

De differentiaaldiagnostiek van het gansersyndroom

D.J. VINKERS, Y.P. WELSCHEN, A.S. KEIJZERS, R.C. VAN DER MAST

SAMENVATTING Het gansersyndroom wordt volgens de klassieke beschrijving gekenmerkt door het geven van antwoorden die er net naast zitten, een verlaagd bewustzijn, somatische conversieverschijnselen, en (pseudo)hallucinaties. Naar aanleiding van een 80-jarige patiënte die antwoorden gaf die er net naast zaten, wordt aan de hand van een systematisch literatuuronderzoek de differentiaaldiagnostiek van het gansersyndroom beschreven. Organische oorzaken nemen daarbij een belangrijke plaats in.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 49(2007)5, 339-342]

TREFWOORDEN differentiaaldiagnostiek, gansersyndroom, voorbereiden

Het gansersyndroom is genoemd naar de Duitse psychiater Sigbert Ganser (Allen & Postel 1994). Hij beschreef in een artikel uit 1898 het 'vorbereiden', het geven van antwoorden die er net naast zitten (Ganser 1898). De patiënt met gansersyndroom lijkt het juiste antwoord op een vraag wel te kennen, maar geeft een verkeerd antwoord dat in de buurt van het juiste antwoord komt. Naast het voorbereiden wordt het gansersyndroom volgens de klassieke beschrijving gekenmerkt door een verlaagd bewustzijn, conversieverschijnselen, en (pseudo)hallucinaties (Enoch & Trethowan 1979). Naar aanleiding van een 80-jarige patiënte die antwoorden gaf die er net naast zaten, werd aan de hand van een systematisch literatuuronderzoek de differentiaaldiagnostiek van het gansersyndroom onderzocht.

GEVALSBESCHRIJVING

Een 80-jarige vrouw werd in verband met depressieve klachten opgenomen in het psychiatrisch ziekenhuis. Patiënte was sinds 10 jaar bekend met een pijnstoornis, waarvoor zij polikli-

nisch werd behandeld met amitriptyline in een dosering van 100 mg per dag. Er is geen sprake van middelenmisbruik.

Bij psychiatrisch onderzoek zagen wij een verzorgde vrouw met een geschatte leeftijd die jonger dan de kalenderleeftijd was. Patiënte was coöperatief. Ze presenteerde haar klachten nadrukkelijk. Het bewustzijn was helder, en de aandacht en oriëntatie waren ongestoord. Er waren anamnestiche geen hallucinaties, en gedurende het onderzoek werd geen hallucinatoir gedrag waargenomen. Het denken was normaal en coherent. Inhoudelijk was er een preoccupatie met de pijnklachten, maar er waren geen aanwijzingen voor wanen. De stemming was somber en het affect was vlak. De psychomotoriek was normaal.

Bij neuropsychologisch onderzoek was er sprake van cognitieve achteruitgang, waarbij patiënte 19/30 punten behaalde op de Mini-Mental State Examination. De score op de Mattis Dementia Rating Scale was 123/144 punten (verdenking op dementie bij een score van 129 punten of lager; Monsch e.a. 1995). Het IQ volgens de Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised was 73 punten.

Bij lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek werden geen afwijkingen gevonden. De amitrityline werd gestaakt wegens de potentiële nadelige effecten op het cognitief functioneren. Enkele weken later behaalde patiënte op de Mini-Mental State Examination een score van 23/30 punten. Er werd daarna een ontslagdatum gepland. Patiënte wilde echter niet naar huis, en zij liep in het zicht van de verpleging in de ondiepe sloot naast de afdeling. In de dagen na deze gebeurtenis viel patiënte regelmatig, en gaf patiënte aan niet meer te kunnen lopen. Bij lichamelijk onderzoek werden wederom geen afwijkingen gevonden, en er was geen sprake van koorts. In de dagen hierna werd patiënte echter ook incontinent voor urine, at en dronk zij zeer matig, en was haar bewustzijn verlaagd. Er waren geen (pseudo)hallucinaties. Patiënte gaf op vragen antwoorden die er net naast zaten, zoals op de vraag 'Wie is de koningin van Nederland?': 'Wilhelmina'; op de vraag 'Wie is de minister-president van Nederland?': 'Cals'; op de vraag 'Hoeveel is twee plus twee?': 'vijf'. Bij bloedonderzoek bleek dat patiënte uitgedroogd was (ureumspiegel van 28 mmol/l; kreatininespiegel van 177 µmol/l: beide verhoogd). Bij urineonderzoek bleek dat zij een urineweginfectie had. Patiënte werd naar een algemeen ziekenhuis gebracht waar zij intraveneus met antibiotica werd behandeld in verband met een urosepsis.

Na enkele weken opname in het algemeen ziekenhuis kwam patiënte weer terug op onze afdeling. Haar bewustzijn was helder, en zij kon de vragen die ze eerder niet goed beantwoordde nu wel correct beantwoorden. Ook liep zij weer. Tijdens de opname in het algemeen ziekenhuis was er een CT-scan van de hersenen gemaakt, waarop aanzienlijke perifere atrofie, met name frontaal, werd gezien. Er werden geen infarcten of andere focale afwijkingen gevonden. De score op de Mini-Mental State Examination was 22/30 punten. Differentiaaldiagnostisch werd aan dementie van het alzheimertype, een frontotemporale dementie, en het amnestisch syndroom gedacht.

