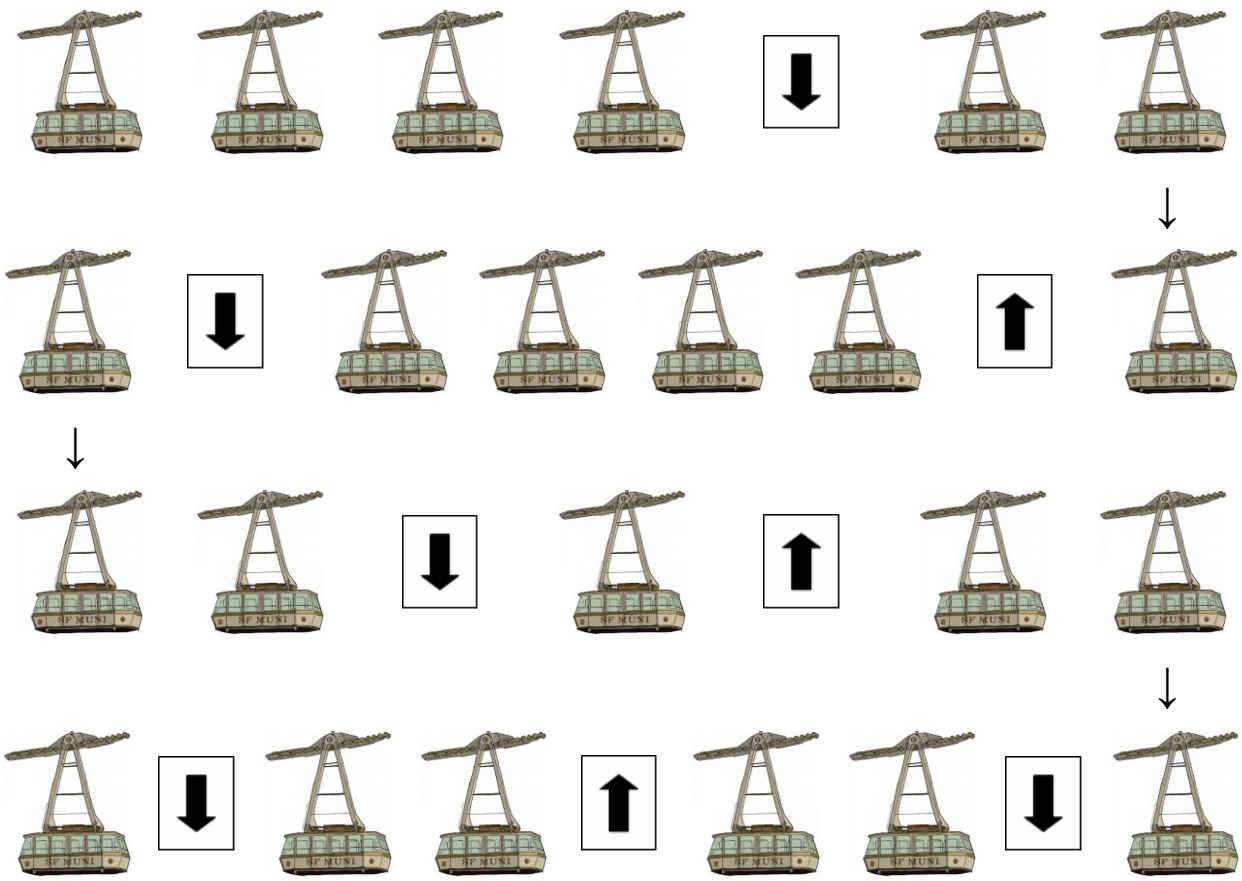
Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

2. Compter et rechercher



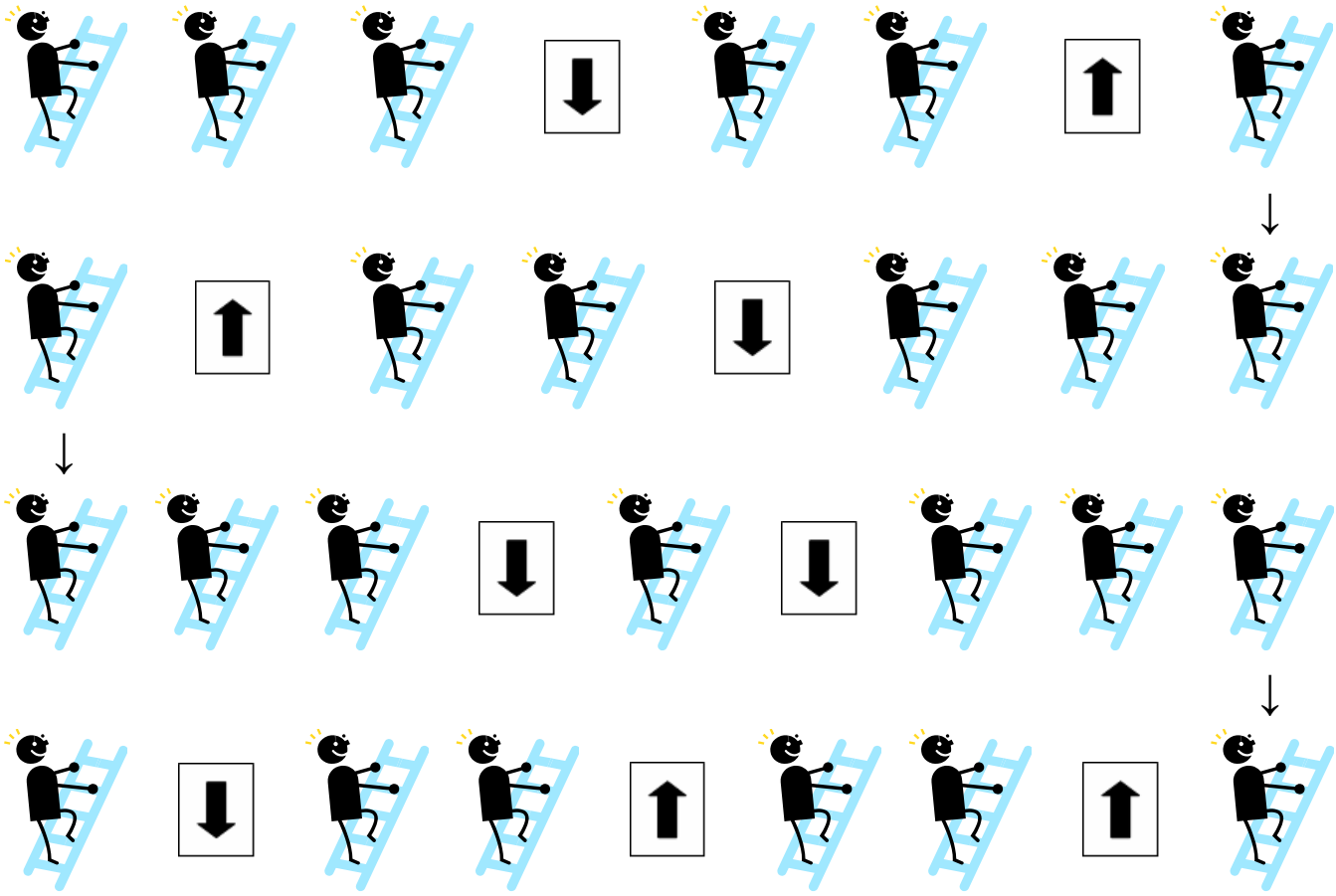
Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

3. Monter/Descendre 1



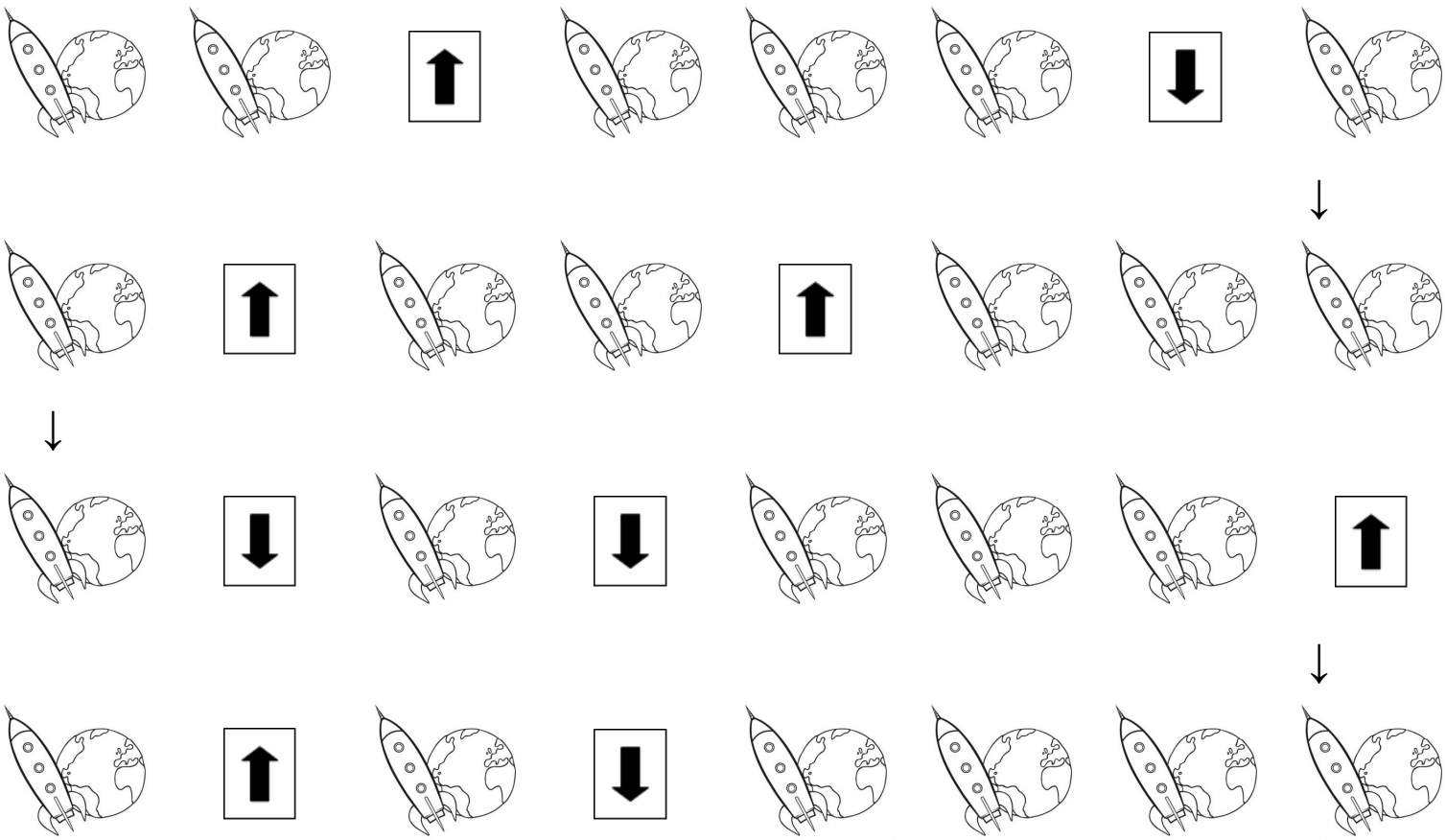
Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Monter/Descendre 2



Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Monter/Descendre 3



Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

4. Double liste

Animaux et noms de lieux

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Prénoms masculins et féminins

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Prénoms masculins et féminins et animaux

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

I. Pile de cartes

But de la tâche pour le thérapeute

Le but est d'impliquer le thérapeute et le patient. Les deux doivent catégoriser des objets sur la base de divers critères de tri. De ce fait ils vont alterner les catégories de tri basées sur la couleur, la valeur, l'épaisseur, la forme…

Consignes de la tâche pour le patient

Il faut un jeu de cartes, mais cela peut aussi se faire avec d'autres objets tels que de la fausse monnaie, ou des jetons colorés.

Utilisez un jeu de cartes. Le thérapeute commence par placer une carte, admettons la Reine de Cœur, et stipulera que les cœurs sont la règle de tri. Le patient prend une carte et la place selon le critère énoncé, puis le thérapeute, et ainsi de suite. Ceci se poursuivra jusqu'à ce que le thérapeute décide de changer de règle de tri (ex : la couleur rouge). Au cours de l'exercice, le thérapeute et le patient décident tour à tour quelle sera la nouvelle règle de tri et quand elle s'appliquera.

