La *Bouffée délirante*. Revisión histórica de un concepto

Sergio Javier Villaseñor Bayardo*

Summary

For a better comprehension of the French concept "bouffée délirante" (B.D.) we have made a historical account where we show all the vicissitudes suffered by this clinic entity.

We will show the conception of its direct antecedent, the "délire d'emblée", by Magnan, at the end of the XIXth Century, under the influence of positivism and evolutionism, and the "bouffée délirante", itself term coined by Legrain, which received at the same time a great influence from Janet. We can appreciate this influence when Legrain postulates: "tell me what's your subconscious and I'll tell you your future delusion". Legrain gives more importance to the concept of subconsciousness than to the inherited mental degeneration.

In this review we will explain how the concept of B.D. lost its strength due to the great influence of the United States classification systems.

Anyway, if we consider the clinical facts, this psychiatric entity is nowadays still very useful in the French-speaking countries.

In this work, the influence of Kraepelin's and of Bleuler's ideas will be shown and analysed. These ideas are in favor of the extension of the concept of schizophrenia in a non-limited way, going against the concept of acute psychoses.

The "oneiroid states" of De Clérambault, Charpentier and Mayer-Gross, as well as the different kinds of acute psychoses like the "imaginative psychoses" of Dupré and Logre, the "degenerative delusions" of Halberstad, the "polymorphic delusion" of Targowla, the "relationship delusion of sensitives" of Kretschmer and the "acute degenerative psychoses" of Kleist, will be also described concerning their relation with the B.D.

We will also consider the "primary delusional experiences" of Jaspers and his phenomenological orientation, the notion of "reaction" of Meyer and the "curable persecutory delusions" of Petit.

It will be only thanks to the "organodynamic conception" of Ey that the B.D. will recover its strength within the clinic environment, recovering its first rank among the notion of acute delusional psychoses. We will mention all the criterion that Ey keeps in mind for the positive diagnosis of acute delusional psychoses and will develop the operational definition proposed by Pull and Pichot.

We could resume the French concept of "bouffée délirante" as follows: a pathology characterized by a brutal birth of delusions, where mechanisms and thematics are rich and polymorphic, sometimes involved with consciousness and mood disorders. The delusional themes are multiple and variable, and they can combine ideas of persecution, grandiosity, autotransformation or transformation of the external world as well as delusions of being controlled and possessed.

The diagnostic of B.D. is basically founded on the following elements: the sudden beginning of the event, the polymorphic and variable aspects of the experience and the immediate adherence to delusions which are intensely lived. An

evolution lasting a few weeks without leaving after-effects even though relapses are possible.

This brief historical review might allow us to consider in a lengthwise manner, the evolution suffered by this clinical concept following the prevailing ideas of the age.

This work will also remind us that the diagnostic criterion used in psychiatry is too relative, needing to consider the roll that society and culture play in mental disorders and in abnormal behavior.

Resumen

A fin de comprender mejor el concepto francés denominado "*bouffée délirante*" (B.D.), hemos realizado un recorrido histórico en el que se muestran los avatares que ha sufrido esta entidad clínica. Iremos desde la concepción de su antecedente directo, el "*délire d'emblée*", propuesto por Magnan a fines del siglo XIX bajo la influencia del pensamiento positivista y evolucionista, y de la acuñación del término "*bouffée délirante*" propiamente dicho, por Legrain, el cual, influido por Janet, destaca la importancia del concepto de subconsciente con relación al de degeneración ("*dime cuál es tu subconsciente, y te diré tu futuro delirio*").

Nuestro recorrido histórico llegará hasta la época actual en la que la B.D. ha perdido vigencia frente a la enorme influencia de los sistemas clasificatorios norteamericanos. A pesar de lo anterior, ésta entidad psiquiátrica conserva su valor diagnóstico en los países francófonos gracias a la evidencia de los hechos clínicos.

En este trabajo se muestra y analiza la influencia que han tenido las ideas de Kraepelin y de Bleuler en detrimento de las psicosis agudas y en favor de la extensión indefinida de las esquizofrenias.

Asimismo se describen, en relación con la B.D., los estados oniroides de De Clérambault, Charpentier y Mayer-Gross, así como diferentes tipos de psicosis agudas tales como las "psicosis imaginativas" de Dupré y Logre, los "delirios degenerativos" de Halberstad, los "delirios polimorfos" de Targowla, el "delirio de relación de los sensitivos" de Kretschmer y las "psicosis degenerativas agudas" de Kleist.

También se consideran "las experiencias delirantes primarias" de Jaspers y su orientación fenomenológica, la noción de "reacción" de Meyer y los "delirios de persecución curables" de Petit.

Pero es sólo gracias a la concepción organodinámica de Ey que la B.D. recobra su fuerza dentro del ámbito clínico, ocupando un primer plano dentro de la noción de las psicosis delirantes agudas. Se mencionan los criterios que Ey retiene para el diagnóstico positivo de la psicosis delirante aguda, así como la definición operacional que proponen Pull y Pichot.

Podríamos resumir como sigue el concepto francés de "*bouffée délirante*": una patología que se caracteriza por la eclosión brutal de un delirio rico y polimorfo en sus temas y en sus mecanismos, en ocasiones asociándose con trastornos de la conciencia y del estado de ánimo. Los temas delirantes son variables y múltiples, pudiendo combinar tanto las ideas de persecución, de grandeza, de transformación de sí

* *Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales. Faculté de Médecine. Université de Paris V "René Descartes". Paris.*

mismo o del mundo, como las ideas de influencia y de posesión.

El diagnóstico de B.D. se funda, principalmente, en los elementos siguientes: el carácter súbito del inicio, el aspecto polimorfo y variable de la experiencia, la adhesión inmediata al delirio intensamente vivido y la evolución en algunas semanas sin dejar secuelas aunque las recaídas sean posibles.

