

**Le rôle du raisonnement inductif dans le trouble délirant**  
**The role of inductive reasoning in delusional disorder**  
**El papel del razonamiento inductivo en el trastorno delirante**  
**O papel do raciocínio indutivo no transtorno delirante**

Kieron P. O'Connor, M. Phil, Ph.D. and Marie-Claude Pélissier, Ph.D.

Volume 32, Number 2, Fall 2007

Mosaïques de recherche (1) et Windigo II (2)

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/017801ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/017801ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

O'Connor, K. P. & Pélissier, M.-C. (2007). Le rôle du raisonnement inductif dans le trouble délirant. *Santé mentale au Québec*, 32(2), 129–149.  
<https://doi.org/10.7202/017801ar>

Article abstract

Differential diagnosis between obsessive beliefs in obsessive-compulsive disorder (OCD) and delusions in delusional disorder (DD) requires distinguishing the strength of conviction with which the person holds these beliefs, that is : a dimension stretching from doubt to certainty. Effectively, individuals with DD seem to rely much more on their imagination since they cannot trust others or reality. In OCD, people believe that their imaginary doubts are real probabilities and they cannot take the risk that these possibilities occur in reality. In both cases, the problem is not perceptual distortion but the replacement of reality by an imaginary story perceived as possible or even real. Pélissier and O'Connor (2002) have demonstrated that people with OCD show a particular inductive reasoning style when compared to control groups. Hence, exploration of inductive reasoning in the cases of people with DD could possibly enrich our comprehension of delusional thinking and further improve our strategies in cognitive therapy. It is recommended that future studies on DD concentrate on further understanding of inductive reasoning and the role of imagination predisposing the development of delusions.



## Le rôle du raisonnement inductif dans le trouble délirant

Kieron P. O'Connor\*

Marie-Claude Pélissier\*\*

Pour faire un diagnostic différentiel qui distingue entre les croyances obsessionnelles et celles du trouble délirant (TD), un aspect crucial à évaluer est l'intensité avec laquelle cette conviction est maintenue, allant du doute dans le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) à la certitude dans le TD. En effet, les personnes ayant un TD semblent se fier davantage à leur imagination parce qu'elles ne peuvent pas faire confiance aux autres ou à la réalité. Dans le TOC, les personnes croient que leurs doutes imaginaires sont de réelles probabilités, de sorte qu'elles ne peuvent prendre le risque que ces probabilités surviennent réellement. Dans les deux cas, le problème n'est pas la distorsion perceptuelle, mais le remplacement de la réalité par une histoire imaginée et perçue comme possible, même jusqu'à être réelle. Pélissier et O'Connor (2002) ont démontré que les personnes ayant un TOC montrent un style de raisonnement inductif particulier en comparaison de celui des groupes contrôles. Ainsi, l'exploration du raisonnement inductif dans le cas des personnes qui ont un TD permettrait peut-être de raffiner notre compréhension de la pensée délirante, et d'améliorer éventuellement les stratégies de la thérapie cognitive pour le TD. Il est recommandé que les études futures sur le TD essaient de mieux comprendre le raisonnement inductif ainsi que le rôle de l'imagination prédisposant au développement des délires.

**L**e délire psychotique se caractérise par la présence de pensées bizarres, difficiles à changer et néfastes. Dans le trouble délirant (TD), les croyances ne sont pas nécessairement étranges. Elles se maintiennent même en l'absence de psychopathologie associée. Les fausses convictions délirantes s'appuient sur des conclusions non valides à propos de la réalité, et sont entretenues avec certitude malgré l'opinion des autres et malgré le fait qu'il existe des preuves évidentes du contraire. La croyance délirante peut se manifester en tant que symptôme parmi diverses conditions psychiatriques tels que le trouble obsessionnel-compulsif, la peur d'une dysmorphie corporelle, l'anorexie mentale, la

\* M. Phil, Ph.D., Centre de recherche Fernand Seguin, et Université de Montréal.

\*\* Ph.D. Centre de recherche Fernand Seguin. Les demandes de tirés à part peuvent être envoyées à Kieron P. O'Connor, M. Phil., Ph.D., (courriel : kieron.oconnor@umontreal.ca) ou à Marie-Claude Pélissier, Ph.D. (courriel : mpelissier.crf@ssss.gouv.qc.ca) ainsi qu'à l'adresse : Centre de recherche Fernand Seguin, 7331 Hochelaga, Montréal, Québec, H1N 3V2 CANADA.

dépression majeure avec état psychotique, la schizophrénie ainsi que d'autres troubles psychotiques. Actuellement, les délires sont classés en fonction de leur thème principal, et sont associés à des expériences possibles de la vie de tous les jours : être traité avec malveillance (le type de persécution), avoir un problème physique (le type somatique), être aimé à distance (le type érotomane), avoir un partenaire infidèle (le type jaloux), avoir une estime de soi exagérée, une identité particulière, des connaissances ou un don supérieur (le type mégalomane).

### **Théories cognitives du délire**

Garety et Hemsley (1994) ont réalisé plusieurs études qui révèlent que les individus souffrant de TD démontrent un biais de confirmation lorsqu'ils complètent des tâches de raisonnement probabiliste. Par exemple, une des tâches de raisonnement requiert d'estimer la probabilité qu'une bille colorée appartienne à un des deux sacs de billes représentés. Les participants ayant un TD ont tendance à confirmer leur évaluation initiale de cette probabilité et de plus, ils arrivent à cette conclusion plus rapidement que les participants du groupe contrôle.

Pour Bentall et al. (1994), les croyances normales et les croyances étranges existent sur un même continuum. Ils soulignent l'importance d'étudier les thèmes spécifiques des croyances délirantes par le biais de recherches sur le traitement de l'information. Plusieurs démonstrations expérimentales faites par Bentall et al. (1994) ont montré que les participants ayant un TD manifestaient des biais d'attention et de rappel envers les mots perçus comme menaçants. De plus, les participants démontraient une confiance excessive dans leur propre jugement, ainsi qu'une tendance à attribuer des évaluations négatives aux personnes, et non aux situations. Bentall et al. (1994) ont suggéré que les délires de persécution reflètent une exagération des mêmes biais cognitifs observés chez les personnes en général. Ces modèles de biais de confirmation sont issus des résultats aux tâches de raisonnement probabiliste des personnes ayant un TD.

