

Article

« Le traitement du trouble délirant et ses aspects cognitifs »

Kieron P. O'Connor, Emmanuel Stip et Sophie Robillard
Santé mentale au Québec, vol. 26, n° 2, 2001, p. 179-202.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/014531ar>

DOI: 10.7202/014531ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org



Le traitement du trouble délirant et ses aspects cognitifs

Kieron P. O'Connor*

Emmanuel Stip*

Sophie Robillard*

Cet article fait état de la phénoménologie cognitive du trouble délirant (TD) et examine les modèles cognitifs actuels. Des études de cas ont mis à jour des résultats forts prometteurs concernant l'utilisation de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) pour traiter le TD, même si cette dernière n'en est qu'à ses débuts dans ce domaine. Bien que les étapes de la TCC pour traiter le TD soient très similaires à ceux de la TCC pour les autres troubles psychotiques, son approche comporte des différences considérables. Toutefois, il est primordial de combiner plusieurs stratégies afin de pouvoir modifier les inférences propres au TD. L'évaluation clinique des délires ainsi que l'application de la TCC comme traitement seront illustrées par deux études de cas comportant des diagnostics de TD à thème prédominant de persécution. Les cas ont requis des périodes de temps différentes lors des diverses étapes de la TCC, suggérant l'importance de poursuivre la TCC au besoin.

Le délire est une croyance anormale, immuable et nuisible, pouvant se manifester comme symptôme dans diverses conditions psychiatriques telles que le trouble obsessionnel-compulsif, la dysmorphophobie corporelle, l'anorexie, la dépression avec états psychotiques, la schizophrénie ainsi que d'autres troubles psychotiques. Cette fausse croyance personnelle est fondée sur des inférences tendancieuses de la réalité externe et elle est maintenue avec fermeté malgré l'opinion des gens et malgré le fait qu'il existe des preuves irréfutables du contraire. Un délire devrait être différencié d'une hallucination, qui est une fausse perception sensorielle (même si une hallucination peut entraîner le délire que la perception est réelle). Un délire devrait aussi être différencié d'une idée surévaluée, dans laquelle une croyance ou une idée irrationnelle est également maintenue, mais avec moins de fermeté que dans le cas d'un délire. Jaspers (1963) a fait une distinction entre les idées sur-

* Centre de recherche Fernand-Seguin.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier Marie-Claude Pélissier pour la révision de la traduction française de ce texte.

évaluées ou les idées presque délirantes qui sont plutôt issues d'un type de personnalité, d'une certaine humeur ou circonstance et, le délire primaire qui lui, est « incompréhensible » et provient d'un changement de signification (Bentall et al., 1994 : Fewtrell et O'Connor, 1995).

Le trouble délirant (TD), concept contemporain de la paranoïa, est caractérisé par la présence d'un ou plusieurs délires qui ne sont pas étranges et par l'absence relative de psychopathologie associée. Pour le moment, les délires sont classés en fonction de leur contenu prédominant et sont liés à des expériences qui peuvent survenir dans la vie de tous les jours : être traité avec malveillance (le type de persécution), avoir un problème corporel (le type somatique), être aimé à distance (le type érotomaniaque), avoir un partenaire infidèle (le type jaloux), avoir une estime de soi exagérée, une identité particulière, des connaissances ou un don supérieur (le type mégalomane).

Le TD entraîne une détresse notable et même si le fonctionnement social et professionnel demeure parfois adéquat, surtout dans un environnement favorable, des difficultés comportementales et interpersonnelles importantes subsistent, ainsi qu'un risque de contagion des proches (folie à deux) (Sacks, 1988). De plus, même si le lien direct entre la croyance délirante et le fait d'agir sur celle-ci n'est pas clair (Kennedy et al., 1992), il est probable qu'un comportement antisocial se développe si le délire fait jaillir une émotion forte (Bleuler, 1950) et s'il est associé à la catastrophe, à la persécution ou à la paranoïa (Wessely et al., 1993).

Étiologie

Le trouble délirant peut apparaître entre l'âge de 18 et 80 ans, mais plus souvent il débute entre 34 et 45 ans. Il peut affecter les deux sexes avec un ratio homme/femme de 0,85. Le TD est une pathologie chronique qui, une fois établie, dure souvent une vie entière. L'étiologie du trouble délirant est inconnue. Des facteurs de risque potentiels ont été mis de l'avant : l'âge, l'isolement social, la personnalité, l'isolement sensoriel, l'immigration, et la transmission familiale. Comparés aux membres des familles contrôles, les membres des familles de clients qui souffrent de TD ont une plus grande susceptibilité à la jalousie, à la méfiance, à la personnalité paranoïaque et au trouble délirant, sans toutefois être plus vulnérables à la schizophrénie ou aux troubles de l'humeur (Kendler et al., 1985). Des facteurs organiques (par exemple, les blessures à la tête, l'abus de drogues et d'alcool et les causes du vieillissement) peuvent jouer un rôle de déclencheur (Cummings, 1992 ; Munroe et Mok, 1995).

Le traitement du trouble délirant

Au cours des vingt dernières années, quelques articles ont décrit le traitement du trouble délirant de type somatique à l'aide de neuroleptiques, le pimozide ressortant comme la médication de premier choix (Munroe et Mok, 1995). Dernièrement, des recherches portant sur le traitement des délires à type de persécution, de jalousie et à type érotomaniaque ont été publiées (Munroe et Mok, 1995). Malheureusement, la majorité des recherches demeure anecdotique car, en raison de leur méfiance inhérente, les clients souffrant du trouble délirant sont particulièrement réticents à participer aux essais cliniques utilisant des médicaments psychotropes. Aussi, les résultats sont habituellement issus de cas uniques ou encore de cas trop peu nombreux. Si le client ne répond pas après six semaines de dosage raisonnable, il est généralement recommandé de faire l'essai d'antipsychotiques appartenant à une autre classe (comme l'halopéridol ou un autre neuroleptique atypique) (Opler et al., 1995). Le pimozide, comme le rispéridone, bloque les récepteurs post-synaptiques D2 et n'affecte que très peu les auto-récepteurs (McCoy et al., 1992). Le pimozide (Silva et al., 1998; Maeda et al., 1998) et le rispéridone (De Leon et al., 1997) ont tous deux démontré leur efficacité dans le cas de résistance au traitement des neuroleptiques conventionnels (McCoy et al., 1992; Songer et Roman, 1996; Buckley et al., 1994). Toutefois, en plus de causer des effets secondaires, le pimozide est soupçonné de pouvoir induire la dépression (Landry et Cournoyer, 1992) et des symptômes obsessionnels (Buckley et al., 1994). Une recension récente de plus de 150 articles sur les antipsychotiques, démontre que les neuroleptiques atypiques (le rispéridone, l'olanzapine, la quétiapine, la ziprasidone et l'amisulpiride) sont considérés comme le traitement de choix du trouble délirant en raison de leur moindre potentiel d'effets secondaires neurologiques nuisibles très handicapants pour les clients (Stip, 2000).

La loi autorise le traitement de personnes souffrant de délire qui refusent le traitement (refus catégorique du traitement, code du Québec) (Trudeau et al., 1999). Une recension récente de plusieurs de ces cas à l'hôpital Louis-H. Lafontaine démontre que le rispéridone a été la médication la plus prescrite et la plus tolérée (Trudeau et al., 1999). La médication favorise une amélioration de 15 à 30 % des symptômes : la préoccupation délirante est diminuée et l'humeur améliorée tandis que la rémission complète de la préoccupation n'est notable que dans des cas isolés.