Réflexions du patient

- Comment avez-vous choisi quelle carte à placer sur le tas ?
- Y a-t-il eu un instant où vous auriez placé une autre carte mais où vous vous êtes dit que ce n'était peut-être pas le bon choix ?
- Avez-vous préféré privilégier la vitesse plutôt que la justesse, ou inversement ?
- Pouvez-vous faire des liens entre cette tâche et votre vie quotidienne ?

Exemples de tri : trier le linge à laver en différentes catégories ; au supermarché, ranger les aliments dans les sacs en les triant (aliments froids, choses lourdes, etc.), ranger des documents sur l'ordinateur en fonction de leur type (musique, film, texte, etc.), organiser ses cours par matière, chapitre…

- Trouvez-vous facile de trier les choses en différentes catégories ?

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

J. Tâche des plans

But de la tâche pour le thérapeute

L'objectif de l'exercice est d'encourager les patients à penser de différentes façons lorsqu'ils se déplacent avec un plan. Cela requiert la capacité de visualiser les choses globalement car la destination finale doit être gardée en tête, mais cela nécessite également une certaine flexibilité, car différents chemins sont possibles, et une importante concentration pour faire attention à tous les éléments sur le plan. Chaque plan est différent mais tous les plans requièrent que les patients naviguent en utilisant différents indices (ex : lieux, noms de rues, etc.).

Consignes de la tâche pour le patient

Demandez au sujet de choisir un plan parmi ceux présentés. Une fois le plan choisi, demandez-lui de le regarder attentivement et de se familiariser avec ses différentes caractéristiques. Une fois que le patient s'est familiarisé avec les points principaux, il peut ensuite utiliser d'autres stratégies pour explorer le plan. Demandez toujours au sujet de chercher des chemins alternatifs à celui qu'il a initialement proposé. Si le sujet hésite par rapport à d'autres chemins possibles, vous pouvez lui en suggérer quelques-uns.

Questions de réflexion sur la tâche à poser au patient

- Pourquoi avez-vous choisi ce chemin-là ?
- Avez-vous d'abord planifié le chemin à prendre et ensuite tracé le chemin, ou l'avez-vous déterminé au fur et à mesure que vous avanciez ?
- A-t-il été difficile pour vous de trouver des itinéraires différents. Pourquoi ?
- Comment cette tâche peut être mise en lien avec la vie de tous les jours.

Si le sujet semble incertain, lui donner des exemples.

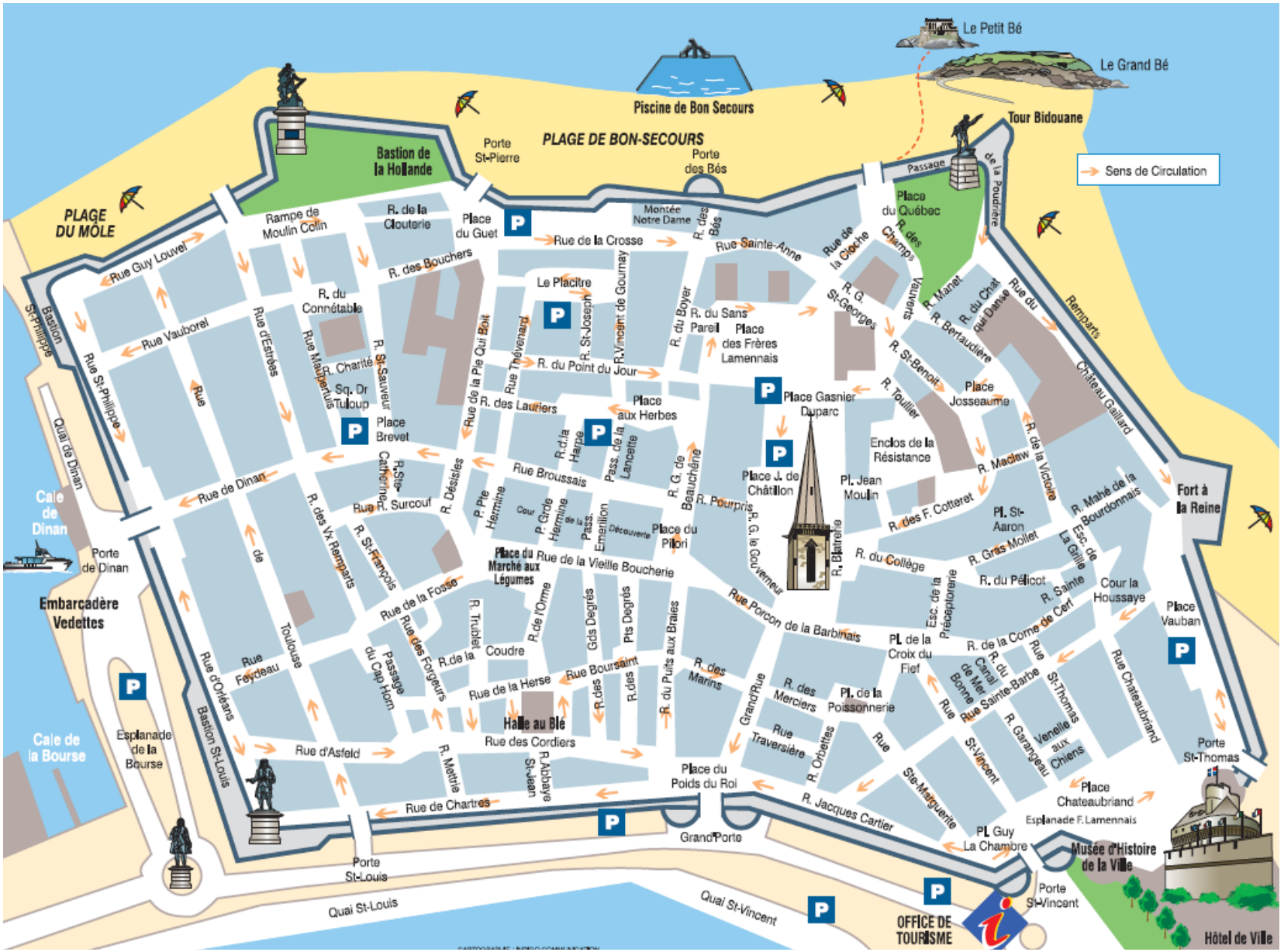
- Avez-vous déjà eu à donner des indications par téléphone à quelqu'un ? Si oui, la personne a-t-elle compris les directions données ?
- Y a-t-il des situations de la vie quotidienne où vous devez penser à des alternatives (ex : prévoir des plans alternatifs à la dernière minute pour une soirée ou au travail/à l'école) ?

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Plan 1

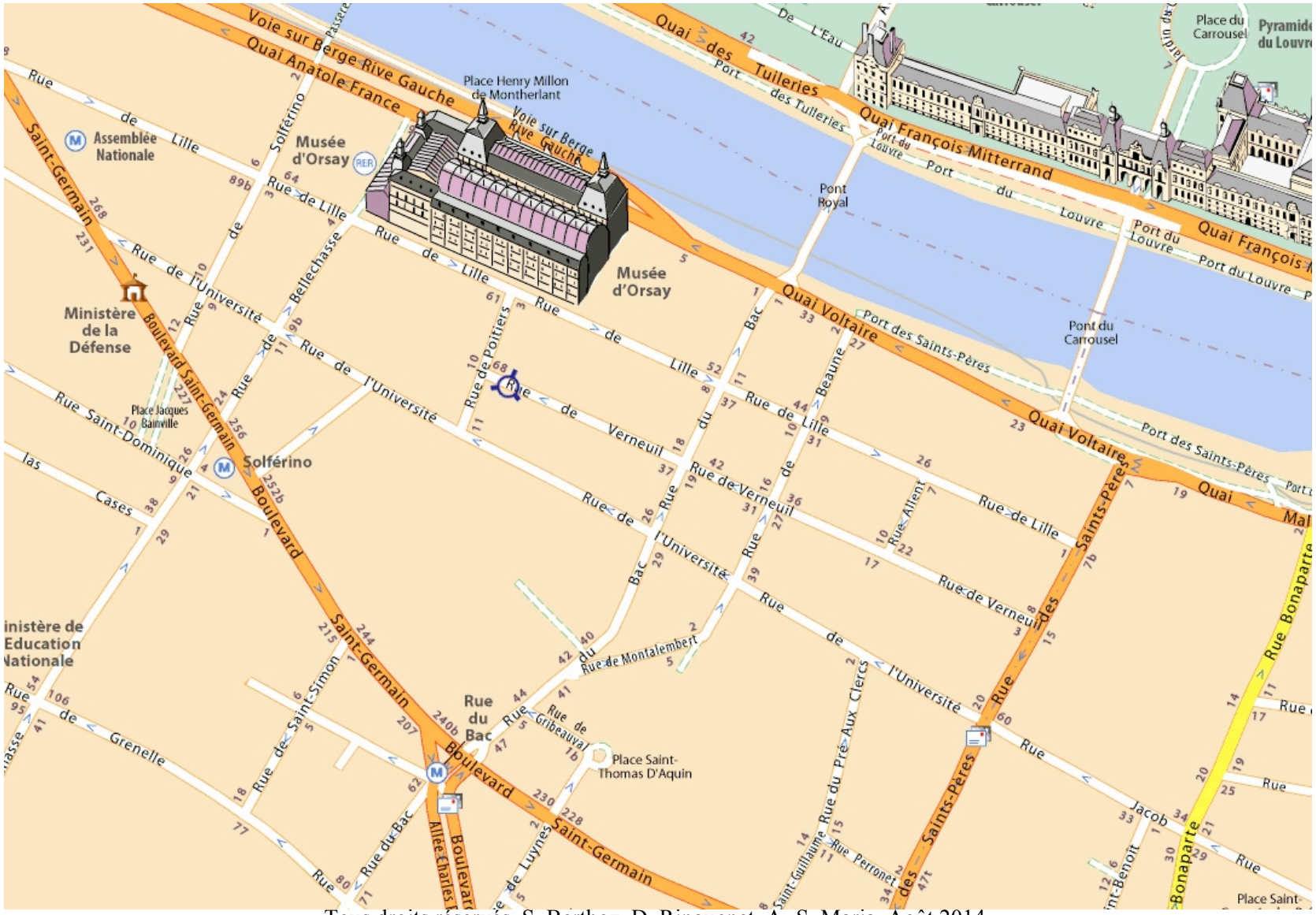
La Manche
Tourgéville
Trouville sur mer
Honfleur
Club 2010
Ets Elie de Brignac (et salle Kergorlay)
Villa Strassburger
Hippodrome Deauville La Touques
POLO
TRIBUNE
Pôle OMni'Sports
Aéroport Deauville Saint-Gatien
(8 Km)
CASINO
PORT DEAUVILLE
BOULEVARD CORNUCHÉ
BOULEVARD MAUGER
AVENUE DE LA REPUBLIQUE
PROMENADE MICHEL D'ORNANO
CENTRE NAUTIQUE
PARCOURS DE SANTE
AIRE DE JEUX ET SKATE PARC
PISCINE OLYMPIQUE
THALASSO-SPA
TENNIS
GOLF MINIATURE
EQUITATION
CLUB DEAUVILLE LOISIRS
PLACE CLAUDE LELOUCH
Ets BAINS DE MER
SALLE DES FETES
PLACE MORNY
PLACE GAMBETTA
PLACE F. ANDRE
PLACE YVES SAINT-LAURENT
CENTRE DE RÉÉDUCATION SAINT-FRANÇOIS
LA PRAIRIE D'AUGE
LYCÉE COLLÈGE
CAPITAINERIE
BUREAU DU PORT
BASSIN DES YACHTS
ECLUSE
GARE SNCF
PONT DES BELGES
D 513 : BATTERIES PARC CALOUSTE
ROUTE DU MONT CANISY GULBENKIAN
ENTRÉE
SAINT-LAURENT