Garety et al. (1991) ont suggéré à plusieurs reprises que les clients souffrant d'un TD manifestaient une plus grande certitude dans une période de temps plus courte, et qu'ils avaient de la difficulté à élaborer et à vérifier des hypothèses alternatives. Bentall et Young (1996, 1997) ont toutefois soulevé une critique sur les résultats des recherches sur le raisonnement et sur la vérification des hypothèses, en soulignant que la performance pouvait dépendre du type et du contenu du raisonnement. Ainsi, une meilleure compréhension du raisonnement pourrait s'établir si on ne mesurait pas seulement le raisonnement probabiliste. Pélissier

et O'Connor (2002) ont investigué le raisonnement déductif et inductif chez les personnes ayant un trouble obsessionnel-compulsif (TOC). Ils ont démontré que chez les personnes obsessionnelles, il y avait un style inductif particulier qui les caractérisait par rapport aux groupes contrôles, soit qu'il n'y avait pas de différences dans les tâches de raisonnement déductif. Peut-être l'exploration du raisonnement inductif et déductif des personnes ayant un TD permettrait-elle de raffiner notre compréhension de la pensée délirante, et d'améliorer les stratégies éventuelles de la thérapie cognitive.

### **Similitudes entre TOC et TD**

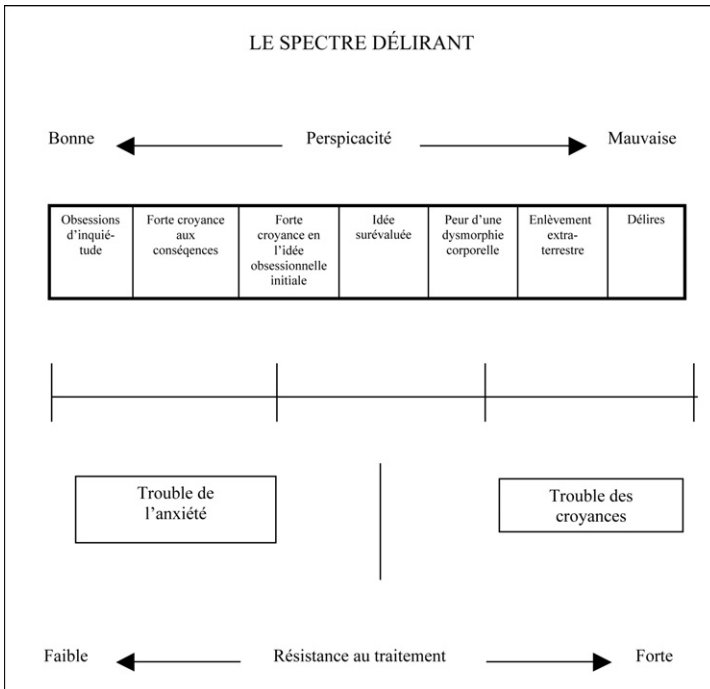
Le TOC et le TD partagent une tendance à la confusion imaginaire. Cette tendance se vérifie par la présence de « fusions » entre la pensée et l'action (avoir une pensée est la même chose qu'agir) ; l'intégration entre la pensée et l'événement (avoir une pensée peut causer ou influencer un événement), et entre la pensée et l'objet (avoir une pensée peut affecter ou contaminer un objet) ; par le fait de confondre la pensée et la forme (si je me sens difforme, c'est que je suis difforme). Ces types de fusions sont associés au TOC et à la schizotypie. Ainsi les croyances obsessionnelles et les croyances délirantes impliquent des processus d'imagination qui créent la perception. Dans le TOC, les personnes croient que leurs doutes imaginaires sont de réelles probabilités, de sorte qu'elles ne peuvent prendre le risque que ces probabilités surviennent réellement. Dans le TD, les personnes croient qu'elles doivent se fier à leur imagination parce qu'elles ne peuvent faire confiance aux autres ou à la réalité. Dans les deux cas, agir sur ses croyances renforce la valeur de la réalité. Dans les deux cas, le problème n'est pas la distorsion perceptuelle, mais le remplacement de la réalité par une histoire imaginée et perçue comme étant possible, allant jusqu'à être réelle.

### **Distinction entre le TOC et le TD**

La formulation d'un diagnostic différentiel qui distingue entre les croyances obsessionnelles et celles du trouble délirant (TD), doit tenir compte de l'intensité avec laquelle cette conviction est maintenue. Les pensées obsessionnelles arrivent habituellement sous forme de questions posées par la personne, dénotant un doute que « quelque chose ne tourne pas rond ». Par exemple, la personne se dit : « J'ai fermé la porte mais *peut-être* qu'elle n'est pas bien verrouillée... je me suis lavé les mains mais *peut-être* y a-t-il une infime partie contaminée... peut-être que non, mais je ne peux pas prendre le risque ». Pour sa part, représentée sur une échelle, la croyance délirante est une pensée qui se situe au niveau d'une certitude, laissant peu de place au doute (voir figure 1). À la section

opposée de cette échelle, se situent les préoccupations anxieuses sur la possibilité qu'un événement se produise, tout en admettant qu'il n'est pas certain que cet événement se produise. Nécessairement, au fur et à mesure que ces préoccupations deviennent une certitude, la perspicacité («l'insight») diminue. Les préoccupations qui caractérisent le doute obsessionnel se limitent habituellement à un thème spécifique (par exemple la contamination) tout comme dans le TD mais par contre, la croyance est appliquée de manière moins systématique que dans le délire (où tous les événements sont interprétés à travers la croyance délirante). Également, le doute obsessionnel fait référence à des événements ordinaires (par exemple la peur d'avoir oublié son portefeuille), tandis que le délire a un contenu plus étrange (par exemple mes collègues de travail veulent m'empoisonner). Parfois, de fortes idées obsessionnelles peuvent ressembler au délire, soulevant une interrogation sur la notion de continuum entre le TOC et le TD. À cet effet, l'hypothèse suivante pourrait être émise : une personne avec un TD qui acquiert une certaine perspicacité dans son délire pourrait-elle atteindre une intensité de conviction semblable au TOC ?

**Figure 1**



## **Le TOC avec des idées surévaluées**

Les personnes avec de très fortes convictions obsessionnelles sont plus résistantes au traitement. La prévalence du TOC dit «avec idées surévaluées» (traduction libre de «overvalued ideation», Foa et al., 1983) est inconnue, mais lors d'une étude menée par O'Connor et al. (2006a), les personnes ayant un niveau de conviction très élevé constituaient 21 % de cet échantillon. La résistance au traitement cognitivo-comportemental des personnes qui ont un TOC «avec idées surévaluées» a été soulevée précédemment lors d'essais cliniques (Foa et al., 1983 ; Rachman, 1983) et cette résistance constitue encore un problème à ce jour (O'Dwyer et Marks, 2000). Avec le temps, les personnes souffrant d'un TOC avec des idées surévaluées, et qui résistent au changement peu importe le type de thérapie, ont été classées dans une catégorie à part (Foa et al., 1999 ; Neziroglu et al., 2001). Cette catégorie constitue «l'une des dernières frontières de la thérapie» (Veale, 2002, p. 384).

