

De Bouffée Délirante; haar plaats binnen de psychiatrie

door J. Neeleman

Samenvatting

In dit artikel wordt ingegaan op de Franse diagnostische term 'bouffée délirante'. Vanuit de klassieke beschrijving van dit voor de Franse psychiatrie zo typerende syndroom wordt gezocht naar gelijkwaardige diagnoses in niet-Franse psychiatrische classificaties.

Inleiding

De term bouffée délirante (B.D.) werd aan het einde van de vorige eeuw ingevoerd ter aanduiding van explosief optredende, vluchtige, veelkleurige paranoid-hallucinatoire toestanden met een goede prognose op korte termijn maar met een uitgesproken neiging tot recidive (Magnan 1896). De ziekte werd geacht op te treden bij 'gedegeneerden', personen die 'op grond van een genetisch minusteken kwalitatief of kwantitatief abnormaal reageren op de normale prikkels van het gewone leven' (Rümke 1971). Ook binnen de hedendaagse Franse psychiatrie neemt de B.D. een belangrijke plaats in; het syndroom wordt strikt gescheiden van acute psychotische episoden die optreden binnen het kader van de schizofrenie (INSERM 1969; Pull, Pullen Pichot 1987).

Buiten Frankrijk hebben Kraepelins opvattingen over de ziekte-eenheid geleid tot heftige discussies omtrent de nosologische positie van acute passagère psychosen als de B.D. Afhankelijk van de uitgebreidheid van het schizofreniebegrip worden zij ófwel ondergebracht bij de groep van schizofrenieën (McCabe 1976) ófwel beschouwd als een variant van de affectieve psychose (Fowler 1978). Van Scandinavische zijde zijn herhaaldelijk pogingen ondernomen om te komen tot de definiëring van een 'derde', psychogene of reactieve psychose (Faergeman 1963; Stephens, Shafer en Carpenter 1982). De definiëring van de B.D. kwam tot stand louter en alleen op grond van de fenomenologie van het toestandsbeeld; etiologie bleef buiten beschouwing (Ter Meulen 1988). In de niet-Franse psychiatrie daarentegen worden acute psy-

chotische episoden voornamelijk ingedeeld naar de veronderstelde etiologie: psychogeen (psychogene of reactieve psychose) of endogeen (degeneratiepsychose, schizofreniforme psychose). Het is niet verwonderlijk dat dit verschil in uitgangspunten aanleiding geeft tot misverstand en de uitwisseling van epidemiologische gegevens tussen de Franse en de niet-Franse psychiatrie bemoeilijkt.

De Franse vertalers van de DSM-III hebben eieren voor hun geld gekozen en de term B.D. weggelaten. Zij geven aan dat men het syndroom, afhankelijk van de individuele situatie, kan onderbrengen in verschillende categorieën zoals de korte reactieve psychose, de acute paranoïde stoornis (bij ontbreken van hallucinaties) of de schizofreniforme stoornis (Spitzer, Williams en Skodol 1983). In de Franse psychiatische praktijk wordt echter nog steeds gebruik gemaakt van de term B.D. In dit artikel wordt ingegaan op de klassieke beschrijving van dit syndroom en worden de problemen belicht waarmee men wordt geconfronteerd bij het zoeken naar diagnostische equivalenten buiten de Franse psychiatrie.

De bouffée délirante als Franse diagnose

De DSM-III (R) indeling, sterk beïnvloed door Kraepelins opvattingen over de schizofrenie (Slooff, Giel, De Jong en Wiersma 1982), brengt passagère psychotische episoden voornamelijk onder in een negatief omschreven categorie. De Franse psychiatrie, 'die Kraepelin nimmer gevolgd heeft' (Rümke 1948), kent een belangrijke plaats toe aan functionele, niet-affectieve psychosen die los staan van de schizofrenie. Aan het einde van de vorige eeuw onderscheidde Magnan (1896) binnen de grote groep der 'degeneratieve' psychiatische aandoeningen (functionele niet-affectieve psychosen): (1) *démence précoce* (hebefrenie); (2) chronisch hallucinatoire psychose (paranoïde schizofrenie zonder defectueus beloop); (3) de B.D. Zelfs na de verdwijning van het degeneratiebegrip is deze driedeling kenmerkend gebleven voor de Franse psychiatrie (Pichot 1984). De term schizofrenie, die in de plaats is gekomen van de *démence précoce*, is gereserveerd voor aandoeningen met een infauste prognose.

