

8 Thérapie par entraînement attentionnel

M.-N. Levaux

Dans notre vie quotidienne, nous sommes fréquemment sujets à des pensées, images ou impulsions non souhaitées, répétitives et intrusives, c'est-à-dire qui interrompent notre activité en cours [1]. Dans ces circonstances, notre contrôle attentionnel déplace le foyer attentionnel de la tâche externe en cours et l'oriente vers des informations internes non reliées, réduisant la conscience pour ces informations externes et conduisant à des représentations superficielles de l'environnement et à une pauvre performance [2]. Par exemple, durant une conversation, des pensées intrusives peuvent entraîner une perte d'information importante, ou, durant une lecture, un vagabondage de pensées peut engendrer des difficultés de compréhension du texte [3]. Les intrusions de pensées constituent une caractéristique inhérente à l'esprit humain, de nature adaptative et même indispensable (par exemple, elles permettent à l'esprit de trouver une solution ou une alternative à un problème) [4]. Toutefois, dans certaines circonstances, les mécanismes qui gouvernent le flux des pensées peuvent devenir difficilement contrôlables et ainsi problématiques, ce qui conduit à un manque d'autocontrôle (ou d'auto-régulation) relatif à ses pensées. Les intrusions de pensées peuvent jouer un rôle important dans un grand nombre d'états psychopathologiques [5] et peuvent prendre différentes formes, telle que des inquiétudes, de la rumination, des obsessions et des pensées automatiques négatives [6].

Dans la schizophrénie, les intrusions mentales occupent une place importante dans l'émergence et le maintien de symptômes psychotiques, particulièrement les hallucinations et les idées délirantes. En effet, la tendance à expérimenter des pensées intrusives a été reliée à la propension aux hallucinations [7]. Les intrusions de pensées et les hallucinations auditives partagent des similarités qualitatives et se différencient davantage sur un mode quantitatif [8]. Les hallucinations peuvent représenter des pensées intrusives attribuées de manière erronée à une source externe [9]. Les idées délirantes peuvent être considérées comme des interprétations culturellement inacceptables de pensées intrusives [10] et peuvent être associées à des dimensions relatives à l'anxiété [11].

Différents processus psychologiques contribuent au développement et au maintien de pensées intrusives. Un modèle intéressant centré sur la vulnérabilité émotionnelle, le modèle du fonctionnement exécutif autorégulateur

(*Self-Regulatory Executive Function model*, S-REF [12-14]), développé par Wells et ses collaborateurs, nous renseigne sur ces processus psychologiques. Il suggère un mode, ou style, cognitivo-attentionnel (*cognitive attentional syndrome*) de traitement de l'information émotionnelle commun aux personnes souffrant d'un trouble émotionnel. Ce mode se caractérise par une focalisation excessive de l'attention sur soi ou « auto-centration » qui devient excessive, inflexible et incontrôlable, entre autres, par le biais d'un contrôle constant des événements qui pourraient constituer une menace — par exemple, *via* des ruminations et des inquiétudes ou à travers une surveillance métacognitive des pensées. Cette auto-centration facilite la détection des sensations, émotions et cognitions négatives ; elle intensifie et prolonge la détresse émotionnelle (affect négatif) ; elle initie une variété de stratégies inefficaces de *coping*, telles que des tentatives de contrôle et de suppression de pensées [15] ou le recours à des substances psychoactives [16] ; elle contribue à maintenir les croyances et les émotions négatives en empêchant le traitement des informations neutres et positives. Dans une telle perspective, une variété de troubles émotionnels résultent d'un cercle vicieux, dans lequel l'auto-centration attentionnelle (ou blocage) sur les pensées négatives, en association à des stratégies de *coping* contre-productives, maintient les émotions négatives et renforce les croyances métacognitives [17].

Parmi les mécanismes psychologiques qui interviendraient et joueraient un rôle important dans le processus pathogène d'auto-centration rigide décrit par Wells [12], les croyances métacognitives (croyances au sujet des processus de pensées ou significations données aux pensées) interviendraient dans le contrôle, la modification ou encore l'interprétation de nos propres contenus mentaux [18]. D'autre part, la capacité à contrôler de manière volontaire notre attention dépendrait d'un réseau « exécutif » (voir par exemple : [19]), notamment impliqué dans les opérations de désengagement flexible du foyer attentionnel de contenus internalisés (par exemple, des ruminations) et de la réorientation vers d'autres informations (externes ou internes ; par exemple, plus gratifiantes pour le *self* [20]). Parmi les mécanismes exécutifs, les capacités de mémoire de travail permettraient de renforcer la concentration dans les activités de la vie quotidienne qui requièrent des ressources cognitives élevées et de maintenir les buts accessibles en mémoire [21]. Les capacités d'inhibition seraient impliquées dans la suppression de pensées non voulues et la résistance à l'interférence dans des situations de conflits de pensées [22, 23]. Les capacités de flexibilité cognitive (ou de *mental set shifting*) et d'attention sélective seraient impliquées dans le déplacement du focus attentionnel d'une activité cognitive à une autre [23] et la focalisation de l'attention sur la tâche en cours [24]. Un autre mécanisme dit de « flexibilité de source » [25] permettrait

de gérer de manière flexible et en continu les ressources attentionnelles allouées à des informations internes ou « autogénérées » (telles que des pensées intrusives ou des ruminations) ou à des informations externes disponibles dans l'environnement (par exemple, écouter et comprendre le discours d'un interlocuteur ou suivre un film). Une compétition constante existe entre ces activités mentales internalisées et axées sur l'extérieur [25, 26]. Néanmoins, à certaines occasions, l'attention doit être volontairement (re)dirigée d'un contenu interne à un contenu externe, ou inversement.

Une technique prometteuse, l'*Attention Training Technique* (ATT [12, 27]), développée par Wells dans le cadre du modèle métacognitif des troubles émotionnels, vise à modifier le mode cognitivo-attentionnel caractéristique des personnes présentant des troubles émotionnels, en agissant sur les mécanismes psychologiques spécifiques considérés sous-tendre ce pattern dysfonctionnel. Par le biais d'exercices répétés d'attention auditive externe, le but de l'ATT est de diminuer la centralisation attentionnelle sur soi en optimisant le contrôle attentionnel volontaire et l'allocation des ressources attentionnelles. Le désengagement progressif de cette auto-centration et l'externalisation du focus attentionnel permettront à terme la désactivation des stratégies de régulation émotionnelle centrées sur des sensations physiques désagréables, la rumination et l'inquiétude, la libération des ressources pour le traitement des informations neutres et positives, et la modification de croyances dysfonctionnelles. Le but de l'ATT est d'apprendre à la personne à se détacher de ses pensées et à allouer son attention d'une manière flexible. À ce titre, l'entraînement attentionnel ne constitue en aucun cas une technique de distraction ou de relaxation en regard de certaines pensées perturbatrices ou d'émotions déplaisantes.

L'ATT fait partie de l'une des dix techniques identifiées par Wells pour atteindre la « pleine conscience détachée » dans le cadre d'une thérapie métacognitive (pour une description des différentes techniques, voir : [27]). La pleine conscience détachée est un état consistant en une conscience métacognitive décentrée des événements internes (particulièrement des pensées) et associée à une interruption du traitement de l'information négative. Elle s'illustre par des stratégies telles que décider de ne pas s'inquiéter en réponse à des pensées intrusives, permettre aux pensées d'occuper leur propre espace mental sans aucune action ou interprétation et les considérer comme des événements subjectifs qui ne font que transiter (pour une description détaillée du paradigme de « pleine conscience détachée », voir : [14, 27]).