Durant la thérapie, il y a un risque que la croyance ou que sa modification maintiennent l'anxiété par une forme de neutralisation indirecte (Trinder et Salkovskis, 1994). Les clients avec de fortes croyances obsessionnelles ont tendance à manquer de perspicacité, ce qui entraîne une attitude négative envers le traitement (Goldberg et al., 2001). La présence d'idées surévaluées se reconnaît généralement par un grand investissement intellectuel dans une idée fixe qui n'est pas partagée par les autres, et par le contenu de cette idée qui est étrange (cela ne provient pas d'expériences de la vie quotidienne). Sur une échelle continue, les idées surévaluées se situent entre les obsessions et le trouble délirant, se distinguant d'une préoccupation obsessionnelle par l'étrangeté et l'intensité de la conviction. Dans le TOC, la personne peut avoir des doutes sur ses croyances et faire preuve à certains moments de perspicacité à savoir qu'elle constate que la croyance n'est pas sensée. Toutefois, dans les idées surévaluées, il y a plus de certitude sur la croyance autant dans des situations obsessionnelles que dans des situations non obsessionnelles (Neziroglu et al., 1999). Le degré de certitude est fermement maintenu sans tenir compte de l'information provenant des autres; il est défendu et maintenu d'une manière égocytone, malgré les répercussions égodystones.

Dans les idées surévaluées, comme le TOC, la personne ressent de l'anxiété qui découle de sa croyance obsessionnelle, et elle accomplit des rituels ou d'autres comportements qui visent à neutraliser l'aspect aversif perçu des événements. Malgré les ressemblances entre les idées surévaluées et le TD, le consensus clinique est que le TOC avec des

idées surévaluées devrait être considéré comme une variante du TOC. La nature des idées surévaluées est un élément important dans les débats actuels à savoir si le TOC est lui-même mieux caractérisé comme un trouble d'anxiété ou un trouble schizotypique (O'Dwyer et Marks, 2000; Lysaker et al., 2000; Aardema et al., 2006). Des instruments ont été récemment développés afin de mesurer les idées surévaluées (voir Eisen et al., 1998; Neziroglu et al., 1999). Leur postulat est que l'intensité de conviction dans une idée surévaluée se situe sur des dimensions similaires à celles d'autres idées fixes ou délirantes, une notion soutenue par les résultats de O'Connor et al. (2006a). Par contre, au niveau clinique, les idées surévaluées sont reconnues comme une catégorie de pensées résistantes au traitement et très difficiles à opérationnaliser. Pour cette raison, elles ne sont pas incluses dans le DSM-IV. Selon les critères du DSM-IV, les personnes aux prises avec un TOC, qui ne considèrent pas leurs symptômes comme irraisonnés, sont catégorisées comme ayant un TOC avec peu de prise de conscience ou de perspicacité que les obsessions et compulsions sont excessives. Cette distinction est semblable à la définition des idées surévaluées selon les critères du DSM-III-R. Les essais cliniques cognitifs pour définir la perspicacité dans les cas de TOC diffèrent des mesures de perspicacité à item unique dans la psychologie étant multidimensionnels (Grenier et al., 2006a).

Aardema et al. (2006) ont rapporté que les caractéristiques schizotypiques sont associées à la symptomatologie TOC, particulièrement s'il y a présence de compulsions manifestes. De manière générale, trois sous-types de TOC avec des idées surévaluées se rapprochent du trouble délirant ou recèlent des éléments délirants : la peur d'une dysmorphie corporelle, l'hypochondrie et le trouble obsessionnel-compulsif avec des pensées schizotypiques ou magiques.

Les liens entre ces sous-types obsessionnels et les délires, et le chevauchement entre les deux ont été fortement débattus. Par exemple, dans la peur d'une dysmorphie corporelle, la personne persiste à imaginer des défauts sur son corps malgré des attestations du contraire, et elle n'accepte pas la réalité objective. Dans l'hypochondrie, la personne imagine souffrir d'une maladie qui n'est pas réelle, et cette croyance persiste malgré l'avis d'un médecin. Dans le cas des pensées schizotypiques ou magiques, la personne crée des situations imaginaires et des scénarios dans le but de donner un sens à des associations superstitieuses ou irréelles. Cette personne peut ressentir qu'elle a des pouvoirs spéciaux et qu'elle peut influencer les événements ou les gens avec ses pensées ou des rituels.

## **La thérapie pour les obsessions délirantes**

Lors de l'application de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) selon le « modèle des évaluations cognitives » (MEC), (traduction libre de « cognitive appraisal model » (CAM) (Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group, 1997), un dilemme particulier se pose pour le traitement des personnes obsessionnelles qui ont une croyance principale forte et passablement étrange. En effet, ces croyances sont prépondérantes pour la personne parce qu'elles sont maintenues fermement, et non parce qu'elles constituent des intrusions « normales » auxquelles elle attribue une signification négative. Néanmoins, les thérapies cognitives comme le MEC ne ciblent pas spécifiquement l'intrusion comme une croyance capitale, malgré qu'il y ait de plus en plus de preuves qu'une partie des troubles obsessionnels caractérisés par des idées surévaluées puissent partager davantage de caractéristiques avec des troubles schizotypiques et des croyances délirantes, qu'avec un trouble d'anxiété à proprement dit. De plus, l'intensité de la conviction des croyances obsessionnelles peut être fortement liée à des comportements cliniques tel que d'éprouver de la difficulté à résister aux rituels (Grenier et al., 2006b). Pour cette raison, une autre forme de thérapie cognitive nommée « Approche basée sur les inférences » (ABI) (traduction libre de « Inference Based Approach » (IBA) : O'Connor et al., 2005) conçoit la pensée intrusive initiale dans le TOC comme une inférence obsessionnelle (arrivant sous forme de doute). L'ABI suggère que la distinction entre le TOC, avec ou sans idées surévaluées, réside principalement dans l'intensité de la conviction du doute initial. En effet, malgré la différence dans cette intensité, tous les doutes obsessionnels sont produits par des processus d'inférence similaires, et ils pourraient être traités par une approche comme l'ABI.

## **La TCC pour le trouble délirant**

La TCC actuelle pour le trouble délirant comprend des stratégies de restructuration cognitive comme mettre au défi les croyances en développant des croyances alternatives, et des stratégies pour développer des « tests de réalité », c'est-à-dire élaborer des mises en situation pour mettre les croyances à l'épreuve. Par exemple, les stratégies de restructuration cognitive encouragent la personne à distinguer entre les interprétations délirantes et la réalité ou encore, amènent la personne à prendre conscience de la façon dont ses interprétations influencent son comportement ou ses émotions. Au début de la thérapie, les interprétations les moins menaçantes sont ciblées, c'est-à-dire celles qui possèdent le moins de « fardeau historique », afin d'éprouver progressivement les



croyances. De manière générale, les recherches cliniques ont établi que l'approche TCC est efficace lorsque les participants sont comparés à un groupe contrôle en attente de thérapie ou à des patients non traités. Par contre, la taille d'effet diminue considérablement si la TCC est comparée à d'autres formes actives de traitement (O'Connor et al., 2006b, sous presse), le taux de refus de traitement demeurant élevé.