La phénoménologie clinique du délire

Depuis la description classique de Jasper (1963), les cliniciens se sont interrogés quant à la nature qualitative du délire. Y a-t-il une

différence dans l'évolution des différents types du trouble délirant ? Existe-t-il un continuum entre les idées surévaluées et le délire ? Bien qu'il y ait une nette distinction entre le délire et les hallucinations, une zone grise existe encore entre le trouble délirant et quelques formes légères de schizophrénie. Opjordsmoen (1988) a soulevé la nécessité de faire la distinction entre le trouble délirant réactionnel (par exemple avec des facteurs précipitants) et le TD non réactionnel ; ce dernier ayant un meilleur pronostic.

Le délire peut être évalué selon sept dimensions indépendantes. La première dimension, la *force* de conviction, représente l'intensité avec laquelle la personne est convaincue de sa croyance. Sharp et al. (1996) ont remarqué que l'intensité de la conviction était variable dans le temps, qu'elle n'était pas toujours maintenue à 100 % en plus de varier selon l'humeur. La deuxième dimension, le niveau de *préoccupation* à propos de la conviction, indique dans quelle mesure la personne est préoccupée par sa conviction au quotidien. Théoriquement, un client pourrait avoir la très forte conviction délirante que des gens qui travaillent pour une organisation donnée le persécutent. Néanmoins, si cette organisation tenait un rôle minime dans sa vie quotidienne, il serait alors peu préoccupé. À l'inverse, une faible conviction pourrait être très préoccupante si elle était plus pertinente dans la vie quotidienne. La troisième dimension, la *perspicacité* reflète dans quelle mesure l'individu est conscient que sa croyance est anormale et irrationnelle, ce qui représente une disposition psychologique subjective. La quatrième dimension, *agir* en fonction des croyances, correspond aux actions et aux plans appliqués dans la réalité à cause de cette croyance. Cela fait référence aussi bien à la réalisation (ou non) d'actions bien spécifiques, comme frapper quelqu'un, qu'à des changements majeurs dans sa vie privée, comme déménager ou émigrer dans un autre pays. La cinquième dimension, la *systématisation* de la conviction, correspond à son intelligibilité et à sa conjoncture. Tous les événements dans la vie du client sont-ils interprétés via le délire ? Existe-t-il un thème commun reliant les différents effets à la même cause ou au même motif ? La manifestation d'un état paranoïaque est-elle reliée, par exemple, à quelconques facettes de vie ? Est-elle au contraire liée à un domaine spécifique ?

La sixième dimension réside en la capacité de la personne à *parler ouvertement* de ses croyances. Par exemple, a-t-elle tendance à les communiquer aux autres même si elle est convaincue de leur exactitude ou au contraire, à les garder secrètes, suggérant une méfiance profondément cultivée et une réticence à s'exposer aux autres. Finalement, la septième dimension évalue si la personne est *réceptive aux arguments contraires*

ou aux contradictions hypothétiques, qu'elles soient suggérées par elle-même ou par les autres. La personne a-t-elle défendu ses croyances ou a-t-elle considéré les preuves contraires à ses convictions ? Le *Reaction to Hypothetical Contradiction Test* (un test mesurant la réaction face aux contradictions hypothétiques) développé par Brett-Jones et al. (1987) aborde spécifiquement cette réceptivité aux arguments contraires.

Les trois dernières dimensions (la systématisation du délire, parler ouvertement des croyances et la réceptivité aux arguments contraires) semblent plutôt liées au maintien de la croyance qu'à son intensité, puisqu'elles garantissent la confirmation à perpétuité de cette conviction. Le *Maudsley Assessment of Delusions Schedule* (MADS) (Buchanan et al., 1993) est un outil de recherche comprenant une évaluation inter-juges, qui examine en détail la phénoménologie du délire. Il fournit une évaluation multidimensionnelle selon les huit dimensions suivantes : la conviction, le maintien de la croyance, l'émotivité, l'action, l'idiosyncrasie, la préoccupation, la systématisation et la perspicacité (insight). Le *Brown Assessment of Beliefs Scale* (BABS) (Eisen et al., 1997) a été développé dans le but de déterminer le degré de conviction et de perspicacité des clients face à leurs croyances. Les pensées délirantes, comme les obsessions, sont conceptualisées comme existant sur un continuum de perspicacité qui varie entre *Bonne perspicacité*, *Faible perspicacité* (idées surévaluées) et *Aucune perspicacité* (pensées délirantes). Le BABS se base justement sur cette condition — que la perspicacité (par exemple, le degré du délire) existe sur un continuum. Le BABS cote de 0 à 4 (du moins sévère au plus sévère) sept dimensions qui sont à la base des croyances délirantes et non délirantes. Ces dimensions sont : la conviction, la perception des opinions des autres sur les croyances, l'explication des différentes opinions, l'inflexibilité des idées, chercher à contredire les croyances, la perspicacité et les idées/délires de référence. Le score total du BABS est obtenu en additionnant les six premiers items. Il est important de souligner l'idiosyncrasie des délires, de même que la distinction et la variabilité des composantes de la croyance délirante (Chadwick et Lowe, 1994 ; Garety et Hemsley, 1994). Chadwick et Lowe (1994) ont d'ailleurs souligné que la nature très individuelle du processus et du dénouement du délire favorisait l'utilisation du devis à cas unique (*single-subject design*).

La distinction entre les croyances obsessionnelles et les croyances délirantes

Le concept de l'*intensité* de la croyance est important lors du diagnostic différentiel entre le TD et celui du trouble obsessionnel-

compulsif (TOC). Un des points clés permettant de distinguer les croyances du TOC de celles du TD est l'intensité avec laquelle la conviction est maintenue. Les croyances obsessionnelles sont habituellement sous forme de doute. Par exemple : « Peut-être que la porte n'est pas verrouillée... peut-être vais-je contaminer quelqu'un... peut-être que non, mais je ne peux pas prendre le risque ». Toutefois, le délire est une croyance qui, sur une échelle se situe dans l'aire de la certitude, laissant peu de place au doute. À l'autre extrême de cette échelle se situent les préoccupations anxieuses sur certains événements probables, qui toutefois admettent que l'événement puisse être probable et non pas certain. Évidemment, au fur et à mesure que ces préoccupations prennent la dimension d'une certitude, la perspicacité diminue. De plus, les préoccupations anxieuses qui caractérisent le doute obsessionnel du TOC se limitent habituellement à un domaine spécifique et ne s'associent pas à une grande série d'événements. Le doute obsessionnel fait plutôt référence à des événements ordinaires, (par exemple, que la cuisinière soit allumée) tandis que le délire a un contenu plus bizarre. Parfois, de fortes croyances obsessionnelles peuvent ressembler au délire et le concept du continuum soulève cette question : une personne avec un TD commencerait-elle à ressembler à un cas obsessionnel si elle acquiert une certaine perspicacité dans son délire ? En d'autres termes, le client serait toujours préoccupé par sa croyance mais avec tout au plus l'intensité d'un doute.

Modèle cognitif du délire

Jusqu'à maintenant, trois biais du traitement de l'information spécifiques aux TD ont été établis et reproduits : 1) le biais de confirmation ; 2) une confiance surestimée lors de l'incertitude ; 3) une hypersensibilité aux mots menaçants. Cependant, les auteurs demeurent en désaccord face au fait que ces biais représentent des déficits cognitifs ou des biais sensoriels motivés (Hingley, 1992 ; Garety et Hemsley, 1994). De plus, il est difficile de savoir si les biais s'appliquent à tous les types de délires puisque la plupart des recherches se concentrent sur les délires de persécution. Garety et Hemsley (1994) ont réalisé plusieurs études confirmant que les individus souffrant de TD démontraient un biais de confirmation lors d'une tâche de raisonnement probabiliste, en confirmant leur estimation initiale. La tâche impliquait l'estimation de la probabilité qu'une balle colorée appartienne à une des deux populations représentées. Les participants ont eu tendance à confirmer leur estimation initiale de cette probabilité et de plus, ils sont arrivés à cette conclusion plus rapidement que les participants du groupe contrôle. Les clients souffrant de TD ont également manifesté une réponse distincte au test

Stroop (un test expérimental qui mesure le niveau d'interférence que les mots à valence émotionnelle induisent dans le processus normal d'attention). Dans le test Stroop, les participants avec un TD ont répondu plus rapidement aux mots menaçants que les participants du groupe contrôle (Fear et al., 1996). Fear et ses collaborateurs (1996) signalent qu'il y a des corrélations importantes entre les indices d'interférence Stroop et le style d'attribution. Leur recherche a démontré que 29 personnes souffrant de délires de persécution ou d'autres TD ont fait beaucoup plus d'attributions causales externes — stables pour des événements négatifs *mais* qu'ils ont manifesté une tendance excessive à faire des attributions causales internes pour les événements positifs. Les mêmes résultats ont été obtenus par Bentall et al. (1994).