Cette technique a précédemment été utilisée avec succès selon une approche en cas unique dans différents états psychopathologiques (pour une revue de la littérature : voir [17]) : le trouble panique et la phobie sociale (réduction des épisodes de paniques, des niveaux généraux d'anxiété et du degré de conviction dans les croyances fonctionnelles [28]), l'hypochondrie

(réduction de la fréquence, du nombre d'inquiétudes et des croyances problématiques liées à la santé ^[29]) et le trouble dépressif majeur (réduction des symptômes dépressifs et anxieux, diminution des ruminations, des pensées automatiques négatives et des croyances métacognitives négatives ^[30] ; effet bénéfique sur la symptomatologie dépressive ^[13, 31]).

Dans le cas de la schizophrénie, deux études de cas ont été publiées. Dans la première étude ^[32], la technique d'entraînement attentionnel a été appliquée à une personne âgée de 25 ans souffrant d'hallucinations auditives. Préalablement à l'intervention, un travail réalisé en thérapie cognitive et comportementale a permis à la personne de s'auto-attribuer la génération des hallucinations — plutôt que de les attribuer à des « entités » qui communiqueraient avec elle. Cependant, les voix étaient toujours perçues comme incontrôlables, demeuraient perturbantes et provoquaient distraction et rumination. Après huit séances d'ATT, des résultats bénéfiques ont été obtenus : une réduction de la sévérité des hallucinations auditives sur un questionnaire d'autoévaluation ; une diminution du nombre de voix entendues (deux au lieu de trois voix distinctes perçues) ; une réduction de la durée des hallucinations ; une diminution de la proportion des hallucinations ayant un contenu menaçant ou dénigrant. Ces résultats attestent de la diminution de l'auto-centration sur les hallucinations (cible de l'entraînement attentionnel) et non pas de la réduction de la propension à présenter des hallucinations.

La seconde étude de cas ^[33] a été réalisée sur l'efficacité de l'entraînement attentionnel pour réduire l'occurrence de pensées intrusives chez une personne âgée de 32 ans présentant une schizophrénie de type paranoïde. La personne se plaignait de fréquentes pensées involontaires qui l'assaillaient au quotidien et dont elle n'arrivait pas à se débarrasser : des pensées de type paranoïde concernant ses voisins et ses collègues (par exemple, des suspicions sur ce que les autres pourraient dire ou penser à son encontre), des ruminations relatives à des échecs passés et des inquiétudes relatives aux événements à venir. La focalisation sur soi excessive engendrait d'importantes difficultés de concentration (par exemple, lorsqu'il s'agissait de lire et de comprendre un texte), des troubles du comportement (par exemple, emportements colériques), une souffrance psychologique importante et un impact négatif sur les plans personnel et professionnel. À partir d'une analyse théorique des difficultés cognitives, quotidiennes et professionnelles rencontrées et en accord avec la plainte de la personne, il a été décidé que l'objectif de l'intervention par entraînement attentionnel serait de réduire l'auto-centration à travers l'amélioration des capacités de contrôle et de flexibilité attentionnelle. L'intervention a consisté en neuf séances d'entraînement attentionnel, complétées par une pratique à domicile. Un suivi à six mois a été réalisé à l'aide de questionnaires. Par rapport aux études précédentes qui examinaient essentiellement les progrès obtenus

à l'aide de méthodes descriptives (des graphiques présentant l'évolution de scores moyens à des questionnaires d'autoévaluation), des mesures pré- et post-traitement ont été sélectionnées pour tester l'efficacité mais surtout la spécificité de l'intervention conduite. En effet, dans le but d'évaluer l'effet de l'entraînement attentionnel de manière directe (les mécanismes psychologiques impliqués) et indirecte (les répercussions dans la vie quotidienne — plaintes subjectives cognitives, estime de soi, symptomatologie psychiatrique — et professionnelle — fonctionnement au travail), différents outils ont été administrés : des tâches de laboratoire, des mesures écologiques et des questionnaires d'autoévaluation. Les résultats obtenus indiquaient une amélioration des performances à des tâches mesurant des mécanismes psychologiques spécifiques en lien avec le contrôle attentionnel, à savoir les capacités de flexibilité attentionnelle, d'attention sélective et de résistance à l'interférence d'informations distractrices (mesurés à l'aide de sous-tests de la batterie informatisée d'évaluation de l'attention de Zimmerman et Fimm, 1994 [34]). L'optimisation des capacités de contrôle attentionnel s'est également traduite par une réduction des pensées intrusives dans une tâche d'ordination de chiffres propice au vagabondage de pensées, mais également dans des tâches écologiques de compréhension de textes et d'apprentissage de récits. En outre, l'intervention psychologique a également conduit à une augmentation du contrôle perçu sur les pensées (évalué par le *Thoughts Control Ability Questionnaire*, TCAQ [35]), une amélioration de l'efficacité et de la satisfaction perçue au travail (évalués par le *Work Behavior Inventory*, WBI [36]) et une réduction des symptômes psychotiques (évalués par le *Positive and Negative Syndrome Scale*, PANSS [36]). Il est important de préciser que l'intervention n'a pas été associée à une amélioration dans diverses tâches de contrôle évaluant des mécanismes psychologiques non ciblés par l'entraînement (par exemple, la capacité à inhiber un schéma de réponse dominant évalué par une tâche de « go/no-go »), ce qui atteste de la spécificité de l'intervention psychologique conduite. Une évaluation à six mois des symptômes psychotiques, mais également des compétences et de la satisfaction perçue au travail, atteste du maintien des effets bénéfiques de l'intervention.

D'autre part, quelques essais cliniques randomisés et contrôlés ont vu le jour au sein de populations cliniques et non cliniques : une étude sur l'efficacité de l'adjonction d'un entraînement attentionnel à une thérapie cognitive et comportementale classique chez des personnes présentant une phobie sociale [38] ; une étude sur l'efficacité de l'entraînement attentionnel par « autotraitement » chez des personnes présentant des manifestations obsessionnelles-compulsives élevées [39] ; une étude sur l'efficacité d'une séance unique d'entraînement attentionnel sur la fréquence de pensées intrusives chez des personnes présentant des manifestations obsessionnelles-compulsives [40] ; une étude sur l'impact de l'ATT sur la réduction de la douleur ressentie à une épreuve de résistance au froid chez des étudiants

en première année de psychologie ^[41]. Excepté pour cette dernière étude, les résultats obtenus à ces essais n'appuient pas l'efficacité de l'entraînement attentionnel. Néanmoins, de nombreuses limitations méthodologiques sont à considérer, pouvant influencer l'analyse des résultats. Premièrement, l'hétérogénéité au sein d'une catégorie diagnostique, à savoir le fait que des personnes respectant les critères d'un même trouble présentent en fait des profils très différents, notamment sur le plan des mécanismes psychologiques impliqués (voir par exemple : ^[42]), n'est pas prise en compte — notamment, l'utilisation du même nombre de sons pour tous les participants sans prendre en compte les différences individuelles concernant les ressources attentionnelles. Deuxièmement, l'utilisation standardisée de l'entraînement attentionnel dans des sessions de groupe était généralement assortie d'une même version préenregistrée de l'exercice à chaque séance, ce qui est susceptible d'entraîner un effet d'apprentissage et, ainsi, de réduire la quantité de ressources attentionnelles mobilisées durant les séances (cf. étude ^[38]). Troisièmement, différents aspects cliniques n'étaient pas suffisamment contrôlés, notamment les informations relatives à l'engagement effectif dans les exercices proposés à domicile (cf. étude ^[38]), au contrôle de la compréhension des fondements théoriques de l'intervention et de la pratique effective de l'entraînement attentionnel (cf. étude ^[39]), et le nombre de séances d'entraînement (par exemple, une unique séance : cf. étude ^[40]).

