

Supplément à Neurone 2004; Vol 9 (N°5)

Aperçu des délires dans la psychose schizophrénique

De Bleeker E, Dhaenens M, Bervoets C,
Peuskens J, Wampers M

Résumé

Les délires surviennent la plupart du temps dans le cadre de troubles psychotiques, lesquels peuvent cependant avoir des étiologies très diverses. Ainsi, on peut distinguer classiquement les psychoses fonctionnelles et organiques (1-3).

Les délires surviennent fréquemment dans le cadre de psychoses fonctionnelles, comme en attestent les observations faites dans l'étude "International Pilot Study of Schizophrenia" (4), évaluant l'apparition de délires chez 309 patients schizophrènes. Quatre cinquièmes des patients de cette population étaient âgés de moins de 34 ans. On comptait une majorité de patients de sexe masculin (56%). La schizophrénie paranoïde était le diagnostic le plus fréquent (49,7%). Quasi tous les patients (97%) montraient un manque de compréhension de leur maladie. Le délire de relation touchait 67% des patients, le délire de persécution, 64% d'entre eux, et le syndrome d'influence, 48% d'entre eux. Plus récemment, Jablensky et coll. (5) ont réalisé une étude épidémiologique transculturelle dans 13 régions géographiques réparties dans 10 pays, pour évaluer l'incidence de la schizophrénie et des troubles schizophréniformes dans des populations fortement différentes. Au total, 1.288 patients psychotiques ont été soumis au PSE (6). Au sein de cette population, le syndrome d'influence survenait dans 31% des cas, le délire de référence dans 51% des cas et le délire de persécution chez 47% des patients.

Un délire peut également survenir dans une grande diversité d'affections organiques. Le **Tableau 1** donne un aperçu des affections organiques qui peuvent entraîner l'apparition d'un délire.

Cependant, on a constaté qu'à l'échelle d'une vie, la prévalence d'idées délirantes et d'hallucinations est élevée dans la population normale. Dans l'étude NEMESIS de Van Os et coll. (7), on a constaté que 8,68% de la population interrogée

Tableau 1: affections organiques qui peuvent entraîner l'apparition d'un délire.

Epilepsie
Démence
Abus d'alcool
Toxicomanie
Anomalies métaboliques (déshydratation)
Anomalies endocrinologiques
Tumeur cérébrale
Anomalies cardiaques
Carence en vitamines
Anoxie
Calcification des ganglions de la base (maladie de Fahr)

(N = 7.076) avaient été confrontés à des idées délirantes à un moment donné de leur vie, et que 6,15% avaient déjà éprouvé des hallucinations, sans que cela n'entraîne néanmoins de demande d'aide et sans qu'on puisse parler d'un trouble psychotique diagnostiqué.

Définitions du délire

On parle souvent de délire sans avoir essayé de donner une définition précise du phénomène. Les définitions qui ont été formulées ont évolué au fil des années, mais continuent à poser des problèmes conceptuels et opérationnels.

Jusqu'à ce jour, les idées de Jaspers (8) ont fortement influencé la conception des délires. Il établit une distinction entre les délires primaires et secondaires. Les délires secondaires seraient une réaction à d'autres expériences, par exemple les hallucinations ou troubles de l'humeur. Par contre, les délires primaires ne peuvent être imputés à d'autres expériences. Pour Jaspers, seul ce dernier groupe est considéré comme un

réel délire, qui présente selon lui quatre caractéristiques typiques.

1. Les patients s'accrochent avec une conviction inhabituelle à leur délire.
2. La croyance dans l'idée délirante n'est pas affectée par des arguments ou expériences contraires convaincants.
3. Le délire est impossible sur le plan du contenu.
4. Une perception transformée de la réalité serait enfin à la base de chaque idée délirante.

Bien que la définition de Jaspers transparaisse toujours dans des définitions plus modernes, cette notion suscite plusieurs problèmes. Ainsi, il a été démontré qu'une conviction absolue ne se manifeste pas dans tous les délires (9). En outre, il n'est pas dit de manière précise comment mesurer cette 'conviction absolue'. On ignore par ailleurs comment il est possible d'évaluer le caractère incorrigible du délire. L'hypothèse selon laquelle les idées délirantes sont caractérisées par un contenu impossible, anormal, déviant, génère également des difficultés. Il est en effet fréquent d'émettre des hypothèses erronées (10), ce qui signifierait que de nombreuses personnes souffrent d'idées délirantes. En outre, un délire peut être possible sur le plan du contenu (p.ex. délire d'infidélité). Si une idée délirante est considérée comme une idée qui s'écarte des idées généralement répandues, il se pose en outre le problème du choix du groupe de référence.