La théorie de Chapman et Chapman (1988) affirme qu'une attention tendancieuse est le mécanisme cognitif principal à la base du maintien des croyances délirantes. Hemsley et al. (1993) suggèrent que les clients souffrant de délires ont une incapacité fondamentale à traiter l'information présentée dans l'immédiat et qu'ils ne peuvent établir que des connexions décousues et superficielles entre les différents événements. En conséquence, les individus délirants cherchent ardemment de l'information pertinente à leurs croyances et s'attardent seulement à l'information conforme à leurs points de vue sur le monde (Wessely et al., 1993). Ce processus ne fait que confirmer leur vision tendancieuse de la cause des événements. Garety et al. (1991) ont suggéré à plusieurs reprises que les clients souffrant de TD manifestaient une plus grande certitude dans une période de temps plus courte et qu'ils avaient de la difficulté à élaborer et à vérifier des hypothèses alternatives. Récemment, Garety et Freeman (1999) ont proposé que le biais de raisonnement retrouvé dans le TD était surtout une tendance à accumuler l'information favorisant la confirmation prématurée des hypothèses. Bentall et Young (1996) et Young et Bentall (1997) ont débattu le fait que les problèmes concernant le raisonnement et la vérification des hypothèses n'étaient pas spécifiques aux individus souffrant de TD; on les retrouve aussi chez les clients dépressifs, chez les clients avec un TOC (Fear et Healy, 1997) et même chez les personnes dans les groupes contrôles (Maher, 1992), et enfin, que cela pourrait être en fonction du type et du contenu du raisonnement.

Bentall et al. (1994) ont souligné l'importance d'étudier les biais en utilisant des thèmes spécifiques dans le traitement de l'information plutôt que d'étudier le fonctionnement cognitif en général. Dans une série d'expériences, Bentall et collaborateurs (1994) ont observé que les participants délirants manifestaient des biais d'attention et de rappel

envers les mots menaçants. Les participants démontraient également une confiance excessive dans leur propre jugement, ainsi qu'une tendance à attribuer des évaluations négatives aux gens, et non aux situations. Bentall et al. (1994) ont suggéré que les délires de persécution reflètent une exagération des mêmes biais cognitifs observés chez les gens en général. L'attribution causale des événements négatifs à des facteurs externes permet de maintenir l'estime de soi tout en diminuant sa responsabilité personnelle. Bentall et al. (1994) soutiennent que la dépression représente la perception de la marge séparant le soi-actuel du soi-idéal et l'anxiété représente une contradiction entre ce qui «devrait» être et l'état actuel. De son côté, le délire implique une tentative de dissiper cette disparité entre le soi-actuel et le soi-idéal en faisant des attributions causales exagérées, accompagnées d'une façon tendancieuse à se voir toujours comme une cible. Les résultats de Bentall appuient l'idée que les délires de persécution sont associés à des biais cognitifs qui servent à protéger l'individu contre des sentiments de faible estime de soi. Plus les personnes atteintes de TD prennent conscience qu'il leur faut assumer la responsabilité des événements négatifs, plus la disparité entre le soi-idéal devient évidente, et plus ces individus auront tendance à faire des attributions causales externes. Cependant, le modèle de Bentall devrait prédire qu'une augmentation de l'intensité de la dépression est associée à une perte des convictions délirantes, ce qui n'est pas confirmé par les recherches empiriques d'autres cliniciens (Chadwick et Lowe, 1994). Des recherches plus récentes suggèrent que le biais d'attribution causale dans le TD ressemble peut-être plus à un biais de personnalisation (le fait de blâmer les autres au lieu de la situation lors d'un événement négatif) plutôt qu'à un mécanisme de défense général pour contrer une mauvaise estime de soi (Garety et Freeman, 1999).

Thérapie cognitivo-comportementale

Les premières interventions dans le traitement du délire étaient l'utilisation d'auto-déclarations (Watts et al., 1973), suggérant qu'il était possible de convaincre les clients du contraire de leurs croyances. Le consensus actuel est que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) pour les délires comprend trois étapes principales : la *préparation* du client à la thérapie, mettre la *conviction au défi*, et *tester la réalité* (une étape au cours de laquelle le client cherche activement à contredire sa conviction). Des recherches expérimentales effectuées par Chadwick et Lowe (1994) ont démontré que de combiner les techniques de mettre au défi les croyances et de faire le test de la réalité a réduit le niveau de conviction chez dix des douze clients sur une période de six mois. Toutefois, dans une autre étude, ils ont suggéré que même si le test de la réalité avait été efficace

chez certains clients, il n'avait pas eu d'effet dans le cas de deux clients (Chadwick et Lowe, 1994). Ainsi, ils suggèrent que le test de la réalité est plus efficace lorsqu'il est précédé de la technique de mise au défi de la croyance. Le test de la réalité doit être négocié avec le client dans le but de former un test de conviction accepté par les deux partis. Dans le cadre d'un programme plus large comprenant une TCC pour les délires pendant une période de 6 mois avec une moyenne de 16 rencontres, Garety et al. (1994) ont observé qu'il y avait, pour treize clients psychotiques, une réduction significative des convictions délirantes, de la symptomatologie générale ainsi que de la dépression. Les auteurs notent qu'à cause de l'absence de suivi à long terme, il est difficile de déterminer si le raisonnement tendancieux a été corrigé ou seulement remplacé. En appliquant des techniques de TCC similaires à celles de Chadwick et Lowe (1994) dans un groupe de clients souffrant de TD (à type de persécution), Sharp et collaborateurs (1996) ont obtenu une amélioration des croyances chez seulement trois clients. Ils suggèrent que de changer les convictions dans le TD est beaucoup plus difficile, parce que le délire est le symptôme principal, tandis que pour la schizophrénie, les autres symptômes sont plus envahissants et la composante délirante est plus facilement modifiable. Il y a des différences subtiles dans l'approche de la TCC dans le TD, comparative-ment à la TCC dans les psychoses et nous soulignerons maintenant ces aspects dans la discussion d'un programme de TCC développé spécifiquement pour le TD, au Centre de recherche Fernand-Seguin (CRFS).

Laisser la personne parler

Auparavant, les personnes souffrant de TD n'étaient pas encouragées à partager leurs pensées délirantes parce qu'elles étaient considérées comme trop dérangeantes. Aussi, on estimait que le fait d'en parler aurait pu favoriser le délire. Évidemment, avec l'approche cognitive, il est essentiel de dévoiler le contenu du délire. Les personnes avec un TD discutent habituellement volontiers de leurs croyances si elles croient avoir trouvé une oreille compatissante et compréhensive (Garety et Hemsley, 1994, 118). Il est donc essentiel d'adopter dès le départ une telle attitude et d'éviter la confrontation. Le fait d'adopter une approche thérapeutique d'appui auprès du client paranoïaque avec une attitude « intéressée, attentionnée, détendue, naturelle avec un air de détachement véritable et un jugement suspendu », a déjà même démontré qu'elle menait à une certaine rémission des symptômes (Cameron, 1974; Ungvari et Hollokoï, 1993).