En résumé, les données essentiellement issues des études en cas unique indiquent que l'entraînement attentionnel constitue une stratégie d'intervention intéressante et prometteuse visant des processus psychologiques spécifiques en jeu dans le traitement d'une variété d'états psychopathologiques, tels que la schizophrénie (en traitement unique ou en combinaison avec une intervention de type métacognitive). Néanmoins, des études ultérieures sont nécessaires pour établir de façon définitive l'efficacité et la spécificité de cette technique, en prenant en compte les limitations sur le plan méthodologique, telles que, par exemple, l'utilisation de plans expérimentaux et de statistiques en cas unique plus rigoureux, le développement de tâches écologiques et de laboratoire plus objectives et spécifiques, la formulation de cas détaillée, tenant compte de l'hétérogénéité des profils rencontrés, selon une approche de type « clinométrique » permettant d'évaluer l'efficacité d'une intervention dont le contenu peut varier d'une personne à une autre (pour la description d'une telle approche, voir par exemple : ^[43]).

Description du programme

L'ATT ^[44] comprend trois types d'exercices d'attention externe portée sur des stimulus auditifs impliquant : l'attention sélective, la flexibilité attentionnelle ou le désengagement de l'attention (ou le *shifting* attentionnel), et l'attention divisée.

Différents sons, naturels ou artificiels, d'intensité variée et localisés à différents endroits (gauche, droite, devant, derrière) par rapport à la position de la personne sont sélectionnés au sein d'une même pièce et en dehors de la pièce. Le nombre de sons est fixé en fonction des difficultés rencontrées par la personne (évaluées durant la procédure) tout en étant suffisamment important pour que la procédure soit exigeante en termes de ressources attentionnelles. Six à neuf sons sont généralement proposés (pour des exemples de sons : [tableau 8.1](#)). Il n'est pas obligatoire de traiter tous les sons sélectionnés lors des phases d'attention sélective et de désengagement de l'attention (les deux premières phases de l'ATT), le nombre de sons utilisés pouvant uniquement servir à moduler la difficulté de l'exercice (à travers une plus grande mobilisation des ressources attentionnelles).

Durant toute la durée des exercices, il est demandé à la personne de fixer un point droit devant elle (par exemple, une lumière projetée sur un mur ou une marque sur un mur) et de rester visuellement focalisé sur ce dernier. Le thérapeute doit se situer en retrait, hors du champ de vision de la personne.

L'entraînement attentionnel commence ensuite par des exercices d'attention sélective dans lesquels le thérapeute va guider le foyer attentionnel de la personne sur des sons précis au sein de la panoplie de sons. Lors de cette phase d'attention sélective, on demande à la personne de focaliser son attention sur un son déterminé pendant 15 secondes et de résister à la distraction provoquée par les sons concurrents, puis de se reposer pendant 5 secondes. Durant ce premier exercice, les sons supplémentaires sont introduits au fur et à mesure que le thérapeute les nomme et sont maintenus jusqu'à la fin de la session d'entraînement.

Dans la phase successive de désengagement de l'attention, la personne va successivement être amenée à désengager son foyer attentionnel d'un son donné pour l'engager vers un autre son (associé à une localisation spatiale plus proche ou plus éloignée). L'exercice se déroule avec une rapidité

Tableau 8.1. Exemples de sons utilisés lors de l'entraînement attentionnel.

Sons proches (dans la pièce de consultation)	Sons éloignés (hors de la pièce de consultation)
La voix du thérapeute Le tapotement réalisé avec un Bic ou un autre instrument Le tic-tac d'une minuterie Le tic-tac d'une horloge Le battement d'un métronome Un son digitalisé émis par un ordinateur Le bruit de fond d'un ordinateur Le bruit de fond d'un ventilateur Le poste de radio	Le bruit de la circulation automobile Le chant des oiseaux Le brouhaha ambiant d'une cafétéria, d'un hall Le bruit d'une grille d'aération

croissante. Ainsi, au début de cette phase de l'exercice, la focalisation attentionnelle sur un son spécifique durera approximativement 10 secondes, alors qu'à la fin, la personne sera amenée à changer son foyer attentionnel toutes les 5 secondes environ.

Enfin, lors des exercices d'attention divisée, le thérapeute demande à la personne d'étendre son foyer attentionnel à l'ensemble des sons audibles dans l'environnement, et cela indépendamment de leur localisation spatiale. Cette dernière phase est la plus coûteuse en termes de ressources attentionnelles.

Une session d'entraînement attentionnel dure approximativement 12 minutes (5 minutes d'attention sélective, 5 minutes de désengagement de l'attention et 2 minutes d'attention divisée), mais la durée peut varier selon le niveau de difficulté avec laquelle la personne réalise chaque exercice et le nombre d'exercices proposés. Les trois phases de l'entraînement sont généralement administrées dans le même ordre. Il peut être également suggéré d'administrer les exercices d'attention de manière progressive à travers les sessions et au sein d'une même session (pour un exemple de contenu de séances : [tableau 8.2](#)), afin d'adapter la difficulté de la tâche progressivement au profil de ressources attentionnelles de la personne. Par ailleurs, afin de maintenir les exigences attentionnelles et exécutives à un haut niveau durant toute la procédure, la difficulté de la tâche doit être augmentée en identifiant progressivement des sons moins distincts dans la phase d'attention sélective, en augmentant la vitesse de transfert

Tableau 8.2. Exemple de contenu de sessions avec introduction progressive des exercices.

Sessions	Contenu des sessions
1	Examen du problème, justificatif et explicatif du programme
2	Focalisation de l'attention sur 1 son intérieur
3	Focalisation de l'attention sur 2 sons intérieurs
4	Focalisation de l'attention sur 3 sons intérieurs
5	Focalisation de l'attention sur 3 sons intérieurs + 1 son extérieur, déplacement de l'attention entre les sons
6	Focalisation de l'attention sur 3 sons intérieurs + 2 sons extérieurs, déplacement de l'attention entre les sons
7	Focalisation de l'attention sur 3 sons intérieurs + 3 sons extérieurs, déplacement de l'attention entre les sons
8	Focalisation de l'attention sur 3 sons intérieurs + 3 sons extérieurs, déplacement de l'attention entre les sons, attention divisée entre les sons
9	Focalisation de l'attention sur 3 sons intérieurs + 3 sons extérieurs, déplacement de l'attention entre les sons, attention divisée entre les sons

attentionnel durant la phase de flexibilité attentionnelle (de 10 secondes à 5 secondes) et en terminant la procédure avec une consigne d'attention divisée soutenue. Enfin, la variété des paramètres susceptibles d'être manipulés dans ces exercices (par exemple, le nombre et la nature des sons, la localisation spatiale des sons, la durée de focalisation sur un son donné dans la phase de désengagement attentionnel) favorise l'application de cette technique à d'autres environnements (notamment au domicile de la personne) et permet de limiter de potentiels effets d'apprentissage (qui pourraient découler de l'application d'une procédure similaire lors de chaque séance).

Préalablement à la mise en place d'un entraînement attentionnel, le thérapeute examine la nature du problème, la tendance à l'auto-centration et les croyances métacognitives (par exemple, les croyances positives et négatives sur le fait de s'inquiéter). Le justificatif théorique de l'entraînement attentionnel est alors présenté à la personne, de manière individualisée, c'est-à-dire à l'aide d'exemples tirés de la vie quotidienne de la personne au cours de l'anamnèse réalisée au préalable (une feuille reprenant les informations du justificatif théorique peut être transmise à la personne pour faciliter la rétention de l'information ; cf. Exemple). Ce justificatif théorique a comme but d'explicitier et d'illustrer le rôle des processus attentionnels (et métacognitifs) dans les difficultés et les symptômes présentés par la personne. Il est important et joue un rôle clé dans l'adhésion à la technique et son implémentation dans la vie quotidienne de la personne. Il est parfois utile de renforcer ou de revenir sur certains aspects du justificatif théorique lors des séances suivantes. Il faut également souligner à la personne le fait que la technique d'entraînement attentionnel ne vise en aucun cas la suppression ou l'évitement de certains contenus mentaux (par exemple, des ruminations, inquiétudes, obsessions) mais doit être considérée comme une pratique régulière visant à améliorer la flexibilité des processus attentionnels. À ce titre, l'entraînement attentionnel n'est pas un outil servant à faire face à une situation aiguë (par exemple, un moment de forte anxiété ou une attaque de panique), comme pourrait l'être, par exemple, une technique reposant sur le contrôle de la respiration. Il est également utile de mentionner à la personne qu'elle sera certainement confrontée, lors de la pratique de l'entraînement attentionnel, à l'émergence de pensées intrusives involontaires. Ces dernières devront être considérées comme « un bruit supplémentaire » auquel il ne faut pas essayer de résister et qui rend la focalisation de l'attention sur les sons externes plus difficile. Enfin, les attentes irréalistes de la personne à l'égard de la technique devront être discutées (par exemple, la technique ne doit pas être vue comme un outil permettant d'empêcher l'occurrence de pensées involontaires).