Het kenmerkende basissyndroom van de functionele niet-affectieve psychose wordt gevormd door het 'syndrome d'automatisme mental'. Dit syndroom, door De Clérambault aan het begin van deze eeuw in de Franse psychiatrie ingevoerd, is door Sengers (1984) omschreven als 'een spontaan functioneren van het psychische buiten controle van de wil en dikwijls ook zonder bewustwording'. In het 'petit syndrome' (prodromaal stadium) krijgt de patiënt een gevoel van passiviteit, waarbij hij moeite heeft zijn gedachten te ordenen en herinneringen zich ongewild opdringen; de denkwereld verliest haar subjectieve bepaaldheid. Wanneer het denken volledig autonoom schijnt te verlo-

pen, is er sprake van 'psychische hallucinaties, pseudohallucinaties in de zin van Kandinsky (Sims 1988). In een volgend stadium (automatisme mental s.s.), voegen zich bij de psychische hallucinaties, 'echte' akoestische hallucinaties met becommentariëring van het handelen en Gedankenlautwerden. Wanneer de stoornis nog dieper wordt, dienen zich psychomotorische automatismen aan waarbij de patiënt buiten zijn wil om woorden of zinnen uitsprekt of slechts zijn larynx meebeveegt op het ritme van zijn 'stemmen'. Uiteindelijk doen zich hallucinaties in alle modaliteiten voor. Al deze symptomen, welke behalve bij een schizofreen syndroom vooral ook voorkomen in het kader van de B.D., staan buiten Frankrijk bekend als eerste-rangssymptomen van Schneider (Pichot 1984), min of meer pathognomonisch voor de diagnose schizofrenie (Sims 1988).

Klinisch worden drie vormen van de B.D. onderscheiden naar de meest op de voorgrond tredende waarnemingsstoornis. Het *imaginatieve* type treft vooral patiënten met hysterische trekken of oligofrenen (Lempérière, Féline, Gutmann, Adès en Pilate 1977). De patiënt lijkt zijn verhaal ter plaatse te verzinnen en de wanen hebben veelal een erotische inhoud. De stemming is hypomaan en de differentiaal-diagnostiek met het syndroom van Korsakow kan moeilijk zijn. Deze vorm vertoont ook overeenkomsten met de hysterische psychose (Hirsch en Hollander 1969). De B.D. van het *interpretatieve* type kenmerkt zich door valse conclusies verbonden aan ogenschijnlijk correcte waarnemingen; de waan heeft een achtervolgingskarakter en de stemming is dysfoor tot depressief. Dit type komt overeen met de acute paranoïde stoornis uit de DSM-III classificatie. In het *hallucinatoire* type staan hallucinaties op de voorgrond en zijn de wanen bizar of mystiek van inhoud; de stemming is uitgesproken labiel. In de DSM-III (R) classificatie vindt men deze vorm terug, afhankelijk van de ziekteduur, als korte reactieve psychose of als schizofreniforme stoornis.

De gemiddelde ziekteduur varieert van enkele uren tot enkele maanden; de genezing kan plotseling zijn, 'als een ontwaken', maar kan ook geleidelijk tot stand komen: 'met moeite, aarzelend en weifelend, erkent de zieke langzamerhand de onzin van zijn wanen' (Wildlöcher 1958). Wanneer er inderdaad sprake is geweest van een B.D., en dat is volgens Ey (1978) het geval in meer dan 40% van alle acute paranoïde hallucinatoire toestanden, blijven er weliswaar geen resten over maar dreigt het risico van recidive. In ongeveer 25% van de gevallen blijkt er uiteindelijk toch sprake van een schizofreen proces terwijl in de resterende gevallen chronicisering van de waan optreedt zonder dat van schizofrenie kan worden gesproken.

Naast antipsychotische farmacotherapie en, in refractaire gevallen, ECT (Ey, Bernard en Brisset 1978) is psychotherapie geïndiceerd. Gedurende de acute episode dient de (ziekenhuis)omgeving stabiliserend en bemoedigend te zijn teneinde de patiënt te helpen zijn verloren zelf-

beeld terug te vinden. Na de genezing moet de patiënt, om profylactische redenen geholpen worden met het opbouwen van een meer aan de realiteit aangepast zelfbeeld (Folling 1963).