Chambon et al. (1997) confirment l'importance de développer un lien thérapeutique et d'adopter une attitude non confrontante. Ils suggèrent

d'adopter une approche « inductive prudente », similaire à celle du détective Colombo, pendant laquelle le thérapeute pose des questions naïves et ouvertes du genre « Pardonnez-moi mais je me demande si vous pouvez clarifier cette affirmation ». La TCC est toujours guidée par un esprit de collaboration à travers lequel le client introduit le sujet de discussion et où le thérapeute agit comme un guide qui relie les préoccupations abstraites du client à la réalité, stimulant ainsi une réflexion de la part de ce dernier.

Les pièges dans l'établissement du rapport

Les thérapeutes devraient éviter à tout prix des erreurs fondamentales telles que : la confrontation, le désaccord explicite, insécuriser la personne, tenter de convaincre, d'interpréter et/ou de faire le travail de réflexion pour la personne. Le thérapeute devrait, en tout temps, avoir la capacité de réorienter la discussion avec tact lorsqu'il ou elle ressent l'insécurité du client face à un sujet de conversation. Le thérapeute devrait être vigilant afin d'éviter d'être impliqué dans le délire que ce soit de façon positive, comme un allié, ou négative, comme « un des ennemis », ce qui pourrait renforcer la résistance du client face à la thérapie et rendre tout changement plus difficile. Le moindre signe de la part du client indiquant un manque de confiance envers le thérapeute, ou un doute quant aux motifs de ce dernier, devrait être abordé immédiatement. Dans de tels cas, le thérapeute devrait tout d'abord : exprimer de l'empathie et de l'acceptation face aux croyances du client concernant le thérapeute ; examiner concrètement les signes qui ont semblé confirmer ces croyances afin de mettre en évidence leur ambiguïté ; réitérer clairement la nature de la thérapie, le rôle du thérapeute et valoriser le client d'avoir discuté de cette situation.

La période préparatoire

L'importance de la période *préparatoire* est de pouvoir fournir un endroit d'échange où la personne se sent confortable ou à tout le moins, est encouragée à se sentir à l'aise de partager ses croyances. Tout en fournissant une rétroaction sans jugement, il est important que le thérapeute puisse identifier la détresse émotionnelle associée à la croyance. Pourquoi la détresse est-elle si exagérée ? Quel aspect de l'évaluation du délire est si dérangeante pour la personne ? Également, il est primordial de relever d'autres domaines dans la vie du client qui ne sont pas une cause de détresse, afin de connaître ce qui distingue l'évaluation du client dans ces divers domaines des autres. Évidemment, les sessions de préparation doivent être beaucoup plus qu'une tribune où la personne reçoit simplement une approbation pour avoir partagé ses préoccupations

délirantes. En plus de reconnaître et d'analyser le niveau de détresse, le thérapeute peut faire refléter au client la variation du niveau de sévérité de ses différentes convictions ainsi qu'à réaliser comment les idées changent avec l'humeur. Il y aura toujours des événements quotidiens qui ne feront pas partie du système de délire, et le bon fonctionnement du client dans ces aspects quotidiens non délirants doit être souligné. Cette stratégie permettra de détourner le client de ses préoccupations délirantes. Idéalement, à la fin de la période préparatoire, la personne aura accepté que la façon dont elle pense peut aider à alléger le stress et la relation thérapeutique va permettre une certaine ouverture à la communication des éléments délirants. Chadwick et Lowe (1994) font remarquer que des entrevues préparatoires, d'une durée de 6 à 12 sessions, ont été effectuées avec chaque client avant de débiter le processus de la confrontation des croyances délirantes. Cette longue période d'écoute a permis à la relation thérapeutique de prendre de l'ampleur avant de commencer l'intervention, permettant peut-être de limiter une trop grande résistance de la part du client. Ainsi, malgré le fait que plusieurs clients aient témoigné avoir été anxieux lorsque la confrontation a débuté, aucun d'eux n'a abandonné le programme.

Alford et Beck (1994) suggèrent qu'en permettant au client de parler librement, le thérapeute peut graduellement faire le lien entre les stressors externes, les émotions et les croyances, menant le client à l'exploration d'explications alternatives à propos de certaines croyances. Bentall et ses collaborateurs (1994) suggèrent, en premier lieu, d'essayer de modifier la valence des croyances (la valeur affective associée à la croyance) plutôt que leur contenu. Au départ, Garety et ses collaborateurs (1994) suggèrent d'utiliser des stratégies d'adaptation comportementales-cognitives générales dans le but de fournir au client des outils qui l'aideront à faire face au stress actuel et donc, d'initier la personne à adopter des façons différentes de faire face à sa détresse. Notre propre travail clinique a révélé qu'en analysant de plus près le système de croyances d'une personne, nous y trouvons souvent des inconsistances. Celles-ci peuvent être discutées avec la personne et utilisées comme moyen d'exposer le fait qu'il y ait des incohérences entre leurs croyances et la réalité. Il est également utile, en prenant des exemples quotidiens qui ne sont pas menaçants, de démontrer le pouvoir qu'une interprétation initiale erronée peut avoir sur les pensées et les émotions subséquentes.

La période préparatoire peut être aussi une période éducative pendant laquelle le client prend conscience, en utilisant des exemples qui ne sont pas reliés au délire, de l'importance des pensées et leur influence

sur les émotions et les comportements, et comment la modification des émotions entraîne une amélioration à prendre conscience des pensées automatiques.

Dans l'exploration du contenu du délire et des signaux propices au déclenchement d'une interprétation délirante, le thérapeute devrait être conscient du fait qu'un discours délirant est toujours lié à un thème commun. Il est utile d'explorer si, lors du développement antérieur d'une interprétation délirante, cette dernière aurait eu une fonction adaptative pour la personne (Birchwood, 1999).

La thérapie cognitive

Dans le cas du trouble délirant, la thérapie cognitive se concentre principalement sur les interprétations des informations ambiguës, ambivalentes ou incomplètes. Par exemple, le client peut interpréter un sourire en coin comme un manque d'égard envers lui, un rire qu'il entend par hasard comme une moquerie, une omission dans l'information rapportée comme la confirmation d'un complot qui se trame et quelques mots sélectionnés d'une chanson comme un message définitif.

Les cognitions spécifiques, pertinentes au trouble délirant, sont ciblées. Par exemple, la façon dont les interprétations peuvent nous amener à faire des inférences incorrectes sur le sens et le lien entre les événements; le danger de tirer des conclusions trop rapides basées sur de l'information ambiguë plutôt que de tolérer l'ambiguïté et d'attendre de recevoir plus d'informations; le danger de conclure de façon prématurée qu'un événement du passé soit en train de se répéter dans les événements du présent; le danger de catégoriser des événements de façon trop dramatique créant ainsi des inférences injustifiées à propos d'un événement tout à fait banal (par exemple, voir un regard ambigu comme étant harcelant).

Adopter une approche graduelle requiert premièrement de mettre au défi la « preuve » la moins importante ou la plus récente, en se dirigeant tranquillement vers la croyance principale, pour la mettre au défi en dernier lieu. Les croyances liées au passé sont souvent plus incrustées et difficiles à confronter. Avec la collaboration du client, la cohérence et la plausibilité des interprétations sont mises à l'épreuve et les détails inconsistants et irrationnels sont soulignés. Par exemple, le client pourrait être plus sensible face à une idée peu menaçante que par un événement vraiment grave et dangereux. Pourquoi ? Cette analyse souligne la grande contribution de facteurs subjectifs dans l'interprétation et l'évaluation d'événements ou de personnes. Graduellement, le thérapeute encourage le client à considérer des interprétations alternatives concernant les preuves qui confirment les convictions de ce dernier. Si

l'individu interprète véritablement les phénomènes internes et externes de manière non délirante, une réduction dans la conviction des croyances devrait être accompagnée d'une diminution au score obtenu à l'échelle du maintien des croyances. Afin d'évaluer le progrès clinique, il est essentiel que les tests cliniques soient administrés non seulement au début, mais tout au long du traitement.