Exemple

Étape 1 : Justificatif théorique

Les pensées intrusives et le vagabondage de pensée sont des processus normaux qui arrivent dans la vie quotidienne. Cependant, les réponses à ces pensées intrusives et/ou les stratégies pour y faire face, telles que par exemple, ruminer et persévérer avec les mêmes pensées, contribuent à fermer les individus dans des cercles vicieux.

Dans votre vie quotidienne, il se peut que vous vous focalisiez sur une pensée qui viendrait à votre esprit souvent et pendant longtemps, comme par exemple un événement qui se serait mal passé. Ce phénomène est appelé « l'auto-centration ». Il a pour conséquence d'intensifier l'état émotionnel, les réactions internes (par exemple, les sensations physiques désagréables), d'augmenter les difficultés à penser à autre chose et peut contribuer au maintien de croyances et d'émotions négatives.

L'ATT permet de réduire l'auto-centration, d'augmenter les capacités de contrôle attentionnel, de diminuer la conscience de son propre fonctionnement mental et physique et de construire des croyances plus fonctionnelles concernant ce fonctionnement. Il consiste en des exercices d'attention sur des sons, comprenant trois composantes : l'attention sélective, la flexibilité attentionnelle et l'attention divisée. L'ATT n'est pas une technique de relaxation ou de distraction. Il est probable que vous ayez des pensées intrusives ou non volontaires pendant que nous pratiquerons l'ATT. Le but sera alors de continuer l'exercice et de considérer ces dernières comme du bruit ou des sons internes et transitoires.

Après la présentation du justificatif théorique, le thérapeute doit évaluer dans quelle mesure la personne perçoit l'entraînement attentionnel comme une technique pouvant ou non lui être bénéfique sur une échelle allant de 0 (pas du tout utile) à 100 (très utile) (cf. Exemple). L'anticipation d'une faible utilité (moins de 50) peut être considérée comme un indicateur du fait que le justificatif de la technique n'a pas été suffisamment bien perçu et/ou intégré et doit donc être renforcé (par exemple, en présentant des exemples concrets de la vie quotidienne de la personne dans lesquels sa tendance à l'auto-centration a entretenu des phénomènes de ruminations ou d'inquiétudes ou a accentué des sensations physiques désagréables). Dans le cas où la présentation de l'intervention est associée à une perception d'efficacité anticipée positive (plus de 50), la procédure d'entraînement attentionnel peut débiter.

Exemple

Étape 2 : Évaluation de la crédibilité

Évaluer le degré de crédibilité de l'ATT auprès de la personne avec la question suivante : « À quel point pensez-vous que l'ATT puisse être une technique utile dans votre cas ? Pouvez-vous me donner un nombre sur une échelle allant de 0 (pas du tout utile), à 100 (extrêmement utile) ? »

Il est à préciser également, qu'après chaque exercice, la personne est amenée à estimer la facilité avec laquelle elle arrive à exercer son attention sur une échelle allant de 0 (pas du tout) à 10 (très bien). C'est à ce stade que les difficultés de la procédure peuvent être pointées et discutées en expliquant que la procédure est exigeante et requiert de la pratique. Il est également important de remettre l'accent sur le but de l'entraînement attentionnel, qui n'est pas de supprimer tout autre matériel de la conscience mais d'allouer son attention d'une manière flexible, notamment par rapport aux pensées intrusives qui surgissent pendant les exercices. Lorsque l'estimation de facilité à pratiquer la procédure atteint les 80 %, la difficulté de l'exercice peut être augmentée.

Il est d'usage d'administrer les exercices d'entraînement attentionnel dans le cadre du cabinet de consultation — il faut généralement compter de huit à dix séances, mais le nombre de séances doit être adapté au profil des performances attentionnelles de la personne — en parallèle à la réalisation des exercices à domicile, et ce dans l'optique de progressivement amener la personne à s'approprier la technique et à l'utiliser dans sa vie quotidienne de manière autonome. La personne est invitée à pratiquer cette technique à son domicile une à deux fois par jour pendant une période de 10 à 15 minutes. La séquence de base des exercices doit être identique à celle de la session d'entraînement précédant l'exercice à domicile. Une feuille explicative est transmise à la personne pour l'aider dans la réalisation des exercices. Au début de chaque séance d'entraînement, le thérapeute recueille les commentaires et difficultés éventuelles rencontrées par la personne lors de la pratique des exercices à domicile. À la fin de chaque séance d'entraînement, les nouveaux exercices à domicile et les stimulus auditifs qui sont introduits dans l'environnement de la personne sont revus en détail. La pratique régulière fait partie intégrante d'une intervention psychologique fondée sur l'entraînement attentionnel et a pour objectif de permettre une généralisation de l'apprentissage attentionnel aux situations de vie négative (pensées intrusives négatives, ruminations, etc.) que rencontre la personne.

Exemple

Session d'entraînement avec procédure d'administration et consignes détaillées

Marche à suivre pour mettre en place une séance d'entraînement attentionnel (ATT).

Étape 1 : Évaluation de l'auto-centration (pré-intervention)

Évaluer le degré d'auto-centration (avant l'administration de l'ATT) à l'aide de la question suivante : *« En ce moment précis, à quel point votre attention est-elle focalisée sur vous-même ou sur votre environnement externe. Pouvez-vous me l'indiquer sur une échelle de - 3 (totalement focalisé sur l'extérieur) à + 3 (totalement autocentré) ? »*



▷ Étape 2 : Administration de l'entraînement attentionnel

Le thérapeute doit se situer en retrait, hors du champ de vision de la personne. Il faut prévoir (et planifier) l'utilisation de six à neuf sons (à adapter en fonction des ressources cognitives de la personne). Il n'est pas obligatoire de traiter tous les sons sélectionnés lors des phases d'attention sélective et de désengagement de l'attention (les deux premières phases de l'ATT), le nombre de sons utilisés pouvant uniquement servir à moduler la difficulté de l'exercice (à travers une plus grande mobilisation des ressources attentionnelles). Les trois phases de l'ATT (attention sélective, désengagement de l'attention, attention divisée) sont toujours administrées dans le même ordre. Le thérapeute devrait présenter l'ATT d'une manière lente, homogène et d'un ton consistant. Les consignes à administrer sont les suivantes (les sons mentionnés sont des exemples et devront être adaptés en fonction de l'environnement).