### **Le raisonnement dans les délires**

Le raisonnement est généralement divisé en deux formes : déductif et inductif. Le raisonnement déductif ressemble à la logique formelle : aucune nouvelle information n'est ajoutée, c'est un système fermé. Un exemple clinique peut illustrer le raisonnement déductif : « N'importe quelle petite erreur est signe d'un échec total ; j'ai commis une petite erreur ; je suis un échec total ». Inversement, dans le raisonnement inductif, l'information provenant de l'expérience qualifie ou ajoute au contenu de la prémisse initiale. Un exemple général qui illustre cette forme inductive du raisonnement ressemblerait à ceci : « Cette pomme est verte ; j'ai toujours trouvé les pommes vertes « Granny Smith » vraiment juteuses ; j'imagine que cette pomme sera vraiment juteuse ». Cela signifie que, dans le raisonnement inductif, l'association entre la prémisse et la conclusion peut être étoffée par l'expérience et non par la logique. Un exemple clinique de raisonnement inductif pourrait être : « Ma porte est munie de tous les systèmes de sécurité possibles ; même les grandes banques peuvent être cambriolées donc, évidemment que je risque d'être cambriolé ». Dans cet exemple, l'ajout inductif est remarquable car la personne infère que peu importe à quel point il est prudent, il y a toujours un risque de danger possible malgré le plus grand système de sécurité (comme celui d'une banque). Il ne peut donc être vraiment certain qu'il n'est pas à risque d'être cambriolé. Spécifiquement, il peut y avoir une grande contradiction entre une prémisse initiale et la conclusion qui en découle dans le raisonnement inductif. Un exemple de cette contradiction dans le TOC *avec des idées surévaluées* serait « Mes mains semblent parfaitement propres mais « je sais » qu'elles sont sales » ; et dans le TD : « Je me sens bien et j'agis normalement mais les gens sont en train d'entrer dans mon corps ». L'explication de cette contradiction réside dans l'ajout inductif.

### **Exemple d'une histoire de doute**

Information sensorielle : « Il n'y a pas de nourriture entre mes dents et elles sont lisses lorsque je les touche... mais... peut-être que... ;

Histoire (ajout inductif) : « ... il y a de la saleté qui ne paraît pas à l'œil nu et même si on lave une première fois, on ne fait qu'enlever la

première couche; donc il faut peut-être laver une deuxième fois pour atteindre la deuxième couche et une troisième fois pour laver en profondeur. C'est à ce moment que je suis plus sûr que mes dents sont propres.»

Conclusion: «Alors peut-être que mes dents sont encore sales même si je ne vois pas de nourriture entre elles et qu'elles sont lisses au toucher.»

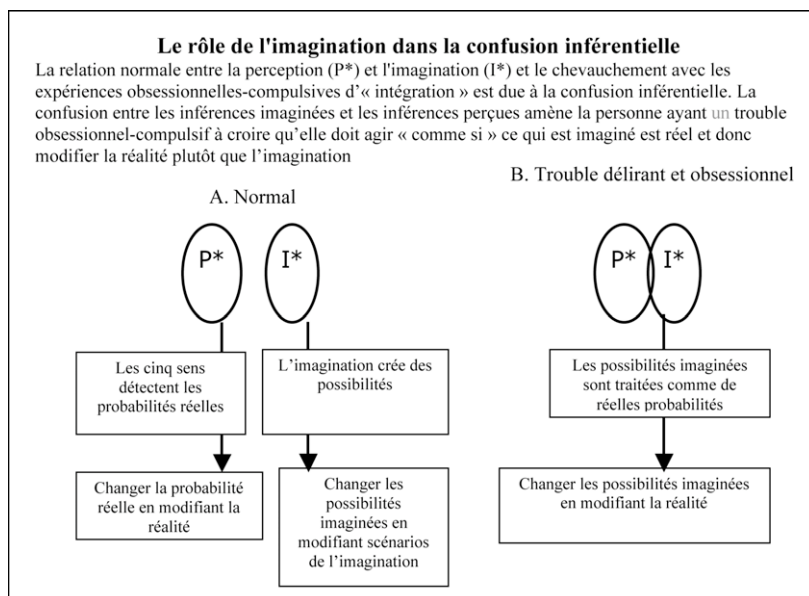
### Exemple d'une histoire délirante

*Information sensorielle*: «Je me sens et j'agis normalement... mais... peut-être que...»

*Histoire (ajout inductif)*: «... les gens peuvent entrer en vous par leur esprit qui sort de leur corps, comme c'est décrit dans la bible. L'esprit prend la forme d'une vapeur qui peut s'échapper par les narines. Je l'ai vu dans un film d'exorcisme. Ils entrent et prennent des parties de moi, comme avec des voitures usagées ou des poupées de chiffons. Je me sens comme une épave abandonnée. C'est ce que les gens font, errer à la recherche de parties à prendre. Ils entrent en moi quand je suis vide...»

Conclusion: «Alors les gens que j'ai vus aujourd'hui pourraient être en train d'entrer dans mon corps.»

Figure 2



## **Le rôle du raisonnement dans la pensée obsessionnelle et délirante**

Certaines recherches ont mené Wason et Johnson-Laird (1972) à prétendre que le comportement obsessionnel peut être révélé lors de tâches de raisonnement. Malgré la poursuite de la recherche sur le raisonnement dans la pensée délirante, peu de recherches ont été menées sur le même sujet avec le TOC. Fear et Healy (1997) ont trouvé que dans une tâche de raisonnement probabiliste, les personnes aux prises avec un TOC par rapport à un groupe contrôle, ont besoin de plus d'informations avant de prendre une décision. Ce besoin d'informations est encore plus grand si on compare avec un groupe de personnes qui ont un TD (ces dernières ayant sauté plus rapidement aux conclusions). D'autres recherches ont suggéré que les personnes qui souffrent d'un délire affichent un biais de confirmation (la tendance à choisir des éléments qui confirment la croyance), alors que les personnes avec un TOC montrent un biais d'infirmité (la tendance à chercher des éléments qui infirment ou mettent en doute les propositions initiales) (Dar et al., 2000; Dudley, 2002). Dar et al. (2000) suggèrent qu'un manque de confiance en général encouragerait le biais d'infirmité. Les modèles de raisonnement cibleraient le doute comme la source principale du biais d'infirmité.

## **L'inférence inversée dans le TOC et le TD**

Habituellement, les personnes partent de l'information sensorielle et font des hypothèses sur des possibilités, même excentriques. Le TOC/TD débute avec la possibilité et invente l'information sensorielle; alors que le TOC/TD infère l'inverse... ce qui s'appelle l'inférence inversée. Pourquoi les personnes utilisent-elles l'inférence inversée?

*Hypothèse 1*: S'agit-il d'un manque d'habileté logique? *Résultats des études actuelles*: Il n'y a pas de preuves à ce jour que les personnes avec un TOC ou un TD manquent d'habiletés logiques ou déductives.

