

L'ECOLE
DES HAUTES
ETUDES EN
SCIENCES
SOCIALES



UNIVERSITÉ
PARIS DESCARTES

Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales

Ecole Normale Supérieure – Ulm

Université Paris Descartes

Master Recherche en Sciences Cognitives

Spécialité : Philosophie et Sciences sociales

Année 2011-2012

Tuteur : D. Andler

Etude des modèles cognitifs du délire paranoïaque

Mémoire de Master 2

Yann CRAUS

Directeurs : B. Pachoud & J.M. Roy

Introduction

Les phénomènes délirants appartiennent à la symptomatologie psychiatrique courante et y occupent une place centrale dans les pathologies psychotiques. Les sciences cognitives ouvrent un nouveau champ de recherche en proposant des modèles explicatifs du délire. Ces hypothèses de recherche ont été développées en particulier par des philosophes (Bayne & Pacherie, 2005; Campbell, 2001; Gallagher, 2009), mais aussi des psychologues (Garety & Hemsley, 1994) et enfin des neuroscientifiques (Frith, 2005; Jeannerod, 2003). Néanmoins, ces modèles ont principalement concerné les délires monothématiques de type Capgras (Garry, 2008) et les expériences schizoïdes. Plusieurs biais cognitifs ont déjà été identifiés dans le champ de la psychose : jumping-to-conclusion (Garety & Freeman, 1999), biais d'attribution (Sharp, Fear, & Healy, 1997), dysfonction dans la théorie de l'esprit (Frith, 1992). En revanche, l'étude du délire paranoïaque systématisé est récente et soumise à controverse. Si Bentall (1994) tente d'appliquer les résultats obtenus sur le délire pour la paranoïa en lui associant une théorie du self, Freeman (2002) élabore un nouveau modèle qui s'y oppose.

Devant ce foisonnement d'études à propos du délire et une nouvelle approche centrée sur le délire paranoïaque, quelles hypothèses cognitives et en particulier neuroscientifiques sont susceptibles d'apporter des éléments d'explication à cette forme dite systématisée de production délirante ? Dans quelle mesure peut-on les accorder avec la psychopathologie traditionnelle ?

Nous proposons de situer dans un premier temps le délire paranoïaque au sein de la tradition psychiatrique en séparant de manière didactique les données cliniques des explications psychopathologiques. Nous serons alors amenés secondairement à considérer la perspective des sciences cognitives introduites comme psychopathologie cognitive dans son apport à la compréhension du délire en général et du délire paranoïaque en particulier. La troisième partie ouvrira le champ d'une hypothèse provenant de la phénoménologie psychiatrique, la perte de contingence, envisagée de manière originale dans ses mécanismes cognitifs sous-jacents et détenant un pouvoir explicatif.

I. La tradition psychopathologique

Dans la tradition psychiatrique, la paranoïa s'oppose à la schizophrénie et renvoie classiquement à une psychose chronique dans laquelle le délire est systématisé, de mécanisme interprétatif et où prédomine le thème de persécution. Afin de prévenir toute confusion sémantique, précisons que le mécanisme s'entend ici comme modalité de l'objectivation délirante : à côté de l'interprétation, on peut citer l'intuition ou l'imagination (Lempérière, Féline, Adès, Hardy, & Rouillon, 2006). En ce sens, il n'a pas de prétention explicative. Le thème correspond au contenu tandis que le caractère systématisé décrit l'ensemble des croyances du sujet érigé en système.

Le caractère d'extrême logique du délire paranoïaque (au point que l'on ait pu parler de « folies raisonnantes » (Sérieux & Capgras, 1909) interroge les sciences cognitives en ce qu'elles peuvent nous renseigner sur nos capacités d'inférence et d'interprétation du réel. C'est un sujet peu étudié et dont la stratégie de recherche reste à élaborer (Freeman, 2007). Nous exposerons d'une part les données issues du savoir clinique qui a nourri la réflexion théorique depuis la fin du XIX^{ème} siècle et d'autre part, nous reprendrons les explications de ce type de délire hors du champ cognitif actuel.

A) Données

1) Histoire du dégagement du symptôme

L'histoire de l'isolation du symptôme délire paranoïaque s'inscrit dans la tradition de la clinique psychiatrique, depuis ses balbutiements au début du XIX^{ème} siècle jusqu'aux traités successifs de Kraepelin, de 1883 à 1915, qui constituent le ferment de la classification clinique contemporaine.

Deux grandes écoles de pensée principales, germanique et française, dialoguent pour parvenir à une acception clinique et psychopathologique étroite et précise (Postel & Quétel, 2004). Du côté allemand, Heinroth est le premier en 1818 à utiliser le terme dans l'idiome médical mais au sens général de folie. Krafft-Ebing l'associe à des activités de jugement et de raisonnement aliénées prenant la forme de narrations. Mais c'est à Mendel en 1883 que l'on doit la claire désignation de délires chroniques systématisés, dépourvus d'hallucinations et d'évolution démentielle (*paranoia combinatoria, Verrücktheit*). Kraepelin à partir de 1899 fixera le symptôme comme système délirant durable et impossible à ébranler, qui s'instaure avec une conservation complète de la clarté et de l'ordre dans la pensée, le vouloir et l'action (Haustgen & Sinzelle, 2010). Du côté français, le début du XIX^{ème} siècle, marqué par une conception unitaire de l'aliénation mentale, spécifie le caractère intact de l'intelligence du sujet paranoïaque. Il faut citer ici

de nombreux traités ayant chacun concouru à la circonscription détaillée du phénomène : Lasègue et Legrand du Saule entre 1852 et 1871 avec le délire des persécutions ; Trélat en 1861 avec la « folie lucide » ; Sérieux & Capgras en 1909 avec le délire d'interprétation. L'interprétation délirante est alors définie comme un « raisonnement faux ayant pour point de départ une sensation réelle, un fait exact, lequel, en vertu d'association d'idées liées aux tendances, à l'affectivité, prend, à l'aide d'inductions ou de déductions erronées, une signification personnelle pour le malade, invinciblement poussé à tout rapporter à lui » (Sérieux & Capgras, 1909). Le délire paranoïaque est ainsi caractérisé par son thème (la persécution) et son mécanisme (l'interprétation).

Ce savoir sémiologique cumulatif apporte des arguments à l'individualisation d'une entité clinique dont le tableau actuel au sein des classifications est en cours de remaniement.

2) *Tableau actuel stabilisé*

Si les descriptions cliniques valident le tableau d'un délire paranoïaque, la nosographie psychiatrique évolue au gré des modèles explicatifs et des données épidémiologiques, si bien que le phénomène ne constitue pas actuellement une entité autonome au sein des deux classifications reconnues sur le plan international, le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM IV) de l'Association Psychiatrique Américaine (APA) et la classification internationale des maladies (CIM-10) par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). On le retrouve en effet au sein des troubles délirants (World Health Organization, 1993) définis notamment négativement ([Annexe 1](#)) comme ne remplissant pas les critères de définitions de la schizophrénie (bizarreries, éléments ne se rapportant pas à la vie réelle).

Le délire se définit comme une fausse croyance, basée sur une inférence incorrecte à propos d'une réalité externe, fermement soutenue malgré ce que la plupart des personnes croit et malgré ce qui constitue des preuves évidentes et irréfutables du contraire (American Psychiatric Association, 1994). On distingue alors un type particulier donné par le thème dominant du délire, à savoir la persécution.

Deux critères nécessaires ont été proposés afin de déterminer de manière opératoire le caractère paranoïaque d'un délire (Freeman & Garety, 2000) : i) la personne croit qu'un préjudice (*harm*) a lieu ou va avoir lieu contre elle ; ii) la personne croit que le persécuteur a l'intention de causer ce préjudice ([Annexe 2](#)). Le préjudice concerne toute action qui mène la personne à ressentir un péril (*distress*).

De nombreuses échelles d'évaluation ont été conçues essentiellement dans un but de recherche devant la nature complexe et multidimensionnelle du phénomène délirant en général. Du côté du délire paranoïaque, on peut citer la Paranoia Scale (PS) de Fenigstein

(1992) la plus utilisée pour mesurer des croyances paranoïaques dans une population non clinique, à partir d'une hypothèse de continuum entre normal et pathologique. D'autre part, en pratique clinique, afin d'évaluer le contenu de persécution du délire, la Green et al. Paranoid Thoughts Scales (G-PTS) est recommandée¹ (Freeman, 2008) bien qu'auto-questionnaire, il ne permette pas de distinguer à coup sûr les suspicions fondées de celles que l'on pourrait qualifier d'irréalistes. Dans le cadre de nouveaux programmes de recherche basés sur la réalité virtuelle, la State Social Paranoia Scale (SSPS) permet une évaluation en situation sociale. Avec Freeman, on rappellera qu'aucun questionnaire ne capture pleinement la richesse du contenu délirant comme les différentes manières dont ces pensées sont expérimentées.

3) Remarques critiques à propos des données collectées

Il est souhaitable qu'une définition opérante permette une étude rigoureuse du phénomène en question. A cet égard, la tradition clinique apporte une richesse descriptive précieuse. La psychologie cognitive tente de préciser des critères formels à l'instar de la psychiatrie américaine depuis les années 1980.

Cependant, un aspect purement descriptif semble problématique : on risque de mettre de côté l'abord psychopathologique qui tente d'éclaircir la genèse du symptôme. Il n'existe pas de difficulté méthodologique, ni épistémologique à prendre le détour de mécanismes proprement psychiques ou phénoménologiques pour lier le phénomène à des mécanismes cognitifs avant de s'intéresser à leurs corrélats neuronaux. A cet égard, il est remarquable qu'un chapitre entier d'un ouvrage de psychologie cognitive de référence soit dédié à un compte-rendu personnel de l'expérience que constitue le délire paranoïaque (Chadwick, 2008). Par ailleurs, la question du continuum du symptôme sur un gradient normal *versus* pathologique réapparaît à la faveur d'une approche dimensionnelle, basée sur le symptôme. Cette orientation actuelle de la recherche ne permet pas pour autant d'y répondre : la présence du symptôme à un certain degré au sein de la population non clinique² pourrait simplement traduire un défaut de détection et de retentissement systématique sur le fonctionnement social. De plus, on ne prouve pas l'absence de saut de nature ou de structure entre la personne qui délire et celle qui ne délire pas.

Le délire paranoïaque a pour spécificité de s'approcher d'une croyance normale : il s'agit bien d'une forme de folie à la frontière du normal et du pathologique. D'où l'intérêt de penser ce trouble *sui generis*. Un de ses traits différentiels et essentiels reste la

¹ Nous donnons en [Annexe 3](#) cette échelle utilisée dans les études les plus récentes.

² Sont appelés « non cliniques » les effectifs qui n'ont pas été recrutés parmi les patients.

« possibilité de se raconter comme histoire, peut-être singulière, mais plausible » (Postel & Quetel, 2004).

4) *Deux vignettes cliniques*

Pour fonder notre étude, nous nous appuyons sur la clinique psychiatrique, telle que nous avons pu en avoir l'expérience en tant que clinicien, véritable matière première *in vivo* irremplaçable pour une analyse au plus près du phénomène à l'instar des grandes revues de recherche clinique (Chapman, 2002). Toutefois, afin de ne pas alourdir inutilement notre propos, nous présentons deux vignettes cliniques³ selon un plan constant et minimal : une présentation générale du patient, l'anamnèse des troubles, la venue aux soins et un résumé de sa symptomatologie actuelle.

a. Madame O.

Mère de famille de 40 ans, Madame O. est originaire d'une île des DOM-TOM qu'elle a quittée adolescente avec sa famille. Aînée d'une fratrie de quatre enfants, elle a été élevée ses premières années par sa grand-mère maternelle qui vivait un village à proximité. Madame O. s'est mariée avec un homme originaire de la même île, rencontré en métropole, de statut militaire et régulièrement absent du domicile conjugal pour ses missions. De son côté, employée dans l'administration des services sociaux à la suite d'études supérieures de niveau master, elle élève ses trois enfants.

Ses troubles commencent il y a deux ans dans un contexte conjugal douloureux. Elle suspecte alors son mari d'infidélité et finit par en obtenir des preuves. Leur séparation est effective et une procédure de divorce s'engage alors qu'ils venaient d'acheter une maison à crédit. La maison est mise en vente et Madame O. doit chercher un nouveau logement en région parisienne pour elle et ses enfants. A la suite, la patiente développe un sentiment de persécution touchant différents secteurs de sa vie. Sur le plan professionnel, elle se sent attaquée de toute part par ses collègues qui la jalourent à cause de ses qualités et de son rapide avancement au sein de l'administration. On discute derrière son dos, elle entend des bruits de couloir négatifs sur son compte. Elle est à ce point enviée que sa supérieure, elle-même, décide de l'écarter, craignant qu'elle ne finisse par prendre sa place (sic). Sur le plan familial, Madame O. entretient des relations de plus en plus conflictuelles avec ses frères et sœurs et en point d'orgue sa mère, qui voit d'un mauvais œil son divorce. Sa mère propose de prendre les enfants chez elle pour un certain

³ Le principe de la vignette clinique consiste à exposer l'histoire d'un patient telle qu'elle peut se résumer à partir des entretiens menés auprès du patient et de son entourage avec son accord.

temps, jugeant sa fille débordée par les événements et surmenée par son travail. En réaction, Madame O. pense que sa mère veut lui prendre les enfants et la déposséder de son rôle de mère. Sur le plan social, ses deux derniers enfants vont à la même école élémentaire. Sa fille réussit brillamment tandis que le dernier fils a des résultats scolaires plus aléatoires et se montre turbulent dans la cour de récréation. S'en suivent des réflexions de l'institutrice et des réactions d'alerte d'autres parents d'élèves. Madame O. considère que ce sont des attaques raciales et qu'en fin de compte tous ces gens ne supportent pas que sa fille réussisse, de la même manière que l'on ne supporte pas son succès professionnel ; parcours professionnel qui est cependant en train de décliner, ce qui d'ailleurs prouve bien, selon elle, que certaines personnes lui en veulent.

La patiente sera amenée à l'hôpital à la suite d'une violente agression envers sa mère qu'elle a mordu au sein devant ses enfants. Son hostilité voile une grande anxiété développée depuis plusieurs mois dont elle ressort manifestement épuisée. Durant son séjour, elle écrira au cours d'une semaine plusieurs centaines de lettres (graphorrhée) afin d'alerter les autorités politiques et judiciaires sur les liens cachés unissant différents protagonistes de son histoire qui ne se connaissent pas, conspirant contre elle.

Madame O. présente donc un délire paranoïaque qui envahit tous les secteurs de sa vie relationnelle. Tout événement nouveau est interprété à la lumière d'un système de croyances et de pensées dans lequel tout se conjugue pour la menacer dans son bien-être et dans ses positions. Chacun agit finalement contre elle bien que les actions d'autrui puissent prendre des détours.

b. Monsieur L.

Monsieur L. âgé de 50 ans vit seul dans un appartement à Paris. Professeur de sciences économiques et sociales dans un lycée de banlieue, il habite la région depuis quinze ans, à l'époque où il a quitté la région familiale normande et coupé toute relation avec ses parents et ses quatre sœurs. Grand, sec et de nature très affable, Monsieur L. se passionne pour les grandes questions philosophiques et la place de l'Homme dans la nature. Auteur prolifique, il écrit des formes d'essais en abondance à l'appui des données nourrissant ses cours.

En 1990, Monsieur L. occupe un poste à proximité de sa famille et se montre tout à fait disponible pour ses proches et notamment pour ses neveux et nièces qu'il accompagne dans leurs activités sportives. Il rend également visite régulièrement à ses parents et leur confie qu'il en a assez de rendre service ainsi, et que sa sœur abuse de lui. Ses parents trouvent alors ses propos exagérés. Une fois comme une autre, sa sœur lui demande d'accompagner son fils, il s'y refuse sans explication et part d'un seul coup.

Lors d'un déjeuner suivant avec ses parents, cette même sœur les rejoint et revient sur l'épisode en plaisantant, ce qui n'est pas du goût de Monsieur L. qui s'en va pour ne plus jamais revenir. Il déménagera et changera d'établissement. Les quelques nouvelles qu'il donne, suite aux demandes répétées de sa famille, sont laconiques et opposent une fin de non-recevoir à toute invitation. Ses relations sociales se réduisent à quelques amis avec lesquels il partage quelques violons d'Ingres comme la philatélie. Les années qui suivent sont éprouvantes sur le plan professionnel : l'adaptation à la rentrée de septembre pour de nouvelles classes lui est difficile, il supporte de moins en moins le comportement des élèves qu'il juge de moins en moins compatible avec ses cours. Se développent la crainte d'être agressé par un élève et l'idée qu'on pourrait facilement le poignarder dans le dos avec un ciseau pendant qu'il serait en train d'écrire au tableau. L'arrêt-maladie le conduit à demeurer chez lui où il se renferme progressivement jusqu'à la dérélition. Un défaut de chauffage en plein hiver le conduit à croire que le concierge de son immeuble a sciemment détourné les conduites d'eau chaude de son logement.

Dans ces conditions, le patient arrive à l'hôpital dans un état physique très dégradé. Anorectique et cachectique, il aura été signalé aux services médicaux par le concierge inquiet.

Le système délirant de Monsieur L. se porte donc dans un premier temps à l'endroit de sa famille puis gagne progressivement la sphère professionnelle. Il est conduit à trouver refuge chez lui mais en vain. Ses angoisses se porteront également sur son corps avec des somatisations (hypochondrie) délirantes intéressant l'appareil digestif.

Ainsi, ces deux narrations paradigmatiques de délire paranoïaque, la première à coloration sthénique et anxieuse, la seconde à tonalité dépressive, soulignent la nécessité absolue pour le sujet paranoïaque d'explicitier tout événement venant à sa rencontre par rapport à sa propre personne, par le biais d'un système d'intelligibilité du monde ne laissant aucune place à l'ininterprétable.

B) Explications

Si la tradition psychopathologique apporte de nombreuses données centrées sur le délire paranoïaque, son explication du phénomène se montre beaucoup moins avancée. Une recension des explications hors du champ des sciences cognitives contemporaines aboutira à préciser l'état actuel des connaissances étiopathogéniques et à dégager ses insuffisances.

1) Recension des explications hors du champ cognitif

Les tentatives d'explication s'intriquent avec les différentes formulations descriptives du phénomène si bien que les premières sont basées sur des travaux anciens.

