

Ce que les TCC nous ap



© Corinne Jullien.

prennent sur le délire



Les thérapies cognitives et comportementales des symptômes psychotiques (TCCp) travaillent directement sur les croyances délirantes, en les remettant en question ainsi que les preuves qui les sous-tendent.

Les idées délirantes sont une manifestation clinique majeure de la psychose et ont une importance particulière pour le diagnostic de schizophrénie. Si elles sont fréquentes dans différentes pathologies psychiatriques, elles peuvent survenir dans d'autres troubles, comme les lésions cérébrales, les intoxications et les maladies somatiques. Les idées délirantes sont intéressantes, précisément parce qu'elles ont un sens pour la personne qui délire et qui les considère comme manifestement vraies, ce qui les rend souvent résistantes au changement.

SYMPTÔMES, DIAGNOSTIC

Bien qu'il s'agisse d'un élément déterminant du diagnostic psychiatrique, les idées délirantes n'ont pas été précisément définies. On trouve cependant une définition dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-3) : il s'agit d'« une croyance erronée fondée sur une déduction incorrecte concernant la réalité extérieure, fermement soutenue en dépit de l'opinion très généralement partagée

et de tout ce qui constitue une preuve incontestable et évidente du contraire. Il ne s'agit pas d'une croyance habituellement acceptée par les autres membres du groupe culturel du sujet (ex : article de foi religieuse). » Comme l'ont montré Bell et coll., tous ces critères peuvent être remis en question (1).

Tout d'abord, l'idée délirante n'est pas forcément une croyance. Elle peut par exemple être un jugement de valeur : « Je suis un artiste extraordinairement talentueux. »

Ensuite, la croyance n'est pas forcément vérifiable, parce que les preuves pertinentes sont limitées, ne peuvent pas être examinées dans le contexte de la consultation ou résident au-delà de l'expertise du clinicien : « Mes voisins m'espionnent. », « Dieu me demande de sauver le monde ». Elle n'est pas non plus forcément fautive, comme on peut parfois l'observer dans le cas du délire d'infidélité. Elle peut être basée sur des preuves concrètes, comme pour le patient qui pense se transformer en femme car il présente une gynécomastie et une galactorrhée induites par une hyperprolactinémie provoquée par son traitement neuroleptique.

La croyance ne concerne pas forcément la réalité externe : « Mon regard est contrôlé par une force » dans le délire de contrôle, ou « On me vole mes émotions ». Même l'idée qu'il s'agit d'une croyance fermement soutenue a été remise en question, il y a vingt ans, par les travaux de Myin-Germeys et coll. qui ont montré, par des mesures répétées et quotidiennes sur

Jérôme FAVROD*¹, Alexandra NGUYEN**¹, Laurent FROBERT*¹, Charles BONSAK***²

*Infirmiers, **Infirmière et Docteur en sciences de l'éducation, ***Psychiatre

1- Institut et Haute École de la Santé la Source (HES-SO), Lausanne, 2- Service de psychiatrie communautaire, département de psychiatrie (CHUV), Lausanne.

plusieurs jours, que les patients déliraient moins d'un tiers du temps (2). Garety et coll. ont rapporté qu'environ la moitié des patients délirants accepteraient la possibilité qu'ils se trompent sur leurs croyances (3). Enfin, il peut s'agir d'une croyance partagée par les autres membres du groupe culturel du sujet, comme on le voit actuellement avec le développement des théories complotistes ou de personnes réunies en réseaux sociaux autour d'expériences de contrôle de l'esprit (4). Malgré cette difficulté de définition, le concept d'idées délirantes reste une caractéristique psychopathologique fondamentale. Ces idées peuvent être appréhendées comme un symptôme non-spécifique, ou comme ayant un lien avec les entités diagnostiques. Les données cliniques indiquent qu'elles se situent souvent à mi-chemin entre ces deux positions.

– Les délires de culpabilité sont clairement associés à une dépression psychotique ;

– Les délires de grandiosité sont associés aux épisodes maniaques, mais peuvent être présents dans les troubles non-affectifs ;

– Les délires de persécution ou somatiques sont distribués entre les différentes catégories diagnostiques ;

– Les délires d'influence ou de diffusion de la pensée sont plus fréquents dans la schizophrénie (5, 6).

Par rapport aux mécanismes sous-jacents, les idées de persécution sont prédites par l'anxiété, la dépression et l'auto-évaluation négative de soi, alors que les idées de grandeur sont associées aux caractéristiques inverses et à un risque plus élevé de biais de raisonnement (7).

