

# LES PSYCHOSES DELIRANTES CHRONIQUES SYSTEMATISEES

## Rappel nosographique

Il s'agit toujours d'une description de la nosographie française ou franco-allemande.

On distingue en parallèle deux grandes psychoses :

- **la Schizophrénie**
- **la Paranoïa et ses avatars**

**Sur un plan international la psychose c'est la schizophrénie** et à côté on évoque : **des troubles délirants persistants** (classifications du DSMIV et de la CIM10)

Le terme paranoïa étant quasiment exclu du vocabulaire peut-être parce que trop dévoyé.

Sur un plan statistique, la (ou les, grande question actuelle) schizophrénie représente environ 1% de la population, taux relativement stable à travers tous les pays et toutes les époques, et d'un autre côté toutes les autres psychoses représenteraient 0.03%.

En fait si nous reprenons, nous, cliniciens français, les dossiers cliniques, pour un certain nombre de malades étiquetés schizophrènes, nous les rangerions dans le groupe paranoïaque.

## CLASSIFICATION

**1/ Les délires chroniques systématisés ou psychoses paranoïaques :**

- **délires passionnels et de revendication**
- **délires de relation, paranoïa sensitive de Kretschmer**
- **délires d'interprétation de Sérieux et Capgras**

**2/ La psychose hallucinatoire chronique ou « PHC » telle qu'on la nomme le plus souvent**

**3/ Les délires imaginatifs de Dupré ou délires fantastiques ou encore paraphrénies**

## LES PSYCHOSES PARANOIAQUES

Paranoïa voulait dire folie en grec :

*para* = à côté de,

*noos* = esprit.

Ce terme a été repris en allemand avant de prendre son acception française.

On décrit un **caractère paranoïaque, pathologique en lui-même mais sans délire ou alors un terrain sur lequel peut se développer un délire paranoïaque.**

### A/ Le caractère paranoïaque

Il associe les traits suivants :

#### **1- la méfiance**

- attitude permanente de suspicion,
- crainte exagérée de l'agressivité d'autrui,
- mise à distance de l'interlocuteur :
  - ☞ soit par une politesse excessive mêlée de réticence
  - ☞ soit par une agressivité, tantôt ouverte tantôt déguisée

#### **2- la psychorigidité**

- autoritarisme,
- incapacité de mettre en cause son propre système de valeur,
- donc d'être ouvert à celui d'autrui

#### **3- l'hypertrophie du moi**

- égocentrisme
- orgueil démesuré
- intolérance et mépris d'autrui

#### 4- La fausseté de jugement

- Trait essentiel de la structure paranoïaque, **la logique du paranoïaque est faussée par la passion**. Cette emprise affective est assez forte pour lui interdire une conception exacte du monde extérieur et de lui-même.
- **Le doute est aussi étranger au paranoïaque que l'autocritique**, même s'il est intelligent ce qui n'est pas toujours le cas, le paranoïaque ne peut pas se servir correctement de ses capacités intellectuelles lorsqu'il est lui-même en cause.
- **Les idées sont orientées par une croyance à priori**, cette apparence logique est de nature hyper affective et, en fin de compte, la justification des convictions à priori de l'avis du paranoïaque : c'est un **passionnel**.
- **Le paranoïaque raisonne juste sur des prémices fausses**, ce point de départ erroné lui paraît évident en raison d'un à priori qu'il est incapable de remettre en cause, cette fausseté de jugement fait que le paranoïaque est à côté des vrais problèmes.

Lorsque ces différents traits de caractère sont suffisamment accusés pour entraîner des troubles du comportement, la biographie du sujet est marquée par l'inadaptation sociale, les échecs répétés, l'isolement et la solitude.

A l'inverse, « le petit paranoïaque » peut être efficace professionnellement,,mais malheur à celui qui travaille sous ses ordres,,,

### B/ Le délire paranoïaque

Le délire paranoïaque repose sur des descriptions cliniques établies par les grands aliénistes du passé et qui ont été permises par l'absence à l'époque de traitement capable d'éteindre le délire.