Plan 2



Le Petit Bé
Le Grand Bé
Piscine de Bon Secours
Tour Bidouane
PLAGE DE BON-SECOURS
Bastion de la Hollande
Porte St-Pierre
Porte des Bés
Sens de Circulation
PLAGE DU MÔLE
Rampe de Moulin Collin
R. de la Clouterie
Place du Guet
Rue de la Crosse
Montée Notre Dame
R. des Bés
Rue Sainte-Anne
Rue de la Cloche
Place du Québec
R. des Champs
Passage de la Poudrière
Rue Guy Louvel
R. des Bouchers
Le Placitre
R. du Connétable
Rue Vauborel
Rue d'Estrées
Rue Maupertuis
R. Charité
Sq. Dr Tuloup
R. St-Sauveur
Rue de la Pie Qui Boit
Rue Thévenard
R. St-Joseph
R. Vincent de Gournay
R. du Boyer
R. du Sans Pareil
Place des Frères Lamennais
R. G. St-Georges
Vauverts
R. Manet
R. du Chat qui Danse
Rue du Château Gaillard
Remparts
R. St-Benoit
R. Bertaudière
R. du Point du Jour
R. des Lauriers
Place aux Herbes
Place Gasnier Duparc
R. Toullier
Place Josseaume
Place Brevet
Rue St-Philippe
Bastion St-Philippe
Quai de Dinan
Cale de Dinan
Porte de Dinan
Rue de Dinan
R. Ste-Catherine
Rue R. Surcouf
R. Désisles
Rue Broussais
R. d. la Harpe
Pass. de la Lancette
R. G. de Beauchêne
Place J. de Châtillon
Enclos de la Résistance
Pl. Jean Moulin
R. Maclaw
R. de la Victoire
Fort à la Reine
R. des F. Cotteret
Pl. St-Aaron
R. Mahé de la Bourdonnais
Esc. de La Grille
R. des Vx Remparts
R. St-François
P. Pte Hermine
Cour de la Pass. Emerillon
Découverte
Place du Pilori
R. Pourpris
R. G. le Gouverneur
R. Blatrerie
R. du Collège
R. Gras Mollet
R. du Pélicot
Place du Marché aux Légumes
Rue de la Vieille Boucherie
Rue de la Fosse
Rue des Forgeurs
R. Trublet
R. de l'Orme
Gds Degrés
Pts Degrés
R. du Puits aux Braies
Rue Porcon de la Barbinais
Esc. de la Préceptorerie
R. Sainte
Cour la Houssaye
Place Vauban
Embarcadère Vedettes
Toulouse
Rue Feydeau
Passage du Cap Horn
R. de la Coudre
Rue Boursaint
R. des Marins
Pl. de la Croix du Fief
R. de la Corne de Cerf
R. du Canal de Mer
Rue Sainte-Barbe
Rue St-Thomas
Rue Chateaubriand
Rue d'Orléans
Bastion St-Louis
Rue de la Herse
R. des Merciers
Pl. de la Poissonnerie
Grand'Rue
Halle au Blé
Rue des Cordiers
Rue Traversière
R. Orbettes
Rue St-Vincent
R. Garangeau
Venelle aux Chiens
Porte St-Thomas
Cale de la Bourse
Esplanade de la Bourse
Rue d'Asfeld
R. Mettrie
R. Abbaye St-Jean
Place du Poids du Roi
Ste-Marguerite
Place Chateaubriand
Esplanade F. Lamennais
Rue de Chartres
R. Jacques Cartier
Pl. Guy La Chambre
Musée d'Histoire de la Ville
Grand'Porte
Porte St-Louis
Quai St-Louis
Quai St-Vincent
Porte St-Vincent
OFFICE DE TOURISME
Hôtel de Ville

Plan 3



Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

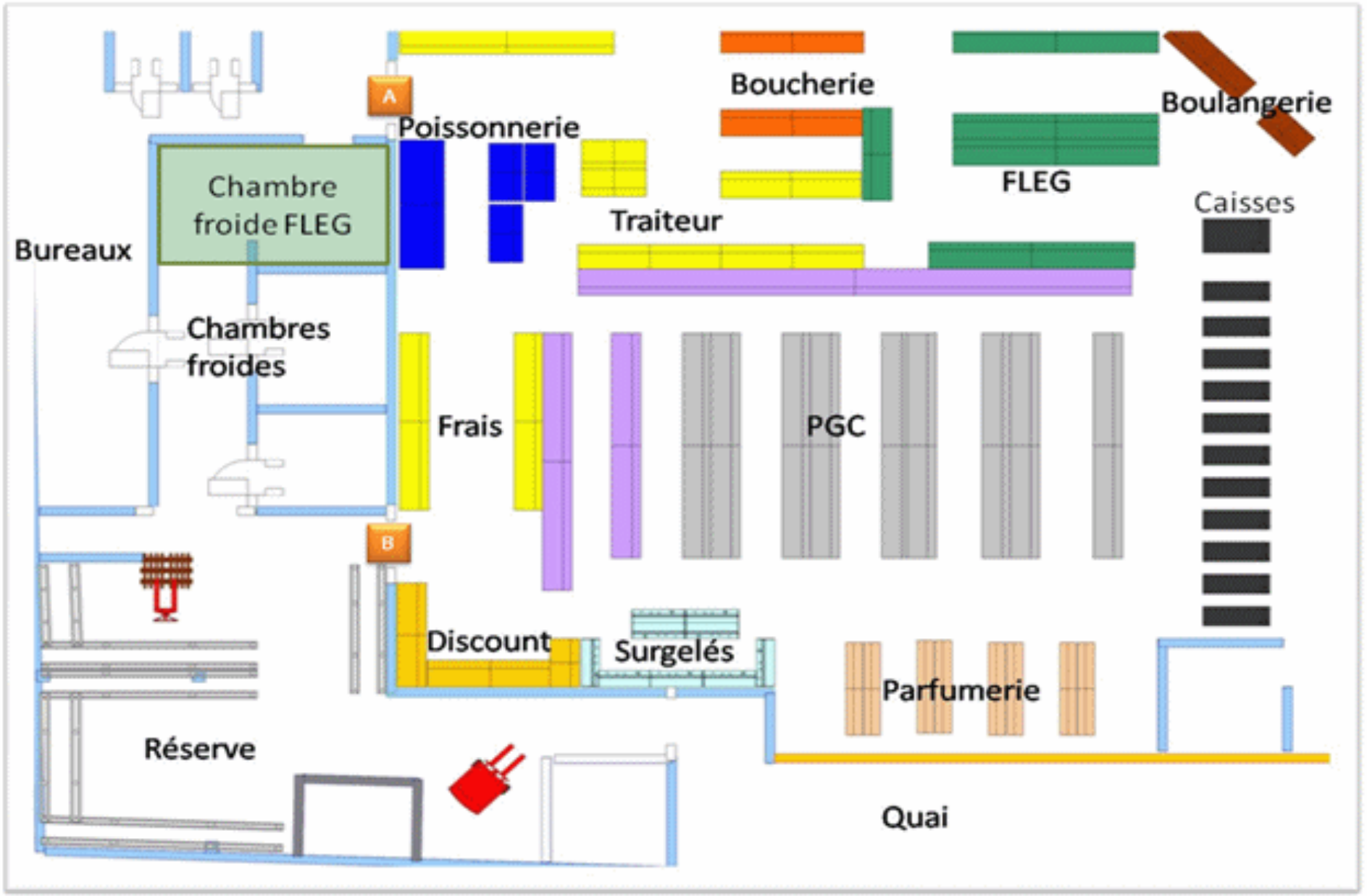
Plan 4

Les Puces de Paris SAINT-OUEN
Rue J. Ferry
Rue E. Dolet
Rue C. Garnier
Rue M. Beert
Rue Pierre Curie
L'ENTREPÔT
Rue L. Dain
Rue des Rosiers
Rue Marie Curie
Avenue Michelet
Marché BIRON
Rue Biron
Rue Villa Biron
Rue Voltaire
Rue Mathieu
Rue Kleber
Garibaldi
R.des bons enfants
Office de Tourisme
Impasse Simon
L'USINE
Marché PAUL BERT
Marché CAMBO
Marché SERPETTE
Marché JULES VALLÈS
Rue de la Gaité
Rue du Plaisir
Rue P. et M. Curie
Rue Jules Vallès
Rue Paul Bert
Marché des ROSIERS
Rue des Rosiers
Marché ANTICA
Marché VERNAISON
Marché LECUYER
Rue Lecuyer
Marché LÉCUYER-VALLÈS
Rue C. Schmidt
Rue Neuve
Marché MALIK
Marché DAUPHINE
Marché MALASSIS
Rue Marceau
Porte de Saint-Ouen
Rue Jean-Henri Fabre
Porte de Montmartre
Porte de Clignancourt
Porte de Clignancourt

Plan 5

D
E
3
4
BOULEVARD JEAN JAURES
PLACE DU GRAND CARNOT
LE COMMERCE
LE GOLFE
RUE SAINT CLAIR
AVENUE DE LA VIGUERIE
MUSEE, EXPOSITION DU PARFUM
QUAI JEAN-JACQUES BARTHELEMY
RUE DU JEUNE ANACHARSIS
LA MAISON DE NINO
Prud'homie de Pêche
QUAI CALENDAL
LE PORT
VISITE DES CALANQUES
CHANTIER NAVAL
QUAI DES MOULINS
Oustau Calendal Espace de Séminaires et Congrès
PROMENADE A. BRIAND
Départs Arrivées du Petit Train
QUAI SAINT-PIERRE
BILLETTERIE VISITES DES CALANQUES EN BATEAU
Savon 88 pl.
PLAGE DE LA GRANDE MER
ESPLANADE DU GENERAL DE GAULLE
PLACE MONTMORIN
BD. GAMBETTA
INTER-HOTEL CASSITEL
RUE A. ROSSAT
LE LAURENCE
RUE DE L'ARENE
QUAI DES BAUX
PLACE MIRABEAU
RUE ESTERELLE
RUE THERESE RASTIT
RUE J.B. DUCROS
RUE JULES SIMON
R. A. VIDAL
ECOLE Privée
R. DU FOUR
FOUR BANAL
R. DES SCARABINS
R. L. VENTRON
RUE PASTEUR
RUE M. ARNAUD
R. LAMARTINE
RUE DU DOCTEUR
GÉNÉRAL BONAPARTE
RUE SEVERIN
RUE ADOLPHE THIERS
RUE E. PREVOST
RUE ICARD
RUE DE BELLOY
AVENUE EMMANUEL AGOSTINI
RUE ABBE PAUL MOUTON
RUE FREDERIC MISTRAL
PLACE SAINT-MICHEL
RUE L. ABEILLE
ALLEE PAUL BERARD
CLASSES DE MER
MAISON DE RETRAITE
LE NEPTUNE
RUE P. PUGET
La Viguerie couvert 310 places
LEI TAPENIE
LE ZONZA
LE CLOS DES AROMES
VILLA ARIANE
LE PROVENÇAL
LE LIAUTAUD
R. BARTHELEMY
RUE M. BLANC
AVENUE VICTOR HUGO
EXPOSITIONS SALLES DE CONFERENCES
MEVA
IMP. FARINE
PLACE DE LA REPUBLIQUE
RUE A. GERVAIS
PLACE CLEMENCEAU
SALLES VOUTÉES
MAIRIE
JARDIN PUBLIC
PLACE BARAGNON
R. XAVIER D'AUTHIER
RUE R. PONSON
R. P. EYDIN
LE GRAND JARDIN
MUSÉE D'ART ET TRADITIONS POPULAIRES
Parking de la Poste 120 pl.
BUS LA MARCOULINE
CASINO
ALLEE PIERRE CHIARADIA
IMP. VICTOR HUGO
RUE VICTOR AUTHEMAN
IMP. DE L'AFFERAGE
AV. A. ISNARD
Mimosas 154 pl.
LES MIMOSAS
RUE DE LA CIOTAT
ALLÉE H. CRÉMIEUX

Plan 6


A
Poissonnerie
Boucherie
Boulangerie
Chambre froide FLEG
FLEG
Caisses
Traiteur
Bureaux
Chambres froides
Frais
PGC
B
Discount
Surgelés
Parfumerie
Réserve
Quai

K. Tâche de hiérarchisation

But de la tâche pour le thérapeute

L'objectif de cette tâche est d'encourager les sujets à planifier un événement à l'avance grâce à un mode de pensée plus global.