Esta breve revisión histórica nos permite considerar, de una manera longitudinal, la evolución que ha sufrido un concepto clínico según las ideas que predominan en cada época. Nos recuerda la relatividad de los criterios diagnósticos en Psiquiatría y la necesidad de considerar el "papel que la sociedad y la cultura juegan en los trastornos mentales y las desviaciones de la conducta."

"...de l'expérience de la Dérison sont nées toutes les Psychologies et la possibilité même de la Psychologie" (14).

Para entender mejor el concepto de "*bouffée délirante*" (B.D.)(20), entidad típicamente francesa, creemos conveniente ir hasta los orígenes históricos del concepto y situarlo dentro de su contexto sociocultural propio.

Recorreremos los avatares de una entidad propuesta en Francia a fines del siglo XIX (1895), época en la cual florecía el pensamiento positivista y evolucionista.

Morel y Magnan*, bajo la influencia de las ideas darwinianas, desarrollaron la teoría de la degeneración, cuya influencia ha sido considerable. Baste recordar la importancia que tuvo, para la criminología italiana, la tesis del "*criminal de Lombroso*".

Veremos cómo desapareció esta concepción durante un cierto tiempo, sobre todo gracias a la influencia de las ideas de Kraepelin y de Bleuler, y cómo, bajo la presión de los hechos clínicos, resurgió esta noción.

La teoría humoral

La teoría humoral de la enfermedad predominaba todavía en el siglo pasado, y la melancolía era el modelo según el cual se comprendía a la enfermedad mental.

"Hasta el siglo XIX reina una concepción unívoca de la locura, la cual se constituye esencialmente por los problemas de los sentimientos y por un desorden general del entendimiento cuya base está constituida por los problemas de la afectividad y del humor. Para designarla se utiliza el término general de "*melancolía*", último vestigio de las ideas humorales que reinaron durante los últimos siglos..." (27)

Pelicier destaca en su "Historia de la Psiquiatría" que: "la explicación de las enfermedades mentales se basa en la perversión de los humores... La melancolía responde a la acción maligna de la bilis negra (o atrabilis): el humor da su nombre a la enfermedad; es un principio agresivo, inestable".(30)

* En las culturas occidentales, los factores predisponentes de las enfermedades mentales tienen bastante peso, sin embargo, en los sistemas tradicionales no tienen un gran significado.

Las monomanías

A principios del siglo pasado y hasta los tiempos de Esquirol (1772-1844), los trastornos delirantes comienzan a adquirir una importancia más grande, admitiéndose, no obstante, que la "locura intelectual" tiene siempre por fundamento un trastorno afectivo.

Esquirol admite tres formas de monomanías: la monomanía intelectual (con concepciones falsas y extrañas, ilusiones y alucinaciones), es decir, los delirios, propiamente hablando; la monomanía afectiva y la monomanía instintiva, en la que la voluntad está dañada.

Las clasificaciones sintomáticas

Las ideas de Esquirol habrían de dominar a la psiquiatría hasta la llegada de Morel (1809-1873) y del método de clasificación sintomática que condujo a la multiplicación indefinida de entidades mórbidas, por ejemplo: la locura intermitente de Falret y Baillarger (1854), y la parálisis general de Baillarger (1809-1890).

Influencia de las ideas evolucionistas

Después de la fase de las descripciones sintomáticas, vemos cómo toman importancia las ideas evolucionistas, e influyen las concepciones psiquiátricas.

"Hay que llegar hasta Morel (1857) para encontrar un intento más o menos fructuoso, de agrupamiento de las enfermedades mentales. El sustituye el método sintomático por un método etiológico y clínico que llevaría a la nosografía mental a dar el paso más decisivo que haya dado después de mucho tiempo... El efecto se ve ligado a la causa verdadera... Morel da un golpe preciso a las monomanías al concebir la degeneración de la especie humana y al describir las alienaciones hereditarias".(28)

Morel conoció el desarrollo de las grandes corrientes científicas de su época, principalmente las ideas evolucionistas de Charles Darwin concernientes a la selección natural. Esto se hace manifiesto cuando publica en 1857, el "*Traité des dégénérescences*", en el que precisa que "la degeneración es una desviación con respecto al tipo normal, que se transmite por herencia y que se agrava poco a poco, hasta la extinción de la familia".(10)

Como consecuencia de estas concepciones, en el "*Traité des maladies mentales*", de 1860, Morel elaboró una nosografía en la que introduce un grupo muy vasto intitolado: "*Aliénations héréditaires*". En este mismo tratado, Morel hace algunas alusiones breves a lo que él mismo llama el estado de la "**demencia precoz**". Si somos justos, habrá que reconocer que el primero en describir la demencia precoz fue Morel y no Kraepelin, como se puede creer.

En efecto, es en los "*études*" de 1851-1852 en donde B. A. Morel describe por vez primera a estos "jóvenes alienados que se presentan al observador con todas las probabilidades de curación, pero que después

de un examen minucioso, convencen a uno de que la triste coronación de su evolución será el idiotismo y la demencia"... Pero es en 1860, en el "*Traité des maladies mentales*", en donde bautiza como "*démence précoce*" a esta "inmovilización repentina de todas las facultades".(16)

Sea como fuere, la influencia de las ideas de Morel fue considerable en Francia y en el extranjero. Numerosos trabajos habrán de ser ubicados sobre esta cuestión de la locura hereditaria.

La teoría de la degeneración

*"Véritable coup de tonnerre dans un ciel serein.
Il sort armé de toute pièce, de pied en cap,
du cerveau du malade..." (5).*

Desde 1882, Magnan (1835-1916) empezó a elaborar su clasificación de las enfermedades mentales alrededor de los criterios etiológicos de la degeneración.