#### I- Définition

C'est le **développement insidieux** déterminé par des causes internes et selon **une évolution continue** d'un **système délirant durable, inébranlable**, qui va de paire avec la **conservation absolue de la clarté et de l'ordre de la pensée, le vouloir et l'action**.

Il s'oppose ainsi au délire paranoïde comme nous le verrons plus loin,

#### II- Caractère du délire paranoïaque

a) Il débute **progressivement sur un terrain caractériel paranoïaque** à l'occasion d'un conflit psycho-affectif d'importance variable.

b) C'est un **délire essentiellement interprétatif**

- tout a une signification et est interprété
- ce qui est perçu est bien perçu mais aussitôt revêtu d'une signification particulière sans rapport avec la réalité

c) **Délire logique** parce qu'il part toujours du réel

Les interprétations sont vraisemblables, **le délire est plausible** si bien qu'il est **souvent partagé** par l'entourage (délire à deux ou à plusieurs).

d) **Délire systématisé**

- **bien construit**
- **stable** même s'il s'enrichit
- **il s'enrichit progressivement** par contiguïté à la faveur d'interprétations délirantes s'articulant les unes aux autres (rappel : l'interprétation est une perception exacte auquel le sens donné est erroné)
- **il s'organise**, s'étend mais le noyau demeure le même

e) **Délire chronique** vécu en pleine lucidité (sauf pour ce qui concerne le délire lui-même bien entendu)

**Les caractères du délire paranoïaque s'opposent point par point au délire paranoïde de la schizophrénie.**

### III-Les différents délires paranoïaques

#### 1- Les délires passionnels et de revendications

- Ils reposent sur une **passion pathologique**, toutes les manifestations de la psychose découlent de cet état passionnel initial et fondamental.
- Ils sont caractérisés :
  - ☞ par une **exaltation de l'humeur**, excitation psychique, tonicité, **sthénicité**
  - ☞ et par une **idée prévalente** qui subordonne toute l'activité mentale à un postulat fondamental dans une **conviction inébranlable**
- **leur développement « en secteur »**, en ce sens que le délire forme un système particulier qui s'enfonce peu à peu hors de la réalité.

Le délire se développe sur un caractère paranoïaque, de façon insidieuse ou à l'occasion d'un échec ou un conflit (mésentente avec le voisinage, renvoi par l'employeur, rivalité, dommage subi, dissension familiales, conflit avec l'administration etc...).

#### a) Les délires de revendications

Ils apparaissent à l'occasion d'un préjudice, d'une injustice vraie ou supposée, dont le patient se croit la victime et dont il veut obtenir réparation de manière impérieuse.

- **revendication processive de la propriété et des droits : les quérulents processifs**
  - ☞ Ils se ruinent en procès pour faire triompher une revendication dérisoire
  - ☞ Ils poursuivent la défense de leur bonheur, de leurs propriétés, de leurs droits, au mépris de leurs intérêts les plus évidents (ils peuvent se ruiner)
  - ☞ Ils sont convaincus d'être trahis, injustement jugés, victimes d'un acharnement
  - ☞ Ces sujets, **persécutés, persécuteurs, peuvent se faire justice eux-mêmes**
- **revendication d'un mérite : les inventeurs délirants**
  - ☞ Ils gardent le secret de leurs expériences, de leurs calculs, de leurs découvertes. Ils se plaignent d'être dépossédés de leurs inventions.
  - ☞ Ils revendiquent la propriété, la primauté, l'exclusivité de leurs découvertes quel qu'en soit l'importance
  - ☞ Les démarches et les plaintes, les précautions défensives et offensives pour déjouer les complots et les manœuvres absorbent toute leur activité.
- **revendication idéologique : idéalistes passionnels de Dide et Guiraud**
  - ☞ fanatiques politiques ou religieux ( à rapprocher de la « schizophrénie torpide », étiquette utilisée du temps de l'URSS pour « neutraliser » certains opposants politiques)
  - ☞ Ils rêvent de nouveaux systèmes politiques, de paix universelle, de philanthropie mais ils sont animés d'une volonté farouche de lutte et de combat.
  - ☞ Ils veulent imposer avec agressivité, attentats, meurtres, leur point de vue à autrui (intégrisme...)
- **hypocondrie délirante**
  - ☞ majoration d'un déficit réel
  - ☞ ils veulent les derniers traitements, revendiquent les meilleurs soins d'où une médecine omniprésente mais impuissante donc soins, traitement...
- **délire sinistrosique**
  - ☞ revendication d'un dommage irréparable
  - ☞ c'est parfois l'évolution d'une dépression