Psychopathologie

Henri Ey (1900-1977), 'de paus der Franse psychiaters' (Sengers 1984), is zonder twijfel degene geweest die het meest gestreden heeft voor de erkenning van de B.D. als een van de schizofrenie onafhankelijk syndroom, en tegen het uitdijen van het schizofreniebegrip. Hij duidt de kernvraag van de psychiatrie aan als 'het probleem van de verhoudingen tussen de realiteit en de verbeelding' (Ey 1954) en in zijn theorieën zoekt hij voortdurend naar die veranderingen in het 'bewustzijnsveld' of het 'persoonlijkheidsveld' die aan de basis staan van stoornissen in deze verhoudingen. Omdat destructureeringen van het bewustzijnsveld corresponderen met acute syndromen terwijl verstoringen van het persoonlijkheidsveld chronisch zijn, stelt Ey een classificatie voor waarin de acute tegenover de chronische beelden zijn uitgezet (Ey, Bernard en Brisset 1978). Het belangrijkste is dus het onderscheid tussen 'la folie d'un moment' en 'la folie de l'existence' (Laboucarié 1958), waarbij naar de mate dat de destructureering in het betreffende veld is voortgeschreden de verschillende syndromen kunnen worden onderscheiden. Waar schizofrenie volgens Ey per definitie 'folie de l'existence' is (processschizofrenie), gaat het bij de B.D. om 'folie d'un moment'. De term acute of reactieve schizofrenie is z.i. een contradictio in adjecto (Laboucarié 1958). Bij de destructureering van het bewustzijnsveld (de verticaliteit) worden achtereenvolgens verschillende stadia gepasseerd welke corresponderen met verschillende syndromen. Op het hoogste structurele niveau is het besef gezeteld dat er de mogelijkheid is tot persoonlijk ingrijpen in de actualiteit. Bij een destructureering tot op dit niveau verliest het individu de macht over zijn biografisch bepaalde zelfbeeld: bij een overheersen van de fataliteit van het verleden ontstaat depressie, bij een onbeperkte opening naar de toekomst is er sprake van manische opgewondenheid. Bij voortgaande destructureering – er ontstaat een B.D. – gaan de noties van plaats en tijd verloren; het onderscheid tussen subject en object vervaagt, hetgeen leidt tot een 'conscience hallucinante' en een depersonalisatie-syndroom. Wanneer de stoornis dieper wordt – de fase van het 'oniroïde bewustzijn' – tracht het 'thetisch bewustzijn', dat vragen stelt over de zin van het waargenomene (Sartre 1940), vertwijfeld de zin te ontdekken in de onzin van de hallucinaties; daar deze echter zinloos zijn, ontstaat angst. Dit is de ernstigste vorm van de B.D. Bij complete destructureering van de verticaliteit is ten slotte ook het thetisch bewustzijn uitgeschakeld en het denken ondergedompeld in een imaginaire chaos. Dit stadium, dat vergeleken wordt met de droom, wordt in Frankrijk

'état confusionnel' genoemd; in Nederlandse terminologie delirium. Op de verschillende niveaus komen positieve en negatieve symptomen (in de zin van Jackson) vrij; de bovenbeschreven stemmingsstoornis (die moet opgevat worden als een negatief symptoom) blijft ook in de B.D. als een manisch-depressieve grondstemming aantoonbaar. De depersonalisatie, zoals die optreedt in een B.D., gaat gepaard met een grote angst omdat de patiënt het vreemde van de situatie beseft; het 'structurerend ik' (onderdeel van het persoonlijkheidsveld) wordt geconfronteerd met de verbrokkeling van het 'gestructureerde ik' (deel van het bewustzijnsveld; het zelfbeeld). Wanneer ook het structurerende ik wordt aangetast, neemt de angst af en is een schizofreen proces ingeluid (Follin 1963); afname van angst bij voortbestaan van een paranoid-hallucinatoir syndroom is dus een veeg prognostisch teken. Met de aantasting van het structurerend ik wordt de klinische toestand moeilijk grijpbaar. Rümke spreekt van praecox-gevoel, de Fransen van 'discordance'.

Volgens Follin (1963) is het risico op ontwikkeling van een B.D. groot in persoonlijkheden met 'kwetsbare breuklijnen', een te grote discongruentie tussen een moeizaam in stand gehouden zelfbeeld (gestructureerd ik) en het ik als zodanig (structurerend ik). Deze labiliteit wordt vooral aangetroffen in de asthene persoonlijkheidsvarianten zoals die van het immature of afhankelijke type; de 'grande hysterica' krijgt geen B.D. evenmin als de sthenische dwangneuroticus.