Consignes de la tâche pour le patient

Comment feriez-vous pour planifier un des événements ci-dessous ? Pensez à la chose qui vous semble la plus importante puis à celle la moins importante et écrivez-les. Ainsi, quelle serait la première chose que vous feriez ?

Idées d'événements :

1. Organiser un voyage en train jusqu'à l'autre bout du pays
2. Acheter un cadeau pour un(e) ami(e)
3. Réserver des vacances
4. Organiser une fête d'anniversaire
5. Rendre visite à des amis le week-end
6. Chercher un nouveau travail
7. Faire la décoration de votre chambre

Questions de réflexion sur la tâche à poser au patient

- Comment avez-vous trouvé cette tâche ?
- Sans aide, auriez-vous oublié des éléments ?
- Avez-vous trouvé les éléments faciles à hiérarchiser ?
- Avez-vous gardé en tête l'événement que vous deviez organiser ou vous est-il arrivé de le perdre de vue ?
- Pouvez-vous vous rappeler la dernière fois que vous avez dû organiser quelque chose ? Quel souvenir en avez-vous ?

L. Synthèse d'images – Voir la forêt avant les arbres

But de la tâche pour le thérapeute

L'objectif de cette tâche est d'entraîner le sujet à s'extraire de stimuli détaillés, et de repérer des éléments succincts, globaux.

Consignes de la tâche pour le patient

Demandez au patient d'écrire la description d'une image ou d'une scène. Le thérapeute le fait aussi de son côté. Lorsque le patient et le thérapeute ont fini, ils comparent leurs descriptions.

Ce site internet peut donner des photos utiles pour cet exercice : http ://www.flickr.com/

Questions de réflexion sur la tâche à poser au patient

- Les deux descriptions sont-elles très différentes ? Si oui, dans quel sens ?
- Y-a-t-il une personne qui a beaucoup plus écrit que l'autre ?
- Quelle description reflète le mieux et le plus shématiquement la scène ?
- Pourriez-vous essayer de faire la description de la même manière que l'autre personne ? (ex : le patient faire de la même manière que le thérapeute)
- Est-il difficile pour vous d'être concis(e) ?
- Quels sont les problèmes rencontrés lorsque l'on se focalise trop sur les détails ? Arrive-t-il que des personnes ne trouvent pas claires les descriptions que vous faites des choses ?
- Trouvez-vous difficile d'écrire des e-mails ou des SMS de manière concise ?
- Trouvez-vous que cela est une tâche difficile pour vous au travail ou à l'école/université ?
- Qu'est-ce qui pourrait vous aider à être plus concis(e) ? Utiliser des listes (tirets) ? Dire les choses à haute voix d'abord ?

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Image 1

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Image 2

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Image 3

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Image 4

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Image 5

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Image 6

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

M. Le changement d'heure

But de la tâche pour le thérapeute

L'objectif de l'exercice est d'apprendre à alterner entre différentes informations tout en gardant une consigne en tête. Les questions ci-dessous posent un scénario qui engagera le sujet à penser aux différents fuseaux horaires dans le monde.

Consignes de la tâche pour le patient

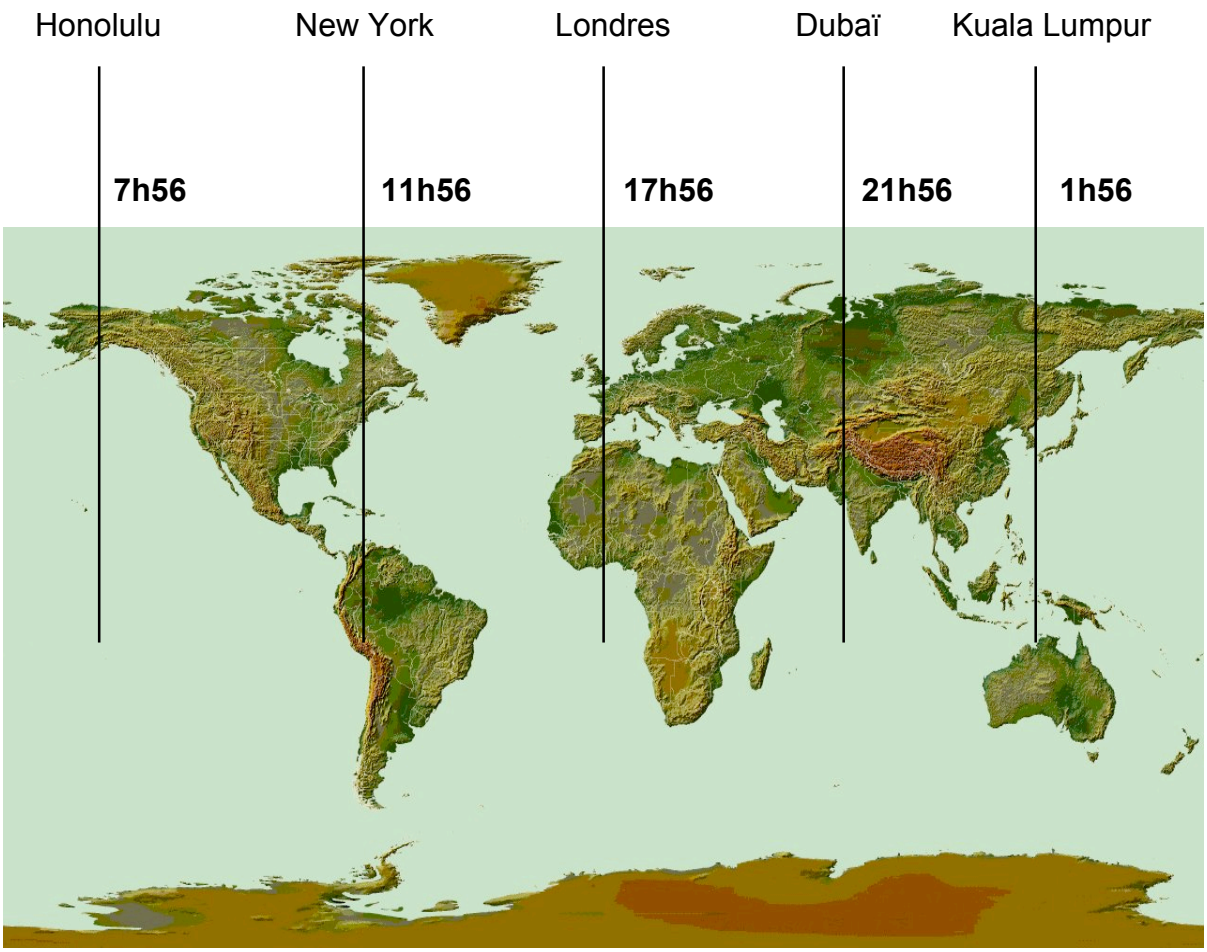
Présentez la carte au patient et travaillez les questions qui figurent en-dessous. Commencez par la première question, la plus facile, et ensuite avancez avec les plus difficiles. Les dernières questions nécessitent de garder en tête beaucoup plus d'informations tout en alternant de plus en plus entre les fuseaux horaires.

Questions de réflexion sur la tâche à poser au patient

- Avez-vous utilisé une technique/stratégie pour rester concontré(e) sur la tâche en cours ?
- S'agit-il de stratégies qui vous sont familier(ère) ?
- Avez-vous appris de nouvelles choses sur votre style de pensée ?
- Comment pouvez-vous utiliser cette expérience dans votre vie quotidienne ? Si le patient n'est pas en mesure de répondre, donnez les exemples suivants :

- Quand cela peut-il être utile d'alterner son attention rapidement : dans des situations sociales, par exemple, dans une fête lorsque vous voulez entretenir des petites conversations avec plusieurs personnes ; en conduisant, quand il faut se concentrer sur la route, la signalétique, la voiture à manœuvrer et contrôler, en s'occupant des tâches ménagères et des enfants, etc. ?
- Est-il difficile pour vous de faire plusieurs tâches en même temps ? Lorsque vous êtes en situation de multitâches, vous arrive-t-il qu'une tâche ou pensée prenne le dessus, rendant ainsi difficile de garder en tête l'information sur les autres tâches ?

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.



- Une téléconférence doit être organisée entre des entreprises dans trois pays différents : New-York, Londres et Dubaï. L'entreprise de Londres reçoit la conférence et souhaite commencer la téléconférence à 11 heures le matin. Quelle heure sera-t-il dans les 2 autres villes ?

- C'est la soirée du Nouvel An et toutes les capitales organisent des feux d'artifice. Kuala Lumpur est la première ville à avoir le feu d'artifice, étant donné que c'est la première ville à sonner minuit. Quelle heure sera-t-il dans chaque ville présentée ci-dessus (carte) ? Quand il sera minuit à Dubaï, quelle heure sera-t-il à Kuala Lumpur ? Quand il sera minuit à New-York, quelle heure sera-t-il à Honolulu ?

- Joanna vit à Londres et aime appeler par internet (Skype) sa nièce qui vit à Dubaï, de préférence un samedi vers 15 heures, l'après-midi. A quelle heure sa nièce doit-elle se connecter à internet ? Votre sœur, qui vit à New-York, aimerait aussi participer à la conversation, à quelle heure devra-t-elle se connecter ?

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

N. « Comment planter un tournesol… »

But de la tâche pour le thérapeute

Le but de cette tâche est d'entraîner le patient à s'exprimer de manière succincte. Une grande partie de nos interactions consistent à transmettre aux autres des messages leur permettant de comprendre ce à quoi nous pensons. La tâche peut s'avérer parfois difficile, cela dépend du message à transmettre. Cette tâche peut aider à penser à l'ensemble de ce qui doit être transmis et aux points principaux.

Consignes de la tâche pour le patient

Il s'agit de décrire des tâches de façon succincte. Un exemple de tâche est proposé ci-dessous. En plus d'utiliser cette suggestion, vous pouvez aussi demander au patient de choisir une action/activité qu'il sait très bien faire, et de vous la décrire.

Il est possible aussi de demander au patient s'il a des exemples de situations où il a éprouvé des difficultés à transmettre des informations à quelqu'un (où il a perdu de vue l'ensemble général du message à véhiculer) (ex : décrire un film ou un livre à quelqu'un, ou écrire un rapport pour l'école/l'université).

Voici quelques indices qui peuvent aider à penser et expliquer de manière succincte :

8. Pensez au message général qui doit être transmis, ex : expliquer à quelqu'un comment planter un tournesol.
9. Quels sont les équipements ou matériaux requis ?
10. Quelles sont les différentes étapes chronologiques ?
11. Pensez aux liens temporels (d'abord, ensuite, puis après ça, pendant ce temps…), ils peuvent être utilisés pour organiser les différentes étapes.
12. Des phrases courtes peuvent aussi aider.

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Comment planter un tournesol ?

On a besoin :

- d'un pot
- de terre
- de graines de tournesol
- d'un arrosoir

Tout d'abord, remplir le pot avec de la terre, presque jusqu'en haut.
Humidifier la terre avec un peu d'eau que l'on verse avec l'arrosoir
Placer les graines de tournesol sur la terre.
Puis, couvrir les graines avec un peu de terre.
Enfin, arroser de nouveau légèrement la terre.
Se souvenir d'arroser les tournesols une fois par jour pour qu'ils poussent ! Cela prend entre 2 et 3 semaines.

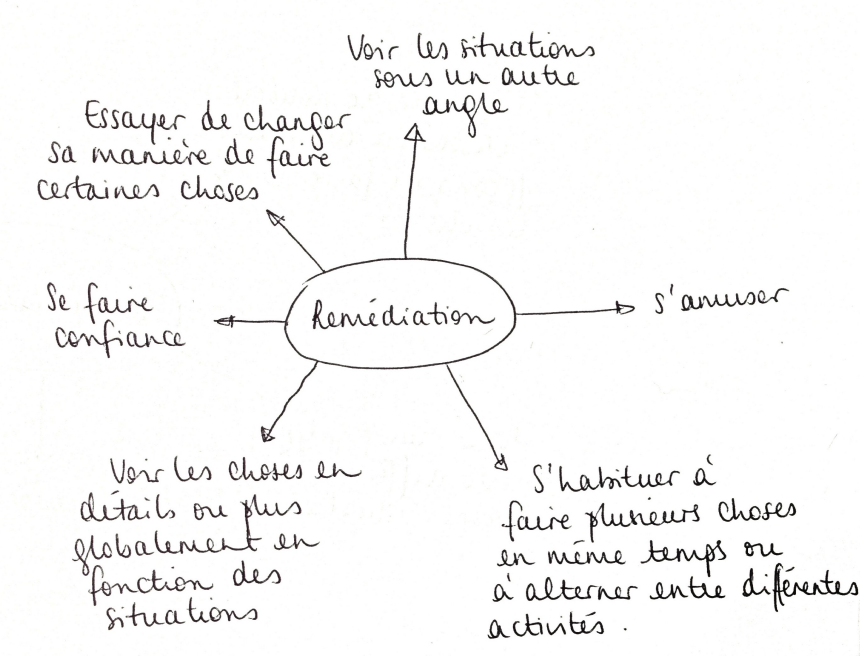
Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

O. Mind map

Le but de cette tâche est de résumer et de consolider ce qui a été découvert/appris lors des exercices précédents et de réfléchir à la façon dont il pourrait l'utiliser par la suite. La Mind map ou diagramme araignée est un bon moyen d'aider le patient dans sa réflexion.