#### b) Les délires passionnels

- ils se produisent sur un caractère paranoïaque
- avec des troubles, tels que **troubles thymiques, expériences hallucinatoires et de dépersonnalisation**
- la passion est **imaginaire** : les événements et les personnages sont réels
- quelle que soit l'évolution, elle peut être prévisible
- c'est une passion délirante rigide : bloc **idéo-affectif inébranlable**, imperméable à l'expérience et rebelle à toute évidence

- **le délire de jalousie**

- il consiste à transformer la situation de la relation amoureuse du couple en une relation triangulaire. **Le tiers introduit est un rival supposé et c'est sur lui que se projettent ressentiment et haine**, accumulés lors de frustrations engendrées par le patient.
- le début est marqué par **l'apparition d'une idée fixe de jalousie** le plus souvent sans motif valable, parfois à l'occasion de faits plausibles.
- le délirant jaloux se sent bafoué. L'amour d'autrui lui est dû. Il ne peut supporter de le voir lui échapper (homosexualité inconsciente projetée sur l'épouse, haine du partenaire du sexe opposé).
- Pendant longtemps, **la conviction d'être trompé se mélange de doutes obsédants**. Le délirant jaloux cherche la certitude, il cherche des preuves (pseudo-preuves qu'il fabrique ou interprète des signes). Il surveille, fait surveiller, ouvre le courrier, épie les gestes et interprète tout dans le sens de la passion négative.
- **délire fréquent chez les alcooliques**

- **Le délire érotomaniaque décrit par De Clérambault**

- l'érotomanie c'est **l'illusion délirante d'être aimé**
- postulat fondamental : **c'est l'objet** (la personne dont le patient se croit aimé et qui est généralement de rang plus élevé pour le sujet) **qui a commencé à se déclarer, qui aime le plus ou qui aime seul**
- les thèmes : ☞ l'objet ne peut avoir de bonheur sans le sujet  
☞ il ne peut avoir une complète valeur sans le sujet  
☞ l'objet est libre. Son mariage est rompu ou n'est pas valide  
☞ vigilance continuelle de l'objet, conversation indirecte avec l'objet, protection continuelle du sujet pour l'objet, travaux d'approche pour l'objet, sympathie quasi universelle que suscite cet amour, l'objet est riche etc...
- les relations entre le sujet et l'objet se font sur la base des intuitions, d'illusions, d'interprétations fausses, de communication de pensées, hallucinations cénesthésiques (sensations de caresses, de coït).
- 3 stades évolutifs : **l'espoir, le dépit, la rancune qui peut entraîner la dangerosité.**

## **2- Le délire sensitif de relation de Kretschmer**

C'est le versant paradoxal de la paranoïa car il s'oppose au niveau du terrain.

Il survient sur un **caractère sensitif** :

- sujets hyperémotifs, anxieux, sensibles,
- psychasthéniques (doutes, hésitations, scrupules),
- enclins aux débats de conscience, hypersensibles aux réactions et jugement d'autrui
- inhibés avec sentiment d'infériorité

Le déclenchement se fait sur le terrain précédent, par accumulation des échecs, des conflits ou des déceptions.