LA RÉALITÉ CLINIQUE

Il serait utile de développer de nouvelles définitions plus proches de la réalité clinique. Dans la pratique des soins, ces idées délirantes ne constituent un problème que lorsqu'elles ont des conséquences fonctionnelles ou engendrent de la souffrance pour les patients. Ainsi, de nombreuses études épidémiologiques ont montré qu'une partie de la population peut avoir des croyances délirantes sans que cela n'interfère avec leur fonctionnement quotidien ou ne provoque de la détresse. Ces travaux mettent en évidence que les croyances délirantes varient sur un *continuum* entre le normal et le pathologique (8). Le concept clinique des

idées délirantes devrait donc inclure la présence de conséquences fonctionnelles et de souffrances.

• L'inquiétude

Les niveaux d'inquiétude des patients avec des idées délirantes de persécution sont comparables à ceux des personnes souffrant de troubles anxieux généralisés. Ce degré d'inquiétude aggrave les idées délirantes et la détresse provoquée, et augmente leur persistance (9). Une étude a montré que le simple fait de permettre aux patients de décrire leur expérience persécutoire, durant trois séances, en détaillant leurs sensations, leurs pensées et leurs sentiments au moment de l'expérience plutôt que de les ruminer, conduisait à une réduction importante de leurs inquiétudes et de leurs idées délirantes (10). Ces dernières sont fréquemment accompagnées d'insomnies, qui, à leur tour, les augmentent probablement à la suite de l'aggravation de l'anxiété, de la dépression et des anomalies perceptuelles. Une autre étude a prouvé que quatre séances d'éducation au sommeil réduisaient de façon importante les insomnies et les idées délirantes (11).

• Les répercussions fonctionnelles

En termes de répercussions fonctionnelles, les comportements de recherche de sécurité sont des tentatives de faire face aux conséquences émotionnelles des idées délirantes.

– Lorsque les patients se sentent menacés dans leur intégrité personnelle, ils recourent parfois à des conduites d'évitement, comme ne plus sortir de chez eux pour éviter le sentiment de persécution, être sur leurs gardes quand ils croisent des regards qu'ils interprètent comme hostiles, changer d'itinéraire quand ils se sentent suivis, fuir une situation perçue comme dangereuse, se soumettre aux ordres des hallucinations acoustico-verbales ou à des exigences attribuées au persécuteur.

– Quand ils sont obligés de sortir de chez eux, ils peuvent présenter des attitudes d'intimidation pour gagner de l'espace autour d'eux dans une foule ou devenir agressifs quand ils n'ont pas d'issues comme à l'hôpital psychiatrique.

Les soins doivent donc chercher à réduire ces comportements de recherche de sécurité, qui ont tendance à renforcer les croyances. En effet, une personne sur ses gardes attire davantage de regards ou

des regards plus soutenus. Une personne qui obéit à une voix lui ordonnant de se couper obtient une preuve supplémentaire que ses voix ont du pouvoir sur elle, en plus des « preuves » déjà existantes : les voix sont omniscientes, puisqu'elles savent tout sur l'individu, ou qu'il ne peut pas contrôler leur apparition ou leur disparition. Le fait d'éviter de sortir de chez soi empêche de vérifier s'il y a un danger réel et donne le sentiment que le comportement d'évitement a un





Informations. Il s'agit de processus psychologiques normaux, et même fonctionnels à certains degrés (par exemple, attribuer la faute aux autres peut être bénéfique pour préserver son estime de soi). Toutefois, lorsqu'ils sont exagérés, ces biais cognitifs se transforment en pièges, les mieux démontrés étant :

- sauter aux conclusions, qui se caractérise par le fait de produire un jugement rapidement sur la base de très peu d'informations ;
- ne pas prendre en compte les preuves contradictoires, qui se traduit par la difficulté à intégrer des informations qui remettent en question un premier jugement. Les personnes ne parviennent pas à faire une réévaluation adéquate d'une interprétation initiale des événements face à des preuves croissantes contre cette interprétation ;
- accorder une confiance augmentée dans les faux souvenirs. Sur ce point, rappelons que la mémoire est une reconstruction du passé qui a tendance à compléter les faits, notamment les détails manquants ou flous. Ce processus est susceptible de conduire à une corruption de la connaissance. Ces biais sont directement associés aux idées délirantes, indépendamment du diagnostic.