C'est d'abord la psychanalyse qui a proposé une lecture psychopathologique savante, issue de sa théorie sexuelle fondatrice. Deux auteurs, ayant marqué chacune des traditions allemande et française, ont tenté d'apporter un éclairage original à propos de la genèse du trouble. Freud étudie le cas de D.P. Schreber à partir de son propre récit (Schreber, 1903) et esquisse une théorie générale de ce type de délire comme une lutte contre la reviviscence des pulsions homosexuelles (Freud, 1911). La formation du symptôme s'explique par le mécanisme de projection par lequel « une perception interne est réprimée, et comme substitut de celle-ci, son contenu arrive à la conscience en tant que perception venant de l'extérieur, après avoir connu une certaine déformation », en tant que « transformation d'affect ». Remarquons que les modèles cognitifs actuels, bien éloignés semble-t-il de ces formulations psychogénétiques, reprennent toutefois ce type de référence non avouée. On retrouve ainsi la projection à travers le concept de biais cognitif d'attribution externe mais aussi l'hypothèse de la défense dans le modèle de Bentall⁴ (2006). Cependant, Freud lui-même reconnaît que ce processus n'est en rien pathognomonique puisqu'il se rencontre dans d'autres conditions psychopathologiques (Sami-Ali, 1970) et d'autres circonstances de la vie normale. Pour sa part, Lacan confirme la pathogénie « rigoureusement psychogénique » de cette entité clinique qui relève de structures conceptuelles tenant à la « phénoménologie même de la psychose » (Lacan, 1932).

Une lecture phénoménologique des psychoses a permis de retenir comme particulier au sujet paranoïaque dans son rapport au monde les notions de perte de contingence, d'effritement du fortuit et d'inflation du sens (Lanteri-Laura, Del Pistoia, & Bel Habib, 1985). En effet, ce mode de pensée érigé en système ne peut laisser aucune

⁴ Voir II.B.2.a

place à ce qui viendrait à sa connaissance par hasard, sans signification particulière. Tout doit prendre sens et être interprétable à travers sa grille de lecture du monde centré sur sa propre personne. De là apparaissent, à côté du thème de persécution, les idées de référence et les thématiques de grandeur mégalomane. A la lumière de cette compréhension phénoménologique, Lantéri-Laura a même proposé un modèle qui oppose paranoïa et schizophrénie : ces deux pathologies du champ psychotique partagent au départ le risque d'anéantissement éprouvé par le sujet, correspondant à un épisode de désorganisation totale de l'expérience vécue. Le délire est alors envisagé comme un axe de reprise. Pour sa part, le sujet schizophrène se trouve entièrement « dilué dans toutes ses éventualités imaginaires et sans plus de lien avec son existence ». A l'opposé, le sujet paranoïaque montre une « adéquation complète du sujet à son rôle dans le délire, éliminant alors tout imaginaire ».

Plus modestement, le soubassement du délire paranoïaque comme simple mécanisme de défense a été avancé comme unique stratégie face aux événements (*coping style*), indépendamment du contexte. La spécificité viendrait de ce que le sujet ne parvient pas à intégrer des éléments du contexte, pris entièrement dans sa stratégie implacable.

L'explication développementale, en terme d'acquisition précoce, est quant à elle directement corrélée à l'idée de schéma d'inadéquation de la personnalité suite à des expériences perturbantes de l'enfance (négligence, malveillance, abus). Une difficulté d'adaptation sociale serait liée à l'utilisation de schémas de pensée précoce dichotomiques.

La question de l'hérédité est toujours posée, soit concernant des facteurs héréditaires constitutifs du tempérament soit sur le plan génétique où les traits de personnalité dépendent de facteurs innés et de facteurs acquis liés à l'interaction avec l'environnement (Cardno & McGuffin, 2006). Toutefois, les études de jumeaux ne permettent pas de préciser des facteurs spécifiques du délire paranoïaque (Ferreri & Ferreri M., 2012).

D'autres facteurs d'ordre psychosocial ont été pointés tels que l'isolement social qui constitue en tout cas une conséquence du trouble.

Enfin, le modèle de vulnérabilité au stress est proposé pour rendre compte de nombreuses pathologies psychiatriques (Walker & Diforio, 1997).

2) Etat actuel des explications psychopathologiques hors du champ cognitif

Les explications dans leur diversité, qu'elles datent du début du XXème siècle ou qu'elles soient plus récentes dans leurs références théoriques, ne permettent pas d'aboutir à un consensus explicatif satisfaisant.

Le modèle général de vulnérabilité au stress, conjuguant des facteurs innés à des facteurs acquis en interaction avec l'environnement, domine le débat (Lincoln, Salzman, Ziegler, & Westermann, 2011).

3) Insuffisance : légitimité à poursuivre la recherche

Ce recensement des explications hors du champ des sciences cognitives révèle une insuffisance à expliciter les mécanismes propres au délire paranoïaque. Le modèle de vulnérabilité est par trop général et ne tient pas compte des spécificités de ce type de délire. En effet, le délire en tant que tel n'est pas expliqué en particulier alors que le contenu du délire n'est pas même abordé.

L'hypothèse phénoménologique de perte de contingence apparaît tout à fait pertinente et spécifique sur le plan clinique mais elle n'est pas traduite en terme cognitif. Il semble donc légitime et nécessaire de poursuivre la recherche de mécanismes à mêmes de rendre compte de ce symptôme total dans sa manière d'impacter entièrement la vie du sujet et si particulier dans ses manifestations proches d'une raison normale.

II. La perspective de la psychopathologie cognitive

Les sciences cognitives ont ouvert un nouveau champ de recherche qui, allié à la psychologie expérimentale et aux données de la clinique psychiatrique, constitue le domaine d'une psychopathologie cognitive. Après avoir souligné ce que l'étude du délire paranoïaque pourrait y gagner par analogie avec les conceptions de Frith pour la pathologie schizophrénique, nous tirerons le bilan des données expérimentales à partir desquelles des modèles explicatifs ont été avancés pour le cas particulier du délire paranoïaque.

A) Intérêts et pertinence pour l'étude du délire paranoïaque

L'autre grande catégorie des pathologies psychotiques, la schizophrénie, a fait l'objet d'une théorisation complexe à la fois à partir de données cliniques et de résultats expérimentaux. Ce précédent permet de poser les jalons ce que pourrait être une étude cognitive du délire paranoïaque.

1) Rôle paradigmatique de l'explication de la schizophrénie avec le travail de Frith

Frith (1992) établit une neuropsychologie cognitive de la schizophrénie à partir d'un principe essentiel selon lequel le trouble psychopathologique est perçu comme une défaillance d'un mécanisme cognitif. Le cadre conceptuel plus vaste prétend partir de la séméiologie pour parvenir aux bases neuronales (Frith, Rees, & Friston, 1998). Il s'agit en effet de comprendre d'abord les rapports entre les différents signes, de mettre ensuite en rapport les symptômes avec des processus cognitifs spécifiques, et enfin de fournir des critères permettant d'identifier des fonctions cérébrales impliquées. Pour ce faire, il faut mettre en évidence les liens entre certains signes ou symptômes schizophréniques et la performance aux tests, liens conçus en fonction des processus cognitifs sous-jacents; « de cette façon, on aura alors une chance de pouvoir les mettre en rapport avec d'éventuels dysfonctionnements cérébraux sous-jacents »⁵. Dans ce projet d'étude neuropsychologique de la schizophrénie, deux étapes sont clairement distinctes : une description des troubles schizophréniques au niveau psychologique et d'autre part une spécification de la correspondance entre cette description et les anomalies physiologiques. L'enjeu épistémologique est important puisque la prise en considération des fondements cognitifs de l'expérience subjective peut fournir un schéma de classification des signes et des symptômes expérimentalement testable.

⁵ *Neuropsychologie cognitive de la schizophrénie*, 1992, p.64

Sur le plan de la méthode, tenter d'expliquer les symptômes positifs en termes de déficits cognitifs sous-jacents revient à proposer une théorie cognitive de laquelle on attend des prédictions, expérimentalement testables. Une hypothèse sur les processus qui sous-tendent les symptômes est donc avancée, basée sur des théories de l'action. Selon Frith, certains symptômes positifs de la schizophrénie (intrusion de pensée, délire d'influence, certaines hallucinations auditives) seraient sous-tendus par l'attribution par le patient de ses propres actions à des agents externes, résultant d'un déficit du *self-monitoring*. Le *self-monitoring* est conçu comme le monitoring (ou reconnaissance) de ses propres intentions d'actions. Ce concept vaut autant comme fondement cognitif des hallucinations auditives que pour les idées délirantes. Le dysfonctionnement du système de monitoring central se déroule en deux étapes, chacune étant autant de niveau nécessaire à son bon fonctionnement : i) le monitoring des actions, c'est la première étape qui permet de distinguer les événements dus à nos propres actions des événements provoqués par des facteurs extérieurs ; ii) le monitoring des intentions d'action, seconde étape qui distingue les actions générées à partir de nos propres buts et plans (actions spontanées) des actions effectuées en réponse à des stimuli extérieurs (actions stimulus-induites).

En fait, le concept de *self-monitoring* est l'élément d'un processus cognitif plus général qui fait défaut chez le sujet schizophrène : la méta-représentation, définie comme la prise de conscience de nos buts, de nos intentions et celles d'autrui. La thèse générale de Frith identifie donc la schizophrénie comme un trouble de la conscience de soi, la méta-représentation, qui comprend l'action volontaire, le *self-monitoring* et le monitoring des intentions d'autrui. Cette théorisation s'est fait connaître sous le nom générique de théorie de l'esprit et a commencé un grand mouvement de recherche autour de la notion d'agentivité (Daprati et al., 1997) ; (Franck, 2001) ; (Harrington, Siegert, & McClure, 2005).

Le geste intéressant de Frith au regard de notre étude sur le délire paranoïaque porte sur la création du concept de *self-monitoring* qui rend compte de quelques symptômes précis du vaste domaine sémiologique de la schizophrénie.

2) *Qu'en est-il pour le délire paranoïaque ?*

Le modèle de Frith tente d'expliquer finalement l'ensemble de la symptomatologie psychotique, y compris le délire paranoïaque. Ainsi, Frith englobe les hallucinations conçues comme de « fausses perceptions » et les idées délirantes réduites à de « fausses croyances »⁶ et explique de ce fait le délire de persécution comme un trouble du monitoring des intentions d'autrui, une inférence incorrecte concernant les intentions d'autrui.

Différents points cliniques viennent contrer l'adéquation du modèle. En effet, l'explication de Frith n'est pas satisfaisante en ce qui concerne le contenu du délire. Si les intentions d'autrui sont mal reconnues, pourquoi le sont-elles du côté de la malveillance et de la persécution ? Le caractère autocentré du délire n'est pas plus expliqué. Quant au mécanisme interprétatif, véritable spirale arborant l'implacable de la logique rigoureuse, la théorie de l'esprit ne peut en rendre compte. L'explication par Frith est donc limitée car partielle pour le symptôme précis délire paranoïaque.

Par contre, l'intérêt méthodologique est indéniable. Sa démarche peut nous inspirer en nous intéressant à un symptôme précis, duquel on tirera une hypothèse cognitive de défaillance qui révélera par contraste une nouvelle capacité cognitive.

Existe-t-il un déficit cognitif général expliquant le délire paranoïaque ? Frith étudie une pathologie constituée d'un vaste cortège de symptômes et dont l'unité ne fait d'ailleurs pas l'unanimité. S'il s'agit d'abord de décrire puis d'expliquer sur le plan méthodologique, remarquons qu'on ne peut ignorer qu'une explication puissante éclaire à nouveaux frais les classifications et les regroupements sémiologiques. Le *self-monitoring*, mécanisme cognitif clef, explique seulement quelques symptômes cognitifs. Etudier un phénomène pathologique ciblé peut nous permettre de dégager un mécanisme cognitif majeur dans la pathologie paranoïaque. L'hypothèse devra concerner concomitamment et le thème du délire (la persécution) et son mécanisme (l'interprétation).

⁶ Ibid., p.94

B) Bilan critique de la psychopathologie cognitive pour le délire paranoïaque

Bien qu'envisagé à partir de thème spécifique (Capgras, Frigoli par exemple) ou de regroupements syndromiques (sous-types de schizophrénie), le délire a d'abord été étudié en tant qu'entité générale. Depuis une dizaine d'années, les recherches sont au contraire centrées sur le symptôme et dans ce mouvement, le délire paranoïaque a donné lieu à une abondante littérature.

1) Explications pour le délire en général

L'épidémiologie psychiatrique indique que le thème de la persécution est le type le plus commun de délire (Garety & Hemsley, 1987). De ce fait, il est opportun de tenter d'appliquer les modèles du délire en général sur le délire paranoïaque particulier. Sans reprendre les arguments de chaque modèle, nous présenterons les éléments pertinents.

a. Modèles rationalistes (*Top-down*)

Le délire est un trouble des croyances fondamentales du sujet (Campbell, 2001), ces dernières affectant consécutivement l'expérience et l'action. Au plus proche de la définition du DSM IV⁷, il est le résultat d'erreurs d'inférence et de jugement. En fait, peu d'auteurs (Campbell, Graham and Stephens⁸) défendent ce type de modèle. Des références philosophiques sur la nature de la rationalité prêtent rapidement à la critique. Par exemple, la croyance délirante comme propositions de structure (*framework proposition*) déviantes, en référence à Wittgenstein, attirent l'objection selon laquelle on ne partage pas tous les mêmes propositions wittgensteiniennes et que de nombreux délires sont enkystés⁹ (Bayne & Pacherie, 2004).

Sur le plan clinique, le caractère d'extrême logique du délire paranoïaque ainsi que l'absence de phénomènes perceptifs anormaux dans la forme pure présentée s'accordent avec ce type de modèle. Sur le plan cognitif, plusieurs biais étayent l'hypothèse rationaliste : biais d'attention, biais d'attribution et en particulier d'externalisation pour les événements négatifs (Kaney & Bentall, 1989), biais de raisonnement sur les jugements de probabilité avec le jumping-to-conclusion (Garety & Hemsley, 1994), biais de collecte des données (Garety & Freeman, 1999).

Néanmoins, la spécificité du délire inscrit dans la vie du sujet n'est pas ici abordée (Gallagher, 2004).

⁷ Confer I.A.2

⁸ Cité par Gallagher (2009)

⁹ C'est-à-dire qu'ils demeurent circonscrits à certains domaines de la vie du patient

b. Modèles empiristes (*Bottom-up*)

Le délire résulte d'une tentative de compréhension d'une expérience anormale en lui appliquant un processus de raisonnement normal (Maher, 1974). Considéré comme une réponse rationnelle à une expérience altérée première, le délire est de l'ordre de l'expérience, au point que Gold et Hohwy évoquent une « irrationalité expérientielle » (2000). Dans ce modèle, on peut présenter un système cognitif à trois niveaux (Mundale & Gallagher, 2009) : i) l'expérience de premier ordre, niveau phénoménologique d'une expérience immédiate, pré-réflexive du monde ; ii) une cognition de haut niveau, expérience réflexive qui porte la capacité d'attribuer un jugement sur l'expérience de premier ordre ; iii) des processus non conscients décrits comme cérébraux ou neuronaux. L'atteinte de ce premier niveau se traduit par des troubles de l'agentivité (*self-agency*) générés par des perturbations neurologiques objectivées en neuro-imagerie (Farrer et al., 2003). D'autres conceptions, phénoménologiques, avancent comme trouble fondamental du délire des anomalies de l'expérience de soi (*self-experience*), en s'appuyant directement sur les données cliniques. Ces anomalies déjà présentes avant le délire dans des phases prodromiques, évolueraient vers une réorganisation globale de la conscience et une réorientation existentielle au moment de l'éclosion délirante (Parnas & Sass, 2001). Enfin, les premiers travaux de neuropsychiatrie cognitive ont concerné des délires monothématiques, Capgras, Cotard, dont le modèle repose sur une expérience perceptuelle anormale (Young, 2000). Les mécanismes cognitifs associés varient en fonction du type de délire. Ainsi, l'hypothèse majeure du délire de Capgras est une perte de réponse appropriée d'orientation émotionnelle aux stimuli visuels familiers.

Ce type de modèle focalisé sur l'expérience perceptuelle ne peut rendre compte du délire paranoïaque qui, par nature, ne contient pas d'anomalie perceptuelle, du moins autant que l'on puisse en juger dans la relation médecin-patient.

c. Modèles hybrides

Les modèles hybrides, conceptualisés par Gallagher (2004) et développés par Garety (2001) et Pacherie (2006) combinent deux facteurs. D'un côté, on distingue une expérience anormale comme une sensation bizarre, la perte d'une sensation appropriée voire une hallucination. De l'autre, une erreur cognitive ou de raisonnement constitue une tentative avortée d'expliquer cette expérience altérée. Ici, l'expérience elle-même peut donc être délirante mais des contributions *top-down* accentuent le délire ou amènent l'expérience première vers des extrémités extravagantes, dans un effort de lui donner du sens. Dans cette optique, Kapur (2003) propose qu'une première étape, pour expliquer le délire, est une expérience anormale du sujet qui place au premier plan certains éléments

de son environnement de manière aberrante (« *aberrant salience* »). Le délire résulte d'une tentative d'explication *top-down* de cette prégnance injustifiée. Pour les délires monothématiques, ce modèle précise deux déficits (Davies, Breen, Coltheart, & Langdon, 2001): i) génération initiale d'une pensée extravagante (thème délirant) ; ii) incapacité à rejeter (acceptation sans critique) cette pensée (incapacité implémentée dans le lobe frontal droit). Pourrait-il s'appliquer au délire paranoïaque ? Plusieurs candidats pourraient remplir le déficit 1 : perte d'audition, troubles de la mémoire. Cependant, « la tendance à l'élaboration de pensées de persécution, liées à une menace, existe avant et indépendamment de déficiences neuropsychologiques (Langdon, McKay, & Coltheart, 2008) ¹⁰. Qu'en est-il du déficit 2 ? Aucune dysfonction frontale droite n'a été jusqu'ici démontrée.