C'est un **délire de relation** : vécu comme **l'expérience cruciale d'un conflit** du sujet avec un autre ou un groupe d'autres (conjoint, famille, voisin).

Délire **concentrique**, car le sujet est le centre de cette expérience, de ce « procès » (comme l'a décrit Kafka) qui l'entourne et menace le sujet lui-même.

L'expérience fondamentale vécue par les patients est celle **d'être l'objet d'un intérêt, d'une malveillance particulière, gênante ou humiliante.**

Cette paranoïa sensitive se déroule dans l'angoisse, la tension.

En réaction, les malades sont **plutôt dépressifs et angoissés avec risque suicidaire.**

Le type est ce que l'on appelle la **paranoïa des gouvernantes ou le délire de persécution des vieilles filles.**

Un autre cas particulier en est la **paranoïa des masturbateurs.**

## **3- Le délire d'interprétation de Sérieux et de Capgras**

- **c'est la folie raisonnée** qui repose sur un besoin de tout expliquer, de tout interpréter, de tout déchiffrer, conformément à un système fondamental de signification
- ces patients sont des **persécutés**

- **le mécanisme essentiel du délire est l'interprétation**, c'est une erreur intuitive portant sur le sens de ce qui a été vu, perçu, entendu

#### a) **Interprétations exogènes**

- Se portent sur les **données fournies par les sens** :  
sens ironique ou menaçant d'un coup de chapeau, valeur prophétique de la couleur d'une cravate, certitude d'infidélité perçue dans un pot de pensées exposée à la vue d'un voisin etc....
- Parfois la signification est compréhensible ou se réfère à **des symboles connus** :  
une fleur à la boutonnière signifie déclaration d'amour, le passage d'un corbillard signifie la mort ...
- Souvent les interprétations n'ont aucun sens

Certains patients prennent leur temps à déchiffrer comme des hiéroglyphes ce que « veulent dire » les paroles d'une chanson, un article de journal, un sermon : *il me suffit d'un mot pour comprendre toute l'idée.*

Ce qui est interprété se rapporte à eux, les concerne.

#### b) **Interprétations endogènes :**

- Se portent sur les sensations corporelles, la pensée, les rêves
- Structure en **réseau** de ces délires comme une mécanique d'idées délirantes

*Exemple de Mademoiselle R. : hallucinations olfactives dues à une épilepsie temporale sur lesquelles elle réalise une interprétation délirante*

### **C- Aspects Médico-légaux**

**Dangerosité potentielle** de toute paranoïa.

#### **1- Conduite meurtrière :**

- du jaloux
  - du persécuté
  - de l'érotomane
  - de l'hypocondriaque
- avec préméditation

#### **2- Autres délits :**

- coups et blessures volontaires
- menaces écrites
- diffamation par voie de presse
- persécutions par voie téléphonique
- vols
- dégradation, destruction de biens

### **D-Evolution**

- **L'enkystement** du délire avec un assoupissement
- L'évolution d'un seul tenant ou par moments féconds plus aigus
- Intérêt de la survenue d'un état dépressif, **c'est le seul moyen permettant la prise en charge**

### **E- Diagnostic différentiel**

#### **1- Les réactions paranoïaques transitoires**

Sorte de **bouffée délirante interprétative** aiguë à minima qui se révèle sans lendemain.

**Réactions passagères :**

- chez les **alcooliques chroniques**
- les névrosés en périodes de décompensation surtout les **obsessionnels** (*exemple de Monsieur H*)
- au décours de certains **traumatismes crâniens**

## 2- Les autres délires chroniques

- la **PHC** : les hallucinations et le **syndrome d'automatisme mental** vont aider à distinguer
- les **paraphrénies** dans ses variétés systématisées, mais le délire est essentiellement imaginaire, fantastique
- le **délire paranoïde** mais il est :
  - ☞ flou
  - ☞ illogique
  - ☞ peu systématisé
  - ☞ variable
  - ☞ pauvre

et s'y ajoute le **syndrome dissociatif**.

