

Seelisch Kranke unter uns

Allgemeine Informationen – Reports – Kommentare

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

VORBEI-ANTWORTEN – VORBEI-REDEN (GANSER-SYNDROM)

Das so genannte Ganser-Syndrom gehört zu den eigenartigsten Phänomenen, was bis heute nicht befriedigend erforscht und abschließend geklärt werden kann. Dabei handelt es sich „eigentlich nur“ um ein Vorbei-Reden wenn nicht gar Vorbei-Handeln. Und das im Sinne eines „Scheinblödsinns“ oder „pseudo-dementen Leidensbildes“, mitunter bis zu grotesken Simulationsversuchen. Was könnte dahinter stehen, und zwar nicht nur seelisch, psychosozial, sondern auch neurologisch u. a.?

Nachfolgend eine kurz gefasste Übersicht zur Ergänzung eines ausführlicheren Beitrags über das Ganser-Syndrom in dieser Serie.

Erwähnte Fachbegriffe:

Ganser-Syndrom – „gansern“ – Vorbei-Antworten – Vorbei-Reden – „Beschwerdebild“ – Häufigkeit, Alter, Geschlecht und Verlauf – mögliche Ursachen – diagnostische Einordnung – therapeutische Grenzen – u.a.m.

Das Spektrum seelischer „Absonderlichkeiten“ bis hin zu eindeutig psychischen Störungen ist weit, weiter als man