

Vorbeireden en vorbeigehen: het gansersyndroom voorbij?

M. DEBEYNE, A. HAEKENS, H. PEUSKENS

SAMENVATTING Het gansersyndroom was een entiteit met als kernsymptoom vorbeireden, het geven van antwoorden die er net naast zitten. In de literatuur heerste hierover verwarring, zowel rond diagnostische criteria als rond etiologie. Naar aanleiding van het beeld bij een 53-jarige patiënt met een aantal opvallende symptomen, tijdens een delirante episode en tot het opklaren van de depressieve kenmerken, beschrijven wij aan de hand van systematisch literatuuronderzoek de ontwikkeling in het gebruik van de symptoom- en syndroomdiagnose.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)9, 659-662

TREFWOORDEN delirium, depressie, gansersyndroom, vorbeigehen, vorbeireden



Het gansersyndroom is genoemd naar de Duitse psychiater Sigbert Ganser. Hij beschreef in 1898 bij 3 gedetineerden het *vorbeireden*, het geven van antwoorden die er net naast zitten. Patiënt lijkt het juiste antwoord op een vraag te kennen, maar geeft een verkeerd antwoord, dat in de buurt van het juiste antwoord komt (Vinkers e.a. 2007). Ganser meende dat dit syndroom zijn oorsprong vond in hysterie of simulatie en dat patiënten met het gansersyndroom bewust of onbewust een onaangename situatie vermeden. Over de jaren heen bewoog de discussie over het bestaan en de oorzaken van dit syndroom tussen hysterische, dissociatieve, psychotische of organische verklaringen.

GEVALSBESCHRIJVING

Patiënt A, een 53-jarige man met alcoholafhankelijkheid en recidiverende depressieve klachten, werd psychiatrisch opgenomen naar aanleiding van een suïcidepoging door insuline-overdosis. Tot voor opname consumeerde patiënt 7 alcoholenheden per dag en was, ondanks professionele incidenten, actief in zijn beroep.

In de antecedenten waren verscheidene auto-ongevallen onder invloed, waarvan één met een dodelijk slachtoffer. Patiënt ondernam een eerste zelfmoordpoging één jaar voor de huidige opname. Een computertomografie (CT-scan) van de hersenen toonde toen corticosubcorticale atrofie met oude infarcten rechts occipitaal en links posterieure *watershed*.

Somatische antecedenten omvatten een cerebrovasculair accident (CVA) met residueel linker hemianopsie 8 jaar voordien en familiale erfelijke aanleg voor vasculaire aandoeningen.

Bij psychiatrisch onderzoek werden een gevoel van onwelbevinden, vertraagde psychomotoriek, affectvervlakking en een depressief toestandsbeeld vastgesteld. Er waren lichte stoornissen in volgehouden aandacht en concentratie, en opvallende retrograde amnesie voor de aanleiding van de opname.

Bij patiënt ontwikkelde zich in de eerste 3 opnameweeken, ondanks het instellen van vitamine B₁-suppletie en een benzodiazepineafbouwschema, een delirant beeld met fluctuerende bewustzijnsstoornissen, denk- en waarnemingsstoornissen, executieve functiestoornissen en decorumverlies samengaan met eigenaardige uitspraken en gedragingen. Bij lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek werden geen afwijkingen gevonden. Het delirium werd *lege artis* behandeld, volgens de huidige richtlijnen met afbouw van sedatieve medicatie, wegens potentiële nadelige effecten op het cognitief functioneren. De CT-scans bij opname kort na de suïcidepoging en tijdens het delirium waren onveranderd ten opzichte van oudere beeldvorming.

Vervolgens herstelde patiënt, maar opvallende eigenaardige uitspraken en gedragingen persisteerden. Dit suggereerde dat patiënt vragen en situaties begreep, maar niet

accuraat reageerde. Hij gaf antwoorden die er net naast zaten (juiste datum, maar verkeerde dag van de week) of die niet overeenkwamen met de werkelijkheid (zo schatte hij onrealistisch de buitentemperatuur op -15 i.p.v. 5 graden Celsius).

Bij neurologisch onderzoek gedroeg patiënt zich vreemd. Bij de vraag tot uitkleden deed hij 'alsof' hij zijn kousen uitdeed en bij de vraag tot wandelen 'alsof' hij stapte. Bepaalde handelingen herhaalde hij eindeloos (deed 'alsof' hij in kookpotten aan het roeren was in de eetzaal). Verbale antwoorden en gedragingen imponeerden als 'net niet' en konden als 'vorbeïreden' en zijn gedragsequivalent 'vorbeïgehen' geïnterpreteerd worden.