## D- Traitements

Ce sont sans doute les **moins curables** de nos malades (sauf les réactions paranoïaques transitoires qui sont souvent de bon pronostic et plus accessibles aux traitements).

Le traitement peut avoir une efficacité sur la réactivité et sur la sthénicité voire sur certains mécanismes mais souvent le **noyau demeure** et le **caractère paranoïaque n'évolue guère**.

### 1- Psychothérapie

Les aider à douter mais c'est un grand risque sous forme d'effraction dépressive et/ou de passage à l'acte.

Pour le paranoïaque, il y a « les bons et les méchants », vous êtes son allié et là vous pourrez l'aider au niveau de la thérapie sinon vous devenez son ennemi.

### 2- Traitement médicamenteux

En général, **réticence au traitement**.

- les antipsychotiques

Ils n'ont pas l'AMM mais ceci en rapport avec la nosographie.

Ils sont moins anti-hallucinatoires mais plus antidépresseurs que les neuroleptiques classiques.

Leponex, Zyprexa, Risperdal...

- les neuroleptiques classiques

Les phénothiazines pour leur aspect sédatif.

**L'Haldol**, le plus anti-hallucinatoire, bien toléré, il a l'avantage d'exister sous différentes formes galéniques.

Il est bien supporté chez les personnes âgées.

D'autres peuvent également trouver un intérêt suivant les circonstances.

- Les antidépresseurs

Pour certains types de pathologies en particulier chez les **sensitifs**.

Dans **certains moments évolutifs**, où ils pourraient être intéressants en **permettant l'accès aux soins** mais le **risque suicidaire paraît élevé**.

### 3- L'hospitalisation

Elle peut se faire en service libre en particulier au moment des accès dépressifs mais lors des moments féconds, il y a souvent un **refus de soin** liée à l'adhésion au délire et un placement **en HDT voire en HO** en fonction de la dangerosité et de la perturbation de l'ordre public peut s'avérer nécessaire.

## LES PSYCHOSES HALLUCINATOIRES CHRONIQUES

### I- Définition

**Il s'agit d'une psychose délirante chronique basée sur le syndrome d'automatisme mental qui en constitue le noyau et dont la superstructure délirante constitue une idéation surajoutée.**

Les phénomènes psycho-sensoriels ou mécanismes délirants sont **essentiellement hallucinatoires** (= perception sans objet).

L'idéation surajoutée : thèmes délirants surtout les **thèmes d'influence**, de dépossession, d'action extérieure.

Le délire se développe souvent **hors de toute prédisposition caractérielle ou affective de type paranoïaque.**

## II- Le début

Vers 35-40 ans.

Il est souvent soudain sans incubation.

Parfois on retrouve à l'anamnèse une préface délirante :

- altération progressive de l'humeur
- méditation anxieuse

## III- La phase d'état

Le tableau clinique est dominé par le syndrome d'automatisme mental qui associe :

- les **hallucinations** essentiellement auditives, cénesthésiques, et psychiques
- **le syndrome d'influence**

### A- Les hallucinations

Elles sont :

- **constantes et nécessaires au diagnostic**
- **riches** et multiples
- **à prédominance auditive et cénesthésique**
- inaugurales, même si elles passent inaperçues au début, **le délire étant toujours secondaire**
- **chroniques**, n'ayant aucune tendance à régresser spontanément

### 1- Les hallucinations auditives et psychiques

- hallucinations auditives objectivées dans l'espace extérieur (bruits étranges)
- surtout des hallucinations intérieures, psychiques : voix intérieures, habituellement malveillantes sinon menaçantes, critiques moqueuses ou banales.
- **énonciation et commentaire** des actes et de la pensée. Les voix énoncent les faits et gestes du patient, ses pensées et les commentent.
- **écho de la pensée** et de la lecture. Les voix répètent en écho ce que pense et lit le patient (on me fait lire, ce n'est pas moi qui lit, on parle par ma bouche, ce n'est pas moi qui parle)
- **vol et devinement de la pensée**, souvent ressenti comme une intrusion de la pensée d'autrui dans l'intimité de la pensée du sujet.
- **mots jaculatoires fortuits** (souvent des insultes), psittacisme : mécanique de phrases ou d'idées que le sujet n'a ni comprises, ni élaborées.