Attention sélective (environ 6 minutes)

« Focalisez votre attention sur un point précis (par exemple, une tache ou une marque sur le mur se trouvant devant vous). Je vais m'asseoir derrière vous, de sorte à ne pas interférer avec votre concentration. Veuillez garder les yeux ouverts pendant tout l'exercice. Je vais commencer par vous demander de focaliser votre attention sur différents sons dans cette salle, puis également en dehors de cette salle. Après ce premier exercice, je vous demanderai de focaliser votre attention sur différents sons puis de faire passer rapidement votre attention d'un son à l'autre, en fonction de mes consignes. Pendant la dernière partie de l'exercice, vous allez être amené(e) à élargir votre attention au maximum et à essayer de capter simultanément tous les différents sons présents. »

« Le but de la procédure n'est pas de vous distraire de vos pensées ou de vos sentiments mais de vous permettre de pratiquer de manière flexible votre attention. Vous pouvez avoir des pensées ou des sentiments durant l'exercice, c'est parfaitement normal, et, si c'est le cas, vous les traitez simplement comme des bruits additionnels et vous retournez à la focalisation de votre attention comme cela vous est expliqué. »

« Pour commencer, focalisez-vous sur le son de ma voix (son 1) [pause]. Portez à ce son toute votre attention, aucun autre son n'a de l'importance. Essayez d'allouer toute votre attention au son de ma voix [pause]. Ignorez tous les autres sons de votre environnement. Concentrez-vous uniquement sur le son de ma voix. Aucun autre son ne compte, focalisez-vous uniquement sur le son de ma voix. »

Ces instructions sont ensuite répétées pour chaque son.

Demander ensuite à la personne d'estimer la facilité avec laquelle elle arrive à exercer son attention sur une échelle allant de 0 (pas du tout) à 10 (très bien) :

« Pouvez-vous m'évaluer comment vous vous focalisez sur les sons sur une échelle allant de 0 (pas du tout) à 10 (très bien), en passant par 5 (moyennement) ? »

Désengagement de l'attention (environ 6 minutes)

« Maintenant que vous avez identifié les divers sons et que vous avez focalisé votre attention sur chacun d'entre eux, j'aimerais que vous déplaciez rapidement votre attention d'un son à l'autre à mesure que je les évoque [pause]. Premièrement, focalisez-vous sur le tapotement que je réalise avec mon

- ▷ *stylo (son 2). Aucun autre son n'est important, allouez toute votre attention à ce son [pause]. Si votre attention est captée par un autre son, réorientez votre attention sur le tapotement que je réalise avec mon stylo [pause]. »*

« Je vais maintenant vous demander de focaliser votre attention sur un son extérieur à ce cabinet de consultation. Pouvez-vous allouer votre attention au bruit de la circulation automobile dans la rue en contrebas (son 3, externe au cabinet de consultation). Concentrez-vous uniquement sur ce son, tous les autres sons ne sont pas importants [pause]. »

Procédez de manière identique pour les différents sons utilisés (en alternant entre les sons plus proches et les sons plus lointains) puis revenez sur les premiers sons utilisés.

« Pouvez-vous maintenant réorienter votre attention sur le son que je fais en tapotant avec mon stylo sur la table (son 2). Aucun autre son n'a de l'importance [pause]. »

Demander ensuite à la personne d'estimer la facilité avec laquelle elle arrive à exercer son attention sur une échelle allant de 0 (pas du tout) à 10 (très bien) : *« Pouvez-vous m'évaluer comment vous déplacez votre attention entre les sons sur une échelle allant de 0 (pas du tout) à 10 (très bien), en passant par 5 (moyennement) ? »*

Attention divisée (environ 3 minutes)

« Je vais maintenant vous demander d'étendre au maximum votre attention, rendez-la aussi vaste que possible et tentez de capturer tous les sons simultanément. Essayez de vous focaliser sur l'ensemble des sons que vous pouvez entendre, tant ceux de l'extérieur que ceux de l'intérieur du cabinet de consultation [pause]. Comptez intérieurement le nombre de sons que vous pouvez entendre simultanément [pause]. Essayez de capturer tous les sons simultanément, et décomptez-les [pause]. »

Demander ensuite à la personne d'estimer la facilité avec laquelle elle arrive à exercer son attention sur une échelle allant de 0 (pas du tout) à 10 (très bien) : *« Pouvez-vous m'évaluer combien de sons avez-vous réussi à entendre simultanément ? »*

Étape 3 : Évaluation de l'auto-centration (post-intervention)

Évaluer le degré d'auto-centration (post-ATT) à l'aide de la question suivante : *« En ce moment précis, à quel point votre attention est-elle focalisée sur vous-même ou sur votre environnement externe. Pouvez-vous me l'indiquer sur une échelle de - 3 (totalement focalisé sur l'extérieur) à + 3 (totalement autocentré) ? »*

Une absence de diminution de l'auto-centration est un indice de difficulté à réaliser l'exercice.

Étape 4 : Feedback

Susciter un feedback de la personne et explorer les éventuelles difficultés rencontrées lors de la réalisation de l'exercice. Travailler sur les éventuelles attentes erronées (par exemple, expliciter que l'ATT est une technique dont les effets découlent d'une pratique constante et non une stratégie à mettre en place de manière occasionnelle pour faire face à des pensées désagréables). Mettre en cause les croyances qui pourraient interférer avec l'ATT (par exemple, une croyance telle que : *« Cela ne marchera jamais avec moi, car je suis quelqu'un de* ▷

- ▷ *distract.*») Normaliser les éventuelles inquiétudes qui auraient été soulevées par l'ATT (phénomène rare). Rappeler que l'ATT ne vise pas à la relaxation ou à la distraction, mais à la focalisation volontaire de l'attention. Il est fréquent (et normal) d'expérimenter des pensées intrusives pendant la tâche. Les pensées automatiques involontaires expérimentées pendant l'exercice peuvent être considérées comme « un bruit de fond » rendant l'ATT plus difficile (et donc plus efficace).

Étape 5 : Implémentation de la technique à domicile

Fixer des tâches à domicile. La pratique de l'ATT à domicile est cruciale. Essayer d'implémenter la pratique de deux séances de 10-15 minutes quotidiennes (même si en pratique, il s'avère souvent que la personne pratique l'entraînement une seule fois par jour). Suivre la procédure utilisée en séance, mais adapter l'ATT à l'environnement quotidien de la personne. Travailler avec la personne sur la manière (aspects pratiques) d'implémenter la technique à domicile (par exemple, déterminer les sons disponibles à domicile, créer une cassette audio ou des sons digitalisés à utiliser, etc.). Revenir systématiquement en séance sur les difficultés que la personne a pu rencontrer pour implémenter la technique à domicile.

Évaluation des effets de l'entraînement attentionnel

L'évaluation de l'efficacité de l'entraînement attentionnel doit se faire à travers l'utilisation de mesures « directes », évaluant les processus ciblés par l'intervention. À ce titre, il paraît important de les identifier lors de l'évaluation psychologique.

Des questionnaires d'autoévaluation peuvent être proposés : le questionnaire des métacognitions (*Metacognitions Questionnaire*, MCQ [45, 46], pour une validation de la version française, voir : [47]), mesurant les croyances métacognitives inhérentes au style cognitif dysfonctionnel ciblé par l'entraînement attentionnel (et plus largement par la thérapie métacognitive), qui évalue cinq types de croyances et processus métacognitifs¹ caractérisant une variété de troubles émotionnels (tels que l'anxiété généralisée,

1. Les cinq types de croyances et processus métacognitifs : (1) les croyances positives sur l'inquiétude (exemples d'items : « Le fait de m'inquiéter m'aide à éviter des problèmes qui pourraient survenir », « Le fait de me tracasser m'aide à planifier l'avenir plus efficacement ») ; (2) les croyances négatives sur l'inquiétude (exemples d'items : « Quand je commence à me tracasser, je ne peux plus m'arrêter », « Je m'inquiète des pensées qui me viennent ») ; (3) la confiance cognitive (exemples d'items : « Je suis facilement distract(e) », « J'ai des difficultés à rester concentré(e) sur une chose pendant une période assez longue ») ; (4) le besoin de contrôle : « Je devrais garder en permanence le contrôle sur mes pensées », « Si je ne contrôlais pas mes pensées, je ne serais pas capable de fonctionner ») ; (5) la surveillance métacognitive (« Je réfléchis beaucoup sur mes pensées » ; « Je suis en permanence conscient(e) de mes pensées »).

les symptômes dépressifs, les troubles obsessionnels et compulsifs, ou encore les abus de substances [45, 48-50] ; le questionnaire sur l'aptitude de contrôle des pensées (*Thoughts Control Ability Questionnaire*, TCAQ [51], pour une validation de la version française, voir : [52]), qui évalue les différences individuelles dans la capacité perçue à contrôler les pensées intrusives ou involontaires.