Le modèle hybride tente donc de cumuler le pouvoir explicatif des modèles rationaliste et empiriste. Reste à savoir s'il existe un ordre de priorité dans la genèse du délire. En tout cas, les modèles existants s'articulent autour d'une expérience anormale première (tendance empiriste). Appliqué au délire paranoïaque, se pose toujours le problème de la spécificité du contenu délirant non prise en compte dans ces modèles.

d. Hypothèse des réalités multiples

En marge des explications cognitives contemporaines, l'hypothèse des réalités multiples propose un cadre conceptuel descriptif, sans pouvoir explicatif direct : le délire comme système de croyances complexes (Gallagher, 2009). Ce modèle phénoménologique s'appuie sur le concept de « réalité délirante », conçue comme réalité alternative coupée de la réalité quotidienne. Externaliste, il comprend le sujet expérimentant dans un système cerveau-corps-environnement. Le problème du sujet délirant serait son impossibilité de suspendre sa croyance de la réalité délirante dans l'actualité ontologique (Kafka, 1989).

En application au délire paranoïaque, la réalité délirante serait une forme de suspicion appuyée par un ensemble de croyances complexes, que le sujet ne parviendrait pas à dissoudre dans les preuves contradictoires du quotidien. Sans pouvoir explicatif direct, ce modèle est faible. Il offre cependant une ouverture, au plus proche des données cliniques, vers de nouvelles voies de recherche expérimentale.

¹⁰ p.229

2) Explications pour le délire paranoïaque

Plusieurs facteurs psychologiques ont été avancés comme déterminants tantôt sur le versant émotionnel tantôt sur le versant doxique : anxiété, croyances négatives à propos de soi et des autres, évènements adverses et traumatismes. Bentall et Freeman proposent deux modèles opposés du délire paranoïaque. Nous analysons cette controverse de manière à souligner les mécanismes cognitifs étayés par des données expérimentales mais aussi leurs références théoriques à partir desquelles leur modèle spécule.

a. Bentall et l'hypothèse de la défense

Chef de file d'un courant psychologique considérant la pensée paranoïaque comme défense, Bentall corrèle ce type de délire à une forme de protection du self¹¹. Devant une faible estime de soi sous-jacente, le sujet maintiendrait par son délire un niveau normal d'estime de soi manifeste. Cette thèse est argumentée à partir d'une conception psychologique particulière du self et d'une distinction clinique au sein du délire paranoïaque, permettant de dégager deux caractéristiques fondamentales : l'estime de soi et le sentiment d'avoir mérité la persécution (*deservedness*).

Higgins (1987) propose un modèle complexe de représentation du self (*self-discrepancy theory*) qui établit une association entre d'une part, l'écart existant entre différentes représentations des instances du self (actuel, idéal, surmoi) et d'autre part, un type de vulnérabilité émotionnelle. Pour Bentall, le délire paranoïaque répondrait à un écart entre le soi idéal et le soi actuel, entre une estime de soi implicite (faible chez le paranoïaque) et une estime de soi explicite (Bentall et al., 1994). A l'appui de cette application, l'auteur souligne l'exagération du biais égoïste normal chez ces sujets (*self-serving bias*), réputé avoir une fonction de protection du self. En effet, alors qu'il existe une tendance générale à s'attribuer plus fréquemment des événements positifs (une bonne note sera due au travail fourni par l'élève) que des événements négatifs (une mauvaise note sera due à des circonstances externes), le délire paranoïaque semble fonctionner comme protection contre une faible estime de soi (Bentall, Kinderman, & Moutoussis, 2008). A l'origine d'une faible estime de soi, Bentall apporte des données développementales : victimisation, sensibilisation aux signaux d'évènements aversifs, attachement insécure.

Par ailleurs, ce modèle reprend la dichotomie opérée par Trower et Chadwick (1995) entre paranoïa « poor me » dans laquelle la persécution est ressentie comme

¹¹ La notion anglo-saxonne de self n'a pas d'équivalent *stricto sensu* en français : le moi, le soi se définissent eux-mêmes en fonction des écoles de pensée. Nous avons donc choisi de ne pas traduire et de conserver le terme self dans le texte.

injuste et l'estime de soi est relativement élevée et d'autre part, paranoïa « bad me » dans laquelle la persécution est méritée et l'estime de soi est au contraire faible. Bentall met en avant le type « poor me » car pour lui, le sujet présente une estime de soi manifeste élevée grâce au délire qui le protège d'une faible estime de soi latente. Selon lui, il existerait des fluctuations temporelles entre ces deux formes chez une même personne en fonction de l'efficacité du délire. Une nouvelle échelle de mesure associant persécution et mérite (Melo, Corcoran, Shryane, & Bentall, 2009) a été validée et apporte des éléments en faveur d'un passage de la forme « bad me » à la forme « poor me » lors de la transition psychotique¹².

Dans ce modèle, le mécanisme d'attribution, définie comme évaluation de la cause d'un événement particulier, joue un rôle clef : le biais d'attribution empêche des pensées de faible estime de soi d'atteindre la conscience. La référence au modèle de la dépression basé sur le style d'attribution pessimiste est évidente : de même que pour le dépressif, le paranoïaque fait des attributions stables et globales pour les événements négatifs. Ce qui lui est spécifique, c'est le caractère externe de ses attributions (Bentall & Kaney, 2005).

Le modèle de Bentall pose des problèmes théoriques et pratiques importants. La théorie du self utilisée ainsi que la distinction clinique sont d'abord contestables. Bien que la clinique continentale distingue depuis la fin du XIX^{ème} siècle paranoïa de combat et paranoïa sensitive, on n'observe pas de passage de l'un à l'autre au cours du temps. Sur le plan méthodologique, les processus d'attribution au centre de la théorie sont également complexes et dynamiques, difficiles à définir et mesurer. L'attribution anormale n'est établie que pour la forme « poor-me » avec un questionnaire dédié (Kinderman, Prince, Waller, & Peters, 2003) et n'est pas répliquée dans toutes les études.

L'utilisation de références théoriques psychologiques et la notion de défense renvoient à une tradition psychopathologique psychanalytique qui ne semble donc pas en contradiction avec une approche cognitive. L'accent est mis sur l'évitement de croyances négatives à propos du soi dans la paranoïa « poor me » afin de découvrir un substrat biologique via les systèmes impliquant l'apprentissage et la motivation. Cependant, les données sont putatives et controversées (Bentall et al., 2008)¹³. De plus, se pose la question de la comorbidité dépressive qui expliquerait les données sans intervenir directement dans le mécanisme paranoïaque. L'instabilité de l'estime de soi est commode pour interpréter des résultats hétérogènes mais la structure du délire paranoïaque est, elle, particulièrement rigide. Le principe de la formation du délire est bien l'empêchement

¹² Définie comme le passage d'un état stable à un état aigu avec manifestations psychotiques bruyantes.

¹³ *Persecutory Delusions*, 2008, p.162

d'une émotion négative via le mécanisme d'attribution, explication causale des bons ou mauvais événements, concept issu de la dépression.

Le modèle général de Bentall reprend classiquement deux grands types de facteurs : i) émotionnels (association la plus forte): faible estime de soi, affect négatif et attribution pessimiste ; ii) cognitifs : jumping-to-conclusion, faible théorie de l'esprit, faible performance aux tests. Ceci renvoie au modèle de Coltheart (2008) également en deux facteurs : i) processus menant au contenu de pensées anormal (faible estime de soi, défaut émotionnel) ; ii) processus empêchant l'évaluation adéquate des contenus de pensées anormaux (déficit exécutif/cognitif).

b. Freeman et le modèle d'anticipation à la menace

« *Delusional beliefs are unlikely to share a common cause* ». A partir de cette assertion, Freeman (2004)¹⁴ adopte une perspective multifactorielle en élaborant un modèle cognitif du délire paranoïaque assimilé à l'anticipation d'une menace ou d'événements à venir négatifs. D'après lui, les éléments déterminants dans la constitution de ce type de délire comprennent : des expériences anormales telles que des anomalies perceptuelles ou des sensations internes inhabituelles causées par une dysfonction cognitive centrale ou une prise de drogues; des processus affectifs (H. Startup, Freeman, & Garety, 2007) tels que l'anxiété, l'inquiétude, des croyances à propos de soi et des autres, des formes de dépression ; des biais de raisonnement concernant le style d'attribution, le jumping-to-conclusion (Fine, Gardner, Craigie, & Gold, 2007), la rigidité des croyances ; des facteurs sociaux (isolement, événements adverses, environnement stressant). A la suite de sa définition du délire paranoïaque¹⁵ et du modèle à deux facteurs de Coltheart¹⁶, Freeman distingue la formation ([Annexe 4](#)) du délire et son maintien ([Annexe 5](#)). D'un côté, le délire se forme fondamentalement à partir d'une expérience soit directement interne (anomalie perceptuelle, sentiment de signification, dépersonnalisation, etc.) ou via une situation externe (information sociale ambiguë, coïncidences, etc.). Cette expérience sera interprétée à travers des émotions intenses (anxiété ; croyances concernant le self, les autres et le monde ; expériences passées) et un raisonnement troublé (biais mentionnés) dans une recherche de sens. Un élément déclencheur (événement de vie majeur, traumatisme, stress intense) préside à ce développement. De l'autre, le délire est maintenu grâce à des facteurs que l'on peut regrouper en deux types selon leur objet. D'une part, l'obtention de preuves

¹⁴ *Paranoia: The Psychology of Persecutory Delusions*, 2004, p.18

¹⁵ Confer I.A.2

¹⁶ Confer supra

confirmatoires est favorisée par un biais d'attention (la menace sera traitée en priorité), un biais de confirmation, un biais de mémoire (le souvenir privilégié d'une malveillance), la poursuite des expériences anormales (souvent perpétuées par l'anxiété) et les interactions du sujet avec son environnement (troublées par le délire lui-même). D'autre part, les preuves contradictoires sont écartées : le comportement d'évitement, qui permet pour le sujet de réduire la menace, l'empêche aussi de traiter des informations rassurantes ; le sujet se montre incapable de prédire les événements nuisibles qui arriveront tôt ou tard. Ainsi se renforcent les idées délirantes au sein d'un système de croyances circulaire. Ce modèle cognitif identifie le délire paranoïaque à une croyance de menace et met l'accent sur le rôle direct des émotions comme origine du contenu délirant, responsable de la force de conviction, de la préoccupation et de l'angoisse (*distress*) au premier plan. Les émotions fournissent ainsi le thème de la menace aux explications de l'expérience anormale primitive.

L'intérêt majeur de ce modèle est sa prise en compte du contenu et de la forme du délire. Il se présente comme une application particulière du modèle contemporain plus général de vulnérabilité au stress (Freeman & Garety, 2004)¹⁷ et pourra donc se lier à d'autres données pour un schéma biopsychosocial global et génétique. Le rôle majeur et direct donné à l'anxiété s'appuie sur une analogie forte : anticipation à la menace, comportement de sauvegarde (fuite, évitement), processus métacognitifs plus larges (croyances et stratégies de contrôle de l'inquiétude), mauvaise perception de la menace. Le modèle place l'anxiété comme origine du contenu de menace de l'idéation de persécution. « Les pensées paranoïaques délirantes sont une extension anxieuse des idées négatives à propos de soi et des autres » (Freeman, Garety, & Fowler, 2008)¹⁸. A l'instar de Bentall, Freeman fait une place importante au mécanisme d'attribution. Néanmoins, il en tient compte de manière plus large : ce ne sont pas seulement les événements négatifs qui sont l'objet d'un style d'attribution externalisé mais également les événements neutres et positifs. Aussi l'attribution se joue-t-elle à deux niveaux : l'attribution d'évènements et l'attribution d'autres attributions et ainsi de suite. Cet effet de récurrence met en lumière l'enfermement circulaire de la pensée paranoïaque et fait le lien entre délire de persécution et délire de référence. Par ailleurs, le rôle du raisonnement demeure ambigu : le délire paranoïaque est-il une croyance « incorrect » ou « uncorrected » ? Autrement dit, le défaut se trouve-t-il dans la croyance elle-même ou dans les mécanismes supposés permettant de la contrôler, et de la corriger si nécessaire ? En tout cas, l'incapacité à considérer des explications alternatives ainsi que les biais de

¹⁷ Ibid., p.115

¹⁸ Notre traduction; *Persecutory Delusions*, 2008, p.131

raisonnement confirmatoire sont manifestes en pratique clinique. C'est ce qui va donner le caractère de certitude à la suspicion et transformer une conviction en délire.

Freeman adopte un point de vue empiriste en référence directe à Maher (1974) pour lequel une expérience anormale interne est première. « Des expériences bizarres peuvent mener à des idées bizarres »¹⁹. A partir de là, on ne discerne pas très bien pourquoi le sujet ne pourrait envisager des explications alternatives même teintées d'anxiété. Une autre critique concerne la question de la causalité des facteurs envisagés. Leur combinaison varie beaucoup en fonction de chaque individu et il n'est pas question de leurs interactions détaillées. Par conséquent, il est difficile de prouver le rôle central de l'anxiété voire une condition nécessaire de cet affect dans la formation du délire paranoïaque. De plus, si l'on suit ce modèle, on ne voit pas ce qui distinguerait la paranoïa du délire de grandeur et de l'anxiété comme anticipation de la menace. Le lien avec des données biologiques et sociales n'est pas non plus évident. L'auteur défend cette proximité à partir de l'hypothèse générale de la continuité entre normal et pathologique. Il avance l'existence de pensées de forme paranoïaque dans la population générale et élabore une véritable hiérarchie de la paranoïa ([Annexe 6](#)). Au sein même de la pathologie, il remet en cause la ligne de partage classique entre névrose et psychose en focalisant les troubles sur le poids des émotions (Freeman & Garety, 2003). Afin de justifier un modèle multifactoriel, Freeman²⁰ souligne le caractère multidimensionnel de l'expérience délirante en général, dont témoigne l'effet différentiel des traitements médicamenteux (Mizrahi et al., 2006). Cependant, le délire paranoïaque peut être considéré justement comme une seule dimension. En tout cas, il est remarquable que l'approche nouvelle centrée sur le symptôme opposé à l'approche nosographique conduise à une démultiplication des facteurs mis en cause.

La notion de tentative de donner du sens à des expériences internes ou externes, qui sont inhabituelles, anormales ou significative sur le plan émotionnel, axe la recherche sur une psychopathologie affective. Alors que la formation du symptôme résulte pour Freeman d'une « interaction entre processus psychotique, croyances pré-existantes, personnalité et environnement », la nature du processus psychotique, délirant n'est pas précisée.

¹⁹ Ibid., p.125

²⁰ Ibid., p.122

c. Le champ de la cognition sociale

Curieusement, les mécanismes cognitifs étudiés par la cognition sociale, style d'attribution mis à part, ne sont pas pris en compte dans ces deux modèles présentés. Pourtant, la perception d'hostilité d'autrui et l'interprétation de leurs intentions placent naturellement le délire paranoïaque dans ce domaine d'étude : « *In a sense, paranoia is the ideal disorder to study from a social cognitive perspective* » (D.R. Combs & Penn, 2008)²¹. On distingue trois domaines d'intérêt : la théorie de l'esprit (capacité à représenter les états mentaux d'autrui et à réaliser des inférences à propos de leurs intentions), le style d'attribution, la perception des émotions et des situations sociales. Ces résultats nourriront l'hypothèse formulée à la section suivante.

Ainsi, les modèles proposés pour le délire en général offrent un cadre conceptuel intéressant pour penser le délire paranoïaque qui a fait l'objet d'études spécifiques de manière très récente à la faveur d'une nouvelle approche psychologique centrée sur le symptôme. Les modèles cognitifs contemporains ne parviennent pas à saisir son caractère proprement délirant en le comparant soit à la dépression (Bentall) soit à l'anxiété (Freeman). Une hypothèse issue de la rencontre entre philosophie et psychiatrie pourrait y remédier.

²¹ Ibid., p.175

III. L'hypothèse cognitive de la perte de contingence

Avec un bilan contrasté, la psychologie cognitive prend en compte à côté des facteurs neuropsychologiques des facteurs motivationnels, afin d'expliquer un symptôme appartenant à une pathologie souvent qualifiée de « psychose fonctionnelle », au point que les deux grands chercheurs, Bentall et Freeman, reviennent à une psychopathologie affective dans la tradition freudienne (Minkowski, 1966)²². Une conceptualisation différente, du côté des mécanismes *top-down*, semble nécessaire pour avancer dans l'explication d'un délire inscrit dans le champ de la cognition sociale : « *The search for candidate cognitive sub-components or contributors to social cognition should be widened to include not only IQ, but also aspects of higher order cognition which could theoretically underpin mentalizing* (Corcoran & Kaiser, 2008)²³. Nous proposons d'injecter une hypothèse, issue de la rencontre entre clinique psychiatrique et philosophie phénoménologique, dans le champ des sciences cognitives. Après avoir rappelé les conditions qui nous permettent ce rapprochement, nous détaillerons le concept de contingence puis les données cliniques qui nous autorisent à supposer sa perte. Les mécanismes cognitifs soulignés plus haut seront repris précisément à la lumière de cette nouvelle hypothèse, qui se révélera détenir un pouvoir heuristique. Ainsi s'ouvriront de nouvelles perspectives.

A) Prolégomènes méthodologiques

Pour être pertinente, une nouvelle hypothèse devra ici remplir trois grands critères. Elle doit d'abord être articulée au sens où elle devra pouvoir se déployer au sein de l'ensemble des données disponibles sur le délire paranoïaque et, si possible, se lier à d'autres modèles qui tentent d'un certain point de vue de rendre compte de la totalité du phénomène. Ensuite, il sera central dans l'esprit de notre travail qu'elle soit fructueuse et adéquate sur le plan clinique. En effet, les premières données sur lesquelles nous bâtissons notre étude sont issues de matériels cliniques²⁴. Nous assumons leurs caractères non reproductible et subjectif avec lesquels le médecin travaille mais elles n'en demeurent pas moins fiables. Nous pouvons en fait avancer d'autres critères de savoir : ces données existent depuis que la spécialité psychiatrique s'est individualisée au XIXème siècle, plusieurs praticiens ont observé les mêmes éléments et j'ai pu suivre sur une durée longue (deux ans) l'évolution du symptôme au cours du temps. Il est aussi remarquable que les théoriciens de la psychopathologie cognitive contemporaine

²² *Traité de psychopathologie*, 1966, p.85

²³ *Persecutory Delusions*, 2008, p.212

²⁴ Confer I.A.4

s'appuient directement sur des données en situation écologique (Freeman, Bentall, & Garety, 2008)²⁵. Utiles pour ouvrir de nouvelles voies de réflexion au plus près du fait clinique, ces données ne sauraient bien sûr suffire à une étude de sciences cognitives. L'hypothèse devra donc enfin intégrer les données expérimentales : études (brutes et méta-analyses), mécanismes cognitifs établis ou supposés ; et correspondre au mieux aux modèles existants qui ont fait la preuve en partie de leur adéquation.