Test de la réalité

En plus de considérer les « preuves », on ajoute ici le test de la réalité où une interprétation et un comportement alternatif sont suscités afin de remplacer la réaction habituelle de l'individu dans une situation vulnérable. Ainsi, la personne peut tester laquelle des alternatives représente le mieux la réalité lorsqu'une telle situation se présente.

Le test de la réalité est introduit lorsque la considération de la preuve réussit à susciter une interprétation alternative à l'interprétation délirante. Le comportement de la personne et l'information acquise lors du test de la réalité, doivent être prudemment examinés pour s'assurer que le test n'est pas saboté ni invalidé par un biais de confirmation. L'information précise et l'implication des interprétations alternatives doivent être spécifiées en mettant l'emphase sur la confiance afin de pouvoir décider de la validité de l'interprétation. Le client devrait demeurer assez longtemps dans la situation afin d'éviter de tirer des conclusions prématurées basées sur de l'information limitée et également, afin de consacrer assez de temps et d'attention à toute information pertinente à l'évaluation d'une interprétation alternative. Suite à l'application efficace du test de la réalité, il y a une période de consolidation, de généralisation et de prévention de la rechute. L'exemple de deux études de cas permettra ici d'illustrer l'implantation du protocole de la TCC.

Client X

Le client X souffrait d'un trouble délirant ainsi que d'un trouble obsessionnel-compulsif (TOC). Le trouble délirant était le problème le plus incapacitant et a été abordé en premier lieu mais plus tard, le TOC a fait surface.

M. X, âgé de 43 ans lors du début de la TCC, avait déjà consulté en 1986 pour des problèmes d'anxiété reliés au travail et des problèmes de sommeil. Il était divorcé depuis plusieurs années, était père d'un enfant et en relation de couple stable. Il travaillait depuis 25 ans comme technicien de laboratoire. Lors de sa première consultation, ses problèmes d'anxiété reliés au travail n'ont pas été examinés en détail et il a reçu un diagnostic d'un trouble d'anxiété (pré-DSM). Un de ses frères

s'était suicidé à l'âge de 37 ans et M. X était considéré comme étant à risque au suicide. Il a été traité avec du flurazepam (Dalmane) et a continué de travailler.

Il s'est présenté pour une deuxième consultation en juillet 1997, se plaignant d'un manque de concentration et de mémoire au travail. Cette fois, il mentionna aussi la peur de faire des erreurs au travail. Il a été diagnostiqué comme ayant un trouble anxieux accompagné d'une dépression et on lui a prescrit de la paroxétine (Paxil). À ce moment, sa dépression et son anxiété étaient tellement sévères qu'il a cessé de travailler.

Trois mois plus tard, en décembre 1997, il a reçu un diagnostic de TD par son psychiatre traitant, après qu'il ait parlé qu'il était suivi, qu'il évitait certaines routes et demeurait à des hôtels pour éviter d'être surveillé par ses collègues et ses supérieurs. On lui a prescrit de l'olanzapine (Zyprexa). Lorsqu'il a commencé la psychothérapie en avril 1998, il avait arrêté de travailler depuis 10 mois. Sa préoccupation d'être suivi avait diminué de 40 % suite à quatre mois de médication, et sa conviction qu'il était surveillé avait diminué de 50 %. Sa perspicacité (insight) concernant son délire principal avait été évaluée comme étant bonne. En plus de compléter des échelles cliniques, il a commencé à évaluer et à inscrire dans un journal quotidien la force de ses convictions et ses préoccupations d'une journée à l'autre.

Puisque M. X avait une perspicacité considérable, il accepta sans appréhension la distinction entre une supposition et la réalité. Nous avons donc pu procéder assez rapidement à l'étape de la confrontation cognitive et à discuter d'explications alternatives au fait que des gens le poursuivaient volontairement. En examinant les signes, nous avons conclu qu'il n'y avait aucune preuve définitive qu'il était sous surveillance. Quelquefois, les preuves qu'il citait pouvaient être considérées comme des événements normaux ou inoffensifs. Par exemple, une des raisons pour laquelle des voitures le suivaient sur le chemin du retour après le travail aurait pu être parce qu'elles empruntaient la même route commune, menant à l'extérieur de l'usine. De plus, son dossier d'employé, qu'il avait vu, ne contenait probablement que des informations inoffensives. Dans d'autres exemples cités pour confirmer son délire, l'intention de la surveillance n'était pas précisée et des explications alternatives clarifiant la présence d'autres personnes étaient possibles. De plus, ses propres comportements méfiants provoquaient des soupçons chez les autres. Nous avons pu travailler avec le client sur ses conclusions trop rapides (engendrées par de l'information ambiguë) et les avons remplacées par une meilleure acceptation et tolérance de l'ambiguïté. En général, M. X était vraiment prêt à accepter et intégrer des interpré-

tations alternatives pour ses délires. La force de sa conviction a diminué rapidement durant les six semaines de traitement par la confrontation cognitive et le test de la réalité. Son anxiété vis-à-vis son retour au travail a aussi diminué à 10 % puisque sa croyance en son délire était la source principale de son anxiété. En octobre, la force du délire n'était pas à zéro parce que le client n'était pas encore de retour au travail. Par contre, après son retour, elle diminua à zéro.

Tableau 1
Mesures pré- et post-thérapie cognitivo-comportementale des dimensions du délire

Dimensions	Client X		Client Y	
	Pré	Post	Pré	Post
Force de la croyance principale	Médium	Nil	Très Forte	Médium
Préoccupation concernant la croyance	Médium	Nil	Très Forte	Médium
Perspicacité face à l'anormalité de la croyance	Médium	Très Forte	Nil	Médium
Actions engendrées par la croyance	Très Forte	Faible	Très Forte	Faible
Systématisation de la croyance	Faible	Nil	Très Forte	Faible
Disposition à parler de la croyance	Forte	Très Forte	Faible	Très Forte
Ouverture à accepter des faits contraires	Médium	Très Forte	Nil	Médium
Score total du BABS	12/24	1/24	21/24	10/24

Outre cette préoccupation majeure et incapacitante d'être suivi, nous avons découvert que M. X avait une croyance sous-jacente que les autres le considéraient comme antisocial ou provocant. Nous avons noté un répertoire complet de comportements d'évitement qui étaient basés sur cette croyance. Par exemple, il anticipait les réactions des autres, réagissant d'une manière nerveuse envers ses collègues de travail et autant que possible, il évitait tout contact social et s'il le faisait, ce dernier était minime. Par exemple, il mangeait à l'écart des autres, répondait brièvement si on lui parlait, adoptait la posture de quelqu'un d'inquiet, n'était pas à l'aise physiquement (il remuait continuellement) et il jouait un rôle. Ce malaise social avait débuté dans l'enfance, étant à cette époque victime d'ostracisme, fournissant un sol fertile au développement ultérieur de ses délires antisociaux et de sa méfiance des autres.