Différentes tâches de laboratoires peuvent également être utilisées pour mesurer spécifiquement les mécanismes psychologiques sous-tendant le processus dysfonctionnel d'auto-centration : les capacités de contrôle attentionnel (par exemple, l'*Attention Network Task*, ANT [53]) ; la flexibilité cognitive (par exemple, les tâches « plus/moins » ou « local/global » [22]) ; la flexibilité de source (par exemple, la tâche de l'alphabet [54]) ; différentes autres composantes attentionnelles, telles que la résistance à l'interférence et l'attention sélective (par exemple, la batterie informatisée d'évaluation de l'attention [33]).

L'efficacité de l'entraînement attentionnel peut également être évaluée *via* des mesures plus « indirectes », découlant généralement de l'administration d'échelles évaluant la sévérité des symptômes faisant l'objet de la plainte de la personne. Ainsi, par exemple, l'amélioration d'un tableau clinique pourrait se refléter par une réduction des symptômes d'anxiété (par exemple, l'échelle d'anxiété de Spielberger, STAI ; pour une version française, voir : [55]), de dépression (par exemple, l'échelle de dépression de Beck, BDI-II ; pour une version française, voir : [56]), ou par un engagement moins fréquent dans des stratégies de régulation émotionnelle non adaptatives (par exemple, *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire*, CERQ ; pour une version française, voir : [57]).

Les cliniciens désireux de mesurer l'effet d'une intervention par entraînement attentionnel devraient ainsi privilégier une approche combinant l'utilisation de questionnaires d'autoévaluation et de tâches de laboratoire (voir [32], pour une telle approche).

Recommandations pour les cliniciens

La technique de l'entraînement attentionnel développée par Wells et ses collaborateurs vise directement les processus sous-tendant l'« auto-centration attentionnelle », style dysfonctionnel de traitement de l'information émotionnelle commun aux personnes souffrant d'un trouble émotionnel. À ce titre, elle apparaît comme une technique innovante et prometteuse dans l'arsenal des outils à proposer en intervention clinique. Les résultats des études actuelles appuient par ailleurs ce constat, mais des recherches cliniques méthodologiquement rigoureuses devront être menées afin d'établir de façon définitive l'efficacité et la spécificité de cette technique en prenant en compte les différentes limitations énoncées précédemment.

L'efficacité de cette approche a été évaluée dans le contexte de thérapie des hallucinations et des pensées paranoïdes chez des personnes présentant une schizophrénie. Les résultats sont prometteurs et indiquent l'importance de cibler les mécanismes en jeu dans ces problématiques, entre autres, les croyances métacognitives et les mécanismes exécutifs de contrôle attentionnel.

Le clinicien devra être particulièrement attentif à une série de recommandations. Premièrement, les exercices d'entraînement attentionnel devront être « taillés sur mesure ». Par exemple, il est primordial d'adapter le nombre et la nature des sons sélectionnés dans un entraînement attentionnel aux ressources cognitives de la personne. En effet, même si un entraînement attentionnel réalisé avec huit sons peut aisément s'envisager chez une personne dotée de bonnes capacités attentionnelles, il risque d'être trop difficile pour une personne présentant de faibles capacités attentionnelles (ou une diminution générale des ressources cognitives). La pratique des exercices à domicile devra également faire l'objet d'un travail collaboratif d'individualisation, en tenant compte des facteurs de contextualisation et des difficultés éventuelles rencontrées, tels que les bruits disponibles à domicile ou les horaires et activités de la personne (par exemple, déterminer avec la personne des activités durant laquelle elle pourrait réaliser les exercices, comme par exemple durant la promenade de son chien, dans la cuisine durant la préparation d'un repas ou encore sur son lieu de travail si celui-ci lui permet). Il peut être également intéressant pour une personne ayant une difficulté marquée à se désengager d'informations internes négatives, telles que des hallucinations, durant les exercices, d'incorporer ces pensées répétitives en tant que « sons » dans les exercices d'entraînement attentionnel. Cette modification permet de concrétiser plus directement en séance l'objectif de l'entraînement, à savoir le déplacement flexible du foyer attentionnel de contenus internes négatifs vers des contenus externes (flexibilité de source) et ainsi de permettre une meilleure adhésion de la personne à la technique, ainsi qu'une efficacité accrue des exercices réalisés. Finalement, la présence de déficits cognitifs (par exemple, chez les personnes présentant une schizophrénie), tels que des difficultés de mémoire, peut exiger l'adaptation de la procédure, telle que, par exemple, fournir par écrit les instructions pour structurer la procédure à domicile.

L'individualisation de la technique potentialise l'efficacité ainsi que la motivation à s'y engager pleinement. D'autres facteurs liés à la procédure attentionnelle permettent d'augmenter la motivation intrinsèque à participer à ce type d'intervention. L'ATT comprend des exercices faciles à administrer en séance et requiert peu de temps. Les exercices peuvent être réalisés par la personne en dehors du cadre de thérapie et facilitent la généralisation de l'entraînement en dehors du contexte de réhabilitation, ce qui augmente la validité écologique de l'intervention.

Il est également important de souligner l'importance d'une bonne compréhension et acceptation de la part de la personne du justificatif théorique de la thérapie et de l'objectif de celle-ci. Le niveau de conscience de la personne quant à ses symptômes semble également un prérequis à la pratique de l'entraînement attentionnel ; une intervention pour réduire les symptômes aigus et améliorer la conscience de la maladie doit être envisagée si nécessaire.

La technique doit ainsi s'intégrer dans une démarche s'appuyant sur la formulation d'une interprétation psychologique individuelle, c'est-à-dire une formulation de cas détaillée. Cette formulation se doit de prendre en compte le caractère multifactoriel des difficultés rapportées, de même que l'hétérogénéité des mécanismes qui les sous-tendent (mécanismes cognitifs, affectifs, motivationnels, relationnels). Une telle démarche, centrée sur la personne, devrait permettre, à travers une évaluation psychologique approfondie, de déterminer les processus psychologiques dysfonctionnels et leurs rôles dans le maintien des comportements problématiques. Cette formulation de cas individuelle, outre son rôle clé dans la compréhension de la dynamique du fonctionnement psychologique d'une personne, va permettre la mise en place d'une intervention psychologique spécifiquement adaptée aux caractéristiques de la personne ^[17].

Aussi, la technique ATT, initialement développée dans le cadre d'une thérapie métacognitive destinée à atteindre la « pleine conscience détachée » et à modifier les croyances métacognitives dysfonctionnelles au sujet des pensées, potentialisera-t-elle son efficacité à long terme par son intégration à d'autres types d'interventions ciblant les processus en jeu dans les problématiques rencontrées par la personne, telles que, par exemple, l'utilisation des autres techniques développées par Wells ^[27] pour atteindre la pleine conscience détachée, un travail ciblé sur les biais cognitifs en lien avec le développement d'idées délirantes — voir le programme d'entraînement aux habiletés métacognitives, EMC (*Metacognitive Training*, MCT ^[58-60], ou entraînement métacognitif, cf. chapitre 7), ou la thérapie d'acceptation et d'engagement (*Acceptation and Commitment Therapy*, ACT ^[61], cf. chapitre 10). Un exemple d'intervention psychologique individualisée, processuelle et intégrée ciblant les hallucinations et les idées délirantes est présenté ci-après.