Plusieurs éléments des modèles contemporains sont contraires à notre expérience clinique. Dans un premier temps, le délire paranoïaque dans sa forme pure ne présente pas d'expériences anormales externes au sens de la perception. Quant à la notion d'expérience interne anormale de Freeman (2004), il faudrait davantage l'explicitier : s'agit-il d'une forme de perception interne dont on ne voit pas très bien ce qu'elle pourrait être ou d'un processus déjà cognitif qui ferait perdre le caractère empiriste du modèle d'anticipation à la menace ? A notre sens, si nous pouvons retenir l'expression d'expérience intérieure, c'est pour la porter à sa dimension phénoménologique. Deuxièmement, les modèles présentés intégrant l'ensemble des facteurs hypothétiques prétendent rendre compte de la complexité du phénomène mais ne font qu'esquisser une genèse empreinte de circularité. Il est en effet bien difficile de prouver la causalité de l'anxiété qui est, en tout cas, une conséquence fréquente du délire de persécution. Par ailleurs, nous nous opposons à l'idée d'un continuum argumentée à partir de résultats d'étude en population générale (Freeman, Garety, Bebbington, Smith, et al., 2005). Nous avons déjà discuté ce point²⁶.

En conséquence, nous optons pour une approche neuro-phénoménologique, en suivant la perspective du psychiatre phénoménologue Minkowski consistant en l'étude des diverses modalités de « l'être autrement », chacune de ses modalités réalisant un monde à part. « Nous voulons savoir ce que des manifestations idéiques et autres de l'aliéné expriment, rechercher dans cette direction le trouble fondamental auquel elles se réfèrent et qui les sous-tend »²⁷. Nous prenons également référence à Gallagher (2004) dont l'appareil critique permet de concilier développement cognitif et apport philosophique. Nous sommes encouragés dans cette démarche par des précédents. Le questionnement philosophique sur la rationalité fait partie en effet des travaux de sciences cognitives sur les pathologies psychotiques : Gold et Hohwy (2000) ont proposé dans leurs études du délire schizophrénique une nouvelle propriété de la rationalité à côté par exemple de l'égoцентриté, la « rationalité expérientielle ». Parnas et Sass (2001) ont avancé un trouble fondamental du soi (*self-experience*), au sens du rapport au monde. Sur

²⁵ L'ouvrage commence par un récit personnel de délire paranoïaque

²⁶ Confer I.A.3

²⁷ *Traité de psychopathologie*, 1966, p.84

le plan épistémologique, reprendre la manière de définir son objet amène *ipso facto* à l'expliquer à nouveaux frais, c'est ainsi que Freeman (2008)²⁸ élabore son modèle en partant d'une définition distinguant la croyance de menace d'une part des intentions d'autrui d'autre part. A l'opposé d'une psychopathologie affective, nous nous orientons donc vers une psychopathologie phénoménologique qui précisera les « caractères essentiels » (Minkowski, 1966)²⁹ et où « le délire demeure délire »³⁰.

B) Le concept de contingence

Empruntée au bas latin, la *contingentia* est un terme philosophique désignant ce qui peut être ou ne pas être (TLF, 2012). Dans ce sens large, la contingence s'apparente au possible. « Au sens propre, c'est le caractère de ce qui n'est pas nécessaire » (Vinas, 1990). Nous retiendrons cette dernière acception, à bien distinguer de l'adjectif homographe anglais « *contingent* » qui renvoie à la contrainte : *to be contingent upon something* signifie dépendre de, être subordonnée à quelque chose. A noter qu'à distance de l'adjectif, la *contingency* se traduit par éventualité ou événement imprévu. Ce signifié a son équivalent en français dans sa forme plurielle : les contingences sont des « événements fortuits, imprévisibles de l'existence » (TLF, 2012). Proche du sens propre français, il n'en a toutefois pas la portée philosophique. « Un événement contingent n'est pas un hasard, et d'ailleurs hasard s'oppose à déterminisme, tandis que contingence s'oppose à nécessité » (Largeault, 1990). Après avoir rappelé les références philosophiques souvent invoquées en psychopathologie cognitive, nous définirons le concept de contingence dans la tradition puis dans la phénoménologie du XX^{ème} siècle. Enfin, le concept de système éclairera notre hypothèse.

Le philosophe Karl Jaspers (1883-1969) a largement influencé la conception psychiatrique du délire dont il soutient le caractère radicalement différent d'une croyance normale (discontinuité) et son irrationalité fondamentale. Il distingue les délires secondaires qui se comprennent à la lumière des affects associés et des expériences vécues et d'autre part, les délires primaires, véritables délires, phénoménologiquement irréductibles, dont la source est à trouver dans une expérience pathologique primaire (Jaspers, 1928). Le soubassement des jugements délirants est une expérience de la réalité transformée. Le caractère incorrigible du délire est un critère central. Ayant abandonné la recherche d'un trouble fondamental, la psychopathologie cognitive moderne adopte un point de vue dimensionnel défendant la continuité entre normal et pathologique. La

²⁸ Confer I.A.2

²⁹ Ibid., p.55

³⁰ Ibid., p.85

clinique présentée nous conduit à revenir à Jaspers. William James (1842-1910), père du pragmatisme, a proposé cinq grandes propriétés de la pensée abondamment citées dans les travaux de neurosciences de la conscience (Seth, Baars, & Edelman, 2005). Parmi elles, on peut retenir (Ginestier, 1984) l'intentionnalité (la conscience personnelle semble traiter d'objets indépendamment d'elle-même) et la sélectivité (la conscience personnelle s'intéresse à quelques parties de ces objets à l'exception des autres, les accueille ou les rejette, en un mot, choisit tout le temps). Sur ces deux points, la pensée du paranoïaque pourrait être troublée via l'hypothèse avancée.

La notion de contingence est abordée dès l'Antiquité avec Aristote dans *Organon*, un ensemble de traités d'Analytique (Logique ancienne) considérés comme une propédeutique à la Science. Au sein du traité *De l'interprétation*, dont le titre ne peut pas ne pas faire évoquer le mécanisme interprétatif du délire paranoïaque, le chapitre « L'opposition des futurs contingents » associe la contingence à une forme d'indéterminé (ἀόριστος) qui s'oppose à la nécessité (ἀνάγκη) :

« L'expérience nous montre (...) que les choses futures ont leur principe dans la délibération et dans l'action, et que, d'une manière générale, les choses qui n'existent pas toujours en acte renferment la puissance d'être ou de ne pas être, indifféremment. (...) Ce n'est pas par l'effet de la nécessité que toutes les choses sont ou deviennent ; en fait tantôt on a affaire à une véritable indétermination (...) tantôt la tendance dans une direction donnée est plus forte et plus constante »³¹

Avec Leibniz (1686), on peut soutenir que la reconnaissance de la contingence n'exclut pas une forme de déterminisme. L'auteur du *Discours de Métaphysique* affirme à la fois que « la notion individuelle de chaque personne renferme une fois pour toutes ce qui luy arrivera » mais que « jamais on y voit a priori la vérité de chaque événement ou pourquoi l'un est arrivé plus tost que l'autre ». Le déterminisme de Leibniz ancré dans son fidéisme ne laisse pas de souligner la contingence comme ferment de la liberté : « ces vérités quoique assurées ne laissent pas d'être contingentes étant fondées sur le libre-arbitre de Dieu ou des créatures dont le choix a toujours ses raisons qui inclinent sans nécessiter »³².

La phénoménologie du XXème siècle va permettre de placer le concept de contingence comme modalité de jugement dans le rapport de l'individu au monde qui l'entoure (*Umwelt*). Afin d'explicitier la conscience de doute et de possibilité, Husserl (1954) prend l'exemple du mannequin dans une vitrine :

³¹ *De l'interprétation*, p.101

³² *Discours de Métaphysique*, 1686, Chapitre XIII

« Nous voyons par exemple à travers une vitrine une silhouette dressée que nous prenons d'abord pour un homme réel, peut-être un employé qui justement a affaire dans cette vitrine. Mais ensuite nous sommes hésitants, nous demandant s'il ne s'agit pas d'un simple mannequin (...) Ici deux saisies perceptives se recouvrent ; l'une se situe dans la perception au cours normal par laquelle nous avons commencé ; pendant un certain temps nous avons vu là un homme, dans une saisie concordante et sans conteste, comme nous voyons les autres choses de l'entourage. (...) le contenu plein et concret d'apparition proprement dite reçoit alors d'un seul coup un deuxième contenu qui se glisse sur lui : l'apparition visuelle, la forme spatiale colorée, était auparavant dotée d'un halo d'intentions de saisie qui donnait le sens « corps humain » et en général « homme » ; maintenant s'y superpose par glissement le sens « mannequin habillé » (...) Un seul et même complexe de données impressives est le fondement commun de deux saisies superposées. Aucune des deux n'est biffée tant qu'on doute ; elles sont en conflit d'alternatives »³³.

La capacité de mettre en doute et en question est intimement liée à la notion de probabilité si bien que la contingence pourrait appartenir aux propriétés fondamentales de la rationalité :

« l'acte normal de perception du Je se modalise avec sa certitude simple de croyance en des actes que nous nommons présomptions de croyance. Quand on considère le côté noématique, celui des objets présents à la conscience, nous parlons également de présomption d'être. Cela veut dire que de l'objet est issu une affection de telle sorte que le Je le présume étant, et étant tel, de même que son adversaire. C'est cet aspect que nous nommons également possible ; c'est dans ce conflit des inclinations à croire, corrélativement des présomptions d'être, qu'un certain concept de possibilité trouve son origine (...). C'est seulement dans ce cas de possibilités en faveur desquelles quelque chose parle qu'on peut employer le mot de probabilité : (...) la probabilité désigne ainsi le poids qui revient aux présomptions d'être »³⁴.

Pour Husserl, le doute est une « prise de position active » : « Il ne s'agit plus là du simple phénomène de scission de la perception, mais d'une perte de l'unité du Je avec soi-même »³⁵. La perte de contingence comme perte de la capacité de doute serait une défense contre le risque de perte de l'unité du Je déjà confronté au risque de l'anéantissement psychotique, point de départ psychopathologique supposé du registre des psychoses.

³³ *Expérience et jugement*, 1954, p.108

³⁴ *Ibid.*, p.112

³⁵ *Ibid.*, p.167

Dans le contexte de l'entre-deux-guerres, Sartre conçoit la contingence comme condition de la liberté. « L'essentiel c'est la contingence. Je veux dire que, par définition l'existence n'est pas la *nécessité*. Exister c'est *être là*, simplement; les existants apparaissent, se laissent rencontrer, mais on ne peut jamais les déduire. »³⁶

L'apport de ces différents philosophes depuis l'origine de la pensée nous conduit à une définition efficiente de la contingence. Dans une perspective phénoménologique, elle concerne dans un même mouvement le monde tel qu'il apparaît au sujet et le sujet lui-même qui, en fait, ne font qu'un dans un être-dans-le-monde. La contingence est une propriété du monde pourvu d'éléments n'ayant possiblement aucune signification particulière. Le hasard et le fortuit se produisent sans qu'il n'y ait nécessité pour le sujet de donner un sens pour tout, à tout moment. En corollaire, la contingence décrit donc une faculté de la personne face aux événements, aux actions, aux intentions et aux états de chose du monde, qui lui permet par exemple de suspendre son jugement (époque).

Par ailleurs, la notion de système (*sunístëmi*) évoque un « rassemblement d'éléments, d'objets ou de part de réalité qui sont présentés et qu'il convient de saisir dans leur articulation réciproque, et dont chacun acquiert signification de la place qu'il occupe dans ce tout. La relation en cause est alors exactement définie : les éléments sont rapportés les uns aux autres selon l'ordre d'une interdépendance circulaire et stellaire » (Labarrière, 1990). S'y attache l'idée d'une « fermeture ainsi que d'une prévalence de la dimension théorique et parfaitement définie sur la plasticité qui semble requise pour l'expérience concrète ». Véritable grille d'interprétation du réel qui lie et cadenas les éléments entre eux³⁷, cette construction rationnelle au centre du délire paranoïaque peut se montrer convaincante au point de dissimuler son caractère proprement délirant.

C) La perte de contingence : des données cliniques

Deux psychiatres de formation philosophique, Eugène Minkowski et Georges Lantéri-Laura ont retenu dans leurs observations cliniques et leur lecture psychopathologique du délire paranoïaque le concept de perte de contingence.

Minkowski (1966) énumère dans une narration les impressions du malade :

« on éprouve comme une crispation intérieure, on se sent comme pris dans un étou, le monde se rétrécit, se polarise sur la prétendue malveillance et sur le désir de vous faire du mal. (...) ces fausses appréciations ne sont que l'expression du monde

³⁶ *La Nausée*, 1938, p. 167.

³⁷ Voir Annexe 8

rétréci qui ainsi s'est formé et dans lequel on vit. Pas tant une série de troubles du jugement que modification de la vision même de la vie. L'air n'y circule plus »³⁸.

Il va jusqu'à décrire une véritable psychopathologie au sein d'une analyse phénoméno-structurale basée sur l'exclusion du contingent et du fortuit et sur l'extension du champ des significations. Il observe également une forme d'hyperactivité du raisonnement :

« Sur ce fond gris, la pensée procède par similitudes et par identités, elle découvre des analogies et des ressemblances auxquelles nous ne prêtons aucune attention (...). Ces relations d'identité sont établies constamment avec une rapidité vraiment surprenante : nous sommes le 13 juillet, veille de la fête nationale ; sur son caleçon il y a également le chiffre 13 ; entre les deux faits il doit y avoir une corrélation ; sur sa chemise il y a le chiffre 3 qui se trouve dans le 13, etc. »³⁹

Lantéri-Laura (1985) distingue deux notions dans sa psychopathologie phénoménologique. D'une part, l'effritement de la contingence que nous reprenons est premier :

« Le monde, c'est-à-dire son ordre cosmique, mais bien plus son organisation sociale proche et familière, lui apparaît toujours comme monde organisé et porteur de sens, donc réel effectif, à la condition que tout s'y détermine et que tout le concerne en propre ».

D'autre part et en corollaire, c'est l'être-au-monde qui se trouve affecté selon un « renversement du rapport de l'interprétable et de l'ininterprétable » : « l'interprétable s'étend à tout, sans jamais pouvoir se limiter à un interprétable effectif, le fortuit n'appartient qu'aux apparences et dès que l'élucidation pénètre plus loin, l'on ne peut retrouver que du nécessaire qui interpelle le sujet ».

Les vignettes cliniques présentées dans la partie I valident la notion de perte de contingence. Les caractéristiques du délire de Mme O. et de M. L. peuvent en effet être regroupées en deux catégories. D'un côté, des signes positifs rendent le délire bruyant : se développe un système de pensée centré sur le sujet constituant une véritable grille de lecture progressivement totale du monde. On observe également une inflation du sens, la moindre action ou intention va signifier quelque chose au sein du système de croyances. De l'autre et en négatif, ces patients donnent l'image d'un monde (*Umwelt*) rétréci : le

³⁸ *Traité de psychopathologie*, 1966, p.815

³⁹ *Ibid.*, p.574

discours centré sur la persécution s'appauvrit, il n'y a plus de place pour l'autre en tant qu'altérité et physiquement, ces personnes s'isolent. On remarque encore une grande rigidité dans le raisonnement et la manière de penser de ces sujets recroquevillés. Ainsi, issu de la philosophie, le concept de perte de contingence rend bien compte des données cliniques essentielles du délire paranoïaque.

D) Mécanismes cognitifs associés à la perte de contingence:

L'hypothèse de perte de contingence recouvre de nombreuses données expérimentales disponibles. Nous déclinons les différents mécanismes cognitifs mis en évidence pour le délire paranoïaque qui lui sont associés au sein du domaine de la cognition sociale telle que définie par Combs et Penn (2008), à savoir la théorie de l'esprit, le style d'attribution et la perception sociale et émotionnelle, et d'autre part concernant les biais de raisonnement.

1) Processus d'attribution perturbé

Les personnes saines ont tendance à attribuer les événements positifs à eux-mêmes et à mettre en cause les circonstances quand les événements sont négatifs : c'est le biais égoïste normal (*self-serving*). Les paranoïaques présentent ce biais de manière exagérée en accusant les autres plutôt que les circonstances (Kinderman & Bentall, 1997). Une revue critique des études sur le sujet prouve en fait qu'il existe bien un biais d'attribution externe pour les événements négatifs mais qu'il n'y a pas d'attribution interne exagérée pour les événements positifs (Garety & Freeman, 1999). Mieux, une étude récente retrouve un biais d'attribution externe quelle que soit la nature de l'événement (Lincoln, Mehl, Exner, Lindenmeyer, & Rief, 2009), ce qui correspond au caractère total (atteinte du rapport au monde) de notre hypothèse. Ce biais dépend par ailleurs de la phase de la maladie, puisqu'il n'est retrouvé que dans la phase aiguë, correspondant au symptôme de délire paranoïaque vrai (McKay, Langdon, & Coltheart, 2005). Ces données corroborent notre point de vue jaspersien sur la discontinuité fondamentale entre prodromes et délire paranoïaque à expliquer par un trouble fondamental.

Lincoln (2009) fait l'hypothèse peu convaincante d'une difficulté à prendre en compte une quantité suffisante de facteurs dans une situation sociale complexe, qui serait liée à un déficit neurocognitif comme une dysfonction exécutive ou un trouble de la mémoire verbal qu'il ne retrouve d'ailleurs qu'avec une faible significativité. D'autres auteurs, à partir des travaux *princeps* de Bentall sur la typologie de l'attribution, n'ont pas

répliqué ces résultats⁴⁰. Au-delà des difficultés méthodologiques avancées par Bentall (2008), ce dernier évoque également une méconnaissance du processus générant l'attribution. Son hypothèse est que la décision d'attribuer une cause à un événement se produit à la suite d'une sorte de recherche cognitive parmi des causes candidates. L'étude de Merrin (2007) a permis de mieux connaître ce processus chez le paranoïaque en présentant une tâche dans laquelle le sujet pouvait poser autant de questions qu'il le souhaitait avant de décider de l'attribution. Les sujets paranoïaques tendent à poser moins de questions que les autres (*jump-to-attribution*).