Dans ces définitions plus anciennes, on parlait toujours d'un fossé infranchissable entre les idées délirantes et les convictions normales. Cependant, cette dichotomie stricte a récemment

été fortement remise en question. Les idées délirantes ne sont plus considérées comme des entités discontinues, mais se situent dans un continuum (9, 11) dans lequel les idées délirantes sont alors décrites en termes de degré de déviance par rapport à la pensée normale. Ce mode de pensée est reflété par la définition d'Oltmanns (12), dans laquelle on énumère une série de caractéristiques, chacune n'étant pas nécessaire ni suffisante individuellement pour parler d'un délire (**Tableau 2**).

Tableau 2: Caractéristiques des délires (12).

1. L'équilibre entre les arguments 'pour' et 'contre' la conviction est tel que les autres personnes considèrent l'idée comme totalement incroyable.
2. La conviction n'est pas partagée par les autres.
3. la conviction est maintenue avec détermination. Les affirmations ou comportements de la personne ne sont pas influencés par les preuves qui affaiblissent la conviction délirante.
4. La personne est préoccupée par sa conviction et éprouve des difficultés à ne pas y penser ou en parler.
5. La conviction comprend une référence personnelle plutôt qu'une idée religieuse, scientifique ou politique non conventionnelle.
6. La conviction entraîne une souffrance subjective ou interfère avec le fonctionnement professionnel et/ou social.
7. La personne ne rapporte pas d'efforts subjectifs pour offrir une résistance à sa conviction (contrairement aux patients obsessionnels).

Une conviction donnée peut présenter une ou plusieurs de ces caractéristiques. Si toutes les caractéristiques sont présentes dans une conviction, on parlera sans discussion d'un délire. Si seules quelques caractéristiques sont présentes, il devient plus difficile de classer une idée.

Il existe en effet différentes gradations dans le degré de déviance de la pensée par rapport aux convictions normales. Ainsi, des idées délirantes peuvent naître de modes de pensée

hyperproductifs et de ce fait la distinction peut être difficile. Les modes de pensée hyperproductifs se rapportent eux-mêmes à des modes de pensée corrects, qui prennent une place trop prépondérante dans la pensée, ce qui diminue la capacité de jugement objectif (13). L'apparition d'une idée délirante est parfois précédée d'une période d'incertitude en ce qui concerne la signification de ce qui se passe autour de la personne. On parle alors d'humeur délirante. Une telle humeur délirante s'accompagne souvent de perceptions délirantes. Dans une perception délirante, des perceptions correctes en soi reçoivent une nouvelle signification, avec une coloration personnelle. Une conviction délirante s'impose le plus souvent brutalement à quelqu'un, avec une force de persuasion envahissante. Si un patient émet un quelconque doute quant à sa conviction, on parle d'idée délirante.

Dans le cadre du PANSS (14), des scores peuvent être attribués aux différents niveaux d'anomalies de pensée suivant une échelle à 7 points de l'"*unusual thought content*" (contenu inhabituel des pensées). La définition de l'"*unusual thought content*" implique qu'il existe un continuum entre le contenu normal de la pensée et les idées délirantes. Le contenu inhabituel des pensées se définit comme des pensées caractérisées par des idées étranges, fantastiques ou bizarres, allant d'idées atypiques ou étranges à des idées déformées, illogiques et clairement absurdes.

Selon le DSM-IV-R, les idées délirantes sont définies comme des convictions erronées basées sur des inférences incorrectes sur la réalité extérieure. Bien que la conviction ne soit pas partagée par les autres et qu'il existe en outre des preuves irréfutables du contraire, le patient s'accroche néanmoins obstinément à sa conviction. La conviction n'est pas partagée par des membres de la culture ou de la sous-culture à laquelle appartient l'individu. Si une conviction erronée concerne un jugement de valeur, on ne parle d'idée délirante que si la

conviction est tellement extrême qu'elle défie toute vraisemblance.