Vignette clinique

Exemple d'une intervention individualisée, processuelle et intégrée ciblant les hallucinations et les idées délirantes : Jean

Jean est un jeune homme âgé d'une trentaine d'années, qui consulte pour des difficultés de concentration et la présence d'hallucinations envahissantes et d'idées délirantes dans son quotidien qui le perturbent, notamment dans ses relations sociales. Les hallucinations ont commencé par apparaître vers l'âge de 18 ans, lorsque Jean s'est retrouvé en retrait scolaire, social et sous l'emprise d'une consommation de drogues (alcool et cannabis).



- ▷ À l'anamnèse, Jean se plaint d'une grande fatigue, d'accès d'anxiété, d'un manque d'initiative pour participer à des activités dans la vie quotidienne et des activités sociales, et de la présence d'hallucinations auditives et d'idées érotomaniaques qui l'envahissent au quotidien. Il exprime également être « anosognosique » à certains moments, c'est-à-dire qu'il ne se rend pas toujours compte lorsqu'il se déconnecte de la réalité. Son souhait est de se « sentir plus libre ». Un bilan cognitif rapporte des difficultés spécifiques d'attention sélective et de résistance à l'interférence rétroactive.

Le travail thérapeutique a été guidé tout au long de la prise en charge par l'analyse des processus psychologiques dysfonctionnels (cognitifs, affectifs, motivationnels, relationnels) et leurs rôles dans le maintien des comportements problématiques observés chez Jean, afin de déterminer les interventions psychologiques les plus susceptibles de cibler ces processus et d'accompagner Jean dans son désir de liberté.

L'intervention s'est d'abord centrée sur les difficultés d'initiation rencontrées par Jean, notamment selon une approche d'activation comportementale (voir par exemple : [62]), en parallèle à l'établissement d'une relation de confiance.

Par la suite, le travail thérapeutique s'est orienté vers l'analyse et l'interprétation du phénomène d'entendre des voix. Ce travail a notamment permis de mettre en avant les ressources de Jean vis-à-vis de ce phénomène : une prise de recul par rapport à l'origine des voix qu'il attribue à une construction imaginaire, à l'effet de drogues et au besoin de combler un vide et de se construire des rêveries, des récits imaginaires.

L'accent a également été donné sur le rôle de certains biais cognitifs détectés chez Jean dans le développement et le maintien des idées délirantes en lien avec ses hallucinations. Un travail de prise de conscience dans la vie quotidienne a été réalisé à l'aide du programme d'entraînement aux habiletés métacognitives (EMC) [58-60].

Afin de potentialiser tout ce travail et accompagner Jean dans la mise en place d'interventions destinées à gérer les voix, l'ATT lui a été proposé, notamment suite à la mise en évidence de difficultés de contrôle attentionnel persistantes (au sein du bilan cognitif).

Ces différentes interventions thérapeutiques ont amené Jean vers une amélioration de l'ensemble de son tableau clinique, notamment une plus grande mise à distance des hallucinations.

Points clés

- La technique de l'entraînement attentionnel, développée par Wells et ses collaborateurs, vise directement les processus sous-tendant l'« auto-centration attentionnelle », style dysfonctionnel de traitement de l'information émotionnelle commun aux personnes souffrant d'un trouble émotionnel.
- Les exercices d'entraînement attentionnel doivent être « taillés sur mesure », en tenant compte du profil de la personne et du caractère multifactoriel des difficultés rencontrées, des facteurs de contextualisation, afin de potentialiser





l'efficacité ainsi que la motivation à s'y engager pleinement.

- La pratique régulière a pour objectif de permettre une généralisation de l'apprentissage attentionnel aux situations de vie négative (pensées intrusives négatives, ruminations, etc.) que rencontre la personne.
- Une bonne compréhension et acceptation de la part de la personne du justificatif théorique de la thérapie et de l'objectif, ainsi qu'un niveau de conscience satisfaisant de la personne quant à ses symptômes représentent des prérequis à la pratique de l'entraînement attentionnel.
- La technique potentialisera son efficacité à long terme par son intégration à d'autres types d'interventions ciblant les processus en jeu dans les problématiques rencontrées par la personne.

Bibliographie

- [1] Julien D, O'Connor KP, Aardema F. Intrusive thoughts, obsessions, and appraisals in obsessive-compulsive disorder: A critical review. *Clinical Psychology Review* 2009;27:366-83.
- [2] Smallwood J, Schooler JW. The restless mind. *Psychological Bulletin* 2006;132:946-58.
- [3] Schooler JW, Reichle ED, Halpern DV. Zoning out while reading: Evidence for dissociations between experience and metaconsciousness. In: Levin DT, editor. *Thinking and seeing: Visual metacognition in adults and children*. London: MIT Press; 2004. p. 203-26.
- [4] Klinger E. Thought flow: Properties and mechanisms underlying shifts in contents. In: Singer JA, Salovey P, editors. *At play in the fields of consciousness: Essays in the honor of Jerome L Singer*. Mahwah, NJ: Erlbaum; 1999. p. 29-50.
- [5] Sarason IG, Pierce GR, Sarason BR. Domains of cognitive interference. In: Sarason IG, Pierce GR, Sarason BP, editors. *Cognitive interference: Theories, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum; 1996. p. 139-52.
- [6] Clark DA, Rhyno S. Unwanted intrusive thoughts in nonclinical individuals. In: Clark DA, editor. *Intrusive thoughts in clinical disorders: Theory, research, and treatment*. New York, NY: Guilford; 2005. p. 1-29.
- [7] Jones SR, Fernyhough C. Rumination, reflection, intrusive thoughts, and hallucination-proneness: Towards a new model. *Behaviour Research and Therapy* 2009;47:54-9.
- [8] Moritz S, Larøi F. Differences and similarities in the sensory and cognitive signatures of voicehearing, intrusions and thoughts. *Schizophrenia Research* 2008;102:96-107.
- [9] Morrison AP. Psychosis and the phenomenon of unwanted intrusive thoughts. In: Clark DA, editor. *Intrusive thoughts in clinical disorders: Theory, research, and treatment*. New York, NY: Guilford; 2005. p. 175-98.
- [10] Morrison AP. The interpretation of intrusions in psychosis: An integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2001;29:257-76.

- [11] Morrison AP, Wells A. Relationships between worry, psychotic experiences and emotional distress in patients with schizophrenia spectrum diagnoses and comparisons with anxious and nonpatients groups. *Behaviour Research and Therapy* 2007;45:1593-600.
- [12] Wells A. Emotional disorders and metacognition: innovative cognitive therapy. New York: John Wiley & Sons; 2000.
- [13] Wells A, Fischer P, Myers S, Wheatley J, Patel T, Brewin C. Metacognitive therapy in recurrent and persistent depression: a multiple-baseline study of a new treatment. *Cognitive Therapy and Research* 2009;33:291-300.
- [14] Wells A, Matthews G. Attention and emotion: A clinical perspective. Hove, UK: Erlbaum; 1994.
- [15] Wegner DM, Schneider DJ, Carter SR, White TL. Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology* 1987;53:5-13.
- [16] Wills TA, Sandy JM, Shinar O, Yaeger A. Contributions of positive and negative affect to adolescent substance use: test of a bidimensional model in a longitudinal study. *Psychology of Addictive Behaviors* 1999;13:327-38.
- [17] Billieux J, Ceschi G, Van der Linden M. L'entraînement attentionnel: une technique d'intervention transdiagnostique. In : Van der Linden, M., Ceschi, G., Billieux, J., (Eds.). *Interventions psychologiques en psychopathologie cognitive*. Bruxelles : De Boeck ; 2015.
- [18] Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy* 2004;42:385-96.
- [19] Fernandez-Duque D, Posner M. Brain imaging of attentional networks in normal and pathological states. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 2001;23:74-93.
- [20] Van der Linden M. Fonctions exécutives et régulation émotionnelle. In: Meulemans T, Collette F, Van der Linden M, editors. *Neuropsychologie des fonctions exécutives*. Marseille: Solal; 2004. p. 137-53.
- [21] Kane MJ, Brown LH, McVay JC, Silvia PJ, Myin-Germeys I, Kwapil TR. For whom the mind wanders, and when: An experience-sampling study of working memory and executive control in daily life. *Psychological Science* 2007;18:614-21.
- [22] Brewin CR, Smart L. Working memory capacity and suppression of intrusive thoughts. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2005;36:61-8.
- [23] Miyake A, Friedman NP, Emerson MJ, Witzki AH, Howerter A, Wager TD. The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex "Frontal Lobe" tasks: A latent variable analysis. *Cognitive Psychology* 2000;41:49-100.
- [24] Engle RW. Working memory capacity as executive function. *Current Directions in Psychological Science* 2002;11:19-23.
- [25] Burgess PW, Simons JS, Dumontheil I, Gilbert SJ. The gateway hypothesis of rostral prefrontal cortex (area 10) function. In: Duncan J, Phillips L, McLeod P, editors. *Measuring the mind: Speed, control, and age*. Oxford, England: Oxford University Press; 2005. p. 217-48.
- [26] Burgess PW, Dumontheil I, Gilbert SJ. The gateway hypothesis of rostral prefrontal cortex (area 10) function. *Trends in Cognitive Sciences* 2007;11:290-8.