Ce point s'accorde bien avec notre hypothèse de perte de contingence qui établit une anomalie de l'attribution, non pas tant dans le style particulier qu'il peut arborer (la persécution tend à attribuer aux autres des événements négatifs), mais dans la force de l'attribution. En effet, dans l'idée d'un monde où il n'y a pas de place pour l'ininterprétable, l'attribution est réalisée au plus vite. La même étude révèle de plus que le paranoïaque tend à poser des questions qui présupposent un certain type de cause. Là encore, tout se passe comme si l'attribution était presque déjà faite, qu'elle ne demandait qu'une vérification, d'ailleurs bien inutile, réalisée seulement parce que celle-ci est demandée par les expérimentateurs. Les résultats disparates dans l'orientation du style d'attribution sont probablement en faveur de son caractère « dynamique » dans l'évolution de la maladie (Bentall & Kaney, 2005). Devant le scepticisme de McKay (2005), mon hypothèse ici est qu'il n'y a pas d'orientation univoque : c'est la force d'attribution et l'attribution intempestive qui est caractéristique. Cette autre qualité du processus d'attribution est remarquée par la perte de contingence.

Remarquons que le processus d'attribution s'entend ici au sens restreint de l'attribution d'une cause à un événement. Afin d'approcher au plus près la modalité interprétative du délire paranoïaque, la question de l'attribution du sens semble incontournable⁴¹.

Freeman distingue deux types d'attribution qui semble problématique: d'une part le fait d'attribuer des causes à des événements et d'autre part le fait d'attribuer des causes à d'autres attributions, ce qui nous conduit naturellement à la théorie de l'esprit.

⁴⁰ par exemple Humphreys et Barrowclough (2006), cité par Bentall (2008)

⁴¹ Cette question nécessiterait de disposer d'une théorie du sens satisfaisante dont nous sommes pour l'heure dépourvus.

2) *Théorie de l'esprit troublée*

D'abord théorisée à propos de la schizophrénie (Frith, 1992), la capacité à représenter le monde (représentations primaires) et à représenter ces représentations primaires (représentations secondaires ou méta-représentations) semble concerner directement le délire paranoïaque. Une définition opératoire de la théorie de l'esprit confirme cette assertion : capacité à penser aux pensées, aux intentions et aux croyances des autres (Corcoran & Kaiser, 2008). Le modèle de Frith explique le délire paranoïaque comme un dysfonctionnement temporaire du mécanisme de méta-représentation au moment tardif des inférences des intentions d'autrui. Ainsi, il n'existe pas de déficit aux étapes antérieures d'introspection, de conscience de soi et de « *self-monitoring* »⁴². Les données sont en fait controversées dans les deux revues de la littérature qui se consacrent à cette question. Harrington (2005) conclut à un déficit avéré tandis que Brüne (2005) souligne les difficultés lorsque les sujets sont « sous pression ». Si le déficit est contesté et non spécifique, il est de toute façon moindre que pour d'autres pathologies ou symptômes. Walston (2000) ne trouve pas, quant à lui, de véritables problèmes une fois le symptôme délire paranoïaque isolé : les capacités de raisonnement de la théorie de l'esprit sont intactes, il explique le délire par le mécanisme des marqueurs somatiques proposé par Damasio (1994)⁴³. Cependant, dans une revue exhaustive des données récoltées selon l'« approche transdiagnostique », Corcoran (2008) conclut à une association spécifique entre difficultés de la théorie de l'esprit et délire paranoïaque sans pouvoir trancher entre un déficit, une incapacité à utiliser l'information dans une théorie de l'esprit intacte et une théorie de l'esprit exagérée (hyper-théorie de l'esprit).

Nous retenons cette dernière hypothèse d'une hyper-théorie de l'esprit à la suite de Abu-Akel (1999) qui la définit comme une attribution excessive des intentions d'autrui et de Russell (2006) qui détecte une tendance à sur-interpréter des mouvements non-intentionnels. Le système délirant interprétatif du paranoïaque qui intervient dans un monde où tout est nécessaire conduit à la surinterprétation et à un emballement de la faculté d'inférer des actions et des intentions d'autrui.

⁴² Voir II.A.1

⁴³ Cité par Walston, (2000)

3) Perception sociale et émotionnelle

Freeman dans son modèle (2002) considère les biais de traitement de l'information comme des facteurs importants dans la formation et le maintien des délires de persécution. L'accent mis sur les facteurs affectifs conduit naturellement à s'intéresser à la perception sociale et émotionnelle.

Le test émotionnel de Stroop, qui mesure le traitement visuel précoce et pré-attentionnel, révèle une sensibilité accrue du sujet paranoïaque à la menace (Fear, Sharp, & Healy, 1996). De même, il existe un rappel accru des mots menaçants et une tendance à corrélérer de manière illusoire des mots menaçants, ce qui reflète l'implication d'encodage plus profond et de processus de contrôle (Bentall & Kaney, 1995). Par ailleurs, on observe un apprentissage implicite facilité pour les variations négatives des caractéristiques faciales et des traits de personnalité négatifs (Combs, Penn, & Mathews, 2003). D'autres anomalies concernent la détection visuelle des visages et des expressions émotionnelles. L'étude des perceptions des émotions montre une capacité appauvrie (Combs, Michael, & Penn, 2006) significative uniquement sur les émotions négatives.

Les caractéristiques de perception sociale du délirant paranoïaque ont fait l'objet de quatre principales études (Combs, 2004)⁴⁴. On note une perception d'hostilité des autres envers soi, une méfiance et un manque de confiance en vers l'autre (Freeman, Garety, Bebbington, Slater, et al., 2005). Avec des protocoles de traçages du regard, on a pu observer une détection réduite des scènes heureuses et plus large des scènes directement menaçantes ou ambiguës (Freeman & Garety, 2000). Dans les scènes ambiguës, le sujet délirant passe moins de temps sur les scènes manifestement menaçantes et beaucoup plus que les autres sur les scènes non-menaçantes (Phillips, Senior, & David, 2000). En fait, les processus perceptuels et inférentiels semblent étroitement liés en fonction de l'appréciation du contexte.

L'implication de mécanismes très en amont de la chaîne de traitement de l'information (contrôlés, pré-attentionnels) appuie l'hypothèse d'un trouble fondamental de l'expérience intérieure du monde (être-au-monde). L'absence de menace des scènes ambiguës (M. J. Green & Phillips, 2004) pourrait être interprétée par le paranoïaque comme une menace possible ou, en tout cas, comme une scène momentanément ininterprétable qu'il faudrait à tout prix interpréter au plus vite. Finalement, là où il y a une menace, il n'y a plus de hasard à redouter, l'attention peut se porter ailleurs.

⁴⁴ Citées par Combs & Penn, (2008), p.189

4) *Biais de raisonnement*

Le biais « jumping-to-conclusion » consiste à accepter précocement des hypothèses comme correctes, c'est à dire sur la base de moins de preuves que le sujet contrôle, autrement dit à rechercher moins d'informations avant de prendre une décision. Il est connu pour concerner le délire en général (Garety et al., 2001). Cependant, ce biais de raisonnement est particulièrement prononcé dans le délire paranoïaque (Merrin et al., 2007). Associé à un biais de rassemblement des données, il est souvent présenté comme un argument en faveur d'un déficit cognitif des capacités de traitement de l'information (Garety, Hemsley, & Wessely, 1991). Notre hypothèse place ce trouble du raisonnement en correspondance avec une difficulté à suspendre le jugement, à faire place au doute et à l'ininterprétable. Une forme de précipitation court-circuite ainsi le déroulement normal du raisonnement.

Le biais « need to closure » désigne le désir de répondre, n'importe quelle réponse, plutôt que la confusion et l'ambiguïté (Kruglanski, 1990)⁴⁵. Il est clairement établi dans le délire de persécution (Bentall & Swarbrick, 2003). En lien avec la perte de contingence, on peut traduire ce biais en termes d'intolérance à l'ambiguïté : le doute n'est pas permis, chaque élément doit avoir sa place au sein du système d'interprétation.

Les études explorant les biais de raisonnement utilisent des tâches amenant le sujet à des jugements dans le cadre de la théorie des probabilités, supposant le sujet rationnel. Or, il paraît judicieux de remettre en cause l'applicabilité de cette théorie à l'endroit du patient paranoïaque : si la contingence permet de produire un raisonnement normal, on peut conjecturer que sa perte entraîne une irrationalité qui concourt à biaiser le raisonnement et surtout les modalités de son évaluation.

E) Pouvoir explicatif

Notre hypothèse reprend un certain nombre de données expérimentales qui se montrent d'ailleurs fort disparates, en partie contradictoires, et donc à partir desquelles aucun modèle ne peut pour l'instant prétendre à une explication satisfaisante.

Le concept de perte de contingence présente l'avantage de ne pas être contradictoire avec les modèles déjà proposés, vient en complément et s'appuie même sur eux. Ainsi, nous retenons du modèle multifactoriel et opératoire de Freeman la place de l'anxiété en lien avec la précipitation à attribuer. La critique d'un modèle qui réunit des facteurs hétéroclites en un « puzzle » (Freeman, Garety, et al., 2008) et qui semble bien paradoxal entre son but et ses résultats (focaliser l'étude sur un objet restreint et pourtant

⁴⁵ Cité par Colbert & Peters (2002)

démultiplier les facteurs explicatifs), nous a engagés à rechercher l'unité du processus psychopathologique du délire paranoïaque.

Qualifié parfois de psychose fonctionnelle, ce délire qui « semble quelque peu résistant à un strict modèle neuropsychologique » (Langdon et al., 2008)⁴⁶ profite d'une étude nourrie de concepts importés de la philosophie. Notre hypothèse conduit à rejeter le modèle de délire à deux facteurs qui distinguent, chronologiquement et artificiellement, la pensée délirante primitive qui serait liée à une forme d'expérience et d'autre part, l'acceptation de cette pensée. *A contrario*, elle soutient l'idée d'une pensée délirante d'un seul tenant, via un trouble du rapport au monde que la phénoménologie permet de préciser conceptuellement. Du même coup, elle s'oppose à l'idée de continuum entre normal et pathologique et défend la singularité qualitative du délire paranoïaque.

Bien que les frontières ne soient pas étanches (les modèles empiristes utilisent des données rationalistes comme le biais d'attribution), nous réhabilitons un modèle majoritairement de type rationaliste, c'est-à-dire qui concerne la cognition de haut degré. Avec la perte de contingence, le mécanisme central associé est le processus d'attribution qui délivre l'explication causale des événements (Freeman & Garety, 2004)⁴⁷. Notre hypothèse se situe en fait très en amont de ces mécanismes authentifiés et permet de rendre compte de la nature première du processus psychotique dans la paranoïa.

A rebours des modèles à influence empiriste majeure, nous suivons les cliniciens traditionnels ainsi que les premiers chercheurs de la cognition : « Pierre Janet se prononce catégoriquement contre l'emploi abusif du « besoin d'expliquer » en tant que mécanisme susceptible de déterminer la genèse des idées délirantes » (Minkowski, 1966)⁴⁸. Globale, notre hypothèse embrasse tout le champ du phénomène et rend compte de l'expérience clinique. La perte de contingence apparaît nécessaire : on n'observe pas de délire paranoïaque sans perte de contingence. Est-elle par ailleurs suffisante ? Il semblerait que d'autres symptômes (délire de grandeur, délire de référence) puissent avoir pour origine une perte de contingence sans pour autant exclure la présence d'un délire paranoïaque. D'ailleurs, l'hypothèse d'une perte de contingence comme soubassement à plusieurs formes de délire est étayée par l'association prouvée du délire de persécution et des idées de références (M. Startup & Startup, 2005) et dans les études épidémiologiques par l'association forte du délire paranoïaque et du délire de référence (Rutten, Van Os, Dominguez, & Krabbendam, 2008).

Nous proposons de relier la perte de contingence au délire paranoïaque selon trois étapes ordonnées ([Annexe 7](#)): le trouble fondamental se traduit d'abord par l'impérieuse

⁴⁶ *Persecutory Delusions*, 2008, p.231

⁴⁷ *Paranoia : The Psychology of Persecutory Delusions*, 2004, p.121

⁴⁸ *Traité de psychopathologie*, 1966, p.604

nécessité de donner place et sens à tout élément au sein d'un système. La seconde étape est le caractère autocentré du système qui, sinon, pourrait être centré sur une autre personne ou une instance. La dernière étape est que le sujet est victime (persécution), autrement pourrait-il être neutre (délire de référence) ou bénéficiaire (délire de grandeur).

Dans notre hypothèse explicative, nous rendons compte de l'effet de fermeture du système paranoïaque (aucun élément ne peut en sortir) ainsi que l'effet de renforcement : une fois qu'une explication est avancée, aucune autre n'est même envisageable ; mieux, l'explication vient renforcer la cohésion et l'assise du système interprétatif ([Annexe 8](#)).

Les expériences internes anormales avancées par Freeman sont mieux perçues comme une transformation de l'être-au-monde du sujet. La perte de contingence s'appuie donc sur le point de vue de Jaspers sur le délire. L'anxiété et la dépression sous la forme de faible estime de soi, sont considérées comme des mécanismes attenants, non associés ou secondaires.

Enfin, il est avancé que les biais de raisonnement observés dans des tâches de décision proviennent d'un problème de rationalité fondamental : chez ces personnes qui ont perdu la faculté de contingence, la théorie des probabilités ne peut plus s'appliquer de la même manière ([Annexe 9](#)).

Notre hypothèse permet ainsi de relier les mécanismes cognitifs connus. Si elle s'en contentait, elle ne ferait que nommer autrement le phénomène dans une circularité bien vaine. Or, il n'en est rien : nous réinterprétons les résultats expérimentaux et éclairons la nature de chacun des quatre mécanismes cognitifs sous-jacents. Voici ouvertes de nouvelles voies de recherche.

F) Perspectives

Notre argumentaire s'est appuyé sur les données empiriques disponibles. Les preuves sont faibles pour l'heure sur le plan expérimental et nous l'avons assumé en préambule de notre travail. Après avoir inféré quelques prédictions consécutives de notre hypothèse et vérifiables à partir de notre expérience clinique, nous proposerons deux expériences de laboratoire afin de tester l'hypothèse de perte de contingence.

1) Prédications

Sur le plan thérapeutique, notre hypothèse aboutit à la prédiction d'une efficacité si l'on parvenait à rétablir ou réintroduire de la contingence. Dans ce domaine, la chimiothérapie est attendue pour être inefficace. Par contre, une forme de psychothérapie qui tendrait à assouplir le raisonnement du patient, à proposer d'autres alternatives aux

interprétations délirantes, à instiller le doute, aurait une part d'efficacité si elle parvenait en cela à développer la contingence. Notre expérience de praticien valide ces prédictions. Aucun médicament ne permet d'abraser le délire paranoïaque, tout au plus certains psychotropes permettent de baisser le niveau d'anxiété mais aussi l'intensité du délire en amoindrissant par exemple la force des attributions et la conviction délirante. Ceci n'est pas négligeable comme point de départ ne serait-ce que d'un dialogue avec le patient puis par la suite, d'une relation thérapeutique. Les résultats psychothérapeutiques sont variables. Le traitement intégrant la nécessaire réadaptation sociale a déjà obtenu de bons résultats. D'autres auteurs partagent ce point de vue : « *Encouraging patients with acute persecutory delusions to take more situational factors into account in self-relevant social situations might prevent them from perceiving others as overly powerful* ». (Lincoln et al., 2009).

2) *Recherches empiriques*

Nous proposons l'ébauche de deux protocoles originaux à partir de schémas existants afin d'étayer l'hypothèse de perte de contingence. Le premier consiste à élaborer une échelle de la contingence qu'il faudrait valider au près des patients présentant un délire paranoïaque. Le second a pour objet de mettre en évidence la perte de contingence en utilisant les apports techniques récents de la réalité virtuelle qui permet de contrôler totalement l'environnement.

a. Une échelle de la faculté de contingence

Nous nous appuyons sur la validation d'une échelle de la paranoïa par Green (2008)⁴⁹. Si l'hypothèse de perte de contingence prétend englober tout le champ de l'expérience du sujet délirant paranoïaque, une échelle de la contingence doit contenir l'ensemble des dimensions suivantes : i) capacité à douter, à remettre en question une hypothèse ; ii) intolérance à l'ambiguïté (reprise de l'échelle NFCS de Kruglanski (1993)) ; iii) possibilité de suspendre son jugement. La forme d'un questionnaire pourrait être une première approche.

Méthode : Nous disposerions de deux groupes : un groupe de sujets sains ayant une faculté de contingence normale et un groupe de sujets délirants paranoïaques supposés souffrir d'une perte de contingence. Nous ferions passer l'échelle constituée d'un ensemble d'items pour lesquels le sujet donnerait son avis de 1 (contingence faible) à 5 (contingence forte) abordant les différentes dimensions mentionnées.

⁴⁹ Voir Annexe 3

Résultats attendus : le groupe de sujets sains obtiendrait un score moyen, proche de 3, correspondant à une faculté de contingence normale alors que les sujets paranoïaques ayant perdu la contingence obtiendraient un score moyen proche de 1.

b. Mise en évidence de la perte de contingence

Nous nous référons à l'étude de Freeman (2008) utilisant la réalité virtuelle pour mettre en évidence la pensée de type paranoïaque dans la population générale. La réalité virtuelle permet en effet de contrôler totalement l'environnement du sujet testé. En considérant la faculté de contingence du sujet lui-même, nous pouvons tester l'association environnement-faculté et évaluer le vécu du sujet. La contingence du monde peut être approchée par des scènes faisant intervenir des personnages de manière aléatoire.

Méthode ([Annexe 10](#)): Nous testons un groupe de sujets sains (faculté de contingence intacte) et un groupe de sujets paranoïaques (faculté de contingence perdue). Chaque sujet sera placé dans un monde virtuel soit contingent (mise en scène de personnages évoluant avec des liens se tissant de manière aléatoire) soit non-contingent (tout élément de la scène sera lié aux autres). Ces types de réalité virtuelle seront à inventer⁵⁰. A la sortie, un ensemble de mesures permettra d'évaluer leur expérience subjective (vécu paranoïaque ou non) avec la grille d'évaluation déjà utilisée par Freeman.