Magnan señalaba : "La herencia irradia a toda la patología mental". Inicialmente, nos habla de dos grandes categorías de alienación:

- I. La alienación propia de los predispuestos, de los que la heredan.
- II. Las alienaciones que no son más que un accidente en la vida de un individuo normal.

Los estados degenerativos comprenden, para Magnan, ciertas "situaciones mentales" que "pueden coexistir o sucederse en la vida de un mismo sujeto" bajo las tres formas siguientes:

- 1) Los estados de "*locura lúcida*" a base de obsesiones, de impulsiones y de inhibiciones insuperables.
- 2) Los estados de desequilibrio avanzado con pérdida de la conciencia. Estos son : *la manía razonante* con su variedad más peligrosa : *la locura de los perseguidos-perseguidores* y *la locura moral*.
- 3) Los estados delirantes:
 - a) *délire d'emblée* -entidad que nos ocupa- múltiple, polimorfo y proteiforme, que es rápido o algunas veces de larga duración, mas sin tendencia a la sistematización y a la transformación progresiva. Es curable, pudiéndose observar, sin embargo, diferentes formas de delirio, mismas que escapan a una descripción dogmática. Cada enfermo le imprimirá su sello personal.(6)
 - b) el delirio sistemático único, fijo, sin tendencia evolutiva, curable la mayor parte de las veces.

Con Magnan, se agrega el criterio evolutivo a los criterios sintomáticos y etiológicos, lo cual da origen a una nueva clasificación.

Garrabé escribe a propósito de Magnan: «para él, las psicosis o "locura propiamente dicha" incluyen la locura de los degenerados... grupo en el que se incluyen los degenerados superiores. Entre éstos podemos observar los "*délires d'emblée*", la forma aguda más específica de la locura degenerativa. El "*délire d'emblée*", es el ancestro de la "*bouffée délirante polymorphe*", entidad propia de la escuela francesa que desde

entonces refuta que estas psicosis agudas sean confundidas con los delirios crónicos, al igual que se niega a aceptar que se les considere, como si fueran "esquizofrenias agudas".(16)

En cuanto al "*délire d'emblée*", concepto que nos interesa por ser el antecedente directo de la "*bouffée délirante*", Magnan decía : "la principal característica consiste en la brusca aparición de las ideas delirantes. En cuestión de horas o días vemos desarrollarse un delirio muy intenso que puede tomar cualquier forma. El delirio evoluciona rápidamente; puede ser simple, pero frecuentemente se presenta de diferentes maneras. Así, un enfermo que ayer tenía un delirio de ambición, hoy se siente perseguido, y en algunos días se sentirá hipocondriaco. He ahí una manera de delirar propia de los degenerados. Es lo que constituye el "*délire d'emblée*", que no tiene una evolución regular como el delirio crónico... por lo regular, cede bruscamente tal y como llegó".(29)

Las bouffées délirantes de Legrain

En 1886, en su tesis titulada "Delirio de los degenerados" y en 1910, en las "locuras en eclipse", Legrain introduce algunos elementos nuevos al concepto de "*délire d'emblée*", descrito por Magnan.

Legrain menciona : "los degenerados pueden presentar todas las posibles variedades de delirio. Un delirio que sobreviene *bruscamente*, de entrada o de golpe (*d'emblée*), que evoluciona rápidamente y que las más de las veces se termina con la curación en un breve plazo... Un delirio que evoluciona crónicamente, pero que muestra una forma más irregular, presentándose bajo formas múltiples (polimorfismo), sucesivamente o al mismo tiempo, interrumpido, en ocasiones, por accesos (*bouffées*) súbitos de ideas delirantes que se desvanecen igual de pronto, en fin, que terminan muy frecuentemente por la curación y, en algunos casos, por la demencia... las recaídas en él no son raras".(23)

Legrain señala la posibilidad de pasar a un delirio de evolución crónica : "los delirios *d'emblée* son los más comunes, como episodios en el curso de la vida de los degenerados... igualmente veremos que presentan delirios de evolución esencialmente crónica..."(24)

Más aún, Legrain, hace una clasificación de los *délires d'emblée* bajo 4 aspectos diferentes:

- 1) Acceso simple, único, brusco, que llega como una bocanada de viento y desaparece de igual manera.
- 2) Accesos (*bouffées*) delirantes sucesivos, de formas variadas, con o sin recidivas.
- 3) *Bouffées délirantes* que sobrevienen en diferentes épocas de la vida, separadas por intervalos de calma completa.
- 4) Delirios "*d'emblée*" que sobrevienen en el curso de un delirio de evolución crónica.(26)

En 1910, en "la locura en eclipse", el pensamiento de Legrain experimenta una profunda mutación. El término explicativo de la degeneración se ve reemplazado por el del subconsciente, que a fines del siglo preceden-

te era un término usual en psicología y psicopatología, y, como sabemos, una de las ideas fundamentales del pensamiento de Pierre Janet (1859-1947).

Al hablar de los delirios en eclipse, Legrain retoma la idea del subconsciente: "Las ideas delirantes, decía, se derrumban como si fueran sueños, para ser reprimidas en el inconsciente en el curso de cada remisión y reaparecer cuando hay una recaída".(1)

Este es el principal elemento diferencial con respecto a una auténtica *bouffée délirante*, la cual jamás presenta un delirio de la misma manera.

En este contexto, para Legrain, los delirios encuentran su origen en el subconsciente: "dime cuál es tu subconsciente y te diré tu futuro delirio".(25)

La noción de estado oniroides

En 1909, G. de Clérambault (1872-1934), y después Charpentier, en 1919, describieron ciertos estados delirantes oniroides diferentes de la confusión mental, es decir, una especie de "crepuscularidad de la conciencia" que puede recordarnos a las manifestaciones de la histeria.