Jusqu'à présent, il a toujours été question de distinguer un délire d'une conviction normale. Il peut cependant également être difficile de distinguer un délire d'une obsession. Selon Schneider (15), on parle d'obsession lorsqu'une personne est incapable de libérer sa conscience d'un contenu de pensée donné, même si elle réalise que cette pensée est absurde ou, du moins, si celle-ci persiste à la conscience sans raison. Donc, une pensée obsessionnelle survient chez la personne atteinte contre sa volonté. Fish (16) élargit cette définition en affirmant qu'il est typique des obsessions que leur contenu crée de l'anxiété ou des sentiments de culpabilité chez l'individu. Les pensées obsessionnelles seraient insupportables pour l'individu. Le plus souvent, on affirme que les personnes atteintes d'obsessions essaient de leur résister. On peut cependant prouver que toutes les personnes atteintes de symptômes obsessionnels n'offrent pas de résistance à leurs obsessions (17). De plus, on ne peut prouver clairement que les patients n'offrent pas de résistance à leurs délires.

Une solution possible à ce problème serait de distinguer les idées délirantes et obsessions sur base de leurs propriétés formelles. Contrairement aux idées délirantes, qui sont présentées comme des vérités établies, les obsessions sont le plus souvent formulées de manière conditionnelle. En outre, les obsessions sont le plus souvent associées à des actions visant à réduire les tensions. Les idées délirantes et les obsessions sont également ressenties autrement par la personne atteinte. Les patients présentant des obsessions ressentent ces pensées comme absurdes et non pertinentes pour eux-mêmes. Bien que le patient reconnaisse qu'il produit lui-même ces pensées, elles sont quand même ressenties comme intrusives et perturbatrices pour la pensée. Par contre, chez les patients délirants, le délire est incorporé dans la pensée.

Tableau 3: Définitions de quelques délires fréquents selon le DSM-IV.

Délire	Description
Délire bizarre	Un délire qui se rapporte à un phénomène qui est considéré comme totalement impossible au sein de la culture de l'individu.
Délire d'infidélité	L'individu atteint est convaincu que son/sa partenaire sexuel(le) lui est infidèle.
Erotomanie	La conviction qu'une autre personne, le plus souvent d'un rang plus élevé, est amoureuse de l'individu atteint.
Délire mégalomane	Une conviction d'une valeur ajoutée, d'une puissance, d'une connaissance ou d'une relation particulière, jusqu'à l'identification à une divinité ou une personne célèbre.
Syndrome d'influence	Les sentiments, impulsions, pensées et/ou actions sont ressentis comme contrôlés par une force extérieure.
Délire de relation	La conviction que les événements, objets ou d'autres personnes dans l'entourage immédiat de l'individu touché ont une signification spécifique et inhabituelle.
Délire de persécution	La conviction que l'on est attaqué, importuné, menacé ou poursuivi, ou qu'un complot est ourdi contre l'individu touché.
Délire somatique	La conviction erronée concerne le fonctionnement ou l'aspect extérieur du corps.
Echo de la pensée	La conviction que les pensées personnelles sont exprimées à haute voix, de telle sorte que tout le monde peut les entendre.
Pensées imposées	La conviction que certaines pensées ne sont pas générées par la personne elle-même, mais qu'elles sont imposées par l'extérieur.

Par ailleurs, les idées délirantes doivent être distinguées des hallucinations. A première vue, la distinction coule de source: une idée délirante est une conviction, tandis qu'une hallucination est une perception. Quelques problèmes se posent cependant. Les idées délirantes peuvent être la description d'une expérience perturbée. En outre, il existe des preuves indiquant que les convictions existantes peuvent avoir une influence sur la perception (18).

Les délires peuvent se rapporter à une grande diversité de thèmes. Le **tableau 3** décrit quelques-uns des délires les plus fréquents.

Les thèmes repris dans le **tableau 3** démontrent que le contenu du délire peut être tout à fait bizarre, qu'en d'autres termes il pourrait ne pas être réel. D'autres délires sont plausibles sur le plan du contenu, par exemple un délire de jalousie.

Comment mesurer le délire?

L'évaluation d'un délire peut être nécessaire pour diverses raisons: l'établissement d'un diagnostic, l'évaluation du résultat d'un traitement, l'évaluation des modifications du délire, ...

L'évaluation du délire relève souvent d'instruments d'évaluation plus globaux (19, 20). Par ailleurs, on a développé quelques échelles spécifiques pour l'évaluation des délires (**Tableau 4**).