Résultats attendus : ils peuvent se résumer par un tableau à double entrée ([Annexe 10](#)). Les sujets sains dans le monde virtuel contingent auraient un vécu libre, proche de la contingence où le doute et le hasard ont leur part alors que dans le monde non-contingent le vécu serait de type paranoïaque. Chez le sujet paranoïaque présentant un défaut de contingence, les deux mondes virtuels seraient vécus de la même manière, paranoïaque.

⁵⁰ On pourrait concevoir un monde virtuel constitué de n éléments (personnages, objets, couleurs, etc). La propriété de contingence du monde serait la liaison aléatoire des éléments entre eux au niveau du sens. L'absence de contingence correspondrait à des relations de sens systématiques entre chaque élément.

Conclusion

Nous avons présenté une étude critique des modèles cognitifs contemporains du délire de type paranoïaque nécessitant une approche interdisciplinaire. Alors que la tradition psychopathologique détient des éléments d'explication du phénomène au plus près de la clinique, la psychologie cognitive apporte les fondamentaux d'une étude scientifique rigoureuse. Les résultats en ce dernier domaine conduisent à l'invention de concepts nouveaux (attribution, théorie de l'esprit) et isolent des facteurs déterminants dans la genèse du trouble sans toutefois proposer des modèles explicatifs satisfaisants. A partir de l'expérience clinique de terrain, la rencontre fructueuse de la philosophie phénoménologique, dont l'influence sur la psychiatrie est lisible notamment dans les écrits de Minkowski et Lantéri-Laura, et d'autre part des sciences cognitives, qui axent ses recherches psychopathologiques sur le symptôme, nous a engagés à reprendre l'hypothèse phénoménologique de la perte de contingence comme *primum movens* du délire paranoïaque à la lumière des études cognitives. Cette hypothèse heuristique s'accorde à plusieurs mécanismes cognitifs déjà connus (attribution, théorie de l'esprit, perception sociale, raisonnement) et conduit à une réinterprétation des résultats expérimentaux (force de l'attribution, hyper-théorie de l'esprit, intolérance à l'ambiguïté, irrationalité). Elle ouvre la voie à de nouvelles expériences de laboratoire qui tentent de s'approcher au plus près des conditions écologiques. En cela, les études en réalité virtuelle et notamment celle dont nous esquissons le protocole, aideront à mieux décrypter ce phénomène capital dans la compréhension du délire en général et des pathologies psychotiques depuis les débuts de la nosographie psychiatrique.

Bibliographie

- Abu-Akel, A. (1999). Impaired theory of mind in schizophrenia. *Pragmatics and Cognition*, (7), 247-282.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (4th edn.). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Aristote, De l'interprétation, in: Organon, Bibliothèque des textes philosophiques. Vrin, 1989, Paris.
- Bayne, T., & Pacherie, E. (2004). Bottom-Up or Top-Down: Campbell's Rationalist Account of Monothematic Delusions. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 11(1), 1-11.
- Bayne, T., & Pacherie, E. (2005). In Defence of the Doxastic Conception of Delusions. *Mind & Language*, 20(2), 163-188.
- Bentall, R. P., & Kaney, S. (1995). Persecutory delusions and recall of threat-related, depression-related, and neutral words. *Cognitive Therapy & Research*, 19(4), 445-457.
- Bentall, R. P., & Kaney, S. (2005). Attributional lability in depression and paranoia. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(4), 475-488.
- Bentall, R. P., Kinderman, P., & Kaney, S. (1994). The self, attributional processes and abnormal beliefs: Towards a model of persecutory delusions. *Behaviour Research and Therapy*, 32(3), 331-341.
- Bentall, R. P., Kinderman, P., & Moutoussis, M. (2008). The role of self-esteem in paranoid delusions: the psychology, neurophysiology, and development of persecutory beliefs. *Persecutory delusions* (p. 143-173). Oxford: Oxford University Press.
- Bentall, R. P., & Swarbrick, R. (2003). The best laid schemas of paranoid patients: Sociotrophy, autonomy and the need for closure. *Psychology and Psychotherapy*, 2(76), 163-171.
- Bentall, R. P., & Taylor, J. L. (2006). Psychological processes and paranoia: implications for forensic behavioural science. *Behavioral Sciences & the Law*, 24(3), 277-294.
- Brüne, M. (2005). « Theory of Mind » in Schizophrenia: A Review of the Literature. *Schizophrenia Bulletin*, 31(1), 21-42.
- Campbell, J. (2001). Rationality, Meaning, and the Analysis of Delusion. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 8(2), 89-100.
- Cardno, A. G., & McGuffin, P. (2006). Genetics and delusional disorder. *Behavioral Sciences & the Law*, 24(3), 257-276.
- Chadwick, P. K. (2008). Delusional thinking from the inside: paranoia and personal growth. *Persecutory delusions* (p. 435). Oxford University Press.
- Chapman, R. K. (2002). First Person Account: Eliminating Delusions. *Schizophrenia Bulletin*, 28(3), 545-553.
- Colbert, S. M., & Peters, E. R. (2002). Need for closure and jumping-to-conclusions in delusion-prone individuals. *Journal of Nervous*, 190(1), 27-31.
- Combs, D.R., & Penn, D. L. (2008). Social cognition in paranoia. *Persecutory delusions* (p. 175-204). Oxford: Oxford University Press.
- Combs, D.R., Penn, D. L., & Mathews, R. (2003). Implicit learning in sub-clinical paranoia: does content matter? *Personality and Individual Differences*, (34), 143-157.
- Combs, D.R. (2004). The role of subclinical paranoia on social perception and behavior. *Schizophrenia Research*, 69(1), 93-104.
- Combs, Dennis R., Michael, C. O., & Penn, D. L. (2006). Paranoia and emotion perception across the continuum. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(1), 19-31.
- Corcoran, R., & Kaiser, S. (2008). Persecutory delusions and theory of mind: longstanding debates and emerging issues. *Persecutory delusions* (p. 205-220). Oxford: Oxford University Press.
- Daprati, E., Franck, N., Georgieff, N., Proust, J., Pacherie, E., Dalery, J., & Jeannerod, M. (1997). Looking for the agent: an investigation into consciousness of action and self-consciousness in schizophrenic patients. *Cognition*, 65(1), 71-86.
- Davies, M., Breen, N., Coltheart, M., & Langdon, R. (2001). Monothematic Delusions: Towards a Two-Factor Account. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 8(2), 133-158.

- Farrer, C., Franck, N., Georgieff, N., Frith, C. ., Decety, J., & Jeannerod, M. (2003). Modulating the experience of agency: a positron emission tomography study. *NeuroImage*, 18(2), 324-333.
- Fear, C., Sharp, H., & Healy, D. (1996). Cognitive Processes in Delusional Disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 168(1), 61-67.
- Ferreri, F., & Ferreri M. (2012). Paranoïa. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Elsevier Masson SAS)*, Psychiatrie, (37-296-A-10).
- Fine, C., Gardner, M., Craigie, J., & Gold, I. (2007). Hopping, skipping or jumping to conclusions? Clarifying the role of the JTC bias in delusions. *Cognitive Neuropsychiatry*, 12(1), 46-77.
- Franck, N. (2001). Defective Recognition of One's Own Actions in Patients With Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 158(3), 454-459.
- Freeman, D. (2007). Suspicious minds: the psychology of persecutory delusions. *Clinical Psychology Review*, 27(4), 425-457.
- Freeman, D. (2008). The assesment of persecutory ideation. *Persecutory delusions* (p. 23-52). Oxford: Oxford University Press.
- Freeman, D., Bentall, R., & Garety, P. (2008). *Persecutory Delusions*. Oxford: Oxford University Press.
- Freeman, D., & Garety, P. A. (2000). Comments on the content of persecutory delusions: Does the definition need clarification? *British Journal of Clinical Psychology*, 39(4), 407-414.
- Freeman, D., & Garety, P. A. (2003). Connecting neurosis and psychosis: the direct influence of emotion on delusions and hallucinations. *Behaviour Research and Therapy*, 41(8), 923-947.
- Freeman, D., & Garety, P. A. (2004). *Paranoia: The Psychology of Persecutory Delusions*. Maudsley Monographs 45. New York: Psychology Press.
- Freeman, D., Garety, P. A., Bebbington, P. E., Smith, B., Rollinson, R., Fowler, D., Kuipers, E., et al. (2005). Psychological Investigation of the Structure of Paranoia in a Non-Clinical Population. *The British Journal of Psychiatry*, 186(5), 427-435.
- Freeman, D., Garety, P. A., Bebbington, P., Slater, M., Kuipers, E., Fowler, D., Green, C., et al. (2005). The Psychology of Persecutory Ideation II: A Virtual Reality Experimental Study. *Journal of Nervous*, 193(5), 309-315.
- Freeman, D., Garety, P. A., & Fowler, D. (2008). The puzzle of paranoia. *Persecutory delusions* (p. 121-142). Oxford: Oxford University Press.
- Freeman, D., Garety, P. A., Kuipers, E., Fowler, D., & Bebbington, P. E. (2002). A cognitive model of persecutory delusions. *British Journal of Clinical Psychology*, 41(4), 331.
- Freeman, D., Pugh, K., Antley, A., Slater, M., Bebbington, P., Gittins, M., Dunn, G., et al. (2008). Virtual Reality Study of Paranoid Thinking in the General Population. *The British Journal of Psychiatry*, 192(4), 258-263.
- Freud, S. (1911). *Le Président Schreber*. Quadrige. PUF, 1995.
- Frith, C. D. (1992). *Neuropsychologie cognitive de la schizophrénie*. Psychiatrie ouverte. Paris: PUF, 1996.
- Frith, C. D. (2005). The neural basis of hallucinations and delusions. *Comptes Rendus Biologies*, 328(2), 169-175.
- Frith, C. D., Rees, G., & Friston, K. (1998). Psychosis and the Experience of Self: Brain Systems Underlying Self-Monitoring. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 843(1 NEUROSCIENCE), 170-178.
- Gallagher, S. (2004). Neurocognitive Models of Schizophrenia: A Neurophenomenological Critique. *Psychopathology*, 37(1), 8-19.
- Gallagher, S. (2009). Delusional realities. *Psychiatry as Cognitive Neroscience* (Oxford University Press., p. 400). Broome M. and Bortolotti L.
- Garety, P. A., & Freeman, D. (1999). Cognitive approaches to delusions: A critical review of theories and evidence. *British Journal of Clinical Psychology*, 38(2), 113-154.
- Garety, P. A., & Hemsley, D. R. (1987). Characteristics of delusional experience. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 236(5), 294-298.

- Garety, P. A., & Hemsley, D. R. (1994). Theories of the formation and maintenance of delusions. *Delusions: Investigations into the Psychology of Delusional Reasoning*, Maudsley Monograph (p. 67-85). Oxford: Oxford University Press.
- Garety, P. A., Hemsley, D. R., & Wessely, S. M. (1991). Reasoning in Deluded Schizophrenic and Paranoid Patients: Biases in Performance on a Probabilistic Inference Task. *Journal of Nervous, 179*(4), 194-201.
- Garety, P. A., Kuipers, E., Fowler, D., Freeman, D., & Bebbington, P. E. (2001). A Cognitive Model of the Positive Symptoms of Psychosis. *Psychological Medicine, 31*(02), 189-195.
- Garry, Y. (2008). Capgras delusion: An interactionist model. *Consciousness and Cognition, 17*(3), 863-876.
- Ginestier, P. (1984). Article « William James ». *Dictionnaire des philosophes* (2ème édition, 1993.). PUF.
- Gold, I., & Hohwy, J. (2000). Rationality and Schizophrenic delusion. *Pathologies of Belief* (Blackwell Publishers., p. 155-165). Oxford: Max Coltheart and Martin Davies.
- Green, C. E. L., Freeman, D., Kuipers, E., Bebbington, P., Fowler, D., Dunn, G., & Garety, P. A. (2008). Measuring Ideas of Persecution and Social Reference: The Green Et Al. Paranoid Thought Scales (GPTS). *Psychological Medicine, 38*(01), 101-111.
- Green, M. J., & Phillips, M. L. (2004). Social threat perception and the evolution of paranoia. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 28*(3), 333-342.
- Harrington, L., Siegert, R., & McClure, J. (2005). Theory of mind in schizophrenia: A critical review. *Cognitive Neuropsychiatry, 10*(4), 249-286.
- Haustgen, T., & Sinzelle, J. (2010). Emil Kraepelin (1856–1926) – III. Les grandes entités cliniques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 168*(10), 792-795.
- Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: a theory relating self and affect. *Psychological Review, 94*, 319-340.
- Husserl, E. (1954). *Expérience et jugement* (2ème éd.). Paris: PUF, 1991.
- Jaspers, K. (1928). *Psychopathologie générale* (3ème éd.). Alcan F.
- Jeannerod, M. (2003). The mechanism of self-recognition in humans. *Behavioural Brain Research, 142*(1-2), 1-15.
- Kafka, J. S. (1989). *Réalités multiples en pratique clinique*. Thématiques en santé mentale. Paris: Doin, (mai 2009).
- Kaney, S., & Bentall, R. P. (1989). Persecutory delusions and attributional style. *British Journal of Medical Psychology, 62*, 191-198.
- Kapur, S. (2003). Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry, 160*(1), 13-23.
- Kinderman, P., & Bentall, R. P. (1997). Causal attributions in paranoia and depression: Internal, personal, and situational attributions for negative events. *Journal of Abnormal Psychology, 106*, 341-345.
- Kinderman, P., Prince, S., Waller, G., & Peters, E. (2003). Self-discrepancies, attentional bias and persecutory delusions. *British Journal of Clinical Psychology, 42*(1), 1-12.
- Kraepelin, E. (1899). *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte* (6ème éd.). Leipzig: Barth J.A.
- Kruglanski, A. W., Webster, D. M., & Klem, A. (1993). Motivated resistance and openness to persuasion in the presence or absence of prior information. *Journal of Personality and Social Psychology, 65*, 861-876.
- Labarrière, P.-J. (1990). Article « Système ». *Encyclopédie philosophique universelle*, Les notions philosophiques. Paris: PUF.
- Lacan, J. (1932). *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité* (Seuil, 1975.). Paris.
- Langdon, R., McKay, R., & Coltheart, M. (2008). The cognitive neuropsychological understanding of persecutory delusions. *Persecutory delusions* (Oxford University Press., p. 221-236). Daniel Freeman, Richard Bentall, Philippa Garety.

- Lanteri-Laura, G., Del Pistoia, L., & Bel Habib, H. (1985). Paranoïa. *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie*, 37299 D10, 24p.
- Largeault, J. (1990). Article « Contingence ». *Encyclopédie philosophique universelle, Les notions philosophiques*. Paris: PUF.
- Leibniz, G. W. (1686). *Discours de métaphysique*. Bibliothèque des textes philosophiques. Vrin, 1990.
- Lempérière, T., Féline, A., Adès, J., Hardy, P., & Rouillon, F. (2006). Les syndromes délirants chroniques. *Psychiatrie de l'adulte, Abrégés* (2ème éd., p. 364-379). Paris: Masson.
- Lincoln, T. M., Mehl, S., Exner, C., Lindenmeyer, J., & Rief, W. (2009). Attributional Style and Persecutory Delusions. Evidence for an Event Independent and State Specific External-Personal Attribution Bias for Social Situations. *Cognitive Therapy and Research*, 34, 297-302.
- Lincoln, T. M., Salzman, S., Ziegler, M., & Westermann, S. (2011). When does jumping-to-conclusions reach its peak? The interaction of vulnerability and situation-characteristics in social reasoning. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(2), 185-191.
- Maher, B. A. (1974). Delusional thinking and perceptual disorder. *Journal of Individual Psychology*, (30), 98-113.
- McKay, R., Langdon, R., & Coltheart, M. (2005). Paranoïa, persecutory delusions and attributional biases. *Psychiatry Research*, 136(2-3), 233-245.
- Melo, S., Corcoran, R., Shryane, N., & Bentall, R. P. (2009). The persecution and deservedness scale. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82(3), 247-260. doi:10.1348/147608308X398337
- Merrin, J., Kinderman, P., & Bentall, R. P. (2007). 'Jumping to Conclusions' and Attributional Style in Persecutory Delusions. *Cognitive Therapy and Research*, 31(6), 741-758.
- Minkowski, E. (1966). *Traité de psychopathologie. Les empêcheurs de penser en rond*. Institut Synthélabo, 1999.
- Mizrahi, R., Kiang, M., Mamo, D. C., Arenovich, T., Bagby, R. M., Zipursky, R. B., & Kapur, S. (2006). The selective effect of antipsychotics on the different dimensions of the experience of psychosis in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 88(1-3), 111-118.
- Mundale, J., & Gallagher, S. (2009). Delusional experience. *Oxford Handbook of Philosophy and Neuroscience* (Oxford University Press., p. 513-521). Oxford: J. Bickle.
- Pacherie, E., Green, M., & Bayne, T. (2006). Phenomenology and delusions: Who put the 'alien' in alien control? *Consciousness and Cognition*, 15(3), 566-577.
- Parnas, J., & Sass, L. A. (2001). Self, Solipsism, and Schizophrenic Delusions. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 8(2), 101-120.
- Phillips, M. L., Senior, C., & David, A. S. (2000). Perception of Threat in Schizophrenics with Persecutory Delusions: An Investigation Using Visual Scan Paths. *Psychological Medicine*, 30(01), 157-167.
- Postel, J., & Quétel, C. (2004). La paranoïa. *Nouvelle histoire de la psychiatrie*. Paris: Dunod.
- Russell, T. A., Reynaud, E., Herba, C., Morris, R., & Corcoran, R. (2006). Do you see what I see? Interpretations of intentional movement in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 81(1), 101-111.
- Rutten, B. P. F., Van Os, J., Dominguez, M., & Krabbendam, L. (2008). Epidemiology and social factors: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Persecutory delusions* (p. 53-71). Oxford: Oxford University Press.
- Sami-Ali. (1970). *De la projection*. Science de l'homme. Paris: Payot.
- Schreber, D. P. (1903). *Mémoires d'un névropathe*. Paris: Seuil, 1975.
- Sérieux, P., & Capgras, J. (1909). *Les Folies raisonnantes, le Délire d'interprétation*. Paris: Alcan F.
- Seth, A. K., Baars, B. J., & Edelman, D. B. (2005). Criteria for consciousness in humans and other mammals. *Consciousness and Cognition*, 14(1), 119-139.
- Sharp, H. M., Fear, C. F., & Healy, D. (1997). Attributional style and delusions: an investigation based on delusional content. *European Psychiatry*, 12(1), 1-7.

