

Les délires d'identité ou d'identification sont définis par une altération de l'identification des personnes, des objets, des lieux, des événements, des parties du corps. Ils sont accompagnés de la conviction d'un dédoublement, d'une multiplication voire d'un remplacement de ce qui fait l'objet de l'altération identitaire. Ils ont la particularité de survenir en l'absence ou en présence de lésions cérébrales.

Description séméiologique

Les paramnésies de reduplication

Les paramnésies de reduplication peuvent concerner un lieu, une personne ou un événement. Décrites par Pick en 1903, les paramnésies de reduplication environnementales (ou spatiales) désignent l'allégation d'une dualité de deux sites du même nom. Ainsi peut-il exister deux hôpitaux du même nom, le faux où le patient se trouve, et le vrai situé ailleurs, où le patient dit avoir séjourné antérieurement. Ainsi encore peut-il exister deux avenues qu'il nomme du même nom, la fausse où il se trouve, et la vraie où il va incessamment se rendre. Ainsi y a-t-il allégation de la duplication d'un site en deux sites géographiques, celui où est situé le sujet, que ce dernier déclare ressemblant, mais différent du site authentique qu'il faut bien alors situer ailleurs. Tout se passe comme si certains détails choquaient le sujet et l'empêchaient d'aboutir à une identification plénière ; il s'agit donc d'une hypo-identification liée à un déficit du sentiment de familiarité accompagnée du délire que constitue l'allégation de duplication. La coexistence d'une amnésie antérograde est possible. Les paramnésies de reduplication peuvent aussi concerner des personnes, des objets, des animaux de compagnie, des parties du corps (avoir plus d'une tête, plus de deux bras...). Le sujet peut aussi alléguer qu'il est en deux endroits en même temps, ce qui peut être interprété soit comme la collusion en un même lieu de deux sites distincts (la maison et l'hôpital, Roane *et al.*, 1998) soit comme un délire d'ubiquité.

La reduplication de soi-même est la croyance selon laquelle il y a un autre soi-même ou que le vrai soi-même a été remplacé ou encore que d'autres personnes se métamorphosent pour prendre l'apparence de soi-même : c'est le délire des doubles subjectifs. La présentation clinique peut être différente quand certains sujets (en particulier au cours de la maladie d'Alzheimer) ne se reconnaissent pas dans un miroir mais en outre identifient leur propre image comme celle d'une autre personne. L'héautoscopie est une hallucination dont le sujet lui-même est l'objet (voir p. 445).

On peut aussi observer des reduplications d'événements : un sujet victime d'un accident (de la circulation, de ski, etc.) avec traumatisme crânien déclare qu'un ou plusieurs accidents similaires sont survenus au cours des années précédentes.

Le délire d'illusion de sosies

Appelé syndrome de Capgras (1924) et décrit dans un cas de psychose paranoïde chronique, il est une « non-identification de personnes familières avec affirmation de différences imaginaires et croyance subséquente que la (ou les) personne(s) réelle(s) a (ont) été remplacée(s) par un double ». Ainsi et typiquement, un

proche (souvent le conjoint ou un enfant) induit une reconnaissance partielle (« *il ressemble à...* ») mais insuffisante pour accéder à son identité réelle. Il s'agit donc d'une forme particulière de reduplication au cours de laquelle le proche, non reconnu comme tel, est déclaré remplacé par quelqu'un qui lui ressemble, un sosie : « *ce n'est pas Georgette* », dit ce malade en montrant son épouse assise à côté de lui, « *car Georgette a un bouton sur le menton et elle porte une casquette* », ce qui est d'ailleurs inexact, et elle est « *plus voûtée et plus âgée* ». Ainsi peuvent s'ajouter des détails morphologiques censés valider la substitution d'identité (la teinte des yeux, l'écartement des dents, le type de moustache, la forme générale du visage...). Ces sosies peuvent être multiples.