Cette dernière échelle existe également en néerlandais (27) et se compose d'un questionnaire structuré dans lequel on procède à un inventaire des délires. Le *Delusional Rating Scale* comprend les dimensions suivantes: degré et durée de préoccupation, conviction, degré et intensité de la souffrance, et perturbation de la vie quotidienne. Le *Delusional Rating Scale* est utilisé, entre autres, pour évaluer l'efficacité du traitement pharmacologique.

Souvent, ces échelles ne sont cependant pas adaptées à une utilisation régulière en pratique clinique, parce qu'elles prennent souvent beaucoup de temps. De plus, ces instruments ne prennent pas en compte le rôle des arguments et

Tableau 4: Echelles pour l'évaluation du délire.

Echelle	Description
<i>Personal Ideation Inventory</i>	Un questionnaire semi-structuré qui, à l'aide de 71 points, évalue: soucis préalables à la maladie, degré de conviction, "engagement" (se rapporte à la profondeur de la conviction) et point de vue (se rapporte au degré avec lequel la personne pense que les autres vont considérer ses idées comme étranges ou improbables) pour se faire une idée plus précise des dimensions du délire.
<i>Maudsley Assessment of Delusions Schedule (MADS)</i>	Un outil de recherche qui a pour but de découvrir la phénoménologie d'un délire.
<i>Characteristics of Delusions Rating Scale</i>	Au sein de cette échelle, on analyse 8 dimensions du délire: degré de conviction, maintien de la conviction, affect, actions, idiosyncrasie, préoccupation, systématisation et concept.
<i>Peters Delusional Inventory</i>	Cette échelle est développée pour analyser 11 caractéristiques du délire sur une échelle visuelle analogue.
<i>Delusional Rating Scale</i>	Les 11 caractéristiques sont choisies sur la base de la littérature sur le délire et les obsessions et englobent: intensité, interférence, préoccupation, résistance, exclusion, absurdité, évidence, impact, apaisement, s'inquiéter, être (mal)heureux.
<i>Delusional Rating Scale</i>	A l'aide de 40 points, on analyse l'apparition de différentes sortes de délire. Si une personne présente une certaine conviction, elle doit indiquer le degré de gêne, de préoccupation et de conviction.
<i>Delusional Rating Scale</i>	Un questionnaire semi-structuré qui analyse le degré et la durée de préoccupation par rapport au délire, le degré et l'intensité de la souffrance consécutive au délire, la force de la conviction et la perturbation de la vie.

Personal ideation Inventory (21, 22)
Maudsley Assessment of Delusions Schedule (MADS) (23)
Characteristics of Delusions rating scale (24)
Peters Delusional Inventory (25)
Delusional Rating Scale (26).

de l'expérience face à l'apparition et la persistance des délires.

Caractéristiques d'un délire

Nous avons déjà signalé qu'il convient d'envisager les délires de façon multidimensionnelle. Cependant, il existe peu d'études sur les caractéristiques du délire au sein d'un tel cadre de pensée. Garety et coll. (24, 28) ont étudié 11 caractéristiques chez 55 patients psychiatriques délirants. Ces caractéristiques ont été sélectionnées sur la base de la littérature sur le délire et les obsessions. Parmi ces caractéristiques figurent: conviction, préoccupation, interférence (influence perceptible sur le comportement), exclusion (*dismissibility*), résistance (définie comme le fait de ne pas vouloir penser à la conviction), ressentir l'absurdité, l'évidence de la conviction, la recherche d'apaisement, le degré avec lequel la conviction génère des inquiétudes, le fait de se sentir malheureux et l'impact (*pervasiveness*) de la conviction. Ces 11 caractéristiques ont été évaluées par les patients eux-mêmes sur une échelle visuelle analogue. Les résultats démontrent qu'une forte conviction est l'élément le plus typique d'un délire. Aucun des patients interrogés n'a rapporté de conviction faible. Les résultats relatifs aux autres caractéristiques sont plus variables. Les patients diffèrent fortement sur le plan du degré avec lequel leur délire est typé par les autres caractéristiques. De plus, on n'a quasi pas observé de corrélations significatives entre les caractéristiques analysées. Les différentes caractéristiques sont donc relativement indépendantes, ce qui confirme l'hypothèse selon laquelle le délire est multidimensionnel. Cette constatation a des implications pour l'évaluation du délire et de ses modifications. Il ne suffit pas d'évaluer un ou deux éléments, étant donné que les différents aspects significatifs sont très peu corrélés entre eux et ne se modifient pas nécessairement en même

temps. Sur base de ces observations, on a établi le *Delusional Rating Scale*.