Clerambault creó el término de *episodio o delirio oniroides*. Este término corresponde a una parte de las "*bouffées délirantes*" por las características que lo distinguen de la confusión.

El autor parte de la observación de episodios delirantes agudos que traducen un onirismo puro no confusional.

"La existencia de un estado delirante vecino del sueño, e incluso en relación de continuidad con éste último, corresponde a un estado de confusión muy reducido, limitado a una especie de crepuscularidad de la conciencia, hecho más bien de sentimientos alucinatorios de extrañeza que de verdaderas escenas oníricas".*

En 1924, Mayer-Gross describió los "*estados oniroides*", que se caracterizan por no estar completos: todo lo que allí hay está flotante, es inconsistente, marcado por la dispersión y la inestabilidad. También tienen un encadenamiento de conjuntos escénicos esencialmente visuales.

En todos los casos de estados oniroides de la conciencia, las variedades particulares están ligadas a lo súbito del inicio, a las oscilaciones de nivel y a la tonalidad afectiva.

Para Mayer-Gross, estos estados agudos no son ni esquizofrenias ni psicosis maniaco-depresivas. Se clasifican dentro de las "*psicosis atípicas*" que se presentan, sobre todo, en las familias con taras hereditarias.

Las psicosis delirantes agudas en el siglo XX

Emile Kraepelin (1856-1926) guarda un lugar preponderante en la historia de la psiquiatría contemporánea.

Su obra clasificatoria aparece en las ocho ediciones de su "*Lehrbuch*", publicadas entre 1883 y 1909.

En la primera edición, en 1883, la clasificación se acerca a la de Esquirol. Al filo de las reediciones, la demencia precoz y la psicosis maniaco-depresiva emergen muy claramente de esta nueva nosografía. Para Kraepelin, la enfermedad mental se individualiza y se define por su evolución y por su estado terminal.

La nosografía de las afecciones mentales se agrupa, entonces, en torno de la demencia precoz y de la psicosis maniaco-depresiva esencialmente crónicas en su desarrollo.

En la 5ª edición, aparecida en 1896, Kraepelin retiene como criterio fundamental el criterio evolutivo. En la 6ª edición, aparecida en 1899, hace desaparecer la distinción entre enfermedades adquiridas y constitucionales. Consagra el capítulo quinto a la demencia precoz, considerada desde ese momento como una enfermedad única que se podía presentar bajo tres formas clínicas: hebefrénica, catatónica y paranoide, esta última englobando la *quasi*-totalidad de la paranoia. En la 7ª edición integra las psicosis agudas a las formas delirantes de las psicosis maniaco-depresivas o de la demencia precoz. De esta forma, el grupo de las "*bouffées délirantes*" pierde su unidad nosográfica.

En la 8ª edición, cuya aparición se extiende de 1909 hasta 1913, un capítulo llamado: "demencias endógenas", reemplaza a la antigua "demencia precoz". Estas demencias o debilitamientos, "*Vertodung*", incluyen la demencia precoz *stricto sensu* y un nuevo grupo: el de las parafrenias, término propuesto por Kraepelin después de las críticas recibidas respecto a las ediciones anteriores de su tratado para designar los delirios crónicos que no forman parte ni de la demencia precoz ni de la paranoia. Bajo esta forma, completamente revisada y corregida de la octava edición, las concepciones de Kraepelin convenían perfectamente a las escuelas de lengua francesa. Desgraciadamente, Bleuler se había inspirado en la nosología propuesta por Kraepelin en 1896, sin tomar en cuenta la coronación de la obra del maestro de Heidelberg.

Tratando de evitar la confusión entre los "delirios crónicos" y la "demencia precoz", los psiquiatras franceses propusieron una clasificación de estos delirios en función de su "mecanismo":

En 1909, Sérieux y Capgras observaron, durante el curso de algunos delirios de interpretación, la presencia de paroxismos interpretativos, es decir, de "*bouffées délirantes*" polimorfas, injertadas sobre el delirio de interpretación.

En 1914, Dupré y Logre describen las "psicosis imaginativas agudas", proceso patológico especial que se presenta en las constituciones paranoicas con expresión intuitiva.

"Todas estas categorías de delirios imaginativos agudos, sintomáticos o esenciales, forman una parte de aquellas *bouffées délirantes* que Magnan y sus alumnos describieron a propósito de los degenerados".(12)

A contracorriente de la tendencia de Kraepelin, Halberstad (1922) y Targowla (1926) describen los delirios degenerativos agudos:

* En FOLLIN S: *Les états oniroides (Essai de psychopathologie et phénoménologie clinique)*(p. 79-216). *Rapport au Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, Nancy, 1963. Paris, Masson, 1964, p. 1250.*

Para Halberstad, la "psicosis delirante degenerativa aguda" sólo se presenta en los "predisuestos" y "no tiene nada en común con la demencia precoz", ya que "una psicosis no se transforma jamás en otra psicosis".(19)

Para Targowla, los delirios "d'emblée" de los degenerados de Magnan comprenden, por un lado, cuadros clínicos que se parecen a los delirios crónicos (psicosis paranoide), y por otro lado, cuadros parecidos a los síndromes maniaco-depresivos.

"Los hechos que observamos no son exclusivamente estados delirantes ni síndromes maniaco-depresivos, sino que participan de los dos grandes procesos mórbidos y ameritan ser estudiados por separado. Para evitar un nuevo vocablo, se les puede otorgar el nombre de "delirios polimorfos".(39)

Las psicosis sensitivas

En 1918, después de haber descrito el "*delirio de relación de los sensitivos*", de evolución relativamente favorable, Kretschmer distinguió tres formas diferentes de psicosis sensitivas:

- a) la confusión sensitiva de breve duración,
- b) la "*boufée délirante*" ligada a la de tipo neurótico-obsesivo, fugaz y con recidivas,
- c) la neurosis situacional.