Dans ce contexte, signalons le programme d'entraînement métacognitif développé par l'équipe de Steffen Moritz (14, 15), qui est une nouvelle façon d'aborder le traitement psychologique des symptômes psychotiques. Son principal objectif est de rendre les patients conscients de leurs biais cognitifs dans leur fonctionnement quotidien, afin que ces processus interfèrent le moins possible dans la relation aux autres. Téléchargeable gratuitement en trente-sept langues sur internet (https://clinical-neuropsychology.de/metakognitives_training_psychose/), ce programme est composé de deux cycles de huit modules, chacun pouvant être administré lors d'une séance d'une heure pour un groupe de trois à dix patients. Le matériel est composé d'un manuel et de diapositives.

L'entraînement métacognitif a été testé dans de nombreuses études randomisées dont deux francophones. Une récente méta-analyse conclut qu'il s'agit d'une intervention non pharmacologique précieuse pour réduire les idées délirantes en milieu clinique pour les patients atteints de schizophrénie ou de troubles délirants (16).

Les idées délirantes peuvent également se construire à partir d'expériences perceptuelles particulières associées à la psychose comme la saillance aberrante (voir aussi l'article de C. Bonsack et al., p. 42), les sensations de contrôle, les hallucinations, le sentiment de vulnérabilité, le vol de la pensée... Elles s'élaborent parfois sur des réactions anxieuses comme les attaques de panique, la dépersonnalisation, la déréalisation ou encore sur les effets secondaires des neuroleptiques comme la perte ou la réduction du ressenti interne.

UN CHANGEMENT DE MODÈLE

Le passage d'un modèle catégoriel de la psychose à une conception qui la place sur un *continuum* avec la normalité a permis le développement des approches thérapeutiques des idées délirantes, notamment des thérapies cognitives et comportementales des symptômes psychotiques (TCCp).

Dans le modèle catégoriel, on craignait fortement que le fait de cibler directement les délires n'aggrave les choses. À l'origine de cette préoccupation figurait l'hypothèse que les symptômes psychotiques comme les délires étaient qualitativement différents des expériences « normales » et n'étaient donc pas susceptibles d'être améliorés par des mécanismes « normaux » d'apprentissage. Or, des études épidémiologiques ont mis en évidence un *continuum* entre les expériences normales et psychotiques qui indique alors que le raisonnement courant pourrait être impliqué dans la formation et le maintien des croyances délirantes. Les TCCp traditionnelles, par rapport à d'autres interventions psychologiques pour la psychose, travaillent directement sur les croyances délirantes, en remettant en question non seulement les croyances sur soi et les autres, mais aussi les preuves qui sous-tendent les croyances délirantes elles-mêmes.

Ces approches sont de plus en plus recommandées, d'une part pour leur efficacité sur la réduction des symptômes psychotiques (17) et, d'autre part compte tenu des limites du traitement neuroleptique : 20 % des patients n'y répondent pas et 20 % très partiellement (18). Par ailleurs, le recours aux TCCp va devoir augmenter au vu des risques potentiels à long terme du traitement neuroleptique (19).

Le changement de modèle a connu différentes étapes :

effet protecteur. Rappelons que, dans la schizophrénie, délirer réduit de 5 à 7 fois la possibilité de travailler par rapport aux patients qui ne délirent pas. Délirer peut ainsi avoir un effet catastrophique sur les revenus des patients (12).

LES BIAIS COGNITIFS

La recherche a montré que les idées délirantes sont associées à des biais cognitifs spécifiques (14). Un biais cognitif est une tendance privilégiée pour traiter des

© Corinne Jullien.

Diverses significations à un même événement

A (antécédent)	B (croyances)	C (conséquences)
Mon ami est en retard	Il me manque de considération	Colère
	Il m'a oublié	Tristesse
	Il a eu un accident	Inquiétude
	Il est allé me faire un cadeau	Joie

– Une phase pionnière s'est ouverte entre 1970 et 1990, consécutive à l'article de John Strauss qui a remis en cause pour la première fois la vision catégorielle de la psychose (20).

– À partir des années 1990, une seconde phase explore des interventions pour le traitement des idées délirantes en elles-mêmes, ce qui a conduit à environ 50 études contrôlées.

– Depuis les années 2010, les travaux portent davantage sur les facteurs causaux des idées délirantes comme les inquiétudes, les insomnies, la faible estime de soi ou les biais cognitifs.