Le syndrome d'illusion de Fregoli

Ce syndrome a été décrit par Courbon et Fail (1927) et concernait une malade, âgée de 27 ans, passant son temps libre au théâtre où elle pouvait voir des actrices célèbres comme Robine ou Sarah Bernhardt qui, dans son délire, la poursuivaient en s'incarnant (comme le transformiste italien Fregoli) dans d'autres personnes qui l'entouraient ou qu'elle rencontrait, « *pour lui prendre sa pensée, l'empêcher de faire tel ou tel geste, la forcer à exécuter d'autres, donner des ordres et des envies...* ». La personne cible du délire peut en outre imposer à d'autres personnes des transformations d'identité désignées sous le nom de « frégolification ». Ainsi dans le cas princeps, la malade a la conviction que l'actrice Robine « frégolifie » le médecin de l'hôpital psychiatrique, qui devient son père décédé ou un autre médecin qui la soigna dans son enfance. Contrairement au syndrome de Capgras, où un sosie est censé prendre l'apparence physique de la personne non reconnue, le délire « d'incarnation » du syndrome de Fregoli laisse à l'Autre son apparence physique : la femme croisée dans la rue et dont la patiente sent « *l'influx* » est Robine, les infirmières de l'hôpital qui l'empêchent de « *penser et d'agir* » ou « *la poussent à se masturber* » sont Robine ou Sarah Bernhardt, « *bien que n'ayant ni leurs traits ni leur aspect* ». En somme, le (ou les) persécuteur(s) emprunte(nt) le corps d'autres personnes pour poursuivre le délirant. Ainsi dans le syndrome de Capgras, l'Autre est vécu comme remplacé par un sosie, en raison de dissemblances minimales et imaginaires ; dans le syndrome de Fregoli, l'Autre remplace et investit d'autres personnes en dépit de dissemblances physiques réelles.

L'illusion d'intermétamorphose

Décrite par Courbon et Tusques, l'illusion d'intermétamorphose désigne l'illusion d'une fausse ressemblance physique entre des individus différents qui s'incarnent « corps et âme » dans le corps du même individu.

Les délires de méconnaissance du Soi spéculaire

Parfois désignés sous le nom de « signe du miroir », ces délires ont été décrits au chapitre 8, p. 123.

Étiologie

Des délires d'identité différents peuvent s'associer chez la même personne. Ainsi, parmi de multiples exemples, peut-on citer le cas de patient qui avait à la fois un syndrome de Fregoli, une reduplication environnementale et l'illusion que lui-même et sa compagne étaient incarnés dans le même corps (hermaphrodisme

déliquant, Mulholland, 1999). La particularité des délires d'identité est de survenir aussi bien dans des pathologies psychiatriques (donc à première vue non organiques ou non clairement lésionnelles, en l'état actuel de nos connaissances) que dans des pathologies neurologiques (donc clairement sous-tendues par une souffrance lésionnelle du cerveau). Ils sont en outre susceptibles de déclencher des conduites violentes. Il avait été traditionnellement considéré que les syndromes de Capgras, de Fregoli et d'intermétamorphose étaient plutôt de cause psychiatrique, tandis que les paramnésies reduplicatives relevaient plutôt de causes neurologiques et étaient volontiers associées à un syndrome confusionnel ou amnésique. On a pu aussi opposer les délires d'identité concernant des personnes, qui relèveraient de causes psychiatriques ou lésionnelles, aux délires d'identité concernant des lieux, qui relèveraient électivement d'une souffrance lésionnelle cérébrale tout particulièrement de l'hémisphère droit (Forstl *et al.*, 1991a). Mais la réalité est plus complexe. En effet, si le syndrome de Capgras est observé dans des schizophrénies à forme paranoïde (avec dépersonnalisation et déréalisation, Christodoulou, 1977) et dans des états dépressifs, il est aussi observé lors de lésions cérébrales focales (corticales ou cortico-sous-corticales ou, plus rarement, dans la maladie de Parkinson). Dans la maladie d'Alzheimer, la démence à corps de Lewy diffus, la démence sémantique, le syndrome de Capgras est volontiers associé à un autre délire d'identité comme une paramnésie de reduplication (Harciarek et Kertesz, 2008). Le syndrome de Capgras est aussi observé dans les traumatismes craniocérébraux ou encore lors de souffrances métaboliques comme dans l'encéphalopathie hépatique, l'hypothyroïdie ou après une myélographie au métrizamide. Les paramnésies de reduplication peuvent être observées dans la schizophrénie, ce qui n'élimine pas une pathologie organique associée ; elles peuvent survenir en l'absence de syndrome amnésique ; elles sont le plus souvent secondaires à un large éventail de pathologies organiques du névraxe : traumatismes craniocérébraux, infarctus cérébral, démences, complication de l'électroconvulsivothérapie.