- [27] Wells A. Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques. *Journal of Rational-Emotive Cognitive-Behavior Therapy* 2005;23:337-55.
- [28] Wells A, White J, Carter K. Attention training: effects on anxiety and beliefs in panic and social phobia. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 1997;4:226-32.
- [29] Papageorgiou C, Wells A. Effects of attention training on hypochondriasis: a brief case series. *Psychological Medicine* 1998;28:193-200.
- [30] Papageorgiou C, Wells A. Treatment of recurrent major depression with attention training. *Cognitive and Behavioral Practice* 2000;7:407-13.
- [31] Wells A, Fischer P, Myers S, Wheatley J, Patel T, Brewin C. Metacognitive therapy in treatment resistant depression: a platform trial. *Behaviour Research and Therapy* 2012;50:367-73.
- [32] Valmaggia L, Bouman T, Schuurman L. Attention training with auditory hallucinations: a case study. *Cognitive and Behavioral Practice* 2007;14:127-33.
- [33] Levaux M-N, Larøi F, Offerlin-Meyer I, Danion J-M, Van der Linden M. The effectiveness of the attention training technique in reducing intrusive thoughts in schizophrenia: a case study. *Clinical Case Studies* 2011;10:466-84.
- [34] Zimmerman P, Fimm B. Test for Attentional Performance (TAP). Herzogenrath, Germany: PsyTest; 1994.
- [35] Gay P, D'Acremont M, Schmidt RE, Van der Linden M. Validation of a French adaptation of the Thought Control Ability Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment* 2007;24:101-7.
- [36] Bryson G, Bell MD, Lysaker P, Zito W. The Work Behavior Inventory: A scale for the assessment of work behavior for clients with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 1997;20:47-56.
- [37] Lépine J-P, Piron J-J, Chapatot E. Factor analysis of the PANSS in schizophrenia patients. In: Stefanis CN, Soltanos CR, Rabavilas AD, editors. *Psychiatry today: Accomplishments and promises*. Amsterdam, Netherlands: Experta Medica; 1989.
- [38] McEvoy P, Perini S. Cognitive behavioral group therapy for social phobia with or without attention training: a controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders* 2009;23:519-28.
- [39] Moritz S, Wess N, Treszl A, Jelinek L. The attention training technique as an attempt to decrease intrusive thoughts in obsessive-compulsive disorder (OCD): from cognitive theory to practice and back. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 2011;41:135-43.
- [40] Watson C, Purdon C. Attention training in the reduction and reappraisal of intrusive thoughts. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2008;36:61-70.
- [41] Sharpe L, Nicholson Perry K, Rogers P, Dear BF, Nicholas MK, Refshauge K. A comparison of the effect of attention training and relaxation on responses to pain. *Pain* 2010;150:469-76.
- [42] Billieux J, Lagrange G, Van der Linden M, Lançon C, Adida M, Jeanningros R. Investigation of impulsivity in a sample of treatment-seeking pathological gamblers: a multidimensional perspective. *Psychiatry Research* 2012;198:291-6.
- [43] Clare L, Linden DEJ, Woods RT, Evans SJ, Parkinson CH, Van Paaschen J, et al. Goal-oriented cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer disease: a single-blind randomized control trial of efficacy. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 2010;18:928-39.

- [44] Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York: The Guilford Press; 2009.
- [45] Cartwright-Hatton S, Wells A. Beliefs about worry and intrusions: The Metacognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders* 1997;11:279-96.
- [46] Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy* 2004;42:385-96.
- [47] Larøi F, Van der Linden M, d'Acremont M. Validity and reliability of a french version of the Metacognitions Questionnaire in a nonclinical population. *Swiss Journal of Psychology* 2009;68:125-32.
- [48] Myers SG, Wells A. Obsessive-compulsive symptoms: The contribution of metacognitions and responsibility. *Journal of Anxiety Disorders* 2005;19:806-17.
- [49] Spada MM, Hiou K, Nikcevic AV. Metacognitions, emotions, and procrastination. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 2006;20:319-26.
- [50] Wells A, Papageorgiou C. Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behaviour Research and Therapy* 1998;36:899-913.
- [51] Luciano J, Algarabel S, Thomas J, Martinez J. Development and validation of the thought control ability questionnaire. *Personality and Individual Differences* 2005;38:997-1008.
- [52] Gay P, D'Acremont M, Schmidt RE, Van der Linden M. Validation of a French adaptation of the Thought Control Ability Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment* 2007;24:101-7.
- [53] Fan J, McCandliss BD, Sommer T, Raz M, Posner MI. Testing the efficiency and independence of attentional networks. *Journal of Cognitive Neuroscience* 2002;14:340-7.
- [54] Gilbert SJ, Frith CD, Burgess PW. Involvement of rostral prefrontal cortex in selection between stimulus-oriented and stimulus-independent thought. *European Journal of Neuroscience* 2005;21:1423-31.
- [55] Spielberger C, Gorsuch R, Lushene R, Vagg P, Jacobs G. Manuel de l'inventaire d'anxiété état-trait. Forme Y. Paris: Éditions du Centre de Psychologie Appliquée; 1993.
- [56] Beck A, Steer R, Brown G. Inventaire de dépression de Beck (version 2 BDI-2). Paris: Éditions du Centre de Psychologie Appliquée; 1998.
- [57] Jermann F, Van der Linden M, d'Acremont M, Zermatten A. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ): Confirmatory factor analysis and psychometric properties of the French translation. *European Journal of Psychological Assessment* 2006;22:126-31.
- [58] Moritz S, Woodward TS. Metacognitive training for schizophrenia patients (MCT): A pilot study on feasibility, treatment, adherence, and subjective efficacy. *German Journal of Psychiatry* 2007;10:69-78.
- [59] Moritz S, Woodward TS. Metacognitive training in schizophrenia: From basic research to knowledge translation and intervention. *Current Opinion Psychiatry* 2007;20:619-25.
- [60] Moritz S, Kerstan A, Veckenstedt R, Randjbar S, Vitzthum F, Schmidt C, et al. Further evidence for the efficacy of a metacognitive group training in schizophrenia. *Behavior Research Therapy* 2011;49:151-7.

- [61] Hayes C, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change. New York, NY: Guilford Press; 1999.
- [62] Jacobson NS, Dobson KS, Truax PA, Addis ME, Koerner K, Gollan JK, Gortner E, Prince SE. A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1996;64:295-304.