PARTIR DU VÉCU DU PATIENT

Les TTCp peuvent être définies comme une approche centrée sur le patient, construite dans le cadre d'une relation collaborative qui procède par expérimentations. L'objectif est de réduire la souffrance et les comportements dysfonctionnels consécutifs aux croyances inadéquates en guidant le patient à réinterpréter les preuves qui les sous-tendent. Le professionnel conduit le participant à générer de nouvelles explications et entraîne la flexibilité cognitive.

L'intervention se construit sur le modèle ABC, dans lequel les « A » se réfèrent aux antécédents, les « B » aux croyances (*Beliefs*) et les « C » aux conséquences émotionnelles et comportementales (voir exemple

ci-dessus). L'intervenant développe d'abord une relation collaborative avec une forte alliance thérapeutique, évalue et cherche à comprendre les idées délirantes. Avec le patient, il recherche les preuves qui sous-tendent les croyances.

Illustrons avec l'exemple de Juliette, persuadée qu'on peut lire dans son esprit. Cette croyance l'empêche de sortir de chez elle car elle ressent une grande humiliation à l'idée que ses pensées les plus secrètes soient ainsi rendues publiques. Dans un premier temps, l'intervenant évalue les symptômes sur une échelle de cotation telle que le BPRS (*Brief Psychiatric Rating Scale*), la PANSS (*Positive and Negative Syndrome Scale*) ou le PSYRATS (*Psychotic Symptoms Ratings Scales*) (voir encadré ci-dessous). Puis il cherche avec Juliette les preuves qui lui ont permis de construire cette croyance. Voici quelques-unes de ces preuves :

« Quand j'ai des idées gênantes, ma belle-sœur écourte ses visites ;

– la première fois que j'ai vu un psychiatre, il m'a dit que mes problèmes remontaient à ma petite enfance alors que je ne lui en avais pas encore parlé et que j'ai eu une enfance particulièrement difficile ;

– je me disais que ce n'est pas possible qu'on puisse lire dans mes pensées puisque je ne peux pas lire dans celles des autres et quelqu'un a crié : "Et dire que cela existe !" ;

– une fois que je sortais encore, je pensais à quelque chose de drôle et une personne a ri en me regardant. »...

Souvent, les patients ont « appris » que lorsqu'ils parlent de leurs symptômes psychotiques, leur expérience n'est pas reconnue comme légitime. Leurs révélations peuvent être accompagnées d'une augmentation du traitement neuroleptique, et de ses effets secondaires. Par conséquent, ils évitent de parler de leur expérience.

L'intervenant doit donc se montrer à l'aise avec l'expérience psychotique et s'intéresser à ce que vit le patient. Il cherche à comprendre et à explorer la conception qu'a la personne de son vécu. Il peut normaliser l'expérience psychotique en montrant que ces symptômes peuvent apparaître chez n'importe qui, dans des conditions particulières comme le manque de sommeil, la privation sensorielle, le confinement solitaire, le deuil... Il peut enseigner des exercices de relaxation pour aider le patient à dépasser ses craintes et son anxiété.

Une fois que l'alliance est créée et la confiance établie, le professionnel va aider le patient à rechercher des explications alternatives aux preuves qui sous-tendent les croyances, en allant de la plus faible à la plus forte. Pour cela, il illustre tout d'abord le fait qu'un événement peut avoir différentes significations (voir ci-dessus). Ensuite, de façon collaborative, il explore avec le patient les preuves que celui-ci a identifiées et il le conduit à concevoir d'autres possibilités. Ainsi, lorsque Juliette affirme : « Lorsque je sortais, je pensais à quelque chose de drôle et une personne a ri en me regardant », l'intervenant peut dire : « Vous pensez que cette preuve explique la manière dont on peut lire dans votre esprit ; quelle autre explication pourrait-on avoir de cet événement ? », « Pour quelles autres raisons cette personne aurait pu rire ? », « Comment est votre visage quand vous pensez à quelque chose de drôle ? »...

Les TTCp proposent aussi d'effectuer des tests dans la réalité. Par rapport à la remise en question verbale des preuves qui sous-tendent les croyances, ils ont l'avantage de s'élaborer prospectivement et donc de réduire les biais rétrospectifs. Ces tests sont conçus avec les patients et doivent avoir du sens pour eux. Souvent, leur construction est plus importante que leur réalisation elle-même. Par exemple, Juliette a construit un test où elle devait

Les échelles d'évaluation des symptômes

Le BPRS, la PANSS et la PSYRATS sont des échelles d'évaluation de la symptomatologie utilisées dans la clinique et la recherche.