*Hypothèse 2*: S'agit-il d'un trait général tel le manque de confiance ou d'estime de soi, qui affecte la performance? *Résultats des études actuelles*: Les personnes aux prises avec un TOC peuvent manquer de confiance dans des sphères spécifiques, mais les personnes souffrant d'un TD affichent une confiance en elles surévaluée.

*Hypothèse 3*: S'agit-il d'un processus cognitif spécifique au TOC qui mène à une confusion entre la possibilité imaginaire et la probabilité réelle (processus de « confusion inférentielle »; Aardema et O'Connor, 2003). *Résultats des études actuelles*: Plusieurs recherches sur le concept de la confusion inférentielle suggèrent que cette avenue est plausible.

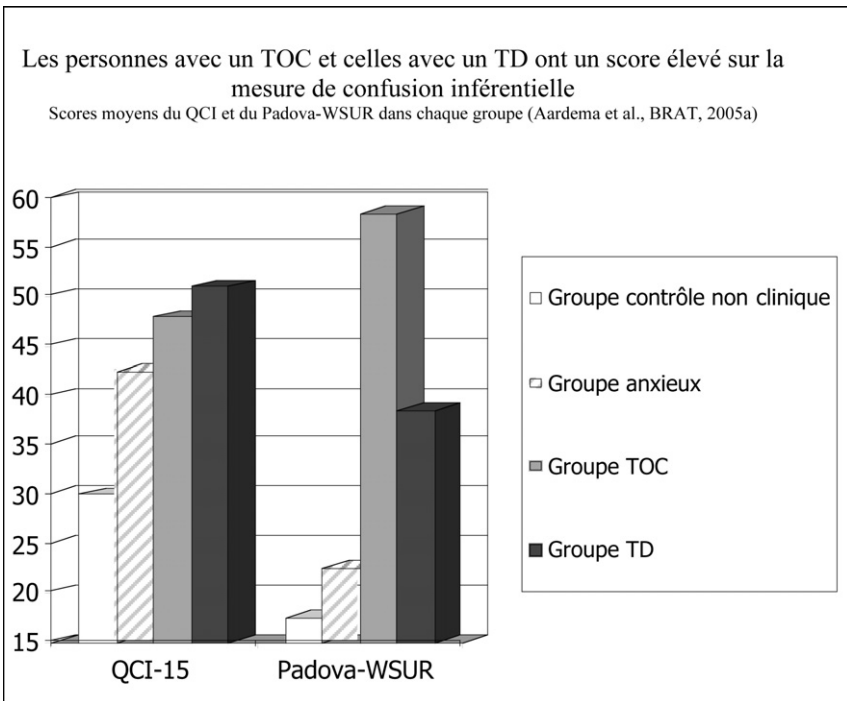
## Concept de confusion inférentielle

O'Connor et Aardema (2003) décrivent le processus de confusion inférentielle comme un raisonnement par lequel la personne confond littéralement une possibilité imaginée avec une possibilité immédiate et actuelle. Par exemple, une idée délirante ou surévaluée peut principalement inclure un raisonnement inductif, où les associations entre la prémisse de base et la conclusion sont teintées de cette « confusion inférentielle », caractérisée par le fait de traiter des possibilités arbitraires comme probables et actuelles, de faire des inférences inversées ; de ne pas se fier à de l'information sensorielle présente dans la réalité ; d'être prompt à l'imagination/la fantaisie et à intérioriser, allant même jusqu'à vivre une métaphore comme réelle (Aardema et O'Connor, 2003). Autrement dit, la personne avec un TOC donne plus de crédibilité à la « possibilité » qu'un événement puisse survenir. Elle finit par appliquer cette possibilité imaginée à une situation actuelle qui ne justifie pas ce type de raisonnement. Dans ce contexte, la personne souffrant d'un TOC accomplit une compulsion — geste posé dans la *réalité* — pour modifier une probabilité *imaginée* ce qui, ultimement, ne permet pas la résolution du doute obsessionnel (O'Connor et Aardema, 2003).

Les travaux de Aardema et al. (2005a) ont montré que le processus de confusion inférentielle caractérise à la fois les troubles obsessionnels-compulsifs et les troubles délirants. Un questionnaire appelé le *Questionnaire sur la Confusion Inférentielle 2* (QCI), a été développé afin de préciser l'importance du processus de confusion inférentielle dans la symptomatologie obsessionnelle, c'est-à-dire la tendance à confondre la réalité et l'imagination (voir Aardema et al., 2005a). Voici des exemples d'items : « Même si je n'ai pas de preuve d'un certain danger, mon imagination me convainc du contraire » ; « Je réagis souvent à un scénario qui pourrait se produire comme s'il se produisait réellement », etc. Lors d'une étude comparant trois groupes soit avec un TOC, avec un TD et un troisième groupe clinique avec d'autres troubles d'anxiété, la « confusion inférentielle » était significativement impliquée dans une partie de la variance du TOC, d'une manière indépendante des autres métacognitions (Aardema et al., 2005a). De plus, les personnes avec des croyances délirantes avaient également un score élevé pour ce type de raisonnement. Une version plus étoffée du QCI est en cours de développement par Aardema et ses collaborateurs. Elle vise à mesurer les dimensions « d'absorption », concept qui précise le processus de la « susceptibilité » d'une personne à confondre l'imaginé du réel. Les items mesurant l'absorption sont par exemple : « Je suis parfois tellement absorbé par certaines idées que je suis absolument incapable de

voir les choses différemment même si j'essaie.», « Je peux devenir si facilement absorbé par des possibilités non pertinentes que je sens qu'elles sont réelles. »; « Je peux imaginer quelque chose et finir par le vivre. ». Cette version allongée plus récente du QCI est corrélée à 0.68 avec l'Inventaire de Padova. Elle est significativement et indépendamment impliquée dans la plus grande partie de la variance quand l'humeur et d'autres domaines cognitifs sont contrôlés. Une diminution des symptômes TOC après le traitement est aussi associée à une diminution de la confusion inférentielle (O'Connor et al., 2006a; Aardema et al., 2005b).

**Figure 3**



Dans le contexte du TOC, Pélissier et O'Connor (2001) ont développé et validé une tâche inductive qui suscite le doute chez les membres d'un groupe contrôle et des personnes ayant un TOC par l'introduction de possibilités qui influencent leurs conclusions inductives (la *Tâche de raisonnement selon des arguments inductif* — TRAI). Cette tâche, adaptée d'une étude pilote non publiée de Johnson-Laird (1994), réussit à créer le doute par l'introduction d'une possibilité

provenant de deux sources : la première vient de l'extérieur ou est *donnée* (par l'expérimentateur) ; la deuxième provient du participant lui-même, c'est-à-dire *générée* (Pélissier et al., 2006). Les personnes avec un TOC sont plus enclines à douter des conclusions initiales que les personnes d'un groupe contrôle, surtout si l'information provient d'une source donnée (externe) au lieu d'être générée par les personnes elles-mêmes.