Con Kretschmer, la B.D. queda ligada a los problemas de tipo neurótico-obsesivo, y constituye una de las formas de las *psicosis sensitivas*.

En los individuos que tienen el "carácter sensitivo" de Kretschmer, cuando se presenta algún choque emocional, único o repetido, conflictos con el ambiente o conflictos de tipo sexual, se pueden presentar los "*delirios hiposténicos*" que Pascal, en 1931, coloca dentro de las "*psicosis de sensibilización*".

"Estos delirios son frágiles y desaparecen rápidamente bajo la influencia del reposo y de la psicoterapia".(32)

Claude (1869-1946), en 1930, describe el "*síndrome de acción exterior*" (33), un tipo de psicosis reactiva psicógena que el autor aproxima al delirio sensitivo de Kretschmer y que puede situarse dentro de los delirios hiposténicos.

Estados crepusculares episódicos

Kleist, en 1926, propone designar "*psicosis degenerativas agudas*" a un tipo de psicosis agudas, "en forma de estado crepuscular de la conciencia" (*episodische Dämierzustände*), con confusión, estupor e hiperquinesia, que se establece sobre una degeneración del sistema nervioso. Los cuadros descritos son breves, violentos e intermitentes, a saber:

- las psicosis cicloides, al margen de la psicosis maniaco-depresiva,
- las formas paranoides atípicas, al margen de la paranoia,
- las formas epileptoides, al margen de la epilepsia.

Dentro de estas manifestaciones, el autor agrupa los "estados crepusculares episódicos" que las distinguen de las B.D. de Magnan, ya que las primeras son más endógenas y menos reactivas e incluyen los problemas más importantes de la conciencia.

La escuela Suiza

Bleuler (1857-1939), en 1911, introdujo el término de "esquizofrenia", cambiando la idea de demencia precoz por la de "*disociación*":

"Nombro esquizofrenia a la demencia precoz porque, como lo espero demostrar, la dislocación de las diferentes funciones psíquicas es una de sus características más importantes".(29)

En su comunicación para el XXX Congreso de Aliénistas de Lengua Francesa, en 1926, Bleuler justifica la nueva denominación que él propone en lugar de la de Kraepelin, por la necesidad de destacar que la evolución hacia la demencia no es ineluctable.

"Bleuler confirma que, no tomando más en consideración el criterio de la fase terminal, la esquizofrenia, tal y como él la concibe, corresponde bien a la entidad que Kraepelin había propuesto en la 6a edición de su tratado (1899)... Lo más que llega a admitir es que se pueda diferenciar la esquizofrenia de la paranoia..."(18)

Esto significa que el concepto ya había tomado una extensión considerable, englobando la *quasi*-totalidad del campo de las psicosis delirantes crónicas, lo cual va a persistir en numerosas escuelas hasta nuestros días.

Hablando de la evolución, Bleuler precisa que se trata de "**un grupo de psicosis** que evolucionan ya sea crónicamente, ya sea por episodios, de tal forma que no puede alcanzarse una *restitutio ad integrum*" (11)

La orientación fenomenológica

Jaspers, en las cinco ediciones de su Psicopatología General, "*Allgemeine Psychopathologie*", que van de 1913 a 1946, desarrolla un pensamiento tan rico en intuiciones fecundas que será el autor de referencia de todos los otros.

Jaspers retoma una de las ideas centrales de Husserl, el padre de la fenomenología: la idea de la "*Intencionalidad*". Intentará comprender los fenómenos patológicos buscando la *intencionalidad*.

En su psicopatología, a partir de un análisis de los ciclos evolutivos, Jaspers opone las psicosis agudas a las psicosis crónicas. Entre las primeras incluye la patología de los estados de conciencia, accidentes generalmente curables mientras son alteraciones intensas del comportamiento. Entre las segundas, habla de los "*síntomas de la vida alienada*", en donde los problemas tienen un carácter reflexivo, calmado, dando lugar a una evolución progresiva. Estos últimos, en general, son incurables.

Las "*bouffées délirantes*" corresponden aproximadamente, para Jaspers, a las "*experiencias delirantes primarias*". El término primario se refiere a un fondo procesual negativo con respecto a los temas delirantes.

La noción de reacción

Adolf Meyer (1866-1950) introduce la noción de *reacción*. Considera al individuo como un "*todo psicobiológico*" que reacciona de manera particular a las influencias sociales y biológicas. Es por esto que inventa el término "*ergasia*", por medio del cual designa la actividad mental integrada. Las enfermedades mentales se entienden, entonces, como reacciones diferentes, como *tipos de reacción*.

Meyer se convirtió en el defensor "de la psiquiatría del sentido común". El individuo es, para él, un todo psicológico sometido a las influencias físicas, morales y sociales, ninguna de las cuales puede ser desafiada ni privilegiada... Más que describir las enfermedades, él prefiere explorar los tipos de reacción que comprometen la personalidad entera".(31)

Los delirios de persecución curables

Paule Petit, en su tesis hecha en 1937, separa de las psicosis crónicas a los "*delirios de persecución curables*", de los cuales describe dos formas (34):

- a) los delirios de estructura oniroide, que se caracterizan por la brusquedad de su comienzo, la rapidez de su elaboración, la existencia de signos concomitantes (estado físico alterado) y el polimorfismo de los temas delirantes que constituyen un conjunto escénico y cuya evolución más habitual es la curación.
- b) los delirios "con estructura de realidad", que se pueden asimilar a las formas ligeras de la paranoia pero con ciertas particularidades, ya que el proceso no daña la esfera intelectual. Estos delirios tienen una base exclusivamente afectiva.