– Le BPRS, *Brief Psychiatric Rating Scale* (échelle abrégée d'appréciation psychiatrique) est une échelle de cotation des symptômes psychiatriques constituée de 24 items passé lors d'un entretien semi-structuré. Chaque symptôme est mesuré sur une échelle à 7 points de sévérité.

– La PANSS, *Positive and Negative Syndrome Scale* (échelle des symptômes positifs et négatifs) est composée de 30 items, 7 pour les symptômes positifs, 7 pour les symptômes négatifs et 16 pour la symptomatologie générale. Chaque symptôme est mesuré sur une échelle à 7 points.

– La PSYRATS, *Psychotic Symptoms Ratings Scales* (échelle de cotation des symptômes psychotiques), est composée d'une échelle pour les hallucinations verbales et d'une pour les idées délirantes. Elle mesure les différentes dimensions de chaque symptôme comme la fréquence, le degré de conviction... sur une échelle à 5 points.

penser à des choses dégoûtantes pour voir si les gens avaient des expressions de dégoût en la regardant. Elle devait contrôler ses propres expressions faciales afin que les interlocuteurs ne soient pas induits par celles-ci. Ce test lui a convenu car il contrôlait l'aspect du mensonge. En effet, il est difficile de mentir lorsqu'il s'agit de dégoût.

Michael's game est construit sur le même principe (21). Il s'agit d'un jeu collaboratif dans lequel les participants recherchent des alternatives aux explications farfelues ou délirantes du héros, Michael. Le but est d'entraîner la flexibilité cognitive et la création d'hypothèses alternatives. Une étude randomisée a montré que le jeu conduisait à une réduction du degré de conviction qui se maintenait trois mois après la fin de l'intervention et améliorerait la flexibilité cognitive (21).

ÉVALUATION

Les TCCp ont été évaluées sur les symptômes psychotiques. Une méta-analyse a étudié leur impact plus spécifiquement sur les idées délirantes (22). Elle indique que les TCCp sont supérieures à la prise en charge habituelle, mais pas à des traitements psychosociaux actifs ciblés sur les améliorations dans les idées délirantes. Cette supériorité est maintenue dans les périodes de catamnèse. Les interventions qui se centrent sur les facteurs causaux semblent prometteuses pour améliorer les interventions sur les idées délirantes. Ces approches thérapeutiques se soumettent à des évaluations cliniques rigoureuses et de s'appliquer dans le cadre d'une relation collaborative entre le patient et le thérapeute centrée sur les objectifs construits en commun.