Bases neuropathologiques

Les délires d'identité relèvent de lésions impliquant plus souvent l'hémisphère droit que l'hémisphère gauche. Le dénominateur commun lésionnel des paramnésies de reduplication est représenté pour certains auteurs (Benson *et al.*, 1976 ; Hakim *et al.*, 1988) par l'association d'une lésion hémisphérique droite et d'une lésion bifrontale. Cependant, des lésions du seul hémisphère droit, et de topographie limitée mais variable, peuvent parfois entraîner un délire d'identité de type « spatial », qu'il s'agisse de lésions frontale, pariétale, temporo-pariétale, de la partie postérieure de l'hémisphère, du thalamus (Kapur *et al.*, 1988 ; Vighetto et Aimard, 1992), du noyau caudé (Pluchon *et al.*, 2010). Toutes ces localisations lésionnelles pourraient avoir comme dénominateur commun une dépression lésionnelle ou fonctionnelle (par diaschisis) du lobe frontal droit. Un hématome sous-dural frontal droit (Alexander *et al.*, 1979), une cysticercose localisée au lobe temporal gauche ont pu entraîner un syndrome de Capgras (Ardila et Rosselli, 1994). Les formes psychiatriques du syndrome de Capgras s'accompagnent, à l'imagerie, d'une atrophie fronto-temporale (Joseph *et al.*, 1999), tandis que dans les paramnésies reduplicatives psychiatriques, est constatée une atrophie frontale

bilatérale, du tronc cérébral et du vermis cérébelleux (Joseph *et al.*, 1999). Au cours de la maladie d'Alzheimer, les délires d'identité (syndrome de Capgras ou paramnésies de reduplication) s'accompagnent d'une atrophie plus marquée du lobe frontal droit (Forstl *et al.*, 1991b).

Hypothèses explicatives

De très nombreuses hypothèses ont tenté de proposer une interprétation des délires d'identité. Certaines d'entre elles prônent la diversité des mécanismes en fonction des formes cliniques des délires d'identité tandis que d'autres tentent de rechercher un dysfonctionnement commun à tous les délires d'identité.

Le syndrome de Capgras a ainsi été distingué de la prosopagnosie : il a pu être ainsi interprété dans le modèle de Bruce et Young comme une incapacité d'accès aux « nœuds d'identité des personnes », donc comme une « agnosie d'identification », alors que la reconnaissance des visages serait préservée (voir p. 120 et figure 7.7, p. 121). Ellis et Young (1990) ont proposé une hypothèse de double système de traitement visuo limbique hémisphérique droit : l'un, ventral, reliant le cortex visuel au cortex inféro-temporal, à l'hippocampe, à l'amygdale puis au cortex fronto-orbitaire ; l'autre, dorsal, reliant le cortex visuel au cortex pariétal inférieur, au gyrus cingulaire et au cortex frontal dorso-latéral (figure 22.1). La voie ventrale serait responsable de la reconnaissance consciente et son altération rendrait compte de la prosopagnosie. La voie dorsale véhiculerait l'émotion liée aux visages et serait altérée dans le syndrome de Capgras. Ainsi l'« hypo-identification » du syndrome de Capgras serait liée, non à un déficit de la reconnaissance des visages, mais à un déficit de la valence émotionnelle qui leur est associée.