Bij psychodiagnostische tests tijdens deze fase scoorde patiënt ernstig depressief (26/30 punten op de *Geriatric Depression Scale*, GDS). Bij de rapportage van zijn tests hield patiënt zijn potlood boven het blad om figuren na te tekenen. De score op de *Mini-Mental State Examination* (MMSE) was 24/30 punten. We stelden cognitieve deficits vast op het gebied van psychomotorische snelheid, aandachtsfuncties en visuo-spatieële functies.

De neuro-positronemissietomografie-scan in dezelfde periode toonde bekende corticale atrofie, vasculaire defecten medio-occipitaal rechts en pariëto-occipitaal links.

We concludeerden dat er onvoldoende argumenten waren voor een onderliggend neurodegeneratief patroon, maar we konden niet uitsluiten dat de cognitieve gebreken bij restverschijnselen van de doorgemaakte CVA pasten.

De symptomen van vorbeïreden en vorbeïgehen verdwenen na enkele maanden. Bij herhaling van de psychologische tests 14 weken later bleek de stemming aanmerkelijk verbeterd (GDS-score: 4/30). Het algemeen cognitief functioneren ging vooruit (totaalscore boven de algemene grenswaarde op de *Cambridge Cognition Examination* en score van 30/30 op de MMSE). Er waren geen argumenten voor een amnestisch syndroom, maar het executief functioneren bleef wel deficitair.

De DSM-5 diagnoses bij ontslag waren depressieve stoornis in remissie, stoornis in alcoholgebruik in vroege remissie, in een gereguleerde omgeving en een uitgebreide neurocognitieve stoornis door multipale oorzaken, waaronder middelengebruik en vasculaire problematiek.

DISCUSSIE

Literatuuronderzoek

Vorbeïreden is het kernsymptoom van het gansersyndroom. Typische voorbeelden uit de literatuur van vorbeïreden zijn antwoorden als 'twee plus twee is vijf', 'geel voor kleur van gras' of 'een paard heeft vijf benen' (Ouyang

AUTEURS

MATTHIEU DEBEYNE, arts in opleiding tot psychiater, was werkzaam in Centre Hospitalier Montperrin, Aix-en-Provence. Thans: psychiater, Clinique La Jauberte, Aix-en-Provence.

AN HAEKENS, psychiater op afdeling ouderen en hoofdgeneesheer, Psychiatrische Kliniek Alexianen, Tienen.

HENDRIK PEUSKENS, psychiater, afd. Verslavingszorg, Psychiatrische Kliniek Alexianen, Tienen, en Universitair Psychiatrisch Centrum, KU Leuven.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. M. Debeyne, Lieu-dit Le Grand Chemin, 04300 Dauphin, Frankrijk.
E-mail: mattdeby@gmail.com

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 6-4-2016.

e.a. 2003) en zijn gedragsequivalent vorbeïgehen zoals 'achterstevoren schrijven' (Dalfen & Feinstein 2000).

Over de syndroomdiagnose bestaat heel wat controverse. Volgens de klassieke beschrijving, ook gevangenispsychose genoemd, bestaat het gansersyndroom uit vorbeïreden, somatische conversieverschijnselen, verlaagd bewustzijn en/of pseudohallucinaties (Spodenkiewicz e.a. 2012), maar voor de diagnose zijn niet alle symptomen noodzakelijk (Anupama e.a. 2006).

Een literatuuronderzoek via PubMed met als zoekterm 'Ganser syndrome' leverde over de periode 1990 tot 2012 in totaal 19 publicaties op: 1 ingezonden brief, 14 gevalbeschrijvingen, 1 overzichtsartikel, 2 retrospectieve studies en 1 artikel over de differentieële diagnostiek tussen simulatie, nagebootste stoornissen en het gansersyndroom.

Het gansersyndroom wordt in de literatuur als specifieke vorm van een dissociatieve stoornis beschouwd, maar ook als een polymorfische entiteit in een continuüm van dissociatieve en psychotische stoornissen (Sigal e.a. 1992).

Vorbeïreden blijkt niet pathognomonisch want het verschijnt ook bij andere psychiatrische ziektebeelden (Jiménez-Gomez & Quintero 2012).