Nous avons confronté la conviction antisociale en expliquant le cercle vicieux par lequel son propre comportement antisocial renforçait son sentiment d'isolation et d'ostracisme. Nous avons ensuite examiné

les preuves qui contredisaient ses suppositions qu'il n'était pas apprécié des autres. Un exemple était qu'il était souvent consulté pour des réponses de mots croisés et qu'il était surnommé « le dictionnaire » par les autres ce qui, nous avons décidé, était un signe de respect et non de mépris. Nous avons aussi exploré comment son anticipation de ne pas être aimé produisait en même temps une certaine nervosité en lui, ce qui transmettait un malaise aux autres. De plus, comme cela l'absorbait tellement, cela l'empêchait également de porter attention à ce qui se passait vraiment dans la situation et ainsi de percevoir une rétroaction positive des autres. Graduellement, nous avons poursuivi un programme de test de la réalité dans lequel il devait demeurer dans des situations sociales, rester lui-même, ne pas se forcer à faire un numéro ni jouer un rôle mais à corriger les évaluations fautives négatives de la situation et à tester une hypothèse alternative concernant les réactions des autres. Son anxiété sociale a diminué à un niveau acceptable. Bien qu'il ne soit pas à l'aise à 100 %, le client est confortable à ce niveau et il n'est maintenant plus préoccupé par le sentiment d'être antisocial.

Client Y

La cliente Y a 36 ans au moment de commencer la TCC. Elle était divorcée depuis sept ans, était mère de deux enfants et travaillait dans un département gouvernemental. Elle s'est présentée une première fois à l'hôpital en 1990, accompagnée de son beau-frère, pour des problèmes conjugaux et reçu un diagnostic de problème d'adaptation avec humeur dépressive. Ses beaux-parents s'inquiétaient de ses réactions envers eux et envers son mari.

M^{me} Y s'est présentée à nouveau en mars 1998, à l'urgence, signalant une préoccupation sévère qu'elle appelait une « aliénation parentale », concernant son mari et ses enfants. Elle avait des idées suicidaires et elle était convaincue que son mari la persécutait et entraînait dans son garage pour l'espionner. Elle avait reçu un diagnostic de trouble délirant mais elle refusait de prendre des médicaments, sauf pour 1 mg de lorazepam (Ativan), le soir, pour l'aider à dormir. On l'a référée à notre projet en mai 1998 pour un stress relié à ses préoccupations. Ses préoccupations principales à ce moment étaient : Que son mari la persécutait, qu'il avait toujours abusé d'elle d'une façon psychologique et émotionnelle et que maintenant, il entraînait ses propres enfants (dont il était le gardien légal) à se retourner contre elle. Les preuves qui appuyaient cette affirmation venaient de son attitude envers elle et de sa manière de lui parler au téléphone. La cliente était aussi préoccupée par sa fille qui, selon elle, était gravement déprimée. Elle avait détecté ceci dans la ma-

nière dont sa fille parlait et agissait, ce qui ressemblait beaucoup à ses propres attitudes. Elle était aussi convaincue que son fils prenait de la drogue parce qu'il était souvent tendu et en colère et qu'une fois, il avait plié une fourchette en sa présence. De plus, elle disait que le directeur de son département la harcelait. Cette croyance était basée sur une situation dans laquelle ce patron maladroit avait fait une blague déplacée en sa présence. Elle sentait aussi que ses amies étaient soit jalouses d'elle, soit intrusives. Cette dernière inférence était basée sur ses impressions en général. La cliente déclarait aussi qu'elle avait été victime d'abus psychologique pendant son enfance. La preuve appuyant cet abus venait du fait que ses parents avaient eu plusieurs disputes et qu'il y avait souvent eu de longues périodes de silence dans la maison pendant lesquelles ils ne communiquaient pas avec elle.

Lorsqu'on lui demandait des preuves pour appuyer ses affirmations, elle répondait souvent : « Oui, mais si vous aviez été là, vous comprendriez » ou « c'est difficile d'être précise mais, vous n'avez pas vécu mon expérience ». Son image idéalisée d'elle-même était de quelqu'un qui était toujours bonne et généreuse, mais naïve et vulnérable, particulièrement avec les hommes. Il est essentiel de souligner, comme c'est souvent le cas dans le TD (contrairement à la schizophrénie), que la cliente Y fonctionnait parfaitement bien dans son travail, dans son contact avec le public, ainsi que dans d'autres tâches qui n'étaient pas reliées au domaine de son délire.

La première question qui doit être posée au sujet de la cliente Y, est la suivante : Dans quelle mesure ses déclarations sont-elles vraies ? Auparavant, elle avait suivi une psychothérapie de soutien dans laquelle le thérapeute avait pris au sérieux ses déclarations concernant son mari et son directeur, puisque celles-ci avaient une résonance véridique. Évidemment, connaître la « vérité » dans de tels cas est difficile. Néanmoins, le but de la thérapie n'est pas de contester les faits. Le secret est de regarder *comment* les preuves sont rassemblées et présentées par le client et dans quelle mesure la détresse associée est exagérée. Les preuves, dans le cas de la cliente Y, étaient entièrement basées sur des ambiguïtés et étaient accompagnées d'une détresse énorme. Chose intéressante, lorsqu'elle faisait face à de vrais problèmes non ambigus et non délirants, son stress n'était jamais aussi intense. Cependant, au début, elle croyait que le rôle de la thérapie était de la réconforter et d'appuyer ses croyances délirantes comme l'avait fait la thérapie précédente. Comme l'avait démontré son profil au BABS, elle n'avait aucune perspicacité (insight) face à son délire et elle était convaincue à 100 % de ses croyances (voir tableau 1).

De plus, elle a refusé de faire l'enregistrement audio et d'écrire ses pensées dans le journal quotidien. Plus tard, elle a complété le journal mais elle refusait de nous le laisser. Le journal a été complété correctement seulement vers la fin de la thérapie et c'est pour cette raison qu'il n'est pas présenté ici. Contrairement à M. X, nous n'avons pas pu passer facilement à la technique de la confrontation cognitive. Une grande partie de la préparation a servi à établir intellectuellement, une connexion neutre et non menaçante entre le stress, les pensées et les anticipations. Nous avons ensuite procédé graduellement à l'application de cette connexion à des situations quotidiennes et ensuite à appliquer le lien à une inférence délirante qu'elle avait, concernant des événements récents et isolés. Nous n'avons pas pu progresser vers les inférences historiques et chroniques et nous étions très prudents afin de ne pas être associés au système ennemi. Le signe avant-coureur nous a été donné lorsqu'elle a attribué une nouvelle interprétation d'un événement de délire à nous, et non à elle-même : « Ah ! Oui, je pensais bien que c'est ce que *vous* diriez ».

Nous avons encouragé une approche critique des événements récents qui n'avaient pas encore été intégrés dans le profil systématique des délires. Par exemple, elle avait reçu un appel d'un magasin, lui demandant si elle était intéressée à acheter quelque chose. Elle a conclu que c'était son mari qui avait demandé au magasin de la harceler. Suite à cela, nous avons considéré des explications alternatives, non menaçantes et elle a pu les accepter et évaluer la crédibilité de cette alternative dans la réalité. Nous avons également travaillé sur une interprétation paranoïde d'un appel de la part d'un agent du gouvernement qui ne lui avait pas été retourné. En fait, nous avons pu travailler avec des interprétations immédiates et à court terme lorsqu'il n'y avait pas d'émotions rattachées à son histoire. Au début, aucune modification des interprétations d'événements plus lointains n'était négociable. Toutefois, elle développa éventuellement la capacité d'accepter qu'elle interprétait les situations, mais elle était tout de même convaincue que ses interprétations étaient justes. Il y avait souvent une amélioration à l'intérieur même d'une rencontre dans la perception de ses interprétations, mais aucune persistance de cette perception ne s'améliorait entre les rencontres, indiquant une incapacité à intégrer le matériel à l'extérieur des rencontres de thérapie.

Deux facettes originales au processus d'inférence de cette cliente (mis à part son intolérance à l'ambiguïté et son attitude de sauter rapidement aux conclusions) étaient sa tendance à ajouter un parfum catastrophique à des actions quotidiennes banales. Une déclaration insignifiante devenait une insulte magistrale. De plus, il y avait définitivement un élément d'idéalisme dans toutes ses attentes ; autant dans son idée de

ce que les autres devraient être, qu'envers elle-même. Nous avons tenté de « normaliser » sa peur de tomber en deçà du niveau de ses standards très stricts. Nous l'avons aussi encouragée à se concentrer sur la rétroaction des évaluations positives que lui procuraient certaines activités.