Reaparición de la noción de *bouffée délirante*

Henri Ey (1900-1977), alumno de Claude, se inspira en las concepciones fenomenológicas y existenciales para fundar una concepción organodinámica de las enfermedades mentales.

Ey vuelve a colocar en primer plano la noción de psicosis delirante aguda. Es él quien le da su forma actual y la fija en la Semiología.

Para explicar el conjunto de trastornos patológicos, Ey habla de la "*patología de la conciencia*", refiriéndose a un nivel de disolución correspondiente al análisis transversal de la vida psíquica, y de la "*patología de la personalidad*", en donde el análisis longitudinal permite explicar la trayectoria del individuo.

Ey, siguiendo el eje de la desestructuración de la conciencia, intenta delimitar una estructura particular,

una entidad mórbida: las "*bouffées délirantes*" o psicosis delirantes agudas. Para él, las psicosis delirantes agudas se sitúan a un nivel de desestructuración de la conciencia, intermediario entre las crisis maníaco-depresivas y los estados confuso-oníricos.

En su estudio N 23, Henri Ey, tomando en consideración a Jaspers, Mayer-Gross y Schneider, expone la fenomenología y el análisis estructural de las psicosis delirantes agudas, indicando que su nivel de desestructuración es esencialmente alucinatorio.

Las diferentes formas clínicas que describe son las siguientes:

- a) las formas sintomáticas, siguiendo los temas y los mecanismos del delirio, en donde se encuentran las psicosis imaginativas agudas de Dupré y Logre, las psicosis interpretativas agudas y las psicosis alucinatorias agudas, que ya hemos citado en este trabajo.
- b) las formas etiológicas: absorción de tóxicos, afecciones cerebrales (tumores, epilepsia), afecciones generales (problemas de post-parto) y choques emocionales.

Hay que recordar que todas estas formas etiológicas dependen del "*umbral de reacción*" de los enfermos o de la "*aptitud para delirar*" de Magnan.

Ey retiene diez criterios para el diagnóstico positivo de la psicosis delirante aguda :

- 1) Inicio repentino.
- 2) El polimorfismo de los temas delirantes.
- 3) Las variaciones del cuadro clínico de un día para otro.
- 4) La recrudescencia de los problemas durante las fases parahípnicas.
- 5) La continuidad de las experiencias delirantes y alucinatorias con lo vivido.
- 6) El carácter de actualidad inmediata, tanto perceptiva como intuitiva, de la vivencia delirante.
- 7) Las oscilaciones de las creencias y de la perplejidad crítica con respecto al delirio.
- 8) La atmósfera de estado crepuscular de la conciencia.
- 9) La prevalencia de la actividad alucinatoria videoespectacular o cenestésica sobre la actividad alucinatoria ideo-verbal.
- 10) El sustrato "tímico" de la vivencia delirante, ya sea en la vivencia de la exaltación o en el sentido de la angustia.

En 1963, Suerinck subraya en su tesis la realidad de la existencia de las psicosis delirantes agudas en tanto que unidad nosográfica, y también hace el diagnóstico a partir de los diez criterios que acabamos de enunciar. Suerinck destaca lo siguiente: "es innegable la existencia de las psicosis delirantes y alucinatorias agudas en tanto que son entidad nosográfica".(38)

Evolución de las psicosis delirantes agudas

"sans conséquences sinon sans lendemain" (37)

En su manual de psiquiatría, Ey intenta precisar la evolución de las psicosis delirantes agudas en cuanto

a la evolución inmediata. Menciona un 75% de remisiones y un 25% que pasan a la cronicidad, las más de las veces a la esquizofrenia.

De este 75% de remisiones, se observa, en un segundo tiempo, que 25% de los casos no tienen ninguna recidiva después de 5 a 20 años, 50% de los casos evolucionan hacia una forma periódica, ya sea en forma de accesos idénticos o en forma de accesos parecidos a una psicosis maniaco-depresiva; el 25% restante evoluciona hacia la cronicidad después de varias "*bouffées délirantes*" agudas.

Los estados oniroides de Follin

En 1958, Follin estudia la articulación entre las psicosis agudas y las psicosis crónicas y lo que liga a "la locura de un momento con la locura de una existencia", refiriéndose principalmente a la relación de la "*bouffée délirante*" con el proceso esquizofrénico.

"En el fondo, todo pasa como si, habiendo descrito una entidad mórbida cuya forma típica es la evolución crónica, tuviéramos que retroceder para describir, según ese modelo, la existencia de formas subagudas que, en el fondo, vuelven a tomar el sentido que ya tenían en la nosografía de Magnan, las "*bouffées délirantes*" agudas o subagudas".(13)

Las esquizofrenias agudas

Laboucarie, en el curso de numerosos trabajos realizados por su escuela, insistió sobre la posibilidad de pasar de las psicosis delirantes agudas a la psicosis maniaco-depresiva.

El consideraba que esta posibilidad evolutiva era subestimada muy frecuentemente en relación con las evoluciones de tipo esquizofrénico.

En 1958, Laboucarie describió dos formas clínicas de psicosis delirantes agudas (22), basándose en el material clínico de 170 casos de "*esquizofrenias agudas*", eliminando, a la vez, los estados confusionales francos y los estados maniaco-depresivos típicos, y circunscribiéndose a los enfermos de 15 a 30 años de edad.

- 1) Las psicosis delirantes agudas de estructura polimorfa, que comprenden alteraciones más o menos globales de la conciencia, muy frecuentemente caracterizadas por el inicio brusco, la frecuencia de los factores reactivos desencadenantes y la facilidad de reducir las terapéuticamente, de pronóstico más bien favorable y con un fondo maniaco-depresivo.
- 2) Los estados del tipo de la despersonalización aguda, más frecuentemente con un inicio menos franco, dentro de un contexto etiológico más sospechoso, que presentan una reductibilidad terapéutica menos fácil y un riesgo disociativo mucho más alto.