LITERATUURONDERZOEK

Relevante artikelen werden gezocht met behulp van Medline en Embase, in de publicatieperiode vanaf 1966 tot augustus 2006 met als zoektermen 'Ganser' of 'vorbeireden' in de titel of het abstract. De zoekactie werd beperkt tot Engelstalige artikelen. Dit leverde 59 publicaties op. Op basis van de titel en het abstract werden 10 publicaties uitgesloten, omdat zij niet relevant bleken. De referenties van de overige 49 publicaties werden handmatig nagezocht op relevante publicaties, wat nog 5 extra publicaties opleverde. Van de 54 geïnccludeerde publicaties zijn 3 publicaties overzichtsartikelen; 5 publicaties beschrijven 2 of meer gevallen; 4 publicaties zijn ingezonden brieven; 1 artikel is een redactioneel commentaar; 1 artikel gaat over de relatie tussen vorbeireden en humor; en 1 artikel gaat over de psychiater Ganser zelf. De overige 39 publicaties zijn gevalsbeschrijvingen. Een overzicht van deze literatuurreferenties is op te vragen bij de auteurs.

Het klassieke gansersyndroom Het gansersyndroom volgens de klassieke beschrijving bestaat uit vorbeireden, een verlaagd bewustzijn, somatische conversieverschijnselen, en (pseudo)hallucinaties (Enoch & Trethowan 1979). Tabel 1 geeft een overzicht van de differentiaaldiagnostiek van het klassieke gansersyndroom. In meer dan de helft van de gevallen is er een organische, vaak neurologische oorzaak (Dwyer & Reid 2004; Epstein 1991). Psychiatrische ziekten, zoals schizofrenie en depressie, kunnen ook tot het gansersyndroom leiden (Carney e.a. 1987). Ook moet met een nagebootste stoornis of simulatie rekening worden gehouden (Merckelbach e.a. 2006).

Het gansersyndroom in de DSM In de DSM-III wordt het gansersyndroom onder de nagebootste stoornissen gerangschikt. In de herziene versie van de DSM-III wordt het onder de dissociatieve stoornissen gerangschikt, en beschreven als 'het geven van foute antwoorden, die geasso-

TABEL 1 Differentiaaldiagnostiek van het klassieke gansersyndroom

Commotio cerebri
Dementie
Cerebrovasculair accident
Epilepsie
Hersentumor
Schizofrenie
Depressie
Gilles-de-la-tourettesyndroom
Nagebootste stoornis
Simulatie

cieerd zijn met andere symptomen als amnesie, desoriëntatie, waarnemingsstoornissen, fugue, en conversieverschijnselen' (Koster van Groos 1988). In de DSM-IV-TR wordt het gansersyndroom ook als een dissociatieve stoornis geclassificeerd, en beschreven als 'het geven van er-net-naast-antwoorden, voor zover het niet samen gaat met dissociatieve amnesie of dissociatieve fugue' (Koster van Groos 2001). Argumenten voor het classificeren van het gansersyndroom als een dissociatieve stoornis zijn: (1) het gansersyndroom volgens de klassieke beschrijving komt vaak samen voor met andere dissociatieve symptomen zoals amnesie; (2) stressveroorzakende omstandigheden, zoals een juridische aanklacht of het overlijden van een naaste, spelen vaak een rol bij het ontstaan van het gansersyndroom; (3) het gansersyndroom verdwijnt meestal spontaan binnen enkele weken, hoewel ook beschreven is dat het jarenlang blijft bestaan; en (4) hypnose, waarbij ook dissociatie optreedt, is beschreven als een succesvolle behandeling van het gansersyndroom wanneer er geen organische oorzaak is (Lauerma & Kimmo 2004).

BESPREKING

Onze patiënte vertoonde verschillende symptomen van het gansersyndroom volgens de klassieke beschrijving, namelijk het voorbereiden, een verlaagd bewustzijn, en somatische uitvalsverschijnselen zonder duidelijke lichamelijke oorzaak. Uiteindelijk bleek dat een delirium door een urineweginfectie ten grondslag lag aan deze symp-

tomen. Patiënte was door de aanwezigheid van een beginnende dementie waarschijnlijk ook meer kwetsbaar voor een delirium. Het gansersyndroom en het delirium hebben een aantal symptomen gemeen, zoals bewustzijnsstoornissen, waarnemingsstoornissen, en verandering van de cognitieve functies (Van der Mast e.a. 2005). Het geven van er-net-naast-antwoorden was bij beschreven patiënte waarschijnlijk een uiting van gestoorde cognitieve functies (Hampel e.a. 1996; Ladowsky-Brooks & Fischer 2003). Omdat bij voorbereiden meer foute antwoorden worden gegeven dan op grond van het toeval verwacht mag worden, had een vragenlijst met multiplechoicevragen kunnen vaststellen of er inderdaad sprake was van voorbereiden (Hiscock & Hiscock 1989; Merckelbach e.a. 2006). Patiënte voldeed niet aan de diagnose gansersyndroom volgens de DSM-IV-TR-classificatie, omdat het beeld door een somatische aandoening, namelijk een urineweginfectie, werd veroorzaakt (Koster van Groos 2001).