Le patient est invité à écrire « Flexibilité » ou « Remédiation » au centre d'une feuille blanche (un mot qui représente bien le programme de CRT pour le patient). Il est ensuite encouragé à écrire autour de ce mot central les autres mots ou phrases avec lesquels il associe ce terme. A partir de là, vous pouvez encourager le patient à réfléchir sur les liens entre la flexibilité/le fait de ne pas toujours se focaliser sur les détails, et les prochaines étapes du traitement, et avec le futur en général.

Exemple :



Le but est d'aider le patient à se remémorer les quatre styles de pensée différents qu'il a découvert grâce aux précédentes tâches et d'y réfléchir : pensée centrée sur les détails, vision globale, flexibilité et multi-tâches.

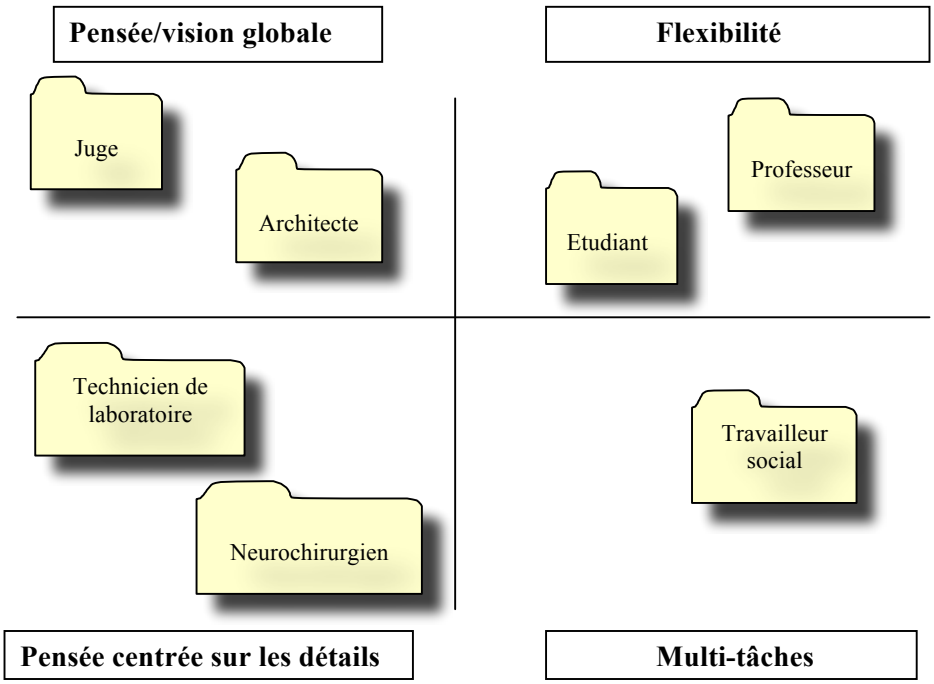
Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

P. Tâche des métiers

Cette tâche permet au patient une réflexion sur les quatre styles de pensée différents : « pensée centrée sur les détails », « pensée / vision globale», « flexibilité » et « multi-tâches ». Le but est de l'amener à se demander à quel moment il pourrait utiliser ces différents styles de pensée dans la vie quotidienne.

Le but principal est de permettre au patient de réaliser qu'il n'y a pas un style de pensée meilleur qu'un autre, ils ont tous leur utilité. En effet, cela peut nous aider si nous avons accès à tous ces différents styles de pensée car nous pouvons en avoir besoin à différents moments de notre vie.

Ecrire différents métiers sur des post-it ou petits morceaux de papier avec l'aide du patient, par exemple : professeur, juge, architecte, étudiant, neurochirurgien, auteur…
Par la suite, écrire à chaque coin d'une feuille blanche les quatre styles de pensée différents.
Le patient doit alors placer chaque métier sous le style de pensée qui lui semble être utilisé dans ce cas.



Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Le patient est encouragé à discuter de ses choix. Plusieurs métiers font appel à différents styles de pensée et peuvent être placés au milieu de la feuille ou à cheval entre deux styles de pensée. Par exemple, un architecte a besoin d'avoir une vision globale de l'immeuble qu'il planifie de construire, et de voir quelle place il aura dans l'environnement. Mais il doit également avoir une approche détaillée pour pouvoir dessiner minutieusement les plans du bâtiment.

Après avoir placé tous les métiers sur la feuille, vous pouvez encourager et permettre au patient de conclure sur l'utilisation de ces différents styles de pensée.
Par exemple : « Tout le monde a besoin de combiner différents styles de pensée »

« Certaines personnes ont un style de pensée plus développé que d'autres »

« Si on peut s'entraîner à développer différents styles de pensée, il sera plus facile pour nous d'affronter les différentes situations de la vie ».

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

CHAPITRE

7

Mener une remédiation cognitive

L'expérience du thérapeute du travail de remédiation cognitive

Ecrire et échanger des lettres avec les patients est un des éléments clés du traitement créé par le Maudsley et utilisé dans les services d'hospitalisation et de consultations externes (Schmidt & Treasure, 2006). Dans cette partie, nous abordons ce que l'analyse de lettres de thérapeutes à leurs patients, suite à une remédiation cognitive, nous a enseigné (Tchanturia et al., 2008).

De manière générale, les lettres de fin de prise en charge ont plusieurs objectifs :

- Pour le sujet, il s'agit d'une bonne manière de résumer l'essentiel des 10 séances ;
- Pour le thérapeute, il s'agit d'une bonne manière d'envisager un travail futur avec le patient ;
- Il s'agit d'un résumé du travail qui peut être partagé avec l'équipe pluridisciplinaire, afin d'aider à maintenir les capacités et stratégies que le sujet a pu apprendre durant les séances de remédiation cognitive.

Les variables suivantes peuvent être analysées :
- satisfaction du thérapeute par rapport à la remédiation cognitive ;
- bénéfices de la remédiation cognitive pour les patients envisagés par les thérapeutes ;
- déroulement de la prise en charge.

Nous présentons ci-dessous l'analyse qualitative qui a été menée par deux chercheurs ayant eu recours à l'approche de la Grounded Theory (Easter & Tchanturia, 2011).

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Les thèmes les plus communs qui sont ressortis des analyses sont décrits avec des citations extraites des lettres afin de fournir des exemples pratiques.

Réfléchir et défier les styles cognitifs et les stratégies

Toutes les lettres ont décrit la capacité des sujets à identifier et réfléchir à des stratégies cognitives, pour réaliser des tâches, comme étant la première étape importante de la prise en charge.

> « *Tout au long de la remédiation cognitive vous avez montré une très bonne compréhension de la manière dont vous abordiez les tâches et vous avez pu décrire votre pensée et vos stratégies de manière très claire. Cela nous a permis de réfléchir ensemble sur les différents aspects (bons et moins utiles) de certaines stratégies, surtout lorsqu'il s'agissait de les appliquer à la vie quotidienne. Ainsi, cela nous a permis d'envisager diverses alternatives* ».

La description des réflexions des patients est souvent mise en lien avec leurs tentatives de défier ces processus de pensée. Ceci est souvent décrit sous la forme d'un processus permettant d'observer l'efficacité des styles cognitifs identifiés, de générer des alternatives et de les expérimenter..
Les styles cognitifs abordés dans les lettres comprenaient le perfectionnisme, l'attention portée sur les détails, la pensée dichotomique et la flexibilité cognitive.

Flexibilité cognitive

> « *Nous avons pu discuter du rapport entre la flexibilité cognitive et notre manière de percevoir les choses comme étant soit bonne, soit mauvaise, juste ou fausse, c'est-à-dire aux extrêmes, mais aussi de la réalité reflétée par ce mode de pensée. Ainsi, nous avons tenté de trouver comment donner plus de poids au milieu, et vous avez eu une super idée : imaginer un spectre allant du rouge au blanc (ou du noir au blanc), et imaginer des scénarios se situant vers le milieu du spectre (ex : penser en rose ou en gris !)* ».

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Ce processus de réflexion et de défi des styles cognitifs s'est poursuivi durant toute la durée de l'intervention et les patients ont été encouragés à continuer de l'utiliser dans le futur.

Etablir des liens entre les exercices et la vie quotidienne

L'étape où les sujets mettent en lien les styles de pensée avec des situations de leur vie quotidienne est une étape de la prise en charge mentionnée dans toutes les lettres. La plupart des exemples donnés par les thérapeutes concernent des situations où les difficultés de traitement holistique, global, et de flexibilité cognitive des patients venaient entraver leur fonctionnement au quotidien.

Flexibilité

Les thérapeutes ont fourni une grande diversité d'exemples montrant comment les sujets mettaient en lien les tâches de flexibilité cognitive avec la vie quotidienne. Les exemples les plus fréquents concernent des routines très strictes (faire la lessive et le ménage, routines du matin et du soir, emprunter la même route tous les jours, porter les mêmes vêtements, le même maquillage et la même coiffure). Voici l'exemple d'une patiente et du lien qu'elle a fait entre flexibilité cognitive et un exemple spécifique de sa vie quotidienne : difficulté à déplacer son attention parmi plusieurs objets / stimuli.

> « *Vous avez trouvé un super exemple où vous deviez diviser votre attention entre différentes conversations sur MSN Messenger. Vous m'avez dit que cela ne vous posait pas de problèmes avant mais que depuis que vous étiez malade, vous trouviez cette activité très compliquée.* »

Dans la citation ci-dessous, il est décrit comment un sujet est passé de la crainte du changement à la possibilité d'envisager les bénéfices que cela pourrait avoir dans sa vie quotidienne.

> « *Lors des premières séances, vous avez fait le lien entre les changements de règles et votre utilisation de listes dans votre vie quotidienne ; vous avez expliqué que vous arriviez parfois à effectuer des petits changements sur vos routines si nécessaire (ex : s'il y a une alarme dans le service, ou si vous recevez une facture inattendue), mais*

que cela générait pour vous beaucoup d'anxiété. D'autre part, vous avez expliqué que parfois, après avoir effectué un changement, vous ressentiez un énorme soulagement (ex : lorsque vous avez dormi trop longtemps et que vous n'avez pas pu être en avance dans la salle à manger commune). Après quelques séances, vous êtes devenue de plus en plus confiante pour vous imposer des tâches impliquant un changement actif de votre routine. Vous avez réussi à inclure de nouvelles activités telles que l'art et les jeux sur ordinateur. Une autre étape importante a été de faire une première séance sur l'utilisation d'internet. Lorsqu'est venue cette idée, vous vous êtes mise au défi de passer la journée sans planning et finalement, vous avez pu ressentir un important sentiment de réussite ! Il est important aussi de noter que vous vous êtes rendue compte qu'une ancienne routine (ex : être très active après 19h) pouvait être remplacée par une autre, plus souple (ex : prendre un bain relaxant une fois de temps en temps). Vous avez fait preuve de beaucoup d'initiative et d'adaptation.

Traitement holistique

Les exemples donnés par les thérapeutes, indiquant comment les sujets faisaient le lien entre le traitement holistique et leur vie de tous les jours, reflètent des situations où les patients sentaient qu'ils pouvaient se perdre dans les détails d'une activité et dans des comportements perfectionnistes, par exemple, dans des conversations, lorsqu'il faut transmettre succinctement des informations à quelqu'un, pour l'entretien du domicile (ménage, bricolage), pour écrire des cartes ou des lettres.