Laboucarie señaló que la frecuencia de la evolución secundaria de tipo periódica será casi igual para los dos grupos y hará plantearse la pregunta de la posibilidad

de una psicosis periódica de significado ciclotímico y de expresión esquizofreniforme que podría ser susceptible a un tratamiento a base de sales de litio. Insistirá, igualmente, sobre la extrema dificultad para establecer el pronóstico de las B.D.

Laboucarie (21) hizo un estudio de 200 casos de psicosis delirantes agudas, observados de 8 a 14 años, y que habían sido tratados mediante una asociación de quimioterapia y de electrochoques, dando los siguientes resultados:

- 40% de estos episodios se curaron definitivamente y recobraron el nivel de funcionamiento que tenían antes.
- 45% de estos casos tuvieron una evolución secundaria que condujo a la periodicidad. Dos terceras partes de estos casos evolucionaron en un franco sentido maniaco-depresivo.
- 15% evolucionaron únicamente hacia un estado crónico secundario.

Tipos de *bouffées délirantes*

Abely y Bouquet, en 1962, hicieron destacar que el término "*bouffée délirante*", descrito por Magnan, había reaparecido desde dos o tres años antes, y que no había perdido nada de su valor, "*il rénaît à la vie*", (2) pero que tal vez se había extendido abusivamente el área de dominio de las "*bouffées délirantes*" al sobrepasarse las limitaciones recomendadas por el autor original.

Abely y Bouquet (3), aclararon el término de las B.D. diferenciándolas en:

- 1) Las B.D., llamadas oniroides, en las que la etiología infecciosa o tóxica se encuentra relativamente atenuada, de tal forma que no conduce hacia una verdadera confusión mental.
- 2) Las B.D. hipnoides, que son estados hipnagógicos anormalmente prolongados. Se trata de enfermos que "duermen en vida con los ojos abiertos".
- 3) Las B.D. imaginativas, ya descritas por Dupré y Logre. Ninguna de estas tres descripciones corresponde a las auténticas "*bouffées délirantes*".
- 4) Las B.D. post-emotivas, que aparecen bruscamente después de un choque psicotraumático, y
- 5) Las B.D. con equivalente ciclotímico que conducen a las formas maníacas o melancólicas, algunas veces mixtas.

Lo que caracteriza estos dos últimos tipos de "*bouffées délirantes*" es, precisamente, el polimorfismo delirante, la movilidad de los temas basados, la mayor parte de las veces, en ilusiones y no en verdaderas alucinaciones.

Barrelet, en un estudio de 58 casos de "*bouffées délirantes*" hospitalizados entre 1974 y 1975, que él mismo había rediagnosticado aplicando los criterios del DSM III para apreciar su evolución diez años después, encontró que: "La *bouffée délirante* conserva su carácter de pronóstico favorable... la evolución de la *bouffée délirante* no es uniforme. Ciertamente, tiene un pronóstico más favorable que el de la esquizofrenia

e, incluso, puede ser más favorable que los trastornos de personalidad. En uno de cada siete casos, la B.D. fue el primer diagnóstico de una esquizofrenia debutante. En uno de cada cuatro, la evolución fue la de un trastorno afectivo, y en uno de cada 10, la B.D. fue un período agudo en la evolución de una personalidad limítrofe".(7)

Definición operacional de la *bouffée délirante*

Pull (36) y Pichot (35) propusieron una definición operacional de la B.D. : a) edad de inicio entre los 20 y los 40 años, b) inicio siempre agudo, sin antecedentes psiquiátricos, salvo de episodios idénticos, c) ausencia de cronicidad, d) la sintomatología es polimorfa: delirio polimorfo, no sistematizado y/o alucinaciones de cualquier tipo; despersonalización o desrealización con o sin confusión; humor anormal: depresión o euforia; los síntomas varían de un día para otro e, incluso, de hora en hora, e) diagnóstico diferencial: los trastornos no son secundarios a alguna afección orgánica, al alcoholismo o a la toxicomanía.

Conclusiones

Podríamos resumir como sigue el concepto francés de "*bouffée délirante*": patología que se caracteriza por la eclosión súbita de un delirio rico y polimorfo en sus temas y en sus mecanismos, en ocasiones asociándose a trastornos de la conciencia y del estado de ánimo.

Los temas delirantes son variables y múltiples, pudiendo combinar tanto ideas de persecución, de gran-

deza, de transformación de sí mismo o del mundo, como ideas de influencia y de posesión.

El diagnóstico de B.D. se funda principalmente en los elementos siguientes : el carácter súbito del inicio, el aspecto polimorfo y variable de la experiencia, la adhesión inmediata al delirio intensamente vivido y la evolución en algunas semanas sin dejar secuelas aunque las recaídas sean posibles.(40)

Respecto al lugar que en la actualidad ocupan las B.D., tenemos que considerar que las clasificaciones diagnósticas han variado bastante desde que se creó este concepto. Situación bien señalada por Bastide : "las categorías diagnósticas cambian según las épocas, según los países... según los médicos".(8)

Si quisiéramos ubicar a las B.D. con respecto al DSM III R (4), tal vez sea el "*trastorno esquizofrénico*" (295-40) el concepto al que más se aproximen.

Las otras categorías que evocan un parentesco con las B.D. son la *psicosis reactiva breve* (298-90), el *trastorno esquizoafectivo* (295-70) y la *psicosis atípica* (298-90).

La gran repercusión del DSM III R en este caso, en detrimento de la B.D., también se hace evidente en la Clasificación Internacional de las Enfermedades, que en su 10a edición (OMS -ICD 10) retiene la noción de *bouffée délirante aguda* (F28.0) en el capítulo de las psicosis esquizofrénicas y trastornos relacionados.