Het feit dat de B.D. oorspronkelijk beschreven is bij 'gedegenererden', suggereert een overeenkomst met de degeneratiepsychose (Perris 1974). Waar in Rümkes omschrijving van het gedegenererde karakter vooral paranoïde, schizoïde, dwangmatige en antisociale trekken naar voren komen (Rümke 1973, p. 81), zijn, zoals boven uiteengezet, vooral personen met theatrale, immature of afhankelijke trekken gepredisposeerd tot het ontwikkelen van een B.D. Verder is er tussen de B.D. en de schizofrenie géén genetische samenhang aangetoond (Ey, Bernard en Brisset 1978) terwijl de degeneratiepsychose en de schizofrenie wél genetisch zouden samenhangen (Van Praag 1976). Een en ander pleit tegen de gelijkwaardigheid van de begrippen B.D. en degeneratiepsychose, ook wel genoemd schizo-affectieve psychose (Zickenfondsraad 1987). Inderdaad bestaat binnen de officiële Franse classificatie de schizo-affectieve stoornis (schizophrénie dysthymique) naast de B.D. (INSERM 1969).

Bouffée délirante en psychogene psychose

Hoewel de B.D. een etiologisch neutrale diagnose is (Ey 1954) blijkt er in de praktijk vaak sprake van psychosociale stressfactoren in de periode voorafgaande aan de ziekte; er is dan sprake van een psychogene B.D. Het concept van de 'psychogene psychose' is binnen de psychia-

trie veel omstreden. Ondanks deze discussies is van verschillende zijde getracht de psychogene psychose af te zonderen van de endogene psychosen, onder anderen door Faergeman (1963). De psychopathologische omschrijving van de B.D. verschilt nogal van de wijze waarop de psychogene psychose beschreven wordt (Faergeman 1963). Waar Ey wijst op het feit dat een manisch-depressieve grondstemming aanwezig is in elke B.D., is in slechts ongeveer 33% van de psychogene psychosen een affectieve stoornis aantoonbaar. Bovendien moet de affectieve stoornis volgens Ey opgevat worden als 'vitaal', terwijl de depressie in het kader van een psychogene psychose veeleer moet opgevat worden als een reactieve ('personele') stoornis. Verder maken de bewustzijnsstoornissen ongeveer 50% van alle psychogene psychosen uit, terwijl volgens Ey de psychogene B.D. altijd gepaard gaat met een, soms minimale, bewustzijnstroebeling. Volgens Faergeman pleit de aanwezigheid van hallucinaties tegen de diagnose psychogene psychose, terwijl waarnemingsstoornissen nu juist zo kenmerkend zijn voor het 'automatisme mental' zoals dat optreedt in de B.D. Desondanks komt de psychogene psychose klinisch waarschijnlijk overeen met de psychogene B.D.; met name de psychodynamische overwegingen van Strömberg (1974) over de verstoring van het zelfbeeld tonen veel overeenkomsten met de gedachten van Follin (1963) over de verhouding tussen het gestructureerde en het structurerende ik. De 'psychogene desintegratietoestand' wordt door Van Dijk (1963) omschreven als een 'vorm van de psychogene psychose, gekenmerkt door het feit dat in haar beloop, na een korte of langere intermediaire periode, een toestand ontstaat die gekarakteriseerd is door een diepgaande psychotische desintegratie van de persoonlijkheid met bewustzijnsstoornissen en de daaraan gekoppelde verschijnselen, met wanen, hallucinaties, affect- en stemmingsstoornissen en stoornissen in de motoriek. Het feit dat de psychogene desintegratietoestand niet te onderscheiden is van exogene psychosen, net zoals de B.D. na bij voorbeeld een trauma capitis fenomenologisch niet verschilt van een psychogene B.D., vormt een sterke aanwijzing dat het hier waarschijnlijk om identieke ziekten gaat. Ook de theorieën achter beide ziekten vertonen veel overeenkomsten; waar Ey spreekt over destructureering heeft Rümke het over desintegratie. De bewustzijnsdaling heeft in beide ziekten een droomachtig ('oniroïde') karakter. Het delirium kan een van de verschijningsvormen van de desintegratietoestand zijn, terwijl in de Franse nomenclatuur de 'état confusionnel' nadrukkelijk buiten het kader van de B.D. valt.