Tout cela constitue **l'automatisme mental idéo-verbal** qui donne au sujet le sentiment d'être habité par un autre (au niveau des pensées, de la parole et de la lecture et même du sommeil) et d'être victime d'un **syndrome d'influence**

### 2- Les hallucinations cénesthésiques

- souvent désagréables et pénibles : sensations tactiles de grouillement, d'irritation, de prurit : algies, paresthésies, spasmes musculaires etc...
- parfois **voluptueuses** dans la sphère génital : caresses à l'intérieure des cuisses, pression sur le ventre etc...
- elles sont souvent associées aux hallucinations auditives.

### 3- Les hallucinations visuelles sont rares

### 4- Les hallucinations olfactives et gustatives

- elles sont associées aux hallucinations auditives
- odeurs nauséabondes, gaz, mauvais goûts envoyés de l'extérieur dans un but de malveillance ou de persécution.

## 5- Les hallucinations psychomotrices

- impressions kinesthésiques :
- soit dans les mouvements de l'articulation verbale (langue, larynx, thorax), impression d'articulation forcée,
- soit au niveau de la face, du cou ou des membres, sensations de mouvements forcés, de soubresauts.

## B- Le Délire

Les hallucinations s'intègrent dans une atmosphère délirante.

### 1- les thèmes

- **D'influence, de possession, de persécution.**

le **malade a perdu sa liberté** d'agir et de parler. Il a le sentiment qu'on le fait parler, qu'on le fait penser (hallucinations psychomotrices etc...)

il a le sentiment d'être **soumis à des expériences, des agressions** ou des effets de procédés magiques dirigés contre son corps et sa pensée par le biais d'appareils scientifiques sophistiqués.

- La vie mentale du sujet se déroule de manière automatique. Tous les phénomènes **sont vécus passivement** : « ça pense en moi, ça parle en moi ».
- Le patient se **sent persécuté** par des inconnus (« on »), l'entourage, ou des corps organisés (police, gouvernement, franc-maçonnerie etc...)

### 2- les mécanismes :

Ils sont essentiellement **hallucinatoires**.

### 3- la structure ou caractère du délire :

- **hallucinoire**
- avec une **systematisation assez pauvre**
- un **vécu passif sans désordre grave du comportement**
- des **explications** non pas logiques mais **pseudo-scientifiques et magiques** (télépathie, transmission de pensée, téléguidage, médium)
- le délire est souvent vécu dans une **atmosphère dépressive**

## Iç- Evolution

### 1- Début :

- **après 35 ans**
- **après une période de doute**, de perplexité, d'étrangeté
- les phénomènes parasites **s'acceptent passivement et bientôt s'enrichissent**

D'ordinaire le patient les garde longtemps et le **comportement extérieur n'est modifié que par quelques troubles** caractériels dont l'entourage ne voit pas l'explication. L'activité professionnelle peut être longtemps conservée.

Peu à peu le patient de plus en plus envahi par l'automatisme mental a **tendance à se replier** sur lui-même, il ne parle presque plus, il ne participe plus à la vie familiale et attire alors l'attention.

Dans l'ensemble il reste **assez bien toléré par le groupe social** qui ne comprend pas toujours la portée de ces troubles.