Esta breve revisión histórica nos permite considerar, de una manera longitudinal, la evolución que ha sufrido un concepto clínico según las ideas que han predominado en cada época. Nos recuerda la relatividad de los criterios diagnósticos en Psiquiatría, y la necesidad de considerar el "papel que desempeña la sociedad y la cultura en los trastornos mentales y en las desviaciones de la conducta " (15).

REFERENCIAS

1. ABELY P, BOUQUET R: En: Les bouffées délirantes et les délires à éclipses. Essai nosographique. *Ann Méd Psychol*, 120(3):401, 1962.
2. ABELY P, BOUQUET R: Les bouffées délirantes et les délires à éclipses. Essai nosographique. *Ann Méd Psychol*, 120(3):399, 1962.
3. Op cit págs. 402-403.
4. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3a Ed, revisada. American Psychiatric Association, Washington D.C., 1987.
5. APPIA OGA: *Evolution de la Notion de Bouffée Délirante*. Thèse Paris, (42):29, 1965.
6. Op cit pag. 67.
7. BARRELET L: Le devenir de la bouffée délirante. Evolution cliniques et conséquences diagnostiques. *Information Psychiatrique*, 62:356-357, 1986.
8. BASTIDE H, RAVEAU F: *Epidémiologie des Maladies Mentales*. EMC. 37878 A¹⁰ 3, pag. 2, Paris, 1971.
9. COLLEE M, QUETEL C: *Histoire des Maladies Mentales* PUF. pag. 104, Paris, 1987.
10. CONSTANT F: Introduction à la vie et à l'oeuvre de Bénédicte Augustin Morel (1809-1873). En: *Confrontations Psychiatriques*, (Suppl.) t II, págs. 31-50, 1973.
11. COREAE P: Du concept de schizophrénie. *Confrontations psychiatriques*, (suppl.) t 9:25, 1972.
12. DUPRE E, LOGRE B: Les psychoses imaginatives aiguës. *Ann Méd Psychol*, 2:144-169, 1914.
13. FOLLIN S: Les états oniroïdes (Essai de psychopathologie et phénoménologie clinique) p. 79-216. Rapport au Congrès de Psychiatrie et Neurologie de Langue Française, Nancy, Paris, Masson, 1963, 1964, pag. 1250, Paris.
14. FOUCAULT M: *Naissance de la Clinique*. p. 201. Quadrige/Presses Universitaires de France, pag. 214, Paris, 1988.
15. FUENTE R. De la: Aportaciones de la corriente social a la psiquiatría. *Revista del Residente de Psiquiatría*, 1(1):18, 1990.
16. GARRABE J: *Histoire de la Schizophrénie*. Ed. Seghers. pag. 19, Paris, 1992.
17. GARRABE J. Op Cit pag. 25.
18. GARRABE J. Op Cit pag. 115.
19. HALBERSTADT G: Une question de doctrine psychiatrique: la psychose délirante dégénérative aiguë. *Ann Méd Psychol*, 11(2):100-117, 1922.
20. INSERM Classification française des troubles mentaux. *Bulletin de l'INSERM*. (Suppl.) t. au 24(2), 1969
21. LABOUCARIE J: Le devenir des psychoses délirantes aiguës et le risque de leur évolution schizophrénique secondaire. *Confrontations psychiatriques*, 2: 31-51, 1958.
22. LABOUCARIE J: Les "schizophrénies aiguës". Types d'expériences délirantes schizophréniques transitoires. *Evol Psychiat*, 3:551, 1958.
23. LEGRAIN P.M. *Du Délire chez les Dégénérés*. Tesis méd., no. 199. A. Parent, pag. 286. Paris, 1886.
24. Op. Cit. pag. 132.
25. LEGRAIN PM: Les folies à eclipse. (Essai sur le rôle du subconscient dans la folie). Blond, págs. 24, 27, Paris, 1910.

26. Op. Cit. pág. 153.
27. MAGNAN V, LEGRAIN PM: Les dégénérés (état mental et syndromes épisodiques). Rueff, pág. 5, Paris, 1985.
28. MAGNAN V, LEGRAIN PM: Op. Cit. pág. 10-11.
29. MAGNAN V: *Leçons Cliniques sur les Maladies Mentales Faites à l'asile Sainte-Anne*. Briand M, Legrain PM, Journiac, Serieux P. (Eds.). Bataille, Paris, 1893.
30. PELICIER Y: *Histoire de la Psychiatrie*. Presses Universitaires de France. (3a edición), pág.17, 1982.
31. PELICIER Y. Op. Cit. pág.114.
32. PETIT P. *Les délires de persécution curables*. p. 34. Tesis Méd. n 386. Le François, pág.204, Paris, 1937.
33. Op. Cit. pág.36.
34. Op. Cit. págs. 2,190.
35. PICHOT P: The diagnosis and classification of mental disorder in french-speaking countries: background, current views and comparison with other nomenclatures. *Psychol Méd*, 12(3):475-492, 1982.
36. PULL C: Les psychoses schizophréniques, critères de diagnostic des psychiatres français. Comparaison avec les critères des psychiatres américains. Tesis Doctoral, Université Paris V, 1981.
37. SAMUEL-LAJEUNESSE B: Psychoses délirantes aiguës. *Enciclopedia Méd.Chir. Psychiatrie*, 37230 A¹⁰, (10): pág. 4, Paris, 1985.
38. SUERINCK E. Psychoses délirantes et hallucinatoires aiguës et schizophrénie. pág. 107. Tesis Méd. no. 184, p. 111, Paris, 1963.
39. TARGOWLA R. Les délires polymorphes. *Encéphale*, 1:21, 1926.
40. VILLASEÑOR BAYARDO SJ: L'élaboration du concept de bouffée délirante. Mémoire d'EHESS, pág. 95, Paris, 1992.