« *Nous avons discuté d'un exemple : assembler un meuble IKEA. Vous m'avez dit que vous redoutiez cela. Dans un sens, cette tâche requiert de faire attention aux détails et de travailler étape par étape, mais en même temps, elle nécessite d'avoir une idée globale du résultat ou objectif final vers lequel vous travaillez*. »

Les citations ci-dessous fournissent des exemples illustrant comment les tâches du genre « voir la forêt avant les arbres » ou « L'idée principale » pouvaient aider les patients à identifier des styles de pensée holistiques vs. détaillées et comment il était possible de tirer une stratégie de l'exercice et de l'appliquer à la vie quotidienne.

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

« *Lors de la tâche de « l'idée principale » vous avez su mettre en avant vos points forts ; vous avez réussi à résumer le message principal succinctement, vous avez constaté que cela était important pour transmettre des informations efficacement à autrui dans la vie quotidienne. Vous avez aussi su décrire comment le fait de se préoccuper trop des détails d'une situation (ex : votre relation avec votre père, la teneur calorique des repas) pouvait vous gêner pour voir les choses dans leur globalité et donc pour faire avancer les choses de manière plus productive. C'est bien de voir que vous êtes maintenant capable de distinguer des changements dans votre approche des choses, peut-être gardez-vous l'idée générale en tête plus souvent…* »

« Dans cette idée, vous avez mentionné que parfois les gens vous disaient que vous donniez trop d'informations ou que vous les répétiez trop lorsque vous leur expliquez des choses. Nous avions discuté d'une solution pour que vous puissiez vous souvenir de résumer lors de ces situations et vous avez eu la super idée de toujours dire « Le point principal est… » ou encore « Pour faire court… » ».

Applications de la remédiation cognitive et des tâches quotidiennes

Pour faire suite aux descriptions données par les thérapeutes concernant la façon dont les sujets faisaient le lien entre la remédiation cognitive et leur vie quotidienne, 83% des lettres décrivaient des situations où les patients avaient pu appliquer en-dehors des séances les compétences, réflexions et discussions travaillées dans le cadre de la thérapie de remédiation cognitive. Ces exemples concernent à la fois l'application des acquisitions dans des exercices à faire seul(e) et des applications plus spontanées dans un cadre de vie quotidienne. Les thérapeutes encouragent les patients à essayer de nouvelles façons de faire les choses et de considérer toujours l'image globale dans leurs activités quotidiennes.

« *… vous vous entraîniez à être plus flexible dans votre manière de penser en-dehors des séances. Vous tentiez de faire des tâches quotidiennes qui étaient différentes de votre routine. Par exemple, vous avez réussi à changer de maquillage et aussi à sacrifier votre émission TV préférée pour en regarder une autre !* »

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

« *Dans une autre mise en lien des tâches et de la vie quotidienne, vous avez parlé de trouver un équilibre entre faire le ménage et votre vie sociale : vous avez réussi à laisser votre sol sale afin d'être à l'heure pour voir vos amis. Cette décision reflète votre capacité à inclure le ménage dans le contexte de votre vie comme un tout et de le mettre en contrepoids avec votre vie sociale. Cette décision montre aussi votre capacité à être flexible, ce qui est une autre compétence que nous avons explorée durant la prise en charge…* »

« *Afin de travailler sur l'idée de la globalité, je vous avais demandé d'essayer de penser à l'image générale de vous-même afin de faire un exercice à domicile. Il s'agissait de réaliser un collage avec des images vous évoquant l'image générale que vous aviez de votre vie.*
Vous avez réalisé un très joli set de table avec vos parents contenant de belles photos qui vous rappelaient vous-même, vos animaux, votre famille et toutes les choses qui vous plaisent. Les méthodes que vous avez utilisées sur cet exercice et votre approche de votre travail artistique suggèrent que vous avez acquis les deux types de compétences (se concentrer sur les détails et voir l'image globale) qui vous aideront à penser à un futur pour vous-même et à avancer vers la guérison. »

Qui peut pratiquer la remédiation cognitive ?

La thérapie de remédiation cognitive peut être proposée par différents membres d'une équipe clinique, comme les infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux, et chercheurs. Tous les thérapeutes pratiquant la remédiation cognitive doivent avoir bénéficié d'une formation clinique, ainsi qu'un minimum d'expérience pratique avec des patients.

Il est fondamental que les thérapeutes aient suivi le programme de formation à la remédiation cognitive (2 jours de formation et suivi annuel), et qu'ils bénéficient d'une supervision régulière, en individuel ou en groupe. La supervision soit être réalisée par un clinicien formé à la thérapie de remédiation cognitive (psychologue clinicien, psychothérapeute, psychiatre). Bien que ce manuel et les tâches qui y sont proposées donnent une structure aux séances, il est important que tous les événements indésirables ou complications intervenant durant celles-ci soient discutés en supervision.

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

A propos de la supervision des thérapeutes

Quelques points ayant émergé des séances de supervision lors de l'étude pilote au Maudsley/King's College sont exposés ici.

Les thérapeutes ont besoin d'être supportés et encouragés, mais également qu'on leur rappelle le propos de la thérapie de remédiation cognitive, ce que l'on peut et ce que l'on ne peut pas faire. La thérapie de remédiation cognitive est proposée à des cas souvent sévères, il est donc bien sûr impossible pour le thérapeute de remédiation cognitive de répondre à toutes les problématiques et besoins des patients. Le superviseur peut mettre en évidence les déviations par rapport au protocole et aider le thérapeute à « garder le cap » pour les séances suivantes.

Les thérapeutes peu expérimentés peuvent rencontrer des difficultés à contenir les émotions des patients et à accueillir leur souffrance (voir la section Questions fréquemment posées pour plus d'informations sur les émotions dans la CRT, et pour des pistes de réponses aux questions les plus souvent posées par les patients)

Il peut être intéressant de filmer ou d'enregistrer les séances en vue de la supervision. Cela permet d'évaluer la pratique du thérapeute, sa motivation, et la qualité du style motivationnel)

Echelle de cotation du thérapeute en remédiation cognitive

Il existe différentes manières d'évaluer la fidélité du thérapeute par rapport à la thérapie de remédiation cognitive. Par exemple, il est possible de filmer les séances et d'utiliser l'échelle ci-dessous pour évaluer la fidélité entre les thérapeutes.

Echelle de cotation du thérapeute en remédiation cognitive (réponses cotées sur une échelle de Likert de 1 à 7).

1. Structure de la séance

Le thérapeute a-t-il guidé et structuré la séance de manière appropriée ?

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

2. Rythme de la séance.

3. Le style du thérapeute – Collaboration

Le thérapeute a-t-il créé une relation de collaboration avec le sujet ?

En quoi le style de communication du thérapeute est-il intéressant ? (Considérer : 1/ la vigueur de son langage ; 2/ l'originalité de ses idées ; 3/ la vivacité de sa manière de parler)

4. Techniques appropriées

Le thérapeute a-t-il suggéré des techniques de remédiation cognitive appropriées pour travailler sur le style de pensée du sujet ?

5. Réalisation adroite, avec habileté, utilisation des techniques.

6. Utilité de la séance

Le patient donnait-il l'impression d'avoir trouvé le contenu de la séance utile ?

7. Relation thérapeutique

Le thérapeute utilise-t-il la remédiation cognitive pour établir une relation thérapeutique avec le patient ?

8. Problème avec un patient

Etant donné les difficultés posées par ce patient, le thérapeute a-t-il été efficace ?

9. Enchaînement des séances

Le thérapeute a-t-il fait référence au contenu des séances précédentes et à des exemples de la vie quotidienne ?

10. Utilisation du manuel

Le thérapeute a-t-il utilisé le manuel de manière appropriée ?

11. Tâches à domicile

Le thérapeute a-t-il suggéré des tâches à domicile appropriées ? S'est-il renseigné du résultat des tâches faites en dehors des séances ?

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

12. Dans quelle mesure tout ceci correspond-il à la remédiation cognitive comme vous le comprenez ?

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

CHAPITRE

9

Questions fréquemment posées

Combien d'exercices devraient être réalisés par séance ?

10 exercices par séance est le maximum, cependant, il faut rester flexible car les patients ont un rythme différent au début de la thérapie. Les fiches d'évaluation du manuel ne sont que des suggestions de ce qu'il faut faire. Nous avons appris que faire moins peut aussi vouloir dire acquérir plus. Il est important de laisser du temps pour la réflexion, il est inutile de faire des tâches pour le simple fait d'en faire.

Que puis-je faire si mon patient n'éprouve aucune difficulté dans les tâches que nous mettons en œuvre durant une séance ?

Encouragez vos patients, repérez leurs forces cognitives et explorez les difficultés de stratégies qu'ils peuvent rencontrer dans leurs tâches quotidiennes. Si des problèmes sont identifiés, il faut travailler avec le patient pour identifier les solutions possibles et voir comment ses forces cognitives peuvent être appliquées dans la vie de tous les jours.

Comment puis-je encourager mon patient si il/elle ne parvient pas à trouver des exemples concrets de la vie quotidienne ?

Nous avons inclus dans le manuel des exemples venant de patients. Ces exemples peuvent permettre à votre patient de rebondir sur des choses qui font écho avec sa vie personnelle. Encouragez-le toujours à penser et réfléchir.

Que puis-je faire si mon patient souhaite parler de questions émotionnelles ou d'exemples en lien avec la nourriture/les émotions ?

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Tenez bon et essayez de recibler votre patient sur les objectifs de la séance et de la tâche. Ne perdez pas de vue la composante cognitive du problème, évitez d'entrer dans la problématique émotionnelle en rappelant au patient que ce n'est pas le but de la remédiation.
Si, à un moment de la remédiation le patient manifeste un débordement d'émotion, demandez-lui s'il est d'accord pour que vous en parliez à l'équipe clinique et à son référent. Mentionnez qu'il vous semble important qu'il reprenne ces éléments avec eux, en dehors du cadre de la CRT.

Que puis-je faire si mon patient me dit :

- qu'il/elle est ennuyé(e) par certains exercices ?

Avant d'éliminer l'exercice, essayez de savoir pourquoi. Il se peut que l'exercice soit trop facile ou trop difficile, dans ce cas, vous pouvez modifier le rythme auquel vous le réalisez. Vous pouvez aussi introduire de nouvelles tâches à essayer ; vous pouvez discuter des différents cadres dans lesquelles ces tâches peuvent être utilisées. Si jamais le patient a l'impression que tout cela est inutile et qu'il/elle souhaite partir, respectez son choix.

- qu'il/elle trouve certains exercices trop faciles ?

Observez la réussite des exercices et mentionnez que tout le monde ne trouve pas ces tâches aussi faciles, et qu'il est très impressionnant de les trouver toutes trop simples. Cependant, la plupart des exercices permettent un peu de créativité et permettent une augmentation de la difficulté. Il se peut aussi qu'il soit temps de travailler sur des exemples concrets de la vie quotidienne.

- qu'il/elle trouve certains exercices trop difficiles ?

Observez les difficultés et mentionnez qu'il est peut-être temps d'employer une stratégie différente. Par exemple, dans les tâches de Stroop ou d'Estimation, le fait de cacher une partie de l'exercice peut le rendre moins décourageant.

- si il/elle trouve certains exercices trop énervants, frustrants ?

Il est intéressant d'explorer quelle partie de la tâche est frustrante. Est-ce parce que la tâche est trop difficile ou trop facile ?

Que dois-je faire si le patient dit ne pas comprendre l'intérêt de la remédiation cognitive et le lien avec sa pathologie ?

Si cela se produit en début de prise en charge, vous pouvez expliquer qu'au fur et à mesure des séances, les styles de pensée évoqués par les tâches feront écho à des scénarios / comportements réels de la vie de tous les jours. Si la question se pose plus tard dans la prise

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

en charge, il peut être utile de revenir sur certaines tâches bien réussies par le sujet, d'en rediscuter et de les développer à nouveau.

Que puis-je faire si le patient n'a pas fait les expériences comportementales sur lesquelles nous nous étions mis d'accord dans la séance précédente ?