Naast de oorspronkelijke hysterische, dissociatieve mechanismen en simulatie of nagebootste stoornissen als mogelijke oorzaak voor het gansersyndroom (Drob e.a. 2009), toonde zorgvuldige heranalyse van een aantal gevalsstudies belangrijke organische componenten en/of overlap met andere psychiatrische stoornissen (Ouyang e.a. 2003). Voorbeelden zijn lichte traumatische hoofdletsels, alcoholafhankelijkheid en intracerebrale bloedingen

(Ladowsky-Brooks & Fischer 2003), alsook depressie en premorbide persoonlijkheidsstoornissen (Refaat e.a. 2002; Pastar e.a. 2010). Verschillende psychodynamische en pathofysiologische hypothesen worden voorgesteld om de associatie tussen psychiatrische ziektebeelden en het gansersyndroom toe te lichten (Mahadevappa 1990; Haddad 1993).

Wanneer symptomen van het gansersyndroom abrupt verschijnen, is er meestal een *restitutio ad integrum* (Jiménez-Gomez & Quintero 2012). Het spectrum van beschreven casuïstiek meldt ook chronische vormen met persisterende symptomen in ruimere ziektebeelden (Miller e.a. 1997). De prevalentie van het gansersyndroom is nog onbekend (Andersen e.a. 2001). Zowel psychotherapeutische als medicamenteuze interventies, bepaald door de comorbide ziektebeelden, worden als doeltreffend beschouwd.

In de DSM-III werd het gansersyndroom onder nagebootste stoornissen gerangschikt (Magnaing e.a. 2014). In de volgende versies, DSM-III-TR en DSM-IV-TR, werd het geclassificeerd als een dissociatieve stoornis met weliswaar verschillende exclusiecriteria (Apter e.a. 1993). De nadruk werd gelegd op het kernsymptoom *vorbeireden*, terwijl dit niet noodzakelijk overeenstemde met de oorspronkelijke beschrijving volgens Ganser (Dalfen & Feinstein 2000). In de DSM-5 is het gansersyndroom als aparte entiteit verdwenen.

EPILOOG

Onze patiënt kreeg na een floride delirante episode, waarschijnlijk als complicatie bij een alcoholonthoudingssyndroom, eigenaardige symptomen. Vorbeireden en vorbeigehen bleken voorbijgaand en maakten in deze casus deel uit van een ruimer ziektebeeld, bij een psychiatrisch en organisch gecompromitteerde man, dat uitmondde in een uitgebreide neurocognitieve stoornis (in DSM-termen). Een

zuiver stressgerelateerde dissociatieve oorsprong bleek weinig waarschijnlijk, want inhoudelijke psychosociale thema's die acuut aanwezig waren, bleken achteraf weinig te spelen (Lee & Koenig 2001).

Zoals Vinkers e.a. (2007) reeds aangaven, blijkt ook bij deze casus de validiteit van een syndroomdiagnose op basis van enkel vorbeireden weinig valide. Voorkomen van dit symptoom bij ook andere organische en psychiatrische stoornissen (Staniloiu e.a. 2009) noopten Dalfen en Feinstein (2000) tot het refereren naar ganser-'symptomen', eerder dan naar ganser-'syndroom'.

Inmiddels werd in de DSM-5 de syndroomdiagnose afgevoerd als aparte entiteit. Wanneer *vorbeireden* geïnterpreteerd wordt als dissociatief, kan de categorie 'andere gespecificeerde dissociatieve stoornis' met gansersymptomen, 'vorbeireden' of 'net niet-antwoorden' worden gescoord. Bij onze patiënt werden de gansersymptomen gezien als cognitieve moeilijkheden in het executief functioneren.

CONCLUSIE

Ook de literatuur vermeldt dat *vorbeireden* en *vorbeigehen* in verschillende, ruimere ziektebeelden met diverse organische en psychiatrische comorbiditeit voorkomen. Eén en ander maakte dat het gansersyndroom, met als enig terugkerend en pathognomonisch teken *vorbeireden* en een etiologische verklaring in het dissociatieve spectrum, een omstreden entiteit werd, die uiteindelijk in de DSM-5-classificatie niet meer opgenomen werd. Deze classificatie lijkt tenminste in voorliggend voorbeeld een einde te maken aan een historische ziekte-entiteit waarbij in de voorbije decennia specifieke symptomen rigide en op allerlei uitgeholde manieren gekoppeld werden aan een diagnose en onderliggende pathofysiologische mechanismen.