### 2- Ultérieurement

- la PHC évolue très longtemps **sans altération de la lucidité des capacités intellectuelles, c'est un délire partiel**.
- Comme tous les délires chroniques la PHC peut être émaillée de **moments féconds** c'est à dire d'épisodes aigus ou la production hallucinoire délirante et l'automatisme mentale subissent une recrudescence.
- Sous l'effet du traitement la PHC a **tendance à s'enkyster**, les expériences hallucinatoires s'éteignent, se calment et rentrent peu à peu dans le passé. Il devient inactif mais les phénomènes sont rarement critiqués à posteriori et deviennent comme un **noyau résiduel**.

## ç- Traitement

- l'hospitalisation se fait souvent en service libre, l'HDT peut être nécessaire en cas de refus de soin en fonction de la gravité du délire, comme pour le paranoïaque, et parfois par le biais d'un accès dépressif.
- **les neuroleptiques** constituent le traitement de base donc l'**Haldol étant le plus anti-hallucinoire** de tous les neuroleptiques, bien toléré comme nous l'avons dit plutôt, bien supporté chez les personnes âgées.
- à priori les patients sont **souvent réticents** aux traitements mais ils ne sont pas aussi opposants que les paranoïaques, là aussi le noyau peut rester résistant sans poser de problème comportemental
- d'autres neuroleptiques tel l'Orap peuvent avoir une certaine efficacité
- les nouveaux antipsychotiques n'ont pas non plus l'AMM et ont un effet anti-hallucinoire moindre que celui de l'Haldol

## LES DELIRES FANTASTIQUES

### I- Caractères – Généralités

Paraphrénie vient du grec :

para = à côté

phrénie = la pensée

La notion de paraphrénie a très sensiblement évolué depuis sa création.

Elle est très rare.

Plusieurs points sont à souligner:

- 1- **caractère fantastique** des thèmes délirants
- 2- richesse **imaginative** du délire
- 3- **juxtaposition d'un monde fantastique et d'un monde réel auquel le malade continue à bien s'adapter**  
(exemple du fleuriste de Mulhouse)
- 4- **absence de systématisation**
- 5- **absence d'évolution déficitaire**, les capacités psychiques de ces malades restent remarquablement intactes

### II- Clinique

#### **1- début :**

Apanage de l'âge mûr

Insidieusement et lentement en plusieurs années, parfois rapidement voir d'emblée.

#### **2- phase d'état :**

##### **1- La pensée paralogique, imaginative**

- délire où dominent la **fantaisie, l'imagination** d'où une pensée magique effrénée comme une fable ou un mythe délirant qui se développe hors toute catégorie de l'entendement
- **aspect extraordinairement esthétique** de cette imagination débridée
- thèmes : fabuleuses maternités, mythes de la création, métamorphoses corporelles (certains faisaient du syndrome de Cotard une paraphrénie mélancolique) ou cosmiques.

##### **2- La mégalomanie**

- **thème d'influence** par emprise maléfique, spiritisme
- procédés scientifiques ou magiques d'actions à distance de cohabitation corporelles
- **thèmes de persécutions** : complots mystérieux, combats et luttes politiques
- **partout la mégalomanie domine** : le sujet participe aux événements historiques, à l'espace terrestre ou cosmique, il est l'enjeu de combat gigantesque etc...

##### **3- Primauté de la fabulation sur les hallucinations**

- tous les mécanismes délirants existent en particulier les hallucinations mais c'est la fabulation et l'imagination luxuriante qui dominent

##### **4- Intégrité paradoxale de l'unité de la synthèse psychique**

- le délire coexiste avec une **adaptation au réel**

- les capacités intellectuelles, la mémoire, l'activité, le comportement social demeurent remarquablement intacts

### **III- Thérapeutique**

En général **peu sensible à la chimiothérapie** qui n'est d'ailleurs nécessaire ou utile qu'en cas d'envahissement important altérant la vie sociale.

Neuroleptiques sédatifs ou polyvalents à posologie modérée permettent plus souvent aux patients de prendre un recul par rapport à l'expérience délirante et de **vivre avec leur délire**.