Bien évidemment, il faut trouver les raisons pour cela. Il se peut que le patient ait ressenti cela un peu trop comme un défi à ce moment de la thérapie, et qu'il ne se soit pas senti suffisamment préparé. Avec un peu plus de préparation (ex : vous discutez ensemble du scénario et des pensées qu'il peut générer), le patient peut réessayer cet exercice ou un autre. La liste des tâches comportementales du manuel est utile pour inciter des comportements à essayer.

Combien de temps devrait durer une séance ? Que dois-je faire si mon patient insiste pour dépasser le temps recommandé (parce qu'il/elle aime bien ou trouve cela utile) ?

Chaque séance devrait durer entre 30 et 40 minutes. La thérapie ne doit pas devenir épuisante pour le sujet. Si vous estimez que votre patient prend beaucoup de temps pour réaliser les exercices, dans ce cas, diminuez le nombre d'exercices qui peuvent être faits dans le temps imparti. Il se peut que votre patient passe beaucoup de temps à réfléchir aux exercices. C'est utile aussi, mais il faut trouver le bon équilibre entre les exercices et la réflexion, afin que le sujet puisse bénéficier des deux.

Le thérapeute peut-il encourager à la réflexion sur les exercices durant les deux premières séances ?

Dès la première séance, vous aurez certainement une idée générale de votre patient et de comment il se débrouille pour faire les exercices. S'il réalise les tâches avec beaucoup de facilité (ex : est rapide et bon à la flexibilité, est doué pour la description d'une image globale, et à l'air satisfait de commencer à réfléchir et prendre du recul sur une tâche), le thérapeute peut commencer à encourager la réflexion dès la deuxième séance.

Quand est-il recommandé de commencer les tâches comportementales ?

Cela dépend beaucoup de la personne. Certains patients sont prêts à commencer les tâches comportementales dès la deuxième ou troisième séance ; d'autres ne seront prêts que plus tardivement (séances 6 ou 7). Nous avons aussi eu quelques patients qui ont dit ne jamais être parvenus à mettre en application dans la vie quotidienne les stratégies apprises durant les

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

séances. Avec ces patients, une grande partie du temps était consacrée à la réflexion sur les styles de pensée et sur les différentes stratégies mis en jeu dans les exercices.

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Annexe

Evaluations neuropsychologiques utilisées dans l'étude pilote

Test de Brixton (Burgess & Shallice, 1997)

Dans cette tâche, il est demandé au sujet de prédire le mouvement d'un cercle bleu, qui change de position après chaque réponse. Une règle doit être inférée à partir des mouvements du cercle déjà observés, afin de pouvoir prédire sa prochaine position. La règle de mouvement change de façon imprévue de temps en temps, le sujet doit donc l'abandonner et déterminer la nouvelle règle.

Trail Making Test (Kravariti, 2001)

Une version informatisée a été utilisée, dans laquelle la tâche est présentée sur un écran d'ordinateur, une souris est utilisée pour répondre. Trois niveaux sont proposés au sujet : une tâche contrôle motrice, qui implique de cliquer sur une « balle » en mouvement ; une séquence alphabétique croissante (20 lettres) ; et une séquence lettres/chiffres (20 nombres ou lettres)

Figure complexe de Rey (Osterrieth, 1944)

Cette tâche est utilisée afin d'observer le style d'organisation d'un sujet, grâce à la construction et la copie d'une figure complexe. Une feuille blanche est donnée au sujet, ainsi que la figure. Il lui est demandé de copier cette figure aussi précisément possible. Des crayons de couleur (qui sont changés pendant la réalisation de la figure par le sujet), ainsi qu'un enregistrement vidéo sont utilisés pour améliorer la qualité des données recueillies. Un système de cotation a été développé spécifiquement pour la cohérence centrale (Booth, 2006). Cette cotation permet l'obtention d'un index de cohérence centrale, qui résulte de scores indépendants donnés en fonction de l'ordre de la construction, de sa forme, et du style

Tâche de Cat-Bat (Eliava, 1964 ; Tchanturia et al., 2002)

Dans cette tâche, il est demandé au sujet de compléter le plus rapidement et correctement possible, des lettres manquantes dans une histoire courte présentée sur papier. Dans la première partie de l'histoire, le contexte suggère au participant de répondre par la lettre « c », afin de reconstruire le mot « cat ». Dans la seconde partie de l'histoire, le contexte change et

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

le mot « cat » n'est plus approprié. Le sujet doit alors répondre avec la lettre « b » pour former le mot « bat ». Le nombre d'erreur de persévération est compté, et la tâche est chronométrée.

Tâche des illusions haptiques (Tchanturia et al., 2001, 2004 ; Uznadze, 1966)

Il s'agit d'une tâche de flexibilité perceptuelle. La version utilisée consiste à présenter au sujet trois balles en bois : deux petites balles de même taille (5 cm de diamètre), et une balle plus grande (8 cm de diamètre). Il est demandé au participant de juger la taille relative de deux balles qu'il tient dans chacune de ses mains, en gardant les yeux fermés. Au départ, on place la grande et une des petites balles dans les mains du sujet. Cette configuration est répétée 15 fois (la même balle est placée dans la même main pour chaque essai). Puis, pendant la « phase critique » (30 essais), on donne au sujet les deux petites balles, une dans chaque main. On leur demande s'ils perçoivent une différence entre les deux balles. La plupart des sujets de la population générale ont l'illusion que la balle qu'ils tiennent dans la main où était précédemment la grande balle est la plus petite des deux. Le nombre d'essais où cette illusion est perçue constitue une mesure de la rigidité perceptuelle.

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Références

Thérapie de Remédiation Cognitive dans l'Anorexie Mentale

BALDOCK, E. & TCHANTURIA, K. (2007). Translating laboratoryresearch into clinical practice: foundations, functions and future of cognitive remediation therapy for anorexia nervosa. *Therapy, 4(3)*, 285-292.

CWOJDZINSKA, A., MARKOWSKA-REGULSKA, K., & RYBANOWSKI, F. (2009). Cognitive remediation therapy in adolescent anorexia nervosa-case report. *Psychiatria Polska, 43(1),* 115-124.

DAVIES, H. & TCHANTURIA, K. (2005). Cognitive remediation therapy as an intervention for acute anorexia nervosa. A case report. *European Review of Eating Disorders, 13,* 311-316.

EASTER, A & TCHANTURIA, K. (2011). Therapists' Experiences of Cognitive Remediation Therapy for Anorexia Nervosa: Implications for working with adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 16(2)*, 233-246.

GENDERS, R., & TCHANTURIA, K. (2010). Cognitive Remediation Therapy (CRT) for anorexia in Group Format: A pilot study. *Eating and Weight Disorders, 15(4)*, e234-e239.

GENDERS, R., DAVIES, H., ST LOUIS, L., KYRIACOU, O., HAMBROOK, D., & TCHANTURIA, K. (2008). Long-term benefits of CRT for Anorexia. *British Journal of Health Management, 14(12),* Suppl 15-19.

PRETORIUS, N., & TCHANTURIA, K. (2007). Anorexia Nervosa: How people think and how we address it in cognitive remediation therapy. *Therapy, 4(4),* 423-431.

TCHANTURIA, K., WHITNEY, J., & TREASURE, J. (2006). Can cognitive exercises help to treat anorexia nervosa? A case report. *Eating and Weight Disorders, 11(4),* e112-e117.

TCHANTURIA, K., DAVIES, H., & CAMPBELL, I. (2007). Cognitive Remediation Therapy for patients with anorexia nervosa: preliminary findings. *Annals of General Psychiatry, 6(14).*

TCHANTURIA, K., DAVIES, H., LOPEZ, C., SCHMIDT, U. TREASURE, J., & WYKES, T. (2008). Neuropsychological task performance before and after cognitive remediation in anorexia nervosa: A pilot case series. *Psychological Medicine, 38(9)*, 1371-1373.

TCHANTURIA, K., & HAMBROOK, D. (2009). Cognitive Remediation. In C. GRILO & J. MITCHELL (Eds.), *The Treatment of Eating Disorders, Clinical Handbook* (pp.130-150). New-York: Guilford Press.

TCHANTURIA, K., & LOCK, J. (2011). Cognitive Remediation Therapy (CRT) for Eating Disorders: Development, Refinement and Future Directions. *Current Topics in Behavioral Neurosciences, 6,* 269-287.

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

WHITNEY, J., EASTER, A., & TCHANTURIA, K. (2008). Service users' feedback on cognitive training in the treatment of anorexia nervosa: a qualitative study. *International Journal of Eating Disorders, 41(6),* 542-550.

Etudes neuropsychologiques en lien avec la Thérapie de Remédiation Cognitive dans l'Anorexie Mentale

BOOTH, R. (2006). *Local-Global Processing and Cognitive Style in Autism Spectrum Disorders and Typical Development.* London King's College: Institute of Psychiatry.

CASPER, R.C., HEDEKER, D., & MCCLOUGH, J.F. (1992). Personality dimensions in eating disorders and their relevance for subtyping. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31,* 830-840.

GILLBERG, I., GILLBERG, C., RASTAM, M., & JOHANSSON, M. (1996). The cognitive profile of anorexia nervosa: a comparative study including a community based sample. *Comprehensive Psychiatry, 37(1),* 23-30.

GREEN, M.W., ELLIMAN, N.A., & WAKELING, A. (1996). Cognitive functioning, weight change and therapy in anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research, 30,* 401-410.

KINGSTON, K., SZMUKLER, G, & ANDREWES, D. (1996). Neuropsychological and structural brain changes in anorexia nervosa before and after refeeding. *Psychological Medicine, 26,* 15-28.

LOPEZ, C., TCHANTURIA, K., STAHL, D., BOOTH, R., HOLLIDAY, J., & TREASURE, J. (2008). An examination of the concept of central coherence in women with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 41(2),* 143-152.

LOPEZ, C., TCHANTURIA, K., STAHL, D., TREASURE, J. (2008). Central coherence in eating disorders: a systematic review. *Psychological Medicine, 38(10),* 1393-1404.

MIYAKE, A., FRIEDMAN, N.P., EMERSON, M.J., WITZKI, A.H., & HOWERTER, A. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex 'frontal lobe' tasks: a latent variable analysis. *Cognitive Psychology, 41,* 49-100.

ROBERTS, M., TCHANTURIA, K., STAHL, D., SOUTHGATE, L., & TREASURE, J. (2007). A systematic review and meta-analysis of set-shifting ability in eating disorders. *Psychological Medicine, 37,* 1-12.

ROBERTS, M., TCHANTURIA, K., & TREASURE, J. (2010). Exploring the Neurocognitive Signature of Poor Set-shifting in Anorexia and Bulimia Nervosa. *Journal of Psychiatric Research, 44(14),* 964-70.

SCHMIDT, U. & TREASURE, J. (2006). Anorexia nervosa: valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology, 45,* 1-25.

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

SOUTHGATE, L., TCHANTURIA, K., & TREASURE, J. (2009). Neuropsychology in Eating Disorders. In S. WOOD, N. ALLEN, & C. PANTELIS (Eds.), *The Neuropsychology of Mental Illness* (pp.316-325). Cambridge: Cambridge University Press.

SZMUKLER, G.I., ANDREWES, D., & KINGSTON, K. (1992). Neuropsychological impairment in anorexia nervosa: before and after refeeding. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 14,* 347-352.

TCHANTURIA, K., SERPELL, L., TROOP, N., & TREASURE, J. (2001). Perceptual illusions in eating disorders: rigid and fluctuating styles. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 32,* 107-115.

TCHANTURIA, K., MORRIS, R.G., SURGULADZE, S., & TREASURE, J. (2002). An examination of perceptual and cognitive set shifting tasks in acute anorexia nervosa and following recovery. *Eating and Weight Disorders, 7,* 312-315.

TCHANTURIA, K., ANDERLUH, M.B., MORRIS, R.G., RABE-HESKETH, S., COLLIER, D.A., SANCHEZ, P. & TREASURE, J.L. (2004). Cognitive flexibility in anorexia nervosa and bulimia nervosa.. *Journal of the International Neuropsychological Society, 10(4),* 513-520.

TCHANTURIA, K., MORRIS, R.G., & ANDERLUH, M.B. (2004). Set-shifting in anorexia nervosa: an examination before and after weight gain, in full recovery and the relationship to childhood and adult OCPD. *Journal of Psychiatric Research, 38,* 545-552.