Outre les corrélations, l'analyse de la composante principale a permis d'étudier si certaines variables manifestaient une forte association, tout en formant des groupes relativement indépendants de variables. Cette analyse a fourni quatre composantes, qui expliquent ensemble 64% de la variance. Le **tableau 5** donne un aperçu des quatre composantes identifiées et des caractéristiques à la base de chacune de ces composantes.

Tableau 5: Quatre composantes identifiées.

Composante	Variable
Composante 1: Gêne (<i>distress</i>)	Résistance (<i>resistance</i>)
	S'inquiéter (<i>worry</i>)
	Etre malheureux (<i>unhappy</i>)
Composante 2: Puissance de la conviction (<i>belief strength</i>)	Conviction (<i>conviction</i>)
	Absurdité (<i>absurdity</i>)
	Evidence (<i>selfevidence</i>)
	Impact (<i>pervasiveness</i>)
Composante 3: Profondeur (<i>obtrusiveness</i>)	Préoccupation (<i>preoccupation</i>)
	Exclusion (<i>dismissibility</i>)
	Interférence (<i>Interference</i>)
Composante 4: Inquiétude (<i>concern</i>)	Impact (<i>pervasiveness</i>)
	Recherche d'apaisement (<i>reassurance seeking</i>)

Les quatre composantes ainsi identifiées sont également abordées dans le *Delusional Rating Scale*.

Plusieurs études confirment le caractère multidimensionnel du délire (29-31).

Traitement

Traitement pharmacologique

Depuis la découverte des neuroleptiques (1952), les antipsychotiques forment la pierre angulaire du traitement de la psychose schizophrénique. Lors d'un épisode aigu, l'utilisation des antipsychotiques réduira l'apparition de symptômes positifs, parmi lesquels les idées délirantes, dans un délai de 4 à 6 semaines chez 70 à 80% des

patients. Il importe donc également d'instaurer le plus rapidement possible un traitement médicamenteux. Plus vite un traitement adapté est instauré, plus vite l'effet thérapeutique se manifesterait, et plus la souffrance psychique de l'individu sera soulagée rapidement.

Il n'existe pas de preuves irréfutables qu'une certaine classe d'antipsychotiques serait plus efficace pour dissiper les symptômes positifs (32). Seules quelques études ont révélé, au plan statistique, un effet significativement supérieur pour

la traitement par antipsychotique de deuxième génération par rapport à l'halopéridol (33, 34; les deux avec rispéridone). Une méta-analyse récente (35) a démontré que chez les patients résistants au traitement, la clozapine est plus efficace que les antipsychotiques classiques. On notait également moins d'effets indésirables avec la clozapine. La clozapine est donc également un traitement de premier choix pour les patients résistants au traitement.

Quelques études plus anciennes ont étudié l'efficacité d'antipsychotiques particuliers pour le délire à contenu spécifique.

Bishop et coll. (36) ont pratiqué une analyse post-hoc des données de 11 études contrôlées, dans lesquelles on a comparé l'efficacité de loxapine avec celle de chlorpromazine et trifluopérazine

dans le traitement de la schizophrénie paranoïde. Les résultats ont démontré que les patients paranoïdes réagissaient significativement mieux à un traitement par loxapine. Tuason et coll. (37) sont arrivés à la même conclusion et ont en outre constaté que les patients paranoïdes traités par loxapine présentaient également moins d'effets secondaires. Par contre, dans une étude prospective, Rifkin et coll. (38) n'ont pas trouvé de différence sur le plan de l'efficacité entre loxapine et chlorpromazine en ce qui concernait le traitement des patients schizophrènes paranoïdes. Munro (39) a constaté que les patients souffrant de psychose hypochondriaque monosymptomatique tirent le plus de bénéfice d'un traitement à base de pimozide. Lorsque ce traitement est instauré, environ 80% des patients guérissent complètement ou partiellement, alors que cette affection est classiquement considérée comme incurable (voir aussi 40, 41).

Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

L'efficacité des antipsychotiques, tant classiques que récents, dans le traitement du délire n'empêche pas que 20 à 30% des patients ne réagissent peu ou pas à un traitement par antipsychotiques. Une partie de ces patients (10-15%) s'avère déjà résistante au traitement dès la première décompensation psychotique. Les symptômes résiduels – parmi lesquels le délire – sont également fréquents, de telle sorte que des interventions supplémentaires sont nécessaires pour apprendre aux patients à gérer les symptômes résistants au traitement et à vivre avec ces symptômes. La thérapie cognitivo-comportementale a prouvé son efficacité dans le traitement du délire et des hallucinations (42) qui ne réagissent pas à un traitement pharmacologique. Cela ne signifie cependant pas que la TCC puisse être proposée comme unique intervention à des patients psychotiques. La TCC est une intervention complémentaire qui doit toujours être associée à un traitement médicamenteux.

La thérapie cognitivo-comportementale part du principe que des symptômes psychotiques spécifiques prennent naissance et persistent suite à des processus psychologiques "normaux". Les processus cognitifs "normaux" peuvent donc également être utilisés pour aider les patients à gérer ces symptômes psychotiques. La thérapie cognitivo-comportementale pour le délire part de quatre principes pour la modification des convictions déviantes.

1. Avant les interventions, on explore le délire du patient et on mesure le degré de conviction. L'idée délirante dont le patient est le moins certain intervient en premier lieu dans le traitement.
2. On n'exerce aucune pression pour abandonner le délire. La confrontation directe augmente en effet plutôt la conviction dans le délire (43).
3. Le délire n'est pas remis lui-même en question, mais bien la preuve de la conviction. Ceci prévient un rapport de force dans la relation thérapeutique.
4. La collaboration active entre le thérapeute et le patient est cruciale dans l'exploration des explications alternatives à une conviction délirante. Le patient est encouragé à participer activement à la thérapie cognitive.

La thérapie cognitivo-comportementale peut prendre différentes formes. La "*Belief modification*" est une intervention spécifiquement destinée aux patients délirants. Cette intervention englobe deux méthodes thérapeutiques: "*verbal challenge*" et "*reality testing*".

Le "*verbal challenge*" (44) comprend quatre éléments: en premier lieu, le patient est encouragé à remettre en question la preuve du délire et à considérer le délire comme une des nombreuses interprétations possibles des événements. Ensuite, on interroge la consistance interne et la probabilité du système de croyance et on accentue les éléments irrationnels et inconsistants. Dans une troisième étape, on évoque la possibilité

que le délire s'est développé en réaction à une expérience spécifique. Enfin, le délire du patient et l'alternative du thérapeute sont évalués sur la base de l'information disponible.

Dans le "*reality testing*", le patient planifie une action qui devrait pouvoir affaiblir le délire ou une partie de celui-ci (45). Cette action est également exécutée.

Lorsque ces méthodes sont utilisées chez des patients délirants, ceci entraîne chez la majorité des patients une forte diminution de leur conviction quant à l'exactitude de celle-ci (46). L'effet sur la préoccupation et l'anxiété liées au délire était moins marqué. Le niveau de préoccupation et d'anxiété a diminué d'environ 25% chez la plupart des patients.

Le "*reality testing*" n'est en soi pas très efficace dans la réduction de la conviction relative à un délire. Cependant, lorsque le "*reality testing*" se passe après le "*verbal challenge*", cette méthode est très efficace et renforce les effets positifs du "*verbal challenge*" (46).

D'autres techniques thérapeutiques cognitivo-comportementales (p.ex. *focusing/reattribution*, *normalizing*, *coping strategy enhancement*...) sont moins spécifiquement ciblées sur le délire, mais davantage sur une réduction des symptômes positifs et négatifs en général. Les résultats des études sur l'efficacité de ces techniques ont démontré que l'association d'un traitement médicamenteux et d'une TCC offre des avantages supplémentaires par rapport à l'association d'un traitement médicamenteux et d'une autre forme de thérapie de soutien (47): les patients qui associent des antipsychotiques avec la TCC parviennent plus rapidement à une rémission que les patients qui ne reçoivent que des médicaments antipsychotiques ou qui combinent les antipsychotiques avec un "*supportive counseling*" (48). La TCC s'avère particulièrement efficace pour la réduction de la conviction et les perturbations

provoquées par les idées délirantes. D'autres constatations relativisent à nouveau l'impact de la TCC (49) par rapport à d'autres formes thérapeutiques dans lesquelles les patients entrent en contact individuel avec un thérapeute. L'impact de la TCC à plus long terme est également moins évident. Des études supplémentaires sont donc nécessaires.