CONCLUSIE

De huidige definitie van het gansersyndroom in de DSM-TR op basis van één symptoom lijkt weinig validiteit te hebben. Als er andere symptomen van het klassieke gansersyndroom aanwezig zijn, zoals een verlaagd bewustzijn, somatische conversieverschijnselen, en (pseudo)hallucinaties, moet differentiaaldiagnostisch rekening gehouden worden met verschillende organische en psychiatrische aandoeningen (Dwyer & Reid 2004), en met een nagebootste stoornis of simulatie (Merckelbach e.a. 2006). Deze gevalsbeschrijving laat zien dat dan ook aan een delirium moet worden gedacht.

LITERATUUR

- Allen, D.F., & Postel, J. (1994). For S.J.M. Ganser of Dresden: a much mis-represented man. *History of Psychiatry*, 5, 289-319.
- Carney, M.W., Chary, T.K., Robotis, P., e.a. (1987). Ganser syndrome and its management. *The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science*, 151, 697-700.

- Dwyer, J., & Reid, S. (2004). Ganser's syndrome. *Lancet*, 364, 471-473.
- Enoch, M.D., & Trethowan, W.H. (1979). *Uncommon psychiatric syndromes*. Bristol: Wright.
- Epstein, R.S. (1991). Ganser syndrome, trance logic, and the question of malingering. *Psychiatric Annals*, 21, 238-244.
- Ganser, S.J. (1898). Ueber einen eigenartigen hysterischen Dämmerzustand. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 30, 663-640. Vertaald door Schorer, C.E. (1965): A peculiar hysterical state. *British Journal of Criminology*, 5, 120-126.
- Hampel, H., Berger, C., & Müller, N. (1996). A case of Ganser's state presenting as a dementia syndrome. *Psychopathology*, 29, 236-241.
- Hiscock, M., & Hiscock, C.K. (1989). Refining the forced-choice method for the detection of malingering. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology: official journal of the International Neuropsychological Society*, 11, 967-974.
- Koster van Groos, G.A.S. (1988). *Handleiding diagnostische criteria DSM-III-R*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Koster van Groos, G.A.S. (2001). *Handleiding diagnostische criteria DSM-IV-TR*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Ladowsky-Brooks, R.L., & Fischer, C.E. (2003). Ganser symptoms in a case of frontal-temporal lobe dementia: is there a common neural substrate? *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology: official journal of the International Neuropsychological Society*, 25, 761-768.
- Lauerma, H., & Kimmo, H. (2004). Ganser syndrome, organic dementia and hypnosis – a case study. *Journal of Trauma & Dissociation*, 5, 93-99.
- Mast, R.C. van der, Huyse, F.J., & Rosier, P.F. (2005). Richtlijn Delirium. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 149, 1027-1032.
- www.cbo.nl/product/richtlijnen.
- Merckelbach, H., Jelicic, M., Peters, M., e.a. (2006). Hoe meneer Ganser zijn basketbalteam naar de overwinning voerde. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 61, 614-627.
- Monsch, A.U., Bondi, M.W., Salmon, D.P., e.a. (1995). Clinical validity of the Mattis Dementia Rating Scale in detecting Dementia of the Alzheimer type. A double cross-validation and application to a community-dwelling sample. *Archives of Neurology*, 52, 899-904.

AUTEURS

D.J. VINKERS is arts in opleiding tot psychiater en werkzaam in het Leids Universitair Medisch Centrum te Leiden.

Y.P. WELSCHEN is psychiater en werkzaam bij Rivierduinen, GGZ Leiden e.o., afdeling Ouderen.

A.S. KEIJZERS is arts in opleiding tot psychiater en werkzaam bij de acute psychiatrische dienst van Rivierduinen, GGZ Leiden e.o.

R.C. VAN DER MAST is psychiater en plaatsvervangend opleider in het Leids Universitair Medisch Centrum te Leiden. Correspondentieadres: dr. D.J. Vinkers, LUMC, afdeling psychiatrie, Postbus 9600, 2300 RC, Leiden.

E-mail: d.j.vinkers@lumc.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 23-1-2007.

SUMMARY

Differential diagnosis of the Ganser syndrome. A case study – D.J. Vinkers, Y.P. Welschen, A.S. Keijzers, R.C. van der Mast –

According to the classical definition, someone with the Ganser syndrome gives 'approximate' answers, i.e. answers that are beside the point, has lowered consciousness, displays somatic conversion symptoms and suffers from pseudo-hallucinations. On the basis of the case of an 80-year-old female patient who gave approximate answers and by means of a systematic review of the literature, we give the differential diagnosis of the Ganser syndrome. The causes seem to be largely organic.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 49(2007)5, 339-342]

KEY WORDS differential diagnosis, Ganser Syndrome, voorbereiden