- Startup, H., Freeman, D., & Garety, P. A. (2007). Persecutory delusions and catastrophic worry in psychosis: Developing the understanding of delusion distress and persistence. *Behaviour Research and Therapy*, 45(3), 523-537.
- Startup, M., & Startup, S. (2005). On two kinds of delusion of reference. *Psychiatry Research*, 137(1-2), 87-92.
- TLF. (2012). Article « Contingence ». Trésor de la langue française informatisé. Consulté de <http://atilf.atilf.fr/dendien/scripts/tlfiv5/visusel.exe?52;s=33464925;b=13;r=1;nat=;i=3;>
- Trower, P., & Chadwick, P. (1995). Pathways to Defense of the Self: A Theory of Two Types of Paranoia. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(3), 263-278.
- Vinas, M.-P. (1990). Article « Contingence ». *Encyclopédie philosophique universelle*, Les notions philosophiques. Paris: PUF.
- Walker, E. F., & Diforio, D. (1997). Schizophrenia: a neural diathesis-stress model. *Psychological Review*, (14), 667-685.
- Walston, F., Blennerhassett, R. C., & Charlton, B. G. (2000). « Theory of mind », persecutory delusions and the somatic marker mechanism. *Cognitive Neuropsychiatry*, 5(3), 161-174.
- World Health Organization. (1993). International Statistical Classification of Mental and Behavioural Disorders, 10th edn (ICD-10), Diagnostic criteria for research, Delusional disorder, p.70. Geneva: World Health Organization.
- Young, A. W. (2000). Wondrous Strange: The Neuropsychology of Abnormal Beliefs. *Pathologies of Belief* (Blackwell Publishers., p. 47-73). Oxford: Max Coltheart and Martin Davies.

Table des matières

INTRODUCTION.....	2
I. LA TRADITION PSYCHOPATHOLOGIQUE	3
A) DONNEES.....	3
1) <i>Histoire du dégagement du symptôme.....</i>	3
2) <i>Tableau actuel stabilisé.....</i>	4
3) <i>Remarques critiques à propos des données collectées.....</i>	5
4) <i>Deux vignettes cliniques.....</i>	6
a. <i>Madame O.....</i>	6
b. <i>Monsieur L.....</i>	7
B) EXPLICATIONS	9
1) <i>Recension des explications hors du champ cognitif.....</i>	9
2) <i>Etat actuel des explications psychopathologiques hors du champ cognitif.....</i>	11
3) <i>Insuffisance : légitimité à poursuivre la recherche.....</i>	11
II. LA PERSPECTIVE DE LA PSYCHOPATHOLOGIE COGNITIVE.....	12
A) INTERETS ET PERTINENCE POUR L'ETUDE DU DELIRE PARANOÏAQUE.....	12
1) <i>Rôle paradigmatique de l'explication de la schizophrénie avec le travail de Frith..</i>	12
2) <i>Qu'en est-il pour le délire paranoïaque ?.....</i>	14
B) BILAN CRITIQUE DE LA PSYCHOPATHOLOGIE COGNITIVE POUR LE DELIRE PARANOÏAQUE	15
1) <i>Explications pour le délire en général.....</i>	15
a. <i>Modèles rationalistes (Top-down).....</i>	15
b. <i>Modèles empiristes (Bottom-up).....</i>	16
c. <i>Modèles hybrides.....</i>	16
d. <i>Hypothèse des réalités multiples.....</i>	17
2) <i>Explications pour le délire paranoïaque.....</i>	18
a. <i>Bentall et l'hypothèse de la défense.....</i>	18
b. <i>Freeman et le modèle d'anticipation à la menace.....</i>	20
c. <i>Le champ de la cognition sociale.....</i>	23

III. L'HYPOTHESE COGNITIVE DE LA PERTE DE CONTINGENCE.....	24
A) PROLEGOMENES METHODOLOGIQUES.....	24
B) LE CONCEPT DE CONTINGENCE	26
C) LA PERTE DE CONTINGENCE : DES DONNEES CLINIQUES.....	29
D) MECANISMES COGNITIFS ASSOCIES A LA PERTE DE CONTINGENCE:.....	31
1) <i>Processus d'attribution perturbé</i>	31
2) <i>Théorie de l'esprit troublée</i>	33
3) <i>Perception sociale et émotionnelle</i>	34
4) <i>Biais de raisonnement</i>	35
E) POUVOIR EXPLICATIF	35
F) PERSPECTIVES.....	37
1) <i>Prédictions</i>	37
2) <i>Recherches empiriques</i>	38
a. Une échelle de la faculté de contingence	38
b. Mise en évidence de la perte de contingence	39
CONCLUSION	40
BIBLIOGRAPHIE.....	41
TABLE DES MATIERES.....	46
INDEX.....	48
ANNEXES	49
REMERCIEMENTS	58

Index

A

anxiété, 7, 18, 20, 21, 22, 23, 25, 36, 37, 38
attribution, 2, 9, 13, 15, 19, 20, 21, 22, 32, 33, 34,
37, 54

C

contingence, 39, 2, 9, 11, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30,
31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 54, 61, 63,
64, 65
croyance, 4, 5, 15, 17, 21, 26, 28

D

défense, 9, 10, 18, 19, 28, 53
délire, 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15,
16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 30,
31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 53, 58, 59, 61
délire paranoïaque, 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12,
13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25,
27, 30, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 53, 61
doute, 27, 28, 36, 38, 40, 65

E

estime de soi, 18, 19, 20, 37
expérience, 5, 6, 10, 12, 15, 16, 17, 20, 22, 25, 26,
27, 29, 30, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41

H

horizon, 29

I

inférence, 3, 4, 14
interprétatif, 3, 14, 27, 34, 37, 61

interprétation, 3, 4, 14, 22, 27, 30, 36, 62

J

jugement, 3, 16, 27, 28, 29, 30, 35, 39

M

mécanisme cognitif, 12, 14
menace, 17, 20, 21, 22, 25, 26, 34, 35, 53

N

normal, 5, 16, 18, 22, 26, 28, 32, 36, 37, 64

P

paranoïa, 2, 3, 10, 18, 19, 22, 35, 37, 39, 60
persécution, 3, 4, 5, 6, 10, 14, 15, 17, 18, 21, 25,
31, 33, 34, 36, 37, 58, 59, 61, 62
probabilité, 15, 28

R

raisonnement, 3, 15, 16, 20, 21, 29, 31, 32, 34, 35,
36, 38, 54
rationalité, 15, 25, 28, 38
réalité virtuelle, 5, 39, 40, 41, 64

S

schizophrénie, 3, 4, 10, 12, 13, 15, 33, 53
symptôme, 3, 5, 9, 11, 14, 15, 22, 23, 24, 32, 34,
41, 53
système, 3, 7, 8, 9, 13, 16, 17, 21, 26, 30, 31, 34,
36, 37, 62

Annexes

[Annexe 1](#)

[Critères des troubles délirants, type « persecutory » du DSM IV](#) (American Psychiatric Association, 1994)

Delusional Disorder

- A. Delusions of at least 1 month's duration.
- B. Criterion A for Schizophrenia has never been met.
- C. Apart from the impact of the delusion(s) or its ramifications, functioning is not markedly impaired and behavior is not obviously odd or bizarre.
- D. If mood episodes have occurred concurrently with delusions, their total duration has been brief relative to the duration of the delusional periods.
- E. The disturbance is not better accounted for by another mental disorder such as body dysmorphic disorder or obsessive compulsive disorder.
- F. The disturbance is not due to the direct physiological effects of a substance (e.g., a drug of abuse, a medication) or a general medical condition.

Persecutory Type: delusions that the individual (or someone to whom the individual is close) is being malevolently treated in some way

[Annexe 2](#)

[Criteria for a delusion to be classified as persecutory](#) (Freeman & Garety, 2000)

Criteria A and B must be met :

- A. The individual believes that harm is occurring, or is going to occur, to him or her
- B. The individual believes that the persecutor has the intention to cause harm

There are a number of points of clarification :

- I. Harm concerns any action that leads to the individual experiencing distress
- II. Harm only to friends or relatives does *not* count as a persecutory belief, unless the persecutor also intends this to have a negative effect upon the individual
- III. The individual must believe that the persecutor at present or in the future will attempt to harm him or her
- IV. Delusions of reference do *not* count within the category of persecutory beliefs

Annexe 3

Green et al. Paranoid Thought Scales (G-PTS) (C. E. L. Green et al., 2008)

Please read each of the statements carefully.

They refer to thoughts and feelings you may have had about others over the last month.

Think about the last month and indicate the extent of these feelings from 1 (Not at all) to 5 (Totally).

Please complete both Part A and Part B.

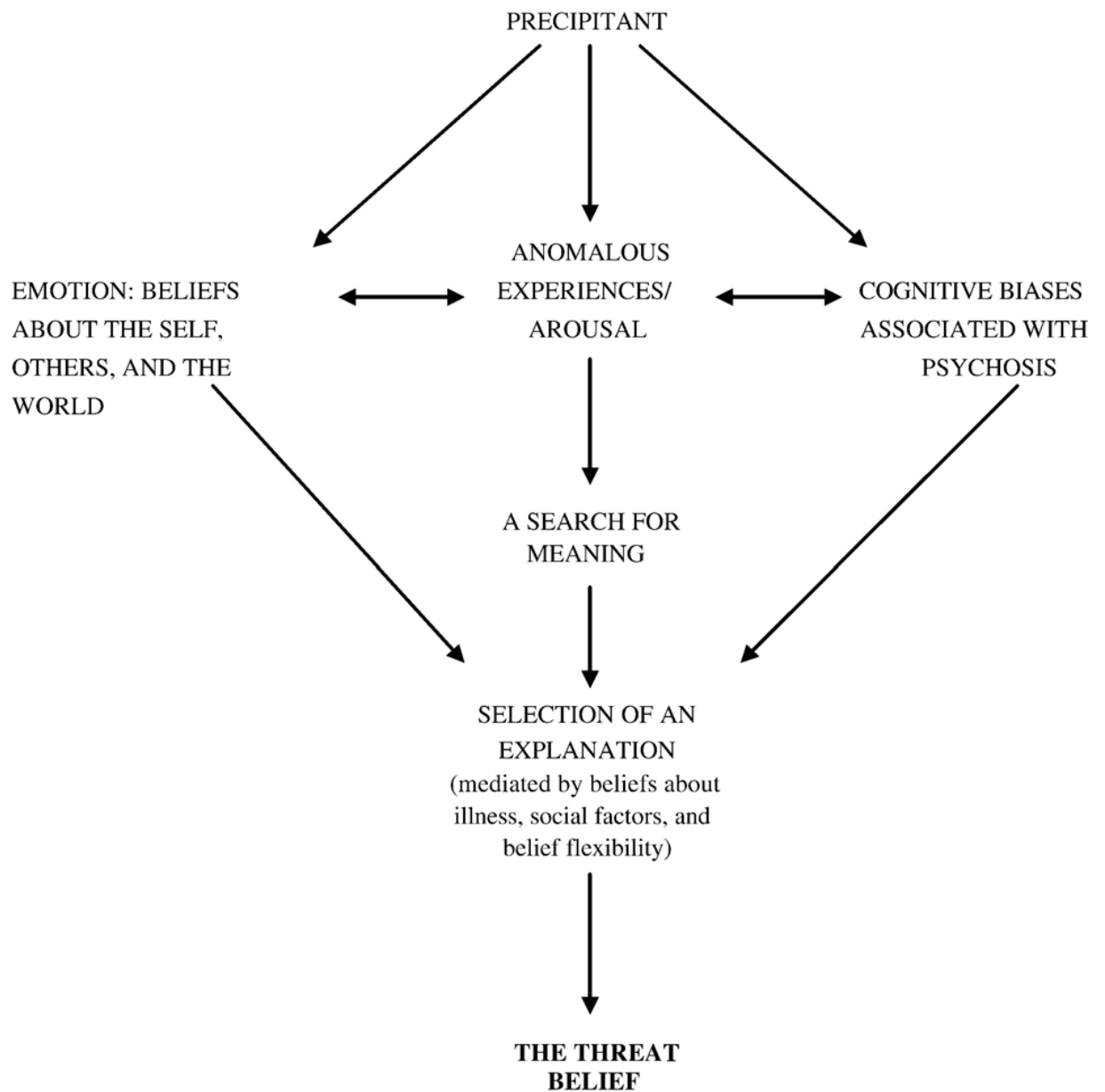
(N.B. Please do not rate items according to any experiences you may have had under the influence of drugs.)

Part A Not at all Somewhat Totally

1. I spent time thinking about friends gossiping about me 1 2 3 4 5
2. I often heard people referring to me 1 2 3 4 5
3. I have been upset by friends and colleagues judging me critically 1 2 3 4 5
4. People definitely laughed at me behind my back 1 2 3 4 5
5. I have been thinking a lot about people avoiding me 1 2 3 4 5
6. People have been dropping hints for me 1 2 3 4 5
7. I believed that certain people were not what they seemed 1 2 3 4 5
8. People talking about me behind my back upset me 1 2 3 4 5
9. I was convinced that people were singling me out 1 2 3 4 5
10. I was certain that people have followed me 1 2 3 4 5
11. Certain people were hostile towards me personally 1 2 3 4 5
12. People have been checking up on me 1 2 3 4 5
13. I was stressed out by people watching me 1 2 3 4 5
14. I was frustrated by people laughing at me 1 2 3 4 5
15. I was worried by people's undue interest in me 1 2 3 4 5
16. It was hard to stop thinking about people talking about me behind my back 1 2 3 4 5

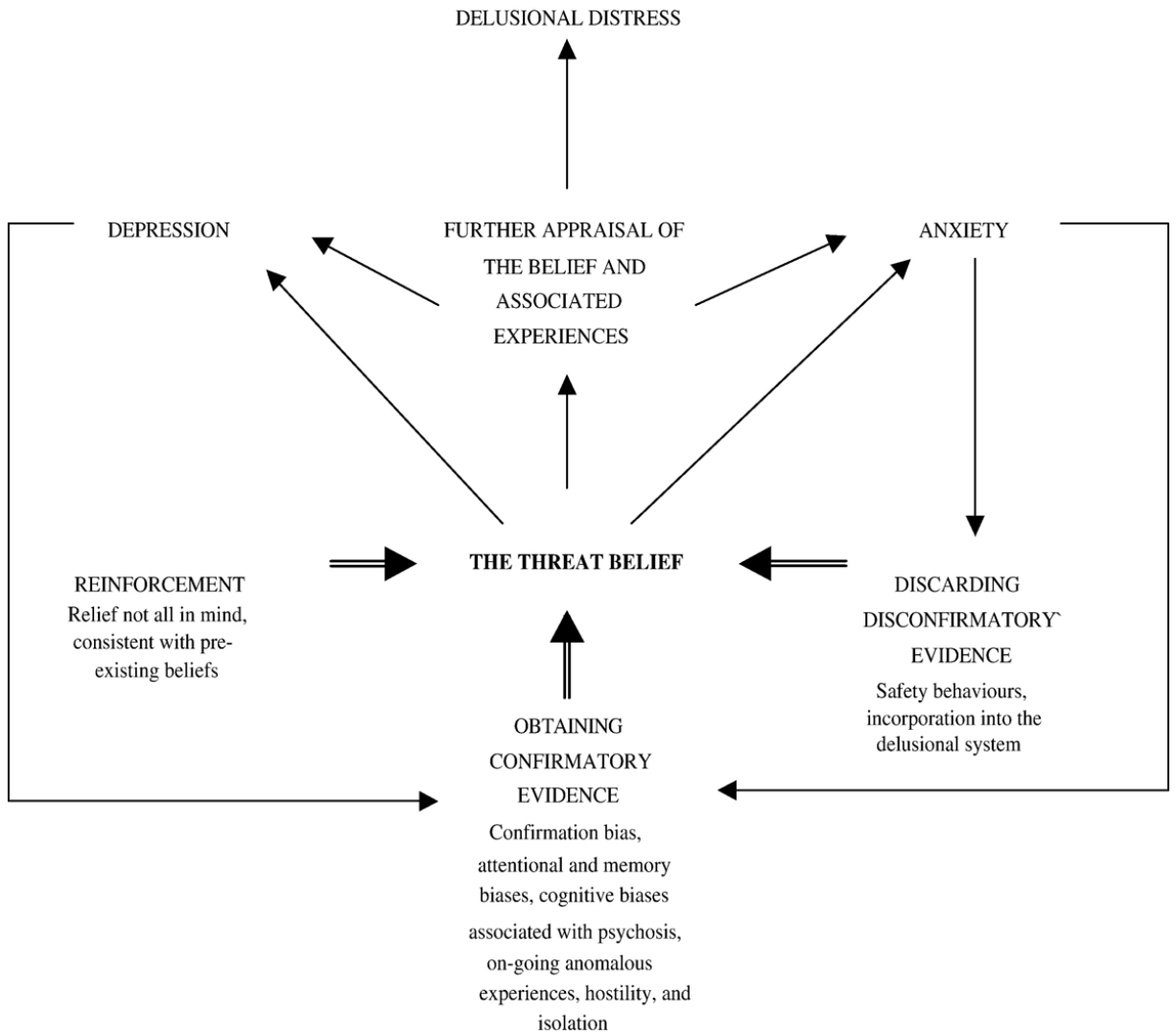
Part B

1. Certain individuals have had it in for me 1 2 3 4 5
2. I have definitely been persecuted 1 2 3 4 5
3. People have intended me harm 1 2 3 4 5
4. People wanted me to feel threatened, so they stared at me 1 2 3 4 5
5. I was sure certain people did things in order to annoy me 1 2 3 4 5
6. I was convinced there was a conspiracy against me 1 2 3 4 5
7. I was sure someone wanted to hurt me 1 2 3 4 5
8. I was distressed by people wanting to harm me in some way 1 2 3 4 5
9. I was preoccupied with thoughts of people trying to upset me deliberately 1 2 3 4 5
10. I couldn't stop thinking about people wanting to confuse me 1 2 3 4 5
11. I was distressed by being persecuted 1 2 3 4 5
12. I was annoyed because others wanted to deliberately upset me 1 2 3 4 5
13. The thought that people were persecuting me played on my mind 1 2 3 4 5
14. It was difficult to stop thinking about people wanting to make me feel bad 1 2 3 4 5
15. People have been hostile towards me on purpose 1 2 3 4 5
16. I was angry that someone wanted to hurt me 1 2 3 4 5 (Freeman, 2008)