### **Concept de la confusion inférentielle**

Le concept de la confusion inférentielle est valide du point de vue psychométrique, et il semble se retrouver dans la symptomatologie obsessionnelle et des idées surévaluées et délirantes. Mais les personnes avec ces troubles ont des degrés de conviction de la croyance qui vont du doute à la certitude, et qui ne sont pas expliqués par le concept de confusion inférentielle. La réponse se trouve peut-être dans l'utilisation de stratégies de raisonnement particulières selon les différents sous-groupes lors du processus de confusion inférentielle. Par exemple, dans le raisonnement probabiliste, Fear et Healy (1997) ont démontré que les gens avec un TOC utilisent un processus plus prudent de prise de décision comparativement aux personnes avec des délires qui ont plutôt tendance à sauter aux conclusions, faisant preuve d'un biais de confirmation. Ces stratégies opposées peuvent paraître paradoxales lorsqu'elles sont appliquées à l'investigation du TOC avec des idées surévaluées : le comportement est obsessionnel et la croyance est délirante. Néanmoins, une explication de cette apparente contradiction à l'intérieur du modèle basé sur les inférences, se retrouve dans le développement de l'inférence primaire comme mesure de la perspicacité (Grenier et al., 2006a). Il appert que jusqu'à un certain degré de conviction, c'est le doute qui motive l'ampleur de la confusion inférentielle, alors que les compulsions qui en découlent deviennent rassurantes. Par contre, lorsque ce degré de conviction devient une *certitude*, la confusion inférentielle incite à une série de stratégies de confirmation de la croyance.

En d'autres termes, alors que la confusion inférentielle peut être un prérequis afin de créer et de croire aux possibilités imaginées, le degré de croyance peut être affecté par d'autres processus. Une explication potentielle se trouverait dans la source de la possibilité imaginée. Tel que mentionné, Pélissier et al. (2006) ont trouvé qu'un doute exagéré dans le TOC peut être principalement dû à une crédibilité accrue aux possibilités « données » plutôt que « générées » par le participant obsessionnel. Cette tendance à s'appuyer sur des possibilités externes et

non pertinentes qui trompent la réalité est typique dans le TOC, où la personne obsessionnelle se fie trop aux règles externes (par exemple se fier sur compter ses gestes, utiliser des règles superstitieuses, chercher à être rassuré). Cela peut non seulement modifier la réalité, mais remplacer l'information qui peut être générée par la personne elle-même, basée sur de l'information observable. Inversement, dans le TD, il existe une méfiance envers les sources externes d'information. Habituellement, les inférences générées par la personne délirante modifient ces informations externes car leurs propres inférences viennent remplacer la réalité. Alors que la personne délirante devrait utiliser l'information provenant de ses cinq sens afin de tirer une conclusion plus réaliste, elle génère ses propres possibilités et leur donne plus de crédibilité. En résumé, se fier à des règles externes et à de l'information non pertinente peut perpétuer le doute (comme dans le TOC), tandis que trop se fier à des possibilités générées par soi peut augmenter le degré de certitude (comme dans le TD).

En résumé, le même niveau de confusion inductive peut mener au doute ou à la certitude, selon que les possibilités imaginées reposent sur des arguments « donnés » ou « générés par le client ». Par exemple dans le TOC, un enchaînement narratif donné, qui fait appel à l'expérience des autres, à la réassurance, à l'autorité, aux règles externes, à des associations et à des faits externes souligne le manque de confiance en son propre jugement ; cet enchaînement perpétue le doute et les stratégies comportementales qui renforcent ce doute et la tendance au biais d'infirmité. À l'opposé, dans le TD l'enchaînement narratif s'appuie sur des possibilités imaginées (générées par le client), c'est-à-dire des idées et des sentiments subjectifs qui encouragent une certitude subjective et entraînent le biais de confirmation. La comparaison d'enchaînements narratifs délirants avec les enchaînements narratifs obsessionnels illustre comment la méfiance et le soupçon envers une autorité externe dans le TD encourage la certitude, tandis que la réassurance et l'information donnée en faveur de la crédibilité de leurs propres idées, intuitions et sentiments augmentent le doute dans le TOC. Voici un exemple :

#### *L'enchaînement narratif obsessionnel d'Anna sur la malchance*

« J'ai entendu dire que quelqu'un a pris un chemin différent un matin et a eu un accident. Changer quelque chose peut augmenter les risques d'être malchanceux parce que le changement peut provoquer ou causer un accident. Par exemple, si je me lève un matin du côté gauche du lit (au lieu du côté droit), alors peut-être deviendrais-je malchanceuse parce que j'ai changé quelque chose. Et c'est comme les gens qui

achètent des billets de loterie tous les jours et, le jour où ils n'en achètent pas, leur combinaison est la gagnante. »

*L'enchaînement narratif obsessionnel d'Eric sur son habileté à contrôler ses pulsions sexuelles*

« Si je deviens trop anxieux, peut-être que mon cerveau ne pourra le tolérer et certaines fonctions de mon cerveau ne fonctionneront pas à 100 %. Ces fonctions pourraient être responsables de l'inhibition de l'action d'abuser sexuellement un enfant et, si elles ne sont pas opérationnelles, je pourrais perdre le contrôle et abuser sexuellement un enfant. Il est également possible que quand j'ai beaucoup de tension sexuelle, que je sois incapable de contrôler mes pulsions et que j'abuse sexuellement d'un enfant. Quand je me sens rejeté par les autres, j'ai la pensée que les femmes pourraient me rejeter et j'aurais alors une faible estime de moi (physique et mentale); je m'imagine ensuite n'avoir d'autres choix que de me tourner vers les enfants pour avoir une vie sexuelle active... »

*L'enchaînement narratif délirant de Jeanne sur la beauté de sa peau*

« J'étais sous observation à l'hôpital et on m'a donné des pilules pour dormir, mais ça a abîmé ma peau. J'ai toujours été fière de ma peau. J'avais la plus belle peau dans la famille et les autres en étaient jaloux, c'est pour cette raison qu'ils m'ont amenée à l'hôpital. Je pense qu'ils ont parlé au médecin. J'ai vu un film hier où des gens ont secrètement tué une fillette dans un hôpital afin de lui voler son identité. Maintenant, ma peau est fichue. Je ne peux plus travailler et les hommes ne s'intéressent plus à moi. Mais tout le monde le nie, comme s'il ne s'était rien passé, et ils n'aiment pas que je vois des spécialistes parce qu'ils savent qu'ils vont se rendre compte de ce qui s'est passé et les poursuivre. Ma peau n'est plus comme elle était. »

*L'enchaînement narratif délirant de Patrick sur les odeurs corporelles*

« Je sais que je pue, je vois que les gens reniflent quand je suis là. Je m'assois dans le métro et les gens reniflent immédiatement ou détournent le regard. Les gens ne disent rien quand on pue. J'ai eu un oncle qui sentait mauvais, il vivait seul et ne s'occupait pas de lui-même. Quand il nous visitait, ma mère disait « ne dis rien à propos d'oncle John, ce n'est pas sa faute ». Alors on s'assoit comme s'il ne puait pas, mais c'était horrible.