Au début, au moment du test de la réalité, lorsque ses hypothèses et ses interprétations n'étaient pas maintenues, c'était parce que selon elle, le monde avait changé, pas elle. Par exemple, lorsqu'elle cherchait attentivement des preuves que son directeur de département la harcelait, elle se disait en accord avec le fait qu'il n'y avait pas de preuves concrètes de harcèlement, mais c'était seulement parce que l'attitude du directeur avait changé à cause d'un événement particulier. Éventuellement, elle a toutefois accepté qu'elle avait peut-être sauté trop vite aux conclusions par rapport à son directeur, sa fille et son fils. Cependant, les interprétations d'événements du passé qui avaient engendré des actions significatives dans sa vie sont demeurées inébranlables. À la fin des six mois de thérapie et de suivi, la cliente Y avait diminué l'intensité de ses délires dans tous les domaines. Bien que certaines des convictions les plus intenses étaient encore présentes, elle était capable d'accepter un élément de doute quant à leur exactitude. En d'autres mots, les préoccupations devenaient plus obsessionnelles que délirantes.

Discussion

Notre expérience clinique suggère que le trouble délirant est souvent mal diagnostiqué, ou considéré comme étant de l'anxiété ou de la dépression. Ceci n'est pas surprenant puisque les clients avec TD ne partagent pas d'emblée leurs états de délire et leurs inquiétudes, leur hypervigilance, leurs réactions au stress ni aucun autre signe d'anxiété souvent secondaires au TD. Les délires peuvent être plus difficiles à traiter chez les clients avec un TD que chez les clients schizophrènes puisque dans le TD, les délires sont habituellement le seul problème et l'individu peut être très fonctionnel dans d'autres domaines de sa vie. Les occasions de renforcer l'utilité adaptative des croyances sont donc plus nombreuses. Un délire profond peut même passer inaperçu dans un environnement favorable ou lorsque la conviction est cachée. L'évaluation des dimensions indépendantes du délire est essentielle afin de découvrir et d'aborder les facteurs de maintien du délire. Nous référons ici à la systématisation et à la capacité de discuter du délire.

La thérapie cognitive pour le TD a des objectifs similaires à ceux des thérapies semblables qui traitent d'autres symptômes psychotiques. Toutes ces approches mettent de l'emphase sur le besoin essentiel d'une flexibilité dans les étapes de la thérapie, d'une élaboration individuelle

de traitement avec des buts initiaux différents et des périodes de traitement qui s'étendent sur plusieurs mois (Fowler et al., 1995). La capacité de la thérapie à diminuer la détresse émotionnelle peut être moins claire au départ pour le client avec un TD que pour le client schizophrène, chez qui le handicap social, le sentiment de démoralisation et le traumatisme sont plus marqués. La TCC en conjonction avec d'autres services de réhabilitation, de soutien et de médicaments est probablement plus efficace pour traiter la schizophrénie que pour le TD.

Les techniques telles que la « normalisation » (Kingdon et Turkington, 1994) peuvent avoir un impact plus important sur les symptômes comme les hallucinations ou les voix puisque l'attribution à une cause « externe » ou à des facteurs contextuels concernant l'humeur peut alléger significativement la détresse qui y est associée. Normaliser les éléments d'un délire systématique requiert un minimum de perspicacité de la part du client dans le processus où les différents éléments sont systématisés. Dans le cas des délires intraitables, il peut être nécessaire de travailler à l'intérieur même du délire, en acceptant ses conditions de base, mais en discutant aussi des implications les plus dangereuses et les plus stressantes (par exemple, « Dieu t'a choisi, mais voudrait-il vraiment que tu agisses de la sorte ? »). Une telle approche a été recommandée par les techniques d'interventions cognitives rationnelle-émotives.

Les deux études de cas présentées plus haut se situaient aux deux extrêmes sur un continuum quant à la capacité d'un client d'accepter la confrontation cognitive. M. X a facilement accédé à l'étape du test de la réalité alors que M^{me} Y a eu besoin d'une période plus longue de préparation. En général, les interprétations les plus récentes, non menaçantes et pas encore systématisées sont plus faciles à aborder dans la confrontation cognitive lorsqu'on élabore des interprétations alternatives. Un idéalisme à propos de soi, des événements ou des autres, semble être une caractéristique très importante du TD et pourrait peut-être empêcher la personne d'accepter la réalité telle que perçue par les sens. L'idéalisme est souvent relié à des problèmes sous-jacents d'acceptation de soi qui devraient être abordés en même temps que le processus de décortication des interprétations délirantes. Ce besoin d'acceptation de soi dans le TD est différent du manque de confiance et d'estime de soi que l'on retrouve chez les personnes avec un TOC dans certains domaines de performance. Il représente une incapacité plus sévère à accepter le soi tel qu'il est lorsque ce dernier n'apparaît pas comme il se doit. Il semble important d'aborder ce phénomène d'acceptation de soi en thérapie. Atteindre une certaine flexibilité dans le jugement de soi invite implicitement à une flexibilité dans le jugement des autres.

RÉFÉRENCES

- ALFORD, B. A., BECK, A. T., 1994, Cognitive therapy of delusional beliefs, *Behavioral Research and Therapy*, 32, 3, 369-380.
- BENTALL, R. P., KINDERMAN, P., KANEY, S., 1994, The self, attributional processes and abnormal beliefs: towards a model of persecutory delusions, *Behavioral Research and Therapy*, 32, 3, 331-341.
- BENTALL, R. P., YOUNG, H. F., 1996, Sensible hypothesis testing in deluded, depressed and normal subjects, *British Journal of Psychiatry*, 168, 372-375.
- BIRCHWOOD, M., 1999, Commentary on Garety and Freeman I: Cognitive approaches to delusions – A critical review of theories and evidence, *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 315-318.
- BLEULER, E., 1950, *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenia*, New York, International Universities Press.
- BRETT-JONES, J., GARETY, P., HEMSLEY, D., 1987, Measuring delusional experiences: a method and its application, *British Journal of Clinical Psychology*, 26, 257-265.
- BUCHANAN, A., REED, A., WESSELY, S., Garety, P., Taylor, P., Grubin, D., Dunn, G., 1993, Acting on delusions. II: the phenomenological correlates of acting on delusions, *British Journal of Psychiatry*, 163, 77-81.
- BUCKLEY, P. F., SAJATOVIC, M., Meltzer, H. Y., 1994, Treatment of delusional disorders with clozapine, *American Journal of Psychiatry*, 151, 9.
- CAMERON, N., 1974, Paranoid conditions and paranoia, in Arieti, S., ed., *American Handbook of Psychiatry*, second edition, volume 3, New York, Basic Books.
- CHADWICK, P. D. J., Lowe, C.F., 1994, A cognitive approach to measuring and modifying delusions, *Behavioral Research and Therapy*, 32, 3, 355-367.
- CHAMBON, O., PERRIS, C., MARIE-CARDINE, M., 1997, *Techniques de psychothérapie cognitive des psychoses chroniques*, Paris, Masson.
- CHAPMAN, L. J., CHAPMAN, J. P., 1988, The genesis of delusions, in Oltmanns, T. F. and Maher, B.A., eds., *Delusional Beliefs*, Chapter 8, New York, Wiley, 167-183.
- CUMMINGS, J. L., 1992, Psychosis in neurological disease: neurobiology and pathogenesis, *Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioral Neurology*, 5, 144-150.
- DE LEON, O. A., FURMAGA, K. M., CANTERBURY, A. L., BAILEY, L.G., 1997, Risperidone in the treatment of delusions of infestation, *International Journal of Psychiatry and Medicine*, 27, 4, 403-409.
- EISEN, J. L., PHILLIPS, K. A., BAER, D. A., ATALA, K. D., 1997, RASMUSSEN SA: *The Brown Assessment of Beliefs Scale: Reliability and Validity*, Brown University School of Medicine.