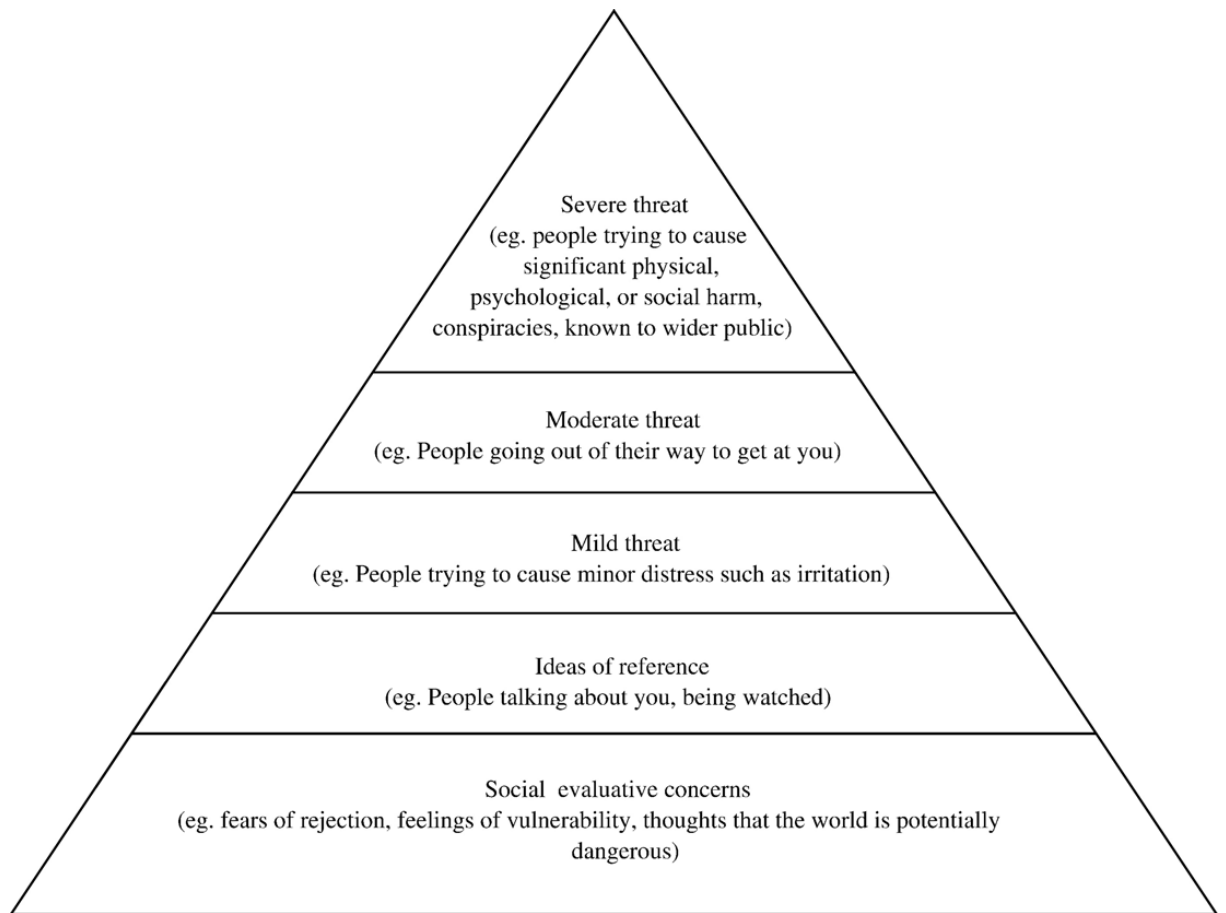
[Annexe 5](#)

[Maintien d'un délire de persécution](#) (Freeman et al., 2002)



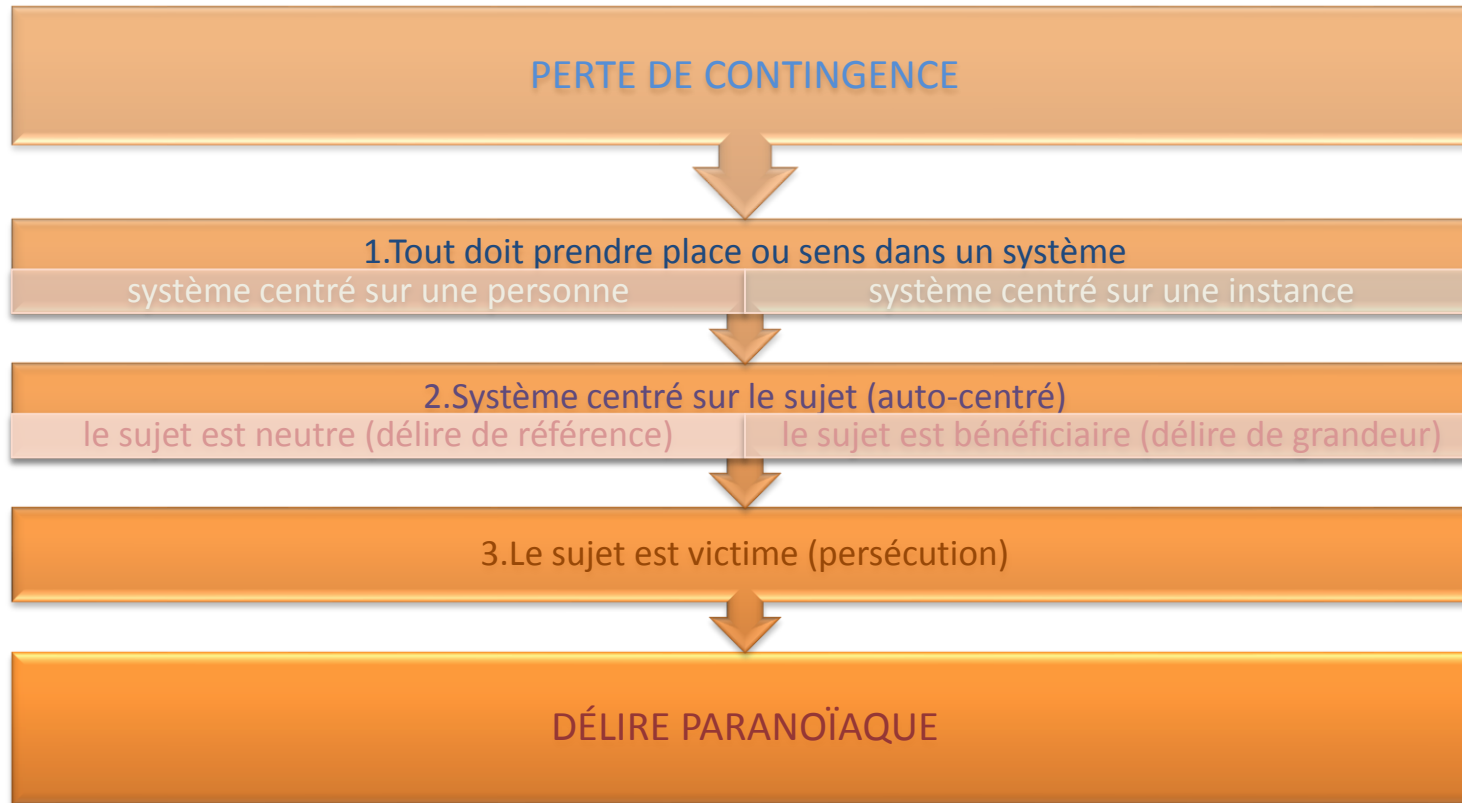
[Annexe 6](#)

Hierarchie de la paranoïa. (Freeman, Garety, Bebbington, Smith, et al., 2005)



Annexe 7

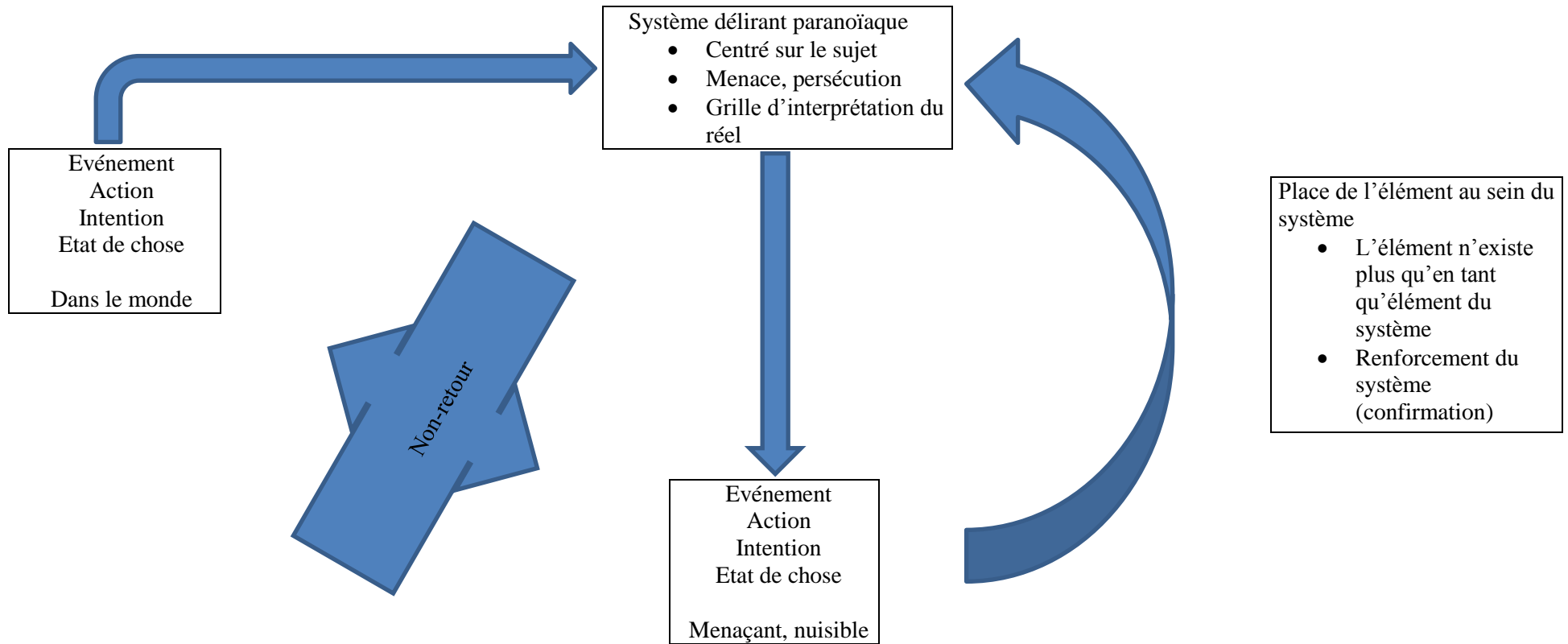
Trouble fondamental du délire paranoïaque : la perte de contingence



Trois étapes ordonnées : de la perte de contingence au délire paranoïaque (systématisé, de mécanisme interprétatif, au thème de persécution)

Annexe 8

Le système délirant paranoïaque, un enfermement



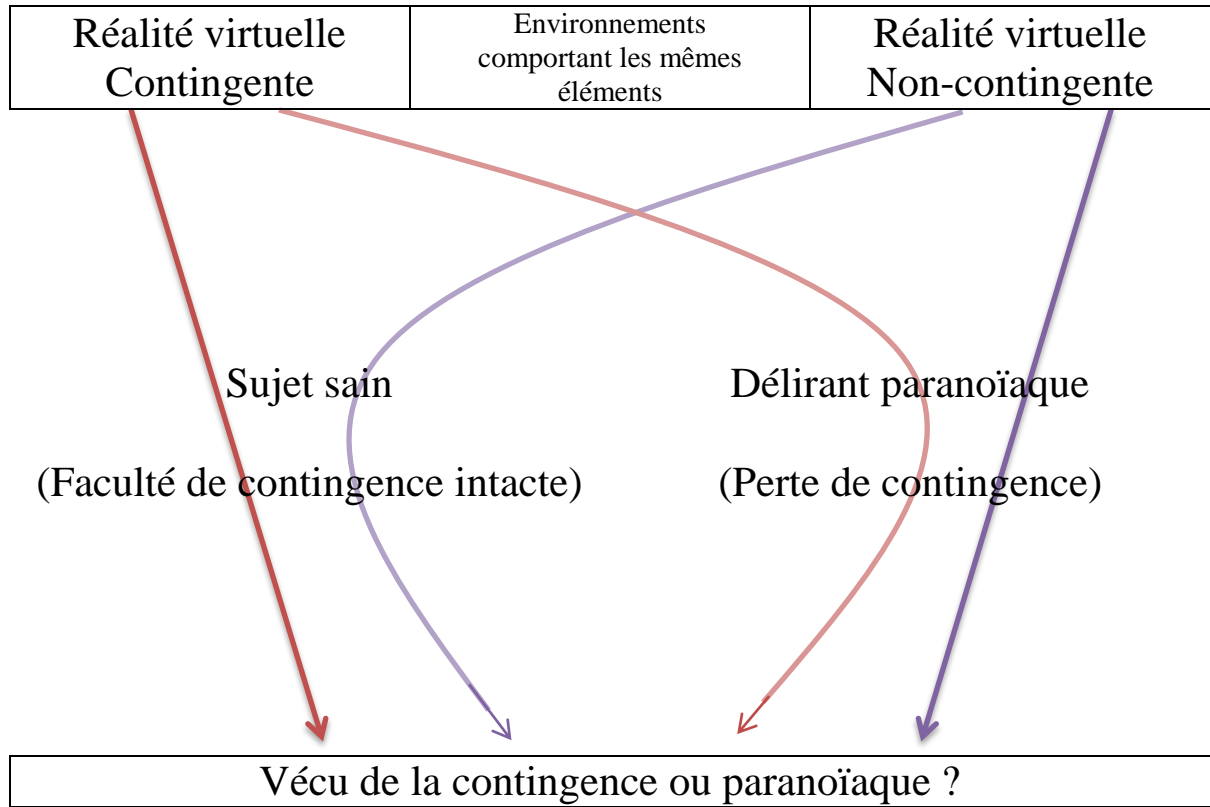
Annexe 9

Perte de la contingence : des déficits cognitifs associés



[Annexe 10](#)

1) Représentation schématique d'un **protocole expérimental** utilisant la réalité virtuelle



2) **Résultats attendus** de l'expérimentation en réalité virtuelle

	Réalité virtuelle contingente	Réalité virtuelle Non-contingente
Sujet sain Faculté intacte	Vécu normal	Vécu paranoïaque
Délire paranoïaque Perte de contingence	Vécu paranoïaque	Vécu paranoïaque

Remerciements

Je tiens à remercier chaleureusement Bernard Pachoud et Jean-Michel Roy qui ont bien voulu m'accorder de leur temps afin de guider ce travail théorique à la croisée de l'étude cognitive, des concepts philosophiques et de la pratique psychiatrique.

Je remercie également Daniel Andler pour ses conseils précis et son attention.

Mes remerciements vont encore à Messieurs Dokic, Petitot et Récanati pour avoir accueilli favorablement mon projet de recherche.

Je remercie enfin Sacha Bourgeois-Gironde pour son attention et sa disponibilité, une théorie du doute viendra peut-être alimentée l'hypothèse de la perte de contingence.

Que Jean Gayon et Anne Fagot-Largeault trouvent dans ce mémoire toute ma gratitude, leur obligeance a guidé mes pas.

Que veut-on dire quand on dit qu'il n'y a pas de monde sans un être au monde ?

Non pas que le monde est constitué par la conscience, mais au contraire que la conscience se trouve déjà à l'œuvre dans le monde.

M. Merleau-Ponty⁵¹

⁵¹ *Phénoménologie de la perception*, p.496

Résumé: Le délire paranoïaque est une entité clinique *princeps* dans la tradition psychopathologique du délire. Les modèles cognitifs disponibles, généraux ou dédiés (Bentall, Freeman), isolent de multiples facteurs sans parvenir toutefois à rendre compte spécifiquement du phénomène. Dans une perspective interdisciplinaire, nous proposons d'introduire une hypothèse issue de la rencontre entre clinique psychiatrique et philosophie phénoménologique, la *perte de contingence*, dans le champ de la psychologie cognitive. Les premiers résultats sont prometteurs. Les données cliniques donnent à la *perte de contingence* le statut de trouble fondamental. Les données expérimentales actuelles, encore disparates, s'accordent avec l'hypothèse : le processus d'attribution est altéré, une théorie de l'esprit hypertrophiée est avancée, les troubles de perception sociale et émotionnelle pointent une intolérance à l'ambiguïté, les biais de raisonnement peuvent s'entendre comme une forme d'irrationalité liée directement à la contingence perdue. L'hypothèse heuristique de *perte de contingence* permet ainsi de rassembler l'ensemble des données en les réinterprétant et ouvre de nouvelles pistes de recherche expérimentales, en particulier dans le domaine de la réalité virtuelle.

Mots-clefs : délire paranoïaque, psychopathologie, phénoménologie, psychiatrie, contingence, rationalité.

Abstract: Persecutory delusion is a founding clinical entity within psychopathological tradition about delusion. Cognitive models, whether general or specific (Bentall, Freeman), bring together a number of isolated factors and yet fail to account completely for paranoid thinking. In a cross-disciplinary perspective, we propose to introduce the philosophical concept of contingency in cognitive psychology of paranoia. According to Minkowski, *loss of contingency* is hypothesized to be the fundamental trouble concerning "being-in-the-world" of paranoia. Current experimental data, even though heterogeneous, hold with this hypothesis: distortion of the attribution process, hypertrophy of the theory of mind, social and emotional perception troubles which suggest an intolerance to ambiguity, reasoning biases highlighting a kind of irrationality. *Loss of contingency* is therefore a heuristic hypothesis which best explains most data and provides a new perspective to drive future cognitive experimental research, especially in the field of virtual reality.

Key words: persecutory delusion, paranoia, psychopathology, phenomenology, psychiatry, contingency, rationality.