LITERATUUR

- Andersen HS, Sestoft D, Lillebaek T. Ganser syndrome after solitary confinement in prison: a short review and a case report. *Nord J Psychiatry* 2001; 55: 199-201.
- Anupama M, Rao KN, Dhananjaya S. Ganser syndrome and lesion in the temporoparietal region. *Indian J Psychiatry* 2006; 48: 123-5.
- Apter A, Ratzoni G, Ianou I, Weizman R, Tyano S. The Ganser syndrome in two adolescent brothers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 582-4.
- Dalfen AK, Feinstein A. Head injury, dissociation and the Ganser syndrome. *Brain Inj* 2000; 14(12): 1101-5.
- Drob SL, Meehan KB, Waxman SE. Clinical and conceptual problems in the attribution of malingering in forensic evaluations. *J Am Acad Psychiatry Law* 2009; 37: 98-106.
- Haddad PM. Ganser syndrome followed by major depressive episode. *Br J Psychiatry* 1993; 162: 251-3.
- Jiménez-Gomez B; Quintero J. Ganser syndrome: review and case report. *Actas Esp Psiquiatr* 2012; 40: 161-4.
- Ladowsky-Brooks RL, Fischer CE. Ganser symptoms in a case of frontal-temporal lobe dementia: is there a common neural substrate? *J Clin Exp Neuropsychol* 2003; 25: 761-8.
- Lee HB, Koenig T. A case of Ganser syndrome: organic or hysterical? *Gen Hosp Psychiatry* 2001; 23: 230-1.
- Magning E, Thomas-Antérion C, Sylvestre G, Haffen S, Magnin-Feysot V, Rumbach L. Conversion, dissociative amnesia, and Ganser syndrome in a case of 'chameleon' syndrome: Anatomico-functional findings. *Neurocase* 2014; 20: 27-36.

- Mahadevappa H. Ganser syndrome: a case report. *J Clin Psychiatry* 1990; 51: 167.
- Miller P, Bramble D, Buxton N. Case study: Ganser syndrome in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 112-5.
- Ouyang D, Duggal HS, Jacob NJ. Neurobiological basis of Ganser syndrome. *Indian J Psychiatry* 2003; 45: 255-6.
- Pastar Z, Petrov B, Krizaj A, Bagaric A, Jukic V. Diagnoses of personality disorders between 1879 and 1929 in the largest Croatian psychiatric hospital. *Croat Med J* 2010; 51: 461-7.
- Refaat R, Firth DA, Robertson MM. Uncomplicated Gilles de la Tourette syndrome and probable Ganser syndrome. A case report and review of the literature. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2002; 11: 234-9.
- Sigal M, Altmark D, Alfici S, Gelkopf M. Ganser syndrome: a review of 15 cases. *Compr Psychiatry* 1992; 33: 134-8.
- Spodenkiewicz M, Taïeb O, Speranza M, Moro MR, Révah-Levy A. Case report of Ganser syndrome in a 14-year-old girl: another face of depressive disorder? *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2012; 6: 1-6.
- Staniloiu A, Bender A, Smolewska K, Ellis J, Abramowitz C, Markowitsch HJ. Ganser syndrome with work-related onset in a patient with a background of immigration. *Cogn Neuropsychiatry* 2009; 14: 180-98.
- Vinkers DJ, Welschen YP, Keijzers AS, van der Mast RC. Differentiaaldiagnostiek van het gansersyndroom. *Tijdschr Psychiatr* 2007; 49: 339-42.

SUMMARY

‘Giving inappropriate and/or misleading answers’; is the era of the Ganser syndrome finally over?

M. DEBEYNE, A. HAEKENS, H. PEUSKENS

The Ganser syndrome was long regarded as an entity that had as its core symptom ‘giving inappropriate and/or misleading answers’ to questions. In the literature we found confusion regarding the diagnostic and etiological criteria. We describe the case of an 53-year-old male patient who displayed a number of remarkable symptoms during a delirious episode which ended when the symptoms faded. By reviewing the recent literature, we outline the evolution in the use of the symptom and syndrome diagnosis.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)9, 659-662

KEY WORDS delirium, depression, Ganser syndrome, ‘giving inappropriate and/or misleading answers’