Conclusie

De B.D. blijkt niet een door de Franse cultuur pathoplastisch gevormd syndroom te zijn (Westermeyer 1985), noch een door de Franse

psychiatrie veroorzaakt diagnostisch artefact, maar een psychotische verschijningsvorm die in alle psychiatrische systemen, onder de meest uiteenlopende benamingen kan worden teruggevonden. De psychopathologische definiëring van het syndroom is tot stand gekomen op grond van hoogst speculatieve, existentieel-filosofische overwegingen (Kroll 1979). Toch heeft de Franse psychiatrie ermee de beschikking over een diagnostische categorie die – op grond van haar etiologische neutraliteit – het ideaal van een objectieve, waarde vrije, ‘Baconiaanse’ diagnostiek dichterbij nadert dan de equivalente diagnoses in de DSM-III (Faust en Miner 1986). Binnen het systeem van de DSM-III wordt datgene wat door de Fransen, op grond van de verschijningsvorm, als eenheid wordt beschouwd, opgesplitst in verschillende subgroepen al naar gelang de vermeende etiologie (b.v. korte reactieve psychose). Indien dit niet lukt worden termen gebruikt als atypische of schizofreniforme psychose die de duidelijkheid niet ten goede komen. Implicaties voor therapie en prognostiek heeft dit opsplitsen geenszins.

Het onbevredigende van deze situatie was kennelijk ook de opstellers van de DSM-III duidelijk; na revisie hebben met name de korte, niet schizofrene, niet-affectieve psychosen uitgebreide veranderingen ondergaan. De DSM-III omschrijving van de schizofrenie laat niet toe de B.D. als zodanig te classificeren; met name echter door de Britse psychiatrie wordt het niet als onbevredigend gevoeld om acute psychosen als de B.D. te zamen met de proces-schizofrenie op één grote hoop te gooien. Deze ‘classificatoire onduidelijkheden en etiologische misverstanden’ zijn volgens Van Praag (1976) te wijten aan de schaarste aan creatief psychopathologisch onderzoek; de Franse psychiatrie kan een zodanig verwijt moeilijk gemaakt worden. Het is zelfs mogelijk dat zij met haar concept van de B.D. geanticipeerd heeft op recente ontwikkelingen in de biologische psychiatrie die wijzen op verschillende pathogenetische mechanismen in respectievelijk de ‘acute schizofrenie’ en de chronische ‘kern of processchizofrenie’ (Crow 1980). Hoe dit ook zij, het lijkt onzinnig om de B.D. enerzijds in verschillende groepen te willen opsplitsen zoals in de DSM-III, of, anderzijds haar aan de schizofrenie te willen annexeren zoals in de Britse psychiatrie. De patiënt is hiermee niet gediend; de B.D. behoeft een wezenlijk andere therapeutische benadering dan de schizofrenie. Bovendien drukt de diagnose ‘schizofrenie’ een stigma op de patiënt dat hij niet gemakkelijk meer kwijtraakt (Giel e.a. 1980).

Literatuur

- Crow, J.T. (1980), Molecular pathology of schizophrenia; more than one disease process? *British Medical Journal*, 280, 66–68.
Dijk, W.K. van (1963), *Psychopathologische en Klinische Aspecten van de Psychogene*