- 1– Bell V, Halligan PW, Ellis HD : *Explaining delusions : a cognitive perspective. Trends Cogn Sci* 2006;10:219-226.
- 2– Myin-Germeys I, Nicolson NA, Delespaul PA : *The context of delusional experiences in the daily life of patients with schizophrenia. Psychol Med* 2001;31:489-498.
- 3– Garety PA, Freeman D, Jolley S, Dunn G, Bebbington PE, Fowler DG, Kuipers E, Dudley R : *Reasoning, emotions, and delusional conviction in psychosis. J Abnorm Psychol* 2005;114:373-384.
- 4– Bell V, Maiden C, Munoz-Solomando A, Reddy V : *'Mind control' experiences on the internet : implications for the psychiatric diagnosis of delusions. Psychopathology* 2006;39:87-91.
- 5– Picardi A, Fonzi L, Pallagrosi M, Gigantesco A, Biondi M : *Delusional Themes Across Affective and Non-Affective Psychoses. Frontiers in psychiatry* 2018;9:132-132.
- 6– Appelbaum PS, Robbins PC, Roth LH : *Dimensional approach to delusions : comparison across types and diagnoses. Am J Psychiatry* 1999;156:1938-1943.
- 7– Garety PA, Gittins M, Jolley S, Bebbington P, Dunn G, Kuipers E, Fowler D, Freeman D : *Differences in cognitive and emotional processes between persecutory and grandiose delusions. Schizophrenia bulletin* 2013;39:629-639.
- 8– van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I, Delespaul P, Krabbendam L : *A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum : evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. Psychol Med* 2009;39:179-195.
- 9– Freeman D : *Improving cognitive treatments for delusions. Schizophrenia Research* 2011;132:135-139.
- 10– Hepworth C, Startup H, Freeman D : *Developing treatments of persistent persecutory delusions : the impact of an emotional processing and metacognitive awareness intervention. J Nerv Ment Dis* 2011;199:653-658.
- 11– Myers E, Startup H, Freeman D : *Cognitive behavioural treatment of insomnia in individuals with persistent persecutory delusions : a pilot trial. J Behav Ther Exp Psychiatry* 2011;42:330-336.
- 12– Harrow M, Jobe TH : *How frequent is chronic multiyear delusional activity and recovery in schizophrenia : a 20-year multi-follow-up. Schizophr Bull* 2010;36:192-204.
- 13– Moritz S, Andreou C, Schneider BC, Wittekind CE, Menon M, Balzan RP, Woodward TS : *Sowing the seeds of doubt : a narrative review on metacognitive training in schizophrenia. Clin Psychol Rev* 2014;34:358-366.
- 14– Moritz S, Woodward TS : *Metacognitive training in schizophrenia : from basic research to knowledge translation and intervention. Curr Opin Psychiatry* 2007;20:619-625.
- 15– Moritz S, Woodward TS : *Metacognitive training for schizophrenia patients (MCT) : a pilot study of feasibility, treatment adherence and subjective efficacy. German Journal of Psychiatry* 2007;10:69-78.
- 16– Liu YC, Tang CC, Hung TT, Tsai PC, Lin MF : *The Efficacy of Metacognitive Training for Delusions in Patients With Schizophrenia : A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials Informs Evidence-Based Practice. Worldviews Evid Based Nurs* 2018;15:130-139.
- 17– Bighelli I, Salanti G, Huhn M, Schneider-Thoma J, Krause M, Reitmeir C, Wallis S, Schwermann F, Pitschel-Walz G, Barbui C, Furukawa TA, Leucht S : *Psychological interventions to reduce positive symptoms in schizophrenia : systematic review and network meta-analysis. World Psychiatry* 2018;17:316-329.
- 18– Samara MT, Nikolakopoulou A, Salanti G, Leucht S : *How Many Patients With Schizophrenia Do Not Respond to Antipsychotic Drugs in the Short Term? An Analysis Based on Individual Patient Data From Randomized Controlled Trials. Schizophr Bull* 2019;45:639-646.
- 19– Murray RM, Quattrone D, Natesan S, van Os J, Nordentoft M, Howes O, Di Forti M, Taylor D : *Should psychiatrists be more cautious about the long-term prophylactic use of antipsychotics? British Journal of Psychiatry* 2016;209:361-365.
- 20– Strauss JS : *Hallucinations and delusions as points on continua function. Rating scale evidence. Archives of general psychiatry* 1969;21:581-586.
- 21– Khazaal Y, Chatton A, Dieben K, Huguelet P, Boucherie M, Monney G, Lecardeur L, Salamin V, Bretel F, Azoulay S, Pesenti E, Krychowski R, Costa Prata A, Bartolomei J, Brazo P, Traian A, Charpeaud T, Murys E, Poupart F, Rouviere S, Zullino D, Parabiagli A, Saoud M, Favrod J : *Reducing Delusional Conviction through a Cognitive-Based Group Training Game : A Multicentre Randomized Controlled Trial. Front Psychiatry* 2015;6:66.
- 22– Mehl S, Werner D, Lincoln TM : *Does Cognitive Behavior Therapy for psychosis (CBTp) show a sustainable effect on delusions? A meta-analysis. Front Psychol* 2015;6:1450.

Résumé : Les idées délirantes peuvent être conçues comme un symptôme non-spécifique ou comme ayant un lien avec les entités diagnostiques et se situent à mi-chemin entre les deux positions. Il serait utile toutefois de développer de nouvelles définitions plus proches de la réalité clinique. Dans la pratique des soins, les idées délirantes constituent un problème quand elles conduisent à des conséquences fonctionnelles ou à de la souffrance pour les patients. Les résultats des recherches montrent que l'entraînement métacognitif ou les thérapies cognitives et comportementales des psychoses sont des interventions non pharmacologiques précieuses pour réduire les idées délirantes en milieu clinique pour les patients atteints de schizophrénie ou de troubles délirants.

Mots-clés : Alliance thérapeutique – Biais cognitifs – Clinique – Délire – Normal pathologique – Pathologie psychiatrique – Processus psychique – Thérapie comportementale et cognitive.