Le nez humain est très sensible et on enregistre même des odeurs inconsciemment. J'ai regardé une émission où on conditionnait les gens



de cette façon. On ne peut jamais savoir si on pue ou non, et les gens ne vous le diront pas alors il faut être attentif. »

Autant dans le TOC que dans le TD, la thérapie cognitive selon une approche basée sur les inférences cible la modification des processus de raisonnement à l'origine de la confusion inférentielle :

### **La thérapie cognitive selon une approche basée sur les inférences**

Les principales étapes incluent :

1. Psychoéducation : Amener le client à faire la distinction entre l'imagination et la perception.
2. Comprendre le rôle de la chaîne des possibilités imaginaires et l'impact néfaste d'y donner crédibilité.
3. Créer une histoire alternative menant à une possibilité plus ancrée dans la réalité afin d'illustrer le caractère puissant d'une argumentation imaginée.
4. Ressentir la réalité par l'utilisation des sens.

L'approche basée sur les inférences a donné des résultats encourageants, surtout chez les personnes ayant un TOC avec un degré de conviction très élevé (O'Connor et al., 2005). Cette approche explore les raisonnements arbitraires et modifie le processus de confusion inférentielle par l'utilisation de l'imagination, afin d'absorber la personne dans une nouvelle réalité. Des études cliniques ont démontré des résultats significatifs concernant la diminution de la confusion inférentielle (Aardema et al., 2005b).

Il est recommandé que les futures études sur le TD explorent les deux aspects suivants : l'utilisation accrue du raisonnement inductif ; et le rôle de l'imagination versus la perception. Il est aussi recommandé qu'elles accordent une attention plus grande au schéma des thèmes reliés au soi — prédisposant au développement des délires, de même qu'à la prolongation de la période de temps et d'intensité de la thérapie cognitivo-comportementale.

### **RÉFÉRENCES**

- AARDEMA, F., O'CONNOR, K., 2003, Seeing white bears that are not there : Inference processes in obsessions, *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 17, 23-37.
- AARDEMA, F., O'CONNOR, K., EMMELKAMP, P., MARCHAND, A., TODOROV, C., 2005a, Inferential confusion in obsessive-compulsive disorder : Inferential Confusion Questionnaire, *Behaviour Research and Therapy*, 43, 3, 293-308.

- AARDEMA, F., EMMELKAMP, P. M. G., O'CONNOR, K. P., 2005b, Inferential confusion, cognitive change and treatment outcome in obsessive-compulsive disorder, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 5, 337-345.
- AARDEMA, F., KLEIJER, T., TRIHEY, M., O'CONNOR, K., EMMELKAMP, P. M. G., 2006, Processes of inference, schizotypal thinking, and obsessive-compulsive behavior in a normal sample, *Psychological Reports*, 99, 213-220.
- BENTALL, R. P., KINDERMAN, P., KANEY, S., 1994, The self, attributional processes and abnormal beliefs: towards a model of persecutory delusions, *Behavioral Research and Therapy*, 32, 3, 331-341.
- BENTALL, R. P., YOUNG, H. F., 1996, Sensible hypothesis testing in deluded, depressed and normal subjects, *British Journal of Psychiatry*, 168, 372-375.
- DAR, R., RISH, S., HERMESH, H., TAUB, M., FUX, M., 2000, Realism of confidence in obsessive-compulsive checkers, *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 4, 673-678.
- DUDLEY, R., 2002, Reasoning and delusions revisited, Abstract (p. 114), *32nd European Association for Behavioral and Cognitive Therapies (EABCT) Congress*, Maastricht, The Netherlands, sept., 18-21.
- EISEN, J. L., PHILLIPS, K. A., BAER, L., BEER, D. A., ATALA, K. D., RASMUSSEN, S. A., 1998, The Brown Assessment of Beliefs Scale: reliability and validity, *American Journal of Psychiatry*, 155, 1, 102-108.
- FEAR, C. F., HEALY, D., 1997, Probabilistic reasoning in obsessive-compulsive and delusional disorders, *Psychological Medicine*, 27, 1, 199-208.
- FOA, E. B., STEKETEE, G., GAYSON, J. B., DOPPELT, H. G., 1983, Treatment of obsessive compulsives. When do we fail?, in Foa, E.B., Emmelkamp, P.M.G., eds., *Failures in Behavior Therapy*, New York, Wiley.
- FOA, E. B., ABRAMOWITZ, J. S., FRANKLIN, M. E., KOZAK, M. J., 1999, Feared consequences, fixity of belief, and treatment outcome in patients with obsessive compulsive disorder, *Behavior Therapy*, 30, 717-724.
- GARETY, P. A., HEMSLEY, D. R., WESSELY, S., 1991, Reasoning in deluded schizophrenia and paranoid patients. Biases in performance on a probabilistic inference task, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 4, 194-201.
- Garety, P. A., Hemlsey, D. R., 1994, *Delusions: Investigations into the Psychology of Delusional Reasoning*, Oxford University Press.

- GOLDBERG, R. W., GREEN-PADEN, L. D., LEHMAN, A. F., GOLD, J. M., 2001, Correlates of insight in serious mental illness, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 3, 137-145.
- GRENIER, S., O'CONNOR, K., BÉLANGER, L., 2006a, Le trouble obsessionnel-compulsif et l'insight: Une revue critique de la littérature, *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 47, 2, 96-109.
- GRENIER, S., O'CONNOR, K., BÉLANGER, C., 2006b, soumis, *Une nouvelle dimension pour évaluer l'insight des individus qui souffrent d'un trouble obsessionnel-compulsif* (TOC).
- JOHNSON-LAIRD, P. N., 1994, Mental models and probabilistic thinking, *Cognition*, 50, 189-209.
- LYSAKER, P. H., MARKS, K. A., PICONE, J. B., ROLLINS, A. L., FASTENAU, P. S., BOND, G. R., 2000, Obsessive and compulsive symptoms in schizophrenia, Clinical and neurocognitive correlates, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 2, 78-83.
- NEZIROGLU, F., MCKAY, K., YARYURA-TOBIAS, J. A., STENENS, K. P., TODARO, J., 1999, The overvalued ideas scale: development, reliability and validity in obsessive-compulsive disorder, *Behaviour Research and Therapy*, 37, 881-902.
- NEZIROGLU, F., STEVENS, K. P., MCKAY, D., YARYURA-TOBIAS, J. A., 2001, Predictive validity of the overvalued scale: outcome in obsessive-compulsive and body dysmorphic disorder, *Behaviour Research and Therapy*, 39, 6, 745-756.
- OBSESSIVE COMPULSIVE COGNITION WORKING GROUP, 1997, Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder, *Behaviour Research and Therapy*, 35, 667-681.
- O'CONNOR, K., AARDEMA, F., 2003, Fusion or confusion in obsessive-compulsive disorder, *Psychological Reports*, 93, 227-232.
- O'CONNOR, K.P., AARDEMA, F., BOUTHILLIER, D., FOURNIER, S., GUAY, S., ROBILLARD, S., PÉLISSIER, M.-C., LANDRY, P., TODOROV, C., TREMBLAY, M., PITRE, D., 2005, Evaluation of an inference-based approach to treating obsessive-compulsive disorder, *Cognitive Behavior Therapy*, 34, 3, 148-163.
- O'CONNOR, K. P., AARDEMA, F., PÉLISSIER, M.-C., 2005, *Beyond Reasonable Doubt. Reasoning Processes in Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, Chichester, UK, Wiley and Sons.
- O'CONNOR, K.P., AARDEMA, F., ROBILLARD, S., GUAY, S., PÉLISSIER, M.-C., TODOROV, C., BORGÉAT, F., LEBLANC, V., GRENIER, S., DOUCET, P., 2006a,