TCHANTURIA, K., CAMPBELL, I.C., MORRIS, R., & TREASURE, J. (2005). Neuropsychological studies in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 37*, S72-S76.

VITOUSEK, K. & MANKE, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 137-147.

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

Autres travaux sur lesquels est basée la Thérapie de Remédiation Cognitive dans l'Anorexie Mentale

ANDERLUH, M., TCHANTURIA, K., RABE-HESKETH, S., & TREASURE, J. (2003). Childhood obsessive-compulsive personality traits in adult women with eating disorders: defining a broader eating disorder phenotype. *American Journal of Psychiatry, 160*, 242-247.

BELL, M. & BRYSON, G. (2001). Work rehabilitation in schizophrenia: does cognitive impairment limit improvement ? *Schizophrenia Bulletin, 27*, 269-279.

BELL, M. & FOX, N.A. (2003). Cognitive and affective style: Individual differences in brain electrical activity during spatial and verbal tasks. *Brain and Cognition, 53*, 441-451.

BELL, M., BRYSON, G., GREIG, T., CORCORAN, C., & WEXLER, B.E. (2001). Neurocognitive enhancement therapy with work therapy: effects on neuropsychological test performance. *Archive of General Psychiatry, 58(8)*, 763-768.

BUHLMANN, U., DECKERSBACH, T., ENGELHARD, I., COOK, L.M., RAUCH, S.L., KATHMANN, N., WILHELM, S., & SAVAGE, C.R. (2006). Cognitive retraining for organizational impairment in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research, 144(2-3),* 109-116.

BULIK, C.M., BERKMAN, N.D., BROWNLEY, K.A., SEDWAY, J.A., & LOHR, K.N. (2007). Anorexia Nervosa Treatment: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *International Journal of Eating Disorders, 40(4),* 310-320.

CONNAN, F., CAMPBELL, I., KATZMAN, M., LIGHTMAN, S., & TREASURE, J. (2003). A neurodevelopmental model for anorexia nervosa. *Physiology & Behavior, 79*, 13-24.

CRANE, A., ROBERTS, M., & TREASURE, J. (2007). Are Obsessive-Compulsive Personality Traits Associated with a Poor Outcome in Anorexia Nervosa ? A Systematic Review of Randomized Controlled Trials and Naturalistic Outcome Studies. *International Journal of Eating Disorders, 40,* 581-588.

DAVIES, H., LAIO, T., CAMPBELL, I., & TCHANTURIA, K. (2009). Multidimensional self-reports as a measure of characteristics in people with eating disorders. *Eating and Weight Disorders, 14(2-3),* 84-91.

DELAHUNTY, A., REEDER, C., WYKES, T., MORICE, R., & NEWTON, E. (2002). *Revised Cognitive Remediation Therapy Manual*. London : Institute of Psychiatry.

DELAHUNTY, A., MORICE, R., & FROST, B. (1993). Specific cognitive flexibility remediation in schizophrenia. *Psychological Medicine, 23(1),* 221-227.

DOIDGE, N. (2007). *The Brain that changes itself.* London : Penguin Books.

DWECK, C.S. (2006). *Mindset in the New Psychology of Success*. New York : Random House.

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

ESLINGER, P., & OLIVERI, M. (2002). Approaching Interventions Clinically and Scientifically. In P.I. ESLINGER (Ed), *Neuropsychological Interventions – Clinical research and practice*. New York : Guilford University Press.

FEUERSTEIN, R. (1980). *Instrumental Enrichment: An Intervention Program for Cognitive Modifiability*. Baltimore, MD : University Park Press.

GILLBERG, I., RASTAM, M., WENTZ, E., & GILLBERG, C. (2007). Cognitive and executive functions in anorexia nervosa ten years after onset of eating disorders. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 29,* 170-178.

GOLDBERG, E. (2001). *The Executive Brain Frontal Lobes and the Civilized Mind*. Oxford : Oxford University Press.

GOLDBERG, E. (2005*). The Wisdom Paradox. How your Mind can Grow Stronger as your Brain Grows Older*. Bath: Simon & Schuster.

HOLLIDAY, J., TCHANTURIA, K., LANDAU, S., COLLIER, D. & TREASURE, J. (2005). Is impaired set-shifting an endophenotype of anorexia nervosa ? *American Journal of Psychiatry, 162*, 2269-2275.

JACOBI, C., HAYWARD, C., DE ZWAAN, M., KRAEMER, H.C., & AGRAS, W.S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin, 130*, 19-65.

JONES, B., DUNCAN, C., BROUWERS, P., & MIRSKY, A. (1991). Cognition in Eating Disorders. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 13*, 711-728.

KEYS, A., BROZEK, J., HENSCHEL, A., MICKELSON, O., & TAYLOR, H. (1950). *The biology of human starvation*. Minneapolis MN: University of Minnesota Press.

KLUMP, K.L., BULIK, C.M., KAYE, W.H., TREASURE, J., & TYSON, E. (2009). Academy for eating disorders position paper: Eating disorders are serious mental illnesses. *International Journal of Eating Disorders, 42(2)*, 97-103.

LEZAC, M., HOWIESON, D., & LORING, D. (2004). *Neuropsychological Assessment*, 4th edition. New York : Oxford University Press.

LOCK, J.D. & FITZPATRICK, K. (2009). Anorexia Nervosa. *British Medical Journal, Clinical Evidence, 1,* 1-19.

MAGUIRE, E.A., GADIAN, D.G., JOHNSRUDE, I.S. (2000). Navigation-related structural change in the hippocampi of taxi drivers. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 97(8*), 4398-4403.

MCGURK, S., TWAMLEY, E., SITZER, D., MCHUGO, G., & MUESER, K. (2007). A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 164(12),* 1791-1802.

MCINTOSH, V.W., JORDAN, J., CARTER, F.A., LUTY, S.E., MCKENZIE, J.M., BULIK, C.M., FRAMPTON, C.M.A., & JOYCE, P.R. (2005). Three psychotherapies for anorexia nervosa : a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry, 162(4),* 741-747.

MEDALIA, A. & CHOI, J. (2009). Cognitive Remediation in Schizophrenia. *Neuropsychology Review, 19,* 353-364.

MORICE, R. & DELAHUNTY, A. (1993). Integrated psychological therapy for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry, 163,* 414-415.

NATIONAL INSTITUTE OF CLINICAL EXCELLENCE (2004). Core interventions for the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and related eating disorders. National Collaborating Centre for Mental Health Leicester. London: British Psychological Society and Royal College of Psychiatrists. http://www.nice.org.uk/

MATHIAS, J. & KENT, P. (1998). Neuropsychological consequences of extreme weight loss and dietary restriction in patients with anorexia nervosa. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 20,* 548-564.

POWELL, T. & MALIA, K. (2003). The Brain Injury Workbook: Exercises for Cognitive Rehabilitation. Oxon: Speechmark.

REITAN, R.M. (1958). Validity of the Trail Making test as indicator of organic brain damage. *Perceptual & Motor Skills, 8,* 271-276.

RODER, V., MUELLER, D.R., MUESER, K.T., & BRENNER, H.D. (2006). Integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia : is it effective ? *Schizophrenia Bulletin, 32,* Suppl 1, S81-S93.

SCHNIEDER, P., SCHERG, M., DOSCH, H.G., SPECHT, H.J., GUTSCHALK, A., & RUPP, A. (2002). Morphology of Helsch's gyrus reflects enhanced activation in the auditory cortex of musicians. *Nature Neuroscience, 5(7*), 688-694.

SHERMAN, B.J., SAVAGE, C.R., EDDY, K.T., BLAIS, M.A., DECKERSBACH, T., JACKSON, S.C., FRANKO, D.L., RAUCH, S.L., & HERZOG, D.B. (2006). Strategic memory in adults with anorexia nervosa: are there similarities to obsessive compulsive spectrum disorders ? *International Journal of Eating Disorders, 39(6),* 468-476.

SIEGLE, G.J., GHINASSI, F., & THASE, M.E. (2007). Neurobehavioral therapies in the 21st century: summary of an emerging field and an extended example of cognitive control training for depression. *Cognitive Therapy Research, 31*, 235-262.

SOUTHGATE, L., TCHANTURIA, K., & TREASURE, J. (2005). Building a model of the aetiology of eating disorders by translating experimental neuroscience into clinical practice. *Journal of Mental Health, 14(6)*, 553-566.

SOUTHGATE, L., TCHANTURIA, K., & TREASURE, J. (2008). Information processing bias in anorexia nervosa. *Psychiatry Research, 160(2)*, 221-227.

STEINGLASS, J.E., WALSH, B.T., & STERN, Y. (2006). Set-shifting deficit in anorexia nervosa. *Journal of International Neuropsychology Society, 12*, 431-435.

STEVENSON, C.S., WHITMON, S., BORNHOLT, L., LIVESEY, D. & STEVENSON, R.J. (2002). A cognitive remediation program for adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Australian and New-Zealand Journal of Psychiatry, 36*, 610-616.

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.

TENCONI, E., SANTONASTASO, P., DEGORTES, D., BOSELLO, R., TITTON, F., MAPELLI, D., & FAVARO, A. (2010). Set-shifting abilities, central cohenrence, and handedness in anorexia nervosa patients, their unaffected siblings, and healthy controls : exploring putative endophenotypes. *World Journal of Biological Psychiatry, 11(6)*, 813-823.

TOKLEY, M. & KEMPS, E. (2007). Preoccupation with detail contributes to poor abstraction in women with anorexia nervosa. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 29(7)*, 734-741.

TREASURE, J., CLAUDINO, A.M., & ZUCKER, N. (2010). Eating disorders. *Lancet, 375(7914),* 583-593.

TREASURE, K., SOUTHGATE, L., TCHANTURIA, K., LOPEZ, C., & COLLIER, D. (2006). Gene environment and developmental issues in eating disorders. *Association Child and Adolescent Mental Health, 25,* 51-62.

VANDEREYCKEN, W. (2003). The place of inpatient care in the treatment of anorexia nervosa: Questions to be answered. *International Journal of Eating Disorders, 34,* 409-422.

WEXLER, B.E., ANDERSON, M., FULBRIGHT, R.K., & GORE, J.C. (2000).Preliminary evidence of improved verbal working memory performance and normalization of task-related frontal lobe activation in schizophrenia following cognitive exercises. *American Journal of Psychiatry, 157*(10), 1694-1697.

WYKES, T. & REEDER, C. (2005). *Cognitive Remediation Therapy for Schizophrenia: Theory and Practice.* London: Routledge Taylor and Francis Group.

WYKES, T. & HUDDY, V. (2009). Cognitive remediation for schizophrenia: it is even more complicated. *Current Opinion in Psychiatry, 22,* 161-167.

Références des instruments de mesure utilisés dans l'étude pilote

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, 4th edition – Text Revision (DSM-IV-TR).* Washington, DC: American Psychiatric Association.

BOOTH, R. (2006). *Local-Global Processing and Cognitive Style in Autism Spectrum Disorders and Typical Development.* London King's College: Institute of Psychiatry.

BURGESS, P.W. & SHALLICE, T. (1997). *The Hayling and Brixton Tests*. Bury St Edmunds, UK: Thames Valley Test Company Ltd.

ELIAVA, N. (1964). *A Problem of Set in Cognitive Psychology*. Tbilisi: Academic Press.

KRAVARITI, E. (2001). *A Neuropsychological Investigation of Adolescent Onset Schizophrenia.* London, King's College: Institute of Psychiatry.

OSTERRIETH, P. (1944). Test of copying a complex figure: contribution to the study of perception and memory. *Archives of Psychology, 30,* 206-356.

TCHANTURIA, K., SERPELL, L., TROOP, N., TREASURE, J. (2002). Perceptual illusions in eating disorders: rigid and fluctuating styles. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 32,* 107-105.

TCHANTURIA, K., MORRIS, R., SURGULADZE, S., & TREASURE, J. (2002). An examination of perceptual and cognitive set-shifting tasks in acute anorexia nervosa and following recovery. *Eating and Weight Disorders, 7,* 312-315.

UZNADZE, D.N. (1966). *The Psychology af Set*. New York : Consultants's Bureau.

ZIGMOND, A. & SNAITH, R. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67,* 361-370.

Tous droits réservés. S. Berthoz, D. Ringuenet, A.-S. Maria. Août 2014.