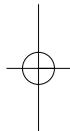
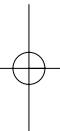
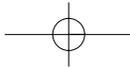
Conclusion

Les délires sont fréquents dans le cadre de troubles psychotiques. Les premières définitions introduisaient une distinction absolue entre le délire et les convictions normales. De nos jours, on réalise qu'il existe un continuum entre le délire et les convictions normales, et le délire est considéré comme multidimensionnel. Ce caractère multidimensionnel se reflète dans les instruments qui ont été développés pour mesurer et évaluer les délires.

Les médicaments antipsychotiques entraînent une diminution des délires chez la majorité des patients. En combinaison aux médicaments antipsychotiques, la TCC peut offrir une rémission plus rapide du délire. Dans le délire résistant au traitement, la TCC peut également apporter un soulagement.

Références

- Manschreck, T. C. (1979). The assessment of paranoid features. *Comprehensive Psychiatry*, 20, 370-377.
- Maier B, Ross JS. Delusions. In: *Comprehensive handbook of psychopathology*. Adams HE, Sutker P, editors. New York: Plenum; 1984. p. 383-411.
- Cutting J. *The psychology of schizophrenia*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1985.
- World Health Organisation. *The international pilot study of schizophrenia*. Geneva: WHO; 1973.
- Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, et al. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organisation ten-country study. *Psychological Medicine Monograph Supplement* 1992;20:1-97.
- Wing JK, Cooper JE, Sartorius N. *The description and classification of psychiatric symptoms. An instruction manual for the PSE and CATEGO system*. Cambridge: Cambridge University Press; 1974.
- Van Os J, Hanssen M, Bijl RV, Ravelli A. Strauss (1969) revisited: a psychosis continuum in the general population? *Schizophrenia Research* 2000;45:11-20.
- Jaspers K. *General psychopathology*. Manchester: Manchester University Press; (1913-1959).
- Strauss JS. Hallucinations and delusions as points on continua function. *Archives of General Psychiatry* 1969;20:581-6.
- Moor JH, Tucker GJ. Delusions: analysis and criteria. *Comprehensive Psychiatry* 1979;20:388-93.
- Spitzer M. On defining delusions. *Comprehensive Psychiatry* 1990;31:377-97.
- Oltmanns TF. Approaches to the definition and study of delusions. In: *Delusional beliefs*. Oltmanns TF, Maher BA, editors. New York: Wiley; 1988. p.3-12.
- Kraus G. *Leerboek der psychiatrie*. Leiden: HE Stenfert Kroese NV; 1968.
- Kay SR, Fiszbein F, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1987;13:261-76.
- Schneider C. *Die schizophrenen Symptomverbände*. Berlin: Springer, 1942.
- Fish F. *Fish's clinical psychopathology*. Bristol: John Wright & Sons Ltd; 1974.
- Stern RS, Cobb JP. Phenomenology of obsessive-compulsive neurosis. *British Journal of Psychiatry* 1978;132:233-9.
- Slade PD, Bentall RP. Sensory deception: A scientific analysis of hallucination. London: Croom Helm; 1988.
- Garety PA. Assessment of symptoms and behaviour. In: *Innovations in the psychological management of schizophrenia*. Birchwood M, Arrier N, editors, (pp. 3-20). Chichester: Wiley; 1992.
- Garety PA, Wessely S. The assessment of positive symptoms. In: *Assessment procedures for the psychoses*. Barnes TRE, Nelson H, editors. London: Chapman and Hall; 1994. p. 21-39.
- Rattenbury FR, Harrow M, Stoll FJ, Kettering RL. *The Personal Ideation Inventory: an interview for assessing major dimensions of delusional thinking*. New York: Microfiche Publications; 1984.
- Harrow M, Rattenbury F, Stoll F. Schizophrenic delusions: an analysis of their persistence, of related pre-morbid ideas, and of three major dimensions. In: *Delusional beliefs*. Oltmanns TE, Maher BA, editors. New York: Wiley; 1988. p. 184-211.
- Buchanan A, Reed A, Wessely S, et al. Acting on delusions (2): the phenomenological correlates of acting on delusions. *British Journal of Psychiatry* 1993;163:77-81.
- Garety PA, Hemsley DR. Characteristics of delusional experience. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences* 1987;236:294-8.