Cognitive behaviour therapy and medication in the treatment of obsessive compulsive disorder, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 408-419.

- O'CONNOR, K., STIP, E., PÉLISSIER, M.-C., AARDEMA, F., GUAY, S., GAUDETTE, G., VAN HAASTER, I., ROBILLARD, S., GRENIER, S., CAREAU, Y., DOUCET, P., LEBLANC, C., 2006b, sous presse, *Cognitive behaviour therapy versus attention placebo in the treatment of delusional disorder*.
- O'DWYER, A.-M., MARKS, I., 2000, Obsessive-compulsive disorder and delusions revisited, *British Journal of Psychiatry*, 176, 281-284.
- PÉLISSIER, M. C., O'CONNOR, K. P., 2001, *Reasoning in Obsessive-Compulsive Disorder. Recent findings*, Symposium presented at the World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies (WCBCT), July 17-21, 2001, Vancouver, B-C, CAN.
- PÉLISSIER, M.C., O'CONNOR, K. P., 2002, Deductive and inductive reasoning in obsessive-compulsive disorder (OCD), *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 15-27.
- PÉLISSIER, M.-C., O'CONNOR, K. P., DUPUIS, G., 2006, soumis, *When doubting begins: Inductive reasoning in OCD*.
- RACHMAN, S., 1983, Obstacles to the successful treatment of obsessions, in Foa, E. B., Emmelkamp, P. M. G., eds., *Failures in Behavior Therapy*, New York, John Wiley and Sons.
- TRINDER H., SALKOVSKIS, P. M., 1994, Personally relevant intrusions outside the laboratory: Long-term suppression increases intrusion, *Behaviour Research and Therapy*, 32, 833-842.
- VEALE, D., 2002, Over-valued ideas: a conceptual analysis, *Behaviour Research and Therapy*, 40, 383-400.
- WASON, P. C., JOHNSON-LAIRD, P. N., 1972, *Psychology of Reasoning: Structure and Content*, Cambridge, MA, Harvard University.
- YOUNG, H. F., BENTALL, R. P., 1997, Probabilistic reasoning in deluded, depressed and normal subjects: effects of task difficulty and meaningful versus non-meaningful material, *Psychological Medicine*, 27, 455-465.

## ABSTRACT

### The role of inductive reasoning in delusional disorder

Differential diagnosis between obsessive beliefs in obsessive-compulsive disorder (OCD) and delusions in delusional disorder (DD) requires distinguishing the strength of conviction with which the person holds these beliefs, that is: a dimension stretching from doubt to

certainty. Effectively, individuals with DD seem to rely much more on their imagination since they cannot trust others or reality. In OCD, people believe that their imaginary doubts are real probabilities and they cannot take the risk that these possibilities occur in reality. In both cases, the problem is not perceptual distortion but the replacement of reality by an imaginary story perceived as possible or even real. Pelissier and O'Connor (2002) have demonstrated that people with OCD show a particular inductive reasoning style when compared to control groups. Hence, exploration of inductive reasoning in the cases of people with DD could possibly enrich our comprehension of delusional thinking and further improve our strategies in cognitive therapy. It is recommended that future studies on DD concentrate on further understanding of inductive reasoning and the role of imagination predisposing the development of delusions.

## **RESUMEN**

### **El papel del razonamiento inductivo en el trastorno delirante**

Para realizar un diagnóstico diferencial que distinga entre las creencias obsesivas y aquellas del trastorno delirante (TD), es crucial evaluar la intensidad con la que esta convicción se mantiene, yendo de la duda en el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) a la certeza en el TD. De hecho, las personas con un TD parecen fiarse más de su imaginación porque no pueden confiar en los demás o en la realidad. En el TOC, las personas creen que sus dudas imaginarias son probabilidades reales, de manera que no pueden tomar el riesgo de que estas probabilidades ocurran realmente. En ambos casos, el problema no es la distorsión de la percepción, sino el reemplazo de la realidad por una historia imaginaria y percibida como posible, incluso hasta que llega a ser real. Péliissier y O'Connor (2002) demostraron que las personas que sufren de TOC muestran un estilo de razonamiento inductivo particular, en comparación con el de los grupos de control. De esta manera, la exploración del razonamiento inductivo en los casos de las personas que sufren de un TD permitiría tal vez afinar nuestra comprensión del pensamiento delirante y mejorar eventualmente las estrategias de la terapia cognitiva para el TD. Se recomienda que los estudios futuros sobre el TD intenten comprender mejor el razonamiento inductivo, así como el papel de la imaginación que predispone al desarrollo de los delirios.

## **RESUMO**

### **O papel do raciocínio indutivo no transtorno delirante**

Para fazer um diagnóstico diferencial que distingue as crenças obsessivas das crenças do transtorno delirante (TD), um aspecto crucial a avaliar é a intensidade com a qual esta convicção é mantida, indo da dúvida no transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) à certeza no TD. De fato, as pessoas que sofrem de TD parecem acreditar mais em sua imaginação, visto que não podem confiar nos outros ou na realidade. No TOC, as pessoas crêem que suas dúvidas imaginárias são reais probabilidades, de maneira que elas não podem arriscar que estas probabilidades aconteçam realmente. Nos dois casos, o problema não é a distorção perceptual, mas a substituição da realidade por uma história imaginada e vista como possível, mesmo até real. Pélissier e O'Connor (2002) demonstraram que as pessoas que sofrem de TOC apresentam um estilo de raciocínio indutivo particular em comparação com o dos grupos de controle. Assim, a exploração do raciocínio indutivo, no caso das pessoas que sofrem de TD, permitiria talvez especificar nossa compreensão do pensamento delirante, e melhorar eventualmente as estratégias da terapia cognitiva para o TD. Recomenda-se que os estudos futuros sobre o TD busquem melhor compreender o raciocínio indutivo, assim como o papel da imaginação que predispõe ao desenvolvimento dos delírios.