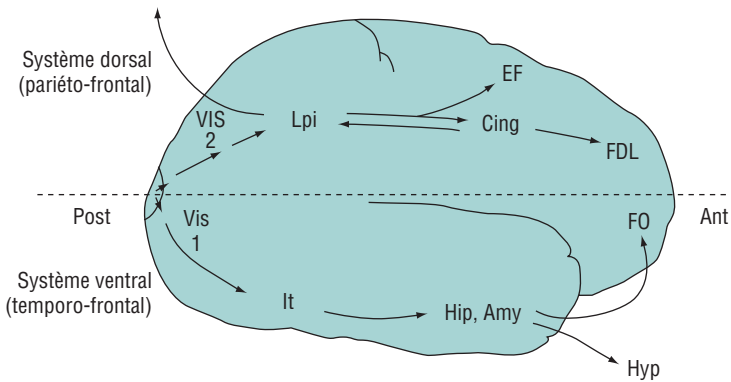


Figure 22.1

Représentation des deux systèmes visuo limbiques du cerveau du primate et (peut-être) de l'hémisphère cérébral droit de l'Homme.

Vis : visuel ; Lpi : lobule pariétal inférieur ; It : cortex visuel inféro-temporal ; Cing : gyrus cingulaire ; Hip : hippocampe ; Amy : amygdale ; FDL : cortex frontal dorso-latéral ; FO : cortex frontal orbitaire ; hyp : hypothalamus. Post : postérieur ; Ant : antérieur. D'après Bear. *Rev Neurol* 1983 ; 139 (1) : 27-33, Modèle de Ellis et Young

Le décapage des connotations émotionnelles de l'identification explique que le « proche » qui véhicule normalement les connotations émotionnelles les plus intenses soit, en leur absence, pris pour un « sosie », pour un « imposteur ». On a par ailleurs vu (p. 118) comment la prosopagnosie pouvait *a contrario* altérer la reconnaissance « explicite » en préservant les réactions émotionnelles satellites de la mise en présence de visages familiaux.

Les phénomènes de duplication de segments du corps (somatoparaphrénie), parfois désignés sous le terme de « membres fantômes », sont observés dans des circonstances très disparates. Outre le membre fantôme perçu par les amputés, un membre fantôme peut aussi être perçu par des sujets présentant des lésions sévères (traumatiques) du plexus brachial ou des racines cervicales. Les sujets présentant une lésion de la moelle épinière et atteints d'une paraplégie ou d'une tétraplégie (en particulier de cause traumatique) peuvent percevoir deux membres inférieurs ou quatre membres surnuméraires : les patients critiquent cette perception qui apparaît ainsi moins comme un délire que comme un phénomène de type hallucinosique. Au cours de perturbations unilatérales de la somatognosie accompagnant une lésion de l'hémisphère mineur, le patient peut considérer un membre, et en particulier sa main gauche, comme étrangère, donc comme surnuméraire et l'attribuer à quelqu'un d'autre (voir chapitre 10, p. 153-154) mais on peut aussi observer l'allégation délirante de la perception d'un ou plusieurs membres fantômes surnuméraires, non seulement du côté de l'hémicorps atteint, mais aussi de manière bilatérale : ainsi un patient présentant un infarctus sylvien droit se plaignait-il d'avoir un « nid de mains » dans son lit, tandis qu'un autre patient se plaignait d'avoir jusqu'à six bras répartis sur ses deux hémicorps. Cette conviction peut s'insérer dans des allégations délirantes plus vastes : un nouveau bras a été cousu, le patient déclare être mort et avoir été « mis dans une nouvelle peau » (Sellal *et al.*, 1996). Le patient peut avoir d'ailleurs du mal à admettre le caractère plausible de ce qu'il perçoit et tout un continuum existe entre un vécu de type illusionnel ou hallucinosique et un vécu de type hallucinatoire et délirant. Des somatoparaphrénies ont aussi été observées au cours de lésions pariétales bilatérales (la duplication intéressait les deux membres inférieurs : Vuilleumier *et al.*, 1997), au cours de lésions sous-corticales (sclérose en plaques avec troubles sensitifs de l'hémicorps, hématome des noyaux gris centraux : Donnet *et al.*, 1997). Ces phénomènes de duplication de segments du corps pourraient résulter et d'une désafférentation sensitive et d'un désordre spatial empêchant la représentation des positions du corps dans l'espace. Ainsi le patient ne peut-il mettre en accord ce qu'il perçoit de ses modifications corporelles avec la représentation mentale de son corps.