- Peters ER, Joseph SA, Garety PA. Measurement of delusional ideation: Introducing the PDI (Peters et al Delusional Inventory). *Schizophrenia Bulletin* 1999;25(3):553-76.
- Haddock G, McCarron J, Tarrier N, et al. Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic symptoms rating scales. *Psychological Medicine* 1999;34:254-8.
- Van der Gaag M, Valmaggia L, Van Meer CR, Sloof C. Gedachten uitpluizen: een cognitief gedragstherapeutische toolkit voor de behandeling van wanen en hallucinaties. Nieuwe Gein: Eli Lilly; 2000.
- Garety PA, Everitt BS, Hemsley DR. The characteristics of delusions: a cluster analysis of deluded subjects. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences* 1988;237:112-4.
- Kendler KS, Glazer WM, Morgenstern H. Dimensions of delusional experience. *American Journal of Psychiatry* 1983;140:466-9.
- Verdoux H, Maurice-Tyson S, Gay B, Van Os J, Salamon R. A survey of delusional ideation in primary-care patients. *Psychological Medicine* 1998;28:127-34.
- Appelbaum PS, Clark Robbins P, Roth BAR LH. Dimensional approach to delusions: comparison across types and diagnoses. *American Journal of Psychiatry* 1999;156:1938-43.
- Geddes J, Freemantle N, Harrison P, Bebbinton P. Atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia: systematic overview and meta-regression analysis. *British Medical Journal* 2000;321:1371-6.
- McEvoy JP. Efficacy of risperidone on positive features of schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry* 1994;55 Suppl.18-21.
- Csernansky JG, Mahmoud R, Brenner R. A comparison of risperidone and haloperidol for the prevention of relapse in patients with schizophrenia. *New England Journal of Medicine* 2002;346:16-22.
- Chakos M, Lieberman J, Hoffman E, Bradford D, Sheitman B. Effectiveness of second-generation antipsychotics in patients with treatment-resistant schizophrenia: a review and meta-analysis of randomized trials. *American Journal of Psychiatry* 2001;158:518-26.
- Bishop MP, Simpson GM, Dunnett CW, Kiltie H. Efficacy of loxapine in the treatment of paranoid schizophrenia. *Psychopharmacology* 1977;51(2):107-15.
- Tuason VB, Escobar JI, Garvey M, Schiele B. Loxapine versus chlorpromazine in paranoid schizophrenia: a double-blind study. *Journal of Clinical Psychiatry* 1984;45(4):158-63.
- Rifkin A, Rieder E, Sarantakos S, Kishore S, Kane J. Is loxapine more effective than chlorpromazine in paranoid schizophrenia? *American Journal of Psychiatry* 1984;141(11):1411-3.
- Munro A. Monosymptomatic hypochondriacal psychosis. *British Journal of Psychiatry* 1988;153 (Suppl. 2):37-40.
- Munro A, Chmara J. Monosymptomatic Hypochondriacal psychosis: a diagnostic checklist based on 50 cases of the disorder. *Canadian Journal of Psychiatry* 1982;27:374-6.
- Opler LA, Feinberg SS. The role of pimozide in clinical psychiatry: a review. *Journal of Clinical Psychiatry* 1991;52(5):221-33.
- De Hert M, Hulselmans J, D'haenens M, Janssen F, Sabbe B, Wampers M. Auditieve hallucinaties bij schizofrene patiënten: etiologie en behandeling. *Neuron* 2002;7(4):Supplement.
- Milton F, Patwat VK, Hafner RJ. Confrontation vs. belief modification in persistently deluded patients. *British Journal of Medical Psychology* 1978;51:127-30.
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press, 1979.
- Hole RW, Rush AJ, Beck AT. A cognitive investigation of schizophrenic delusions. *Psychiatry* 1973;42:312-9.
- Chadwick PDJ, Lowe CF. A cognitive approach to measuring and modifying delusions. *Behaviour and Research Therapy* 1994;32(3):355-67.
- Rector NA, Beck AT. Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: an empirical review. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2001;180(5):278-87.
- Lewis S, Tarrier N, Haddock G, et al. Randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy in early schizophrenia: acute-phase outcomes. *British Journal of Psychiatry* 2002;181(Suppl. 43):s91-s97.
- Dickerson FB. Cognitive behavioral psychotherapy for schizophrenia: a review of recent empirical studies. *Schizophrenia Research* 2000;43:71-90.



The work of the Discussion Board on Cognition in Antipsychotic Treatment is supported by an unrestricted educational grant from Janssen-Cilag & Organon.