- Psychose. Academisch Proefschrift, Groningen.
- Ey, H. (1954), *Études Psychiatriques*, Tome 3. Desclée de Brouwer, Parijs.
- Ey, H. (1977), *La Notion de Schizophrénie*. Desclée de Brouwer, Parijs.
- Ey, H., P. Bernard en Ch. Brisset (1978), *Manuel de Psychiatrie*. Masson, Parijs.
- Faergeman, P.M. (1963), *Psychogenic Psychoses*. Butterworths, Londen.
- Faust, D., en R.A. Miner (1986), The empiricist and his new clothes; DSM-III in perspective. *American Journal of Psychiatry*, 143, 962-967.
- Follin, S. (1963), *Les Etats Oniroides (essai de psychopathologie et de phénoménologie clinique); rapport au congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française*. Nancy. Masson, Parijs.
- Fowler, R.C. (1978), Remitting schizophrenia as a variant of affective disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 4, 68-77.
- Giel, R., H.C. Sauer, C.J. Sloof en D. Wiersma (1980), Over de epidemiologie van functionele psychosen en invaliditeit. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 22, 710-722.
- Hirsch, S.R., en J. Hollander (1969), Hysterical psychosis; clarification of the concept. *American Journal of Psychiatry*, 125, 909-915.
- Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (1969), Classification française des troubles mentaux. *Bulletin de l'Institut de la Santé et de la Recherche Médicale*, 24 (suppl. 2), 6-23.
- Kroll, J. (1979), Philosophical foundations of French and US nosology. *American Journal of Psychiatry*, 136, 1135-1138.
- Laboucarie, J. (1958), Les schizophrénies aiguës. *Evolution Psychiatrique*, 3, 539-574.
- Lempérière, Th., A. Féline, A. Gutmann, J. Adès en C. Pilate (1977), *Psychiatrie de l'Adulte; Abrégé de Médecine*. Masson, Parijs.
- McCabe, M.S. (1976), Reactive schizophrenia and schizophrenia with good prognosis. *Archives of General Psychiatry*, 33, 561-576.
- Magnan, V. (1896), *Leçons cliniques sur les Maladies Mentales*. Bataille, Parijs.
- Perris, C. (1974), A study of cycloid psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, suppl. 253.
- Pichot, P. (1984), The French approach to psychiatric classification. *British Journal of Psychiatry*, 144, 113-118.
- Praag, H.M. van (1976), *Depressie en Schizofrenie; beschouwingen over hun pathogenese*. Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht.
- Pull, M.C., C.B. Pull en P. Pichot (1987), Des critères diagnostiques françaises pour les psychoses. *L'Encéphale*, 13, 53-66.
- Rümke, H.C. (1948), *Studies en Voordrachten over Psychiatrie*. Scheltema en Holkema, Amsterdam.
- Rümke, H.C. (1971), *Psychiatrie, deel 1*. Scheltema en Holkema, Amsterdam.
- Rümke, H.C. (1973), *Psychiatrie, deel 3*. Scheltema en Holkema, Amsterdam.
- Sartre, J.P. (1948), *L'Imaginaire, Psychologie et Phénoménologie de l'Imagination*. Gallimard, Parijs.
- Sengers, W.J. (1984), *Over de Franse Psychiatrie*. Erasmus Universiteit, Instituut voor preventieve en sociale psychiatrie, Rotterdam.
- Sims, A. (1988), *Symptoms in the Mind*. Baillière Tindall, Londen.
- Sloof, C.J., R. Giel, A. Jong en D. Wiersma (1982), De classificatie van functionele, niet-affectieve psychosen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 24, 454-469.
- Spitzer, R.L., J.B.W. Williams en A. Skodol (1983), *International Perspectives on DSM-III*. American Psychiatric Press, Washington DC.

- Stephens, J.H., J.W. Shafer en W.T. Carpenter (1982), Reactive psychoses. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 170, 657-663.
- Strömberg, E. (1974), Psychogenic Psychoses. In: S.R. Hirsch en M. Shepherd (red.), *Themes and Variations in European Psychiatry*. University of Virginia Press, Charlottesville (Virginia).
- Ter Meulen, R.H.J. (1988), J.N. Ramaer (1817-1887) en de fysiologische psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 30, 133-147.
- Westermeyer, J. (1985), Psychiatric diagnosis across cultural boundaries. *American Journal of Psychiatry*, 142, 798-805.
- Wildlöcher, D. (1958), Psychoses réactionnelles. *L'Encéphale*, 47, 1-1x.
- Ziekenfondsraad (1987), *Farmacotherapeutisch Kompas*. Amstelveen.

Summary: The bouffée délirante, its position within psychiatry

In this article the meaning of the French diagnosis 'bouffée délirante' is investigated. On the basis of the classical description of this typically French syndrome, an attempt is made to find its equivalents in classificatory systems used in other countries.

J. Neeleman is arts-assistent in de psychiatrie The Bethlem Royal Hospital and the Maudsley Hospital, Denmark Hill, Londen SE 5 8AZ, Engeland.

Met dank aan dr. G. Zwartjes, psychiater te Tilburg, en aan prof. H. Lôo en dr. A. Galinowski, psychiaters te Parijs.

Het artikel werd geaccepteerd voor publikatie op 18-8-'89.