- FEAR, C., SHARP, H., HEALY, D., 1996, Cognitive processes in delusional disorders, *British Journal of Psychiatry*, 168, 61-67.
- FEAR, C. F., HEALY, D., 1997, Probabilistic reasoning in obsessive-compulsive and delusional disorders, *Psychological Medicine*, 27, 199-208.
- FEWTRELL, W. D., O'CONNOR, K. P., 1995, *Clinical Phenomenology and Cognitive Psychology*, chapter 8, London, Routledge.
- FOWLER, D. G., GARETY, P., KUIPERS, E., 1995, *Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis: Theory and Practice*, Chichester, Wiley.
- GARETY, P. A., FREEMAN, D., 1999, Cognitive approaches to delusions: A critical review of theories and evidence, *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 113-154.
- GARETY, P. A., HEMSLEY, D. R., WESSELY, S., 1991, Reasoning in deluded schizophrenia and paranoid patients. Biases in performance on a probabilistic inference task, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 4, 194-201.
- GARETY, P. A., HEMSLEY, D. R., 1994, *Delusions: Investigations into the Psychology of Delusional Reasoning*, Oxford University Press.
- GARETY, P. A., KUIPERS, L., FOWLER, D., CHAMBERLAIN, F., DUNN, G., 1994, Cognitive behavioural therapy for drug-resistant psychosis, *British Journal of Medical Psychology*, 67, 259-271.
- HEMSLEY, D. R., RAWLINS, J. N. P., FELDON, J., JONES, S. H., GRAY, J.A., 1993, The neuropsychology of schizophrenia: act 3, *Behavioural and Brain Sciences*, 16, 209-215.
- HINGLEY, S. M., 1992, Psychological theories of delusional thinking: in search of integration, *British Journal of Medical Psychology*, 65, 347-356.
- JASPERS, K., 1963, *General Psychopathology* (Transl. by J. Hoenig and M.W. Hamilton), Manchester, Manchester University Press.
- KENDLER, K. S., MASTERSON, C. C., DAVIS, K. L., 1985, Psychiatric illness in first degree relatives of patients with paranoid psychosis schizophrenia and medical illness, *British Journal of Psychiatry*, 147, 524-531.
- KENNEDY, H. G., KEMP, L. I., DYER, D.E., 1992, Fear and anger in delusional (paranoid) disorder: the association with violence, *British Journal of Psychiatry*, 160, 488-492.
- KINGDON, D. G., TURKINGTON, D., 1994, *Cognitive-behavioural Therapy of Schizophrenia*, Hove, Lawrence Erlbaum.
- LANDRY, P., COURNOYER, J., 1992, Pimozide-induced depression associated with polyuria and polydipsia, *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 12, 2, 140-141.

- MAEDA, K., YAMAMOTO, Y., YASUDA, M., ISHII, K., 1998, Delusions of oral parasitosis, *Prog Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 22, 1, 243-244.
- MAHER, B. A., 1992, Delusions: Contemporary etiological hypotheses, *Psychiatric Annals*, 22, 260-268.
- MCCOY, L. M., SCHWARZKOPF, S. B., MARTINI, D., 1992, Rapid response to pimozide in treatment resistant delusional disorder, *Annals of Clinical Psychiatry*, 4, 95-98.
- MUNRO, A., MOK, H., 1995, An overview of treatment of paranoia/delusional disorder, *Canadian Journal of Psychiatry*, 40, 616-622.
- OPJORDSMOEN, S., 1988, Long-term course and outcome in delusional disorder, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78, 576-586.
- OPLER, L. A., KLAHR, D. M., RAMIREZ, P. M., 1995, Pharmacologic treatment of delusions, *The Psychiatric Clinics of North America*, 18, 2, 379-391.
- SACKS, M. H., 1988, Folie à deux, *Comprehensive Psychiatry*, 29, 3, 270-277.
- SHARP, H. M., FEAR, C. F., WILLIAMS, J. M. G., HEALY, D., LOWE, C. F., YEADON, H., HOLDEN, R., 1996, Delusional phenomenology — dimensions of change, *Behavioural Research and Therapy*, 34, 2, 123-142.
- SILVA, H., JEREZ, S., RAMIREZ, A., RENTERIA, P., ARAVENA, N., SALAZAR, D., LABARCA, 1998, Effects of pimozide on the psychopathology of delusional disorder, *Prog Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 22, 2, 331-40.
- SONGER, D. A., ROMAN, B., 1996, Treatment of somatic delusional disorder with atypical antipsychotic agents, *American Journal of Psychiatry*, 153, 4.
- STIP, E., 2000, Novel antipsychotics: issues and controversies. Typicality of atypical antipsychotics, *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 25, 2, 137-153.
- TRUDEAU, M. H., BRUNEAU, M. A., STIP, E., GRUNBERG, F., BOIVIN, M., 1999, Refus catégorique de traitement, bilan, enquête et perspective, *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 6, 583-588.
- UNGVARI, G. S., HOLLOKOI, R. I. M., 1993, Successful treatment of litigious paranoia with pimozide, *Canadian Journal of Psychiatry*, 38, 1, 4-8.
- WATTS, F. N., POWELL, G. E., AUSTIN, S. V., 1973, The modification of abnormal beliefs, *British Journal of Medical Psychology*, 46, 359-363.
- WESSELY, S., BUCHANAN, A., REED, A., CUTTING, J., EVERITT, B., GARETY, P., TAYLOR, P. J., 1993, *Acting on delusions. I: Prevalence*, *British Journal of Psychiatry*, 163, 69-76.

YOUNG, H. F., BENTALL, R. P., 1997, Probabilistic reasoning in deluded, depressed and normal subjects : effects of task difficulty and meaningful versus non-meaningful material, *Psychological Medicine*, 27, 455-465.

ABSTRACT

Cognitive aspects and treatment of delusional disorders

This article reviews the cognitive phenomenology of delusional disorders (DD) and examines the current cognitive models. Some case studies have shown considerable promise concerning the utilisation of cognitive behavioral therapy (CBT) for the treatment of DD, even if this approach is in its infancy. Although the stages of CBT to treat DD are very similar to that of other psychotic disorders, there are also considerable differences. However, it is essential to combine several strategies in order to modify inferences specific to DD. The clinical evaluation of delusions as well as the application of CBT as a treatment is illustrated in two cases with a diagnosis of DD with persecutory subtype. The cases required different time periods for different stages of CBT and highlight the importance of tailoring CBT according to need.

RESUMEN

El tratamiento del trastorno delirante y sus aspectos cognitivos

Este artículo tiene en cuenta la fenomenología cognitiva del trastorno delirante (TD) y examina los modelos cognitivos actuales. Investigaciones recientes han puesto al día resultados prometedores referente a la utilización de la terapia cognitiva-comportamiento (TCC) para tratar el TD, aunque esta última esté empesando en este campo. Aunque las etapas de la TCC para tratar el TD sean similares a los de la TCC para otros trastornos psicóticos, su aproximación comporte diferencias considerables. Sin embargo es primordial combinar varias estrategias para modificar las inferencias propias al TD. La evaluación clínica de los delirios así que la aplicación de la TCC como tratamiento son ilustrados por dos estudios de casos incluyendo diagnósticos de TD con tema predominante de persecución. Los casos han requerido periodos de tiempo diferentes durante las varias etapas de la TCC, sugiriendo la importancia de seguir con la TCC si es preciso.