Les paramnésies de reduplication environnementales (ou délires spatiaux) conjugueraient un déficit du traitement spatial de l'information (par atteinte de l'hémisphère droit) et une sorte de méconnaissance de ce déficit (par lésion ou dépression fonctionnelle du lobe frontal).

Il faut toutefois remarquer que des paramnésies reduplicatives de plusieurs types (segments de corps, lieux, événements) peuvent s'associer chez un même malade. C'est pourquoi on a pu, de manière plus globale, évoquer une disconnexion. Ainsi une disconnexion entre l'hippocampe et d'autres régions cérébrales impliquées dans le stockage des souvenirs aboutirait à l'incapacité d'associer les informations nouvelles avec les souvenirs anciens, conduisant à la reduplication

(Staton *et al.*, 1982). De même, une disconnexion entre les régions temporo- limbiques droites et le lobe frontal affecterait la mise en cohérence des perceptions, de la mémoire et des contextes émotionnels donc du sentiment de familiarité des personnes et des sites (Alexander *et al.*, 1979). Aussi a-t-on pu considérer une rupture de l'équilibre interhémisphérique, la lésion droite « dés- inhibant » l'hémisphère gauche, en outre privé d'informations adéquates, ce qui conduirait à une verbalisation « délirante » (Vighetto, 1992).

Les délires d'identité pourraient se construire à partir d'un sentiment de déper- sonnalisation/déréalisation qui relèverait selon les cas soit d'un état psychotique soit d'une lésion cérébrale (Christodoulou, 1977). Pour Feinberg et Roane (1997), les délires d'identité se classeraient en fonction de la mise en relation du sujet avec « l'objet », ce dernier pouvant désigner une personne, un événement, un lieu, un segment du corps. Cette mise en relation pourrait se faire soit sur le mode d'un « désinvestissement », d'un « retrait » (mode négatif), soit sur le mode d'un « sur- investissement » (mode positif) ou sur les deux modes réunis (figure 22.2).

Ainsi pourrait-on avoir, selon les cas, soit un sentiment de « jamais vu », d'étran- geté ou de négation de personnes, de lieux, d'événements soit un sentiment de déjà-vu, de familiarité anormale, ou encore une intrication de ces deux modes de mise en relation : un traumatisé crânien n'ait avoir été blessé sérieusement dans un accident (mode de retrait ou de « désinvestissement ») en même temps qu'il disait avoir deux sœurs portant le même prénom, l'une qui vivait encore et l'autre, ima- ginaire, qu'il disait être décédée lors d'un accident de voiture (mode du « surinves- tissement »). Ainsi un sentiment de dépersonnalisation/déréalisation (actuellement

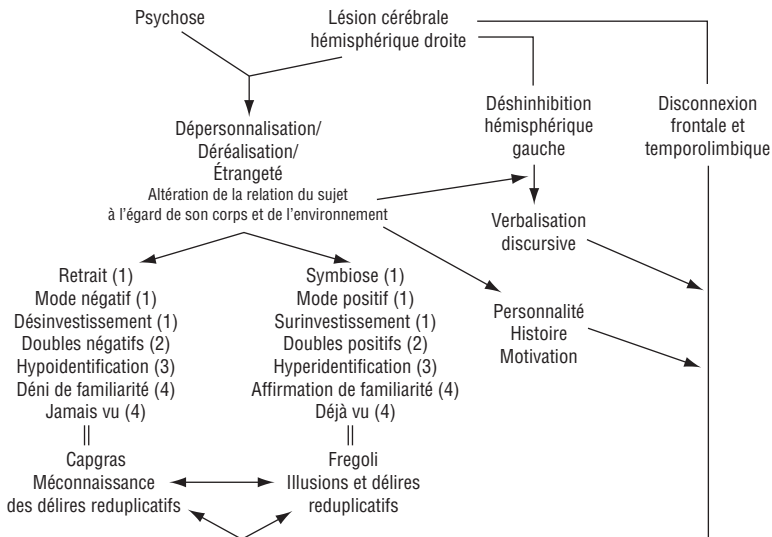


Figure 22.2

Mécanismes hypothétiques des délires d'identité.

1. Feinberg et Roane. 2. Vié. 3. Christodoulou. 4. de Pauw.

et sans doute temporairement classable selon un mécanisme psychopathologique ou neurologique) induirait, en fonction des motivations, de l'histoire, de la personnalité du sujet, une mise en relation de type positif ou négatif et interviendrait dans le contenu de la production délirante (Feinberg *et al.*, 1999). Ceci peut même conduire à des interprétations psychopathologiques des délires d'identité, tout particulièrement ceux qui concernent l'identité des personnes, conçus comme une atteinte de l'image du corps et opposant deux versants du sentiment d'étrangeté : celui de la reconnaissance qui est dans le champ de l'agnosie et celui de l'identification qui est dans le champ de la psychose (Thibierge, 1999).

Le délire de négation de Cotard

Le délire de négation ou syndrome de Cotard a lui aussi été d'abord décrit dans des affections psychiatriques, le plus souvent au cours de dépressions mélancoliques, parfois au cours de schizophrénies. Il consiste en des idées de négation qui peuvent concerner des organes ou des parties du corps dont le malade nie l'existence (les intestins, les yeux, le cœur). Quand ces idées intéressent les membres, elles ne doivent pas être confondues avec les asomatognosies qui sont unilatérales. Le malade peut également nier l'existence de son corps ; il peut dire qu'il est mort comme il peut croire aussi qu'il ne mourra pas. La négation d'existence peut encore se projeter sur le monde environnant, qu'il s'agisse de personnes ou de lieux. Dans le cadre des affections organiques du cerveau, le syndrome de Cotard a été décrit lors de lésions vasculaires, tumorales, traumatiques, impliquant les régions temporo-pariétale et frontale de l'hémisphère droit. Il a aussi pu être observé lors de migraines et dans la sclérose en plaques. La physiopathologie du délire de négation reste incertaine. Ce dernier a pu s'associer à des difficultés pour reconnaître des visages familiers, mais aussi des lieux ou des bâtiments avec un sentiment envahissant d'irréalité, ce qui a conduit à le considérer comme proche des délires d'identité (Young *et al.*, 1992 ; Nishio et Mori, 2012) et relevant d'anomalies du sentiment de familiarité (voir *supra*) par disconnexion perceptivo-émotionnelle qui découplerait les informations somesthésiques des structures limbiques. D'ailleurs, il a pu être observé en pathologie psychiatrique l'association d'un syndrome de Cotard et d'un syndrome de Capgras, d'une paramnésie de reduplication, d'un délire des doubles subjectifs (Ramirez-Bermudez *et al.*, 2010). Un syndrome de Cotard a aussi pu être observé lors d'une démence sémantique, sans état dépressif. L'existence d'un déficit sémantique sévère concernant les organes qui ne pouvaient être ni nommés ni localisés ni identifiés à partir de leur nom ou de leur image évoque une dissociation des sensations somatiques et de leur signification, conduisant à la conviction de dépérir intérieurement et de mourir (Mendez et Ramirez-Bermudez, 2011).

Bibliographie

- Alexander MP, Stuss DT, Benson DF. Capgras syndrome : a reduplicative phenomenon. *Neurology* 1979;29:334-9.
- Ardila A, Rosselli M. Temporal lobe involvement in Capgras syndrome. *International Journal of Neuroscience* 1988;43:219-24.
- Benson DF, Gardner H, Meadows JC. Reduplicating paramnesia. *Neurology* 1976;26:147-51.
- Capgras J, Reboul-Lachaux J. L'illusion des « sosies » dans un délire systématisé. *Bull Soc Clin Med Ment* 1923;11:6-16.

- Christodoulou GN. The syndrome of Capgras. *Br J Psychiatry* 1977;130:556–64.
- Courbon P, Fail G. Syndrome « d'illusion de Fregoli » et schizophrénie. *Ann Med Psychol* 1927;85:289–90.
- De Pauw KW. Delusional misidentification : a plea for an agreed terminology and classification. *Psychopathology* 1994;27:123–9.
- Donnet A, Schmitt A, Poncet M, et al. Hallucinations de membres surnuméraires, hémignégligence gauche et hypersexualité dans un cas d'hématome capsulo-lenticulaire. *Rev Neurol* 1997;153:587–90.
- Ellis HD, Young AW. Accounting for delusional misidentifications. *Br J Psychiatry* 1990;147:239–48.
- Feinberg TE, Eaton LA, Roane DM, Giacino JT. Multiple Fregoli delusions after traumatic brain injury. *Cortex* 1999;35:373–87.
- Feinberg TE, Roane DM. Misidentification syndromes. In: Feinberg TE, Farah MJ, eds. *Behavioral neurology and neuropsychology*. New York: McGraw-Hill; 1997. p. 391–6.
- Forstl H, Almeida OP, Owen AM, et al. Psychiatric, neurological and medical aspects of misidentification syndromes : a review of 260 cases. *Psychol Med* 1991;21:905–10.
- Forstl H, Burns A, Jacoby R, Levy R. Neuroanatomical correlates of clinical misidentification and misperception in senile dementia of the Alzheimer type. *J Clin Psychiatry* 1991;52:268–71.
- Hakim H, Verma NP, Greiffenstein MF. Pathogenesis of reduplicative paramnesia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1988;51:839–41.
- Harciarek M, Kertesz A. The prevalence of misidentification syndromes in neurodegenerative diseases. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2008;22(2):163–9.
- Joseph AB, O'Leary DH, Kurkland R, Ellis HD. Bilateral anterior cortical atrophy and subcortical atrophy in reduplicative paramnesia : a case-control study of computed tomography in 10 patients. *Can J Psychiatry* 1999;44:685–9.
- Kapur N, Turner A, King C. Reduplicative paramnesia : possible anatomical and neuropsychological mechanisms. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1988;51:579–81.
- Luaute JP. Les délires d'identification des personnes. Une approche neuropsychologique. *Neuro-Psy* 1992;7:364–80.
- Mendez MF, Ramírez-Bermúdez J. Cotard syndrome in semantic dementia. *Psychosomatics* 2011;52(6):571–4.
- Mulholland C, O'Hara AG. An unusual case of delusional misidentification : delusional hermaphroditism. *Psychopathology* 1999;32:220–4.
- Nishio Y, Mori E. Delusions of death in a patient with right hemisphere infarction. *Cogn Behav Neurol* 2012;25(4):216–23.
- Pluchon C, Salmon F, Houeto JL, Listrat A, Vandermarcq P, Gil R. Reduplication of an event after right caudate nucleus haemorrhage. *Can J Neurol Sci* 2010;37(4):468–72.
- Ramirez-Bermudez J, Aguilar-Venegas LC, Crail-Melendez D, Espinola-Nadurille M, Nente F, Mendez MF. Cotard syndrome in neurological and psychiatric patients. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2010;22(4):409–16.
- Roane DM, Rogers JD, Robinson JH, et al. Delusional misidentification in association with parkinsonism. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1998;10:194–8.
- Sellal F, Renaseau-Leclerc C, Labrecque R. L'homme à six bras. Un examen de membres fantômes surnuméraires après ramollissement sylvien droit. *Rev Neurol* 1996;152(3):190–5.
- Staton RD, Brumback RA, Wilson H. Reduplication paramnesia : a disconnection syndrome of memory. *Cortex* 1982;18:23–36.
- Thibierge S. *Pathologies de l'image du corps*. Paris: PUF; 1999.
- Vié J. Étude psychopathologique des méconnaissances systématiques. *Ann Med Psychol (Paris)* 1944;102:410–55.
- Vighetto A, Aimard G. Le délire spatial. *Neuro-Psy* 1992;7:351–8.
- Vuilleumier P, Reverdin A, Landis T. Four legs. Illusory reduplication of the lower limbs after bilateral parietal lobe damage. *Arch Neurol* 1997;54:1543–7.
- Weinstein EA. The classification of delusional misidentification syndromes. *Psychopathology* 1994;27:130–5.
- Young AW, Robertson IH, Hellawell DJ, de Pauw KW, Pentland B. Cotard delusion after brain injury. *Psychol Med* 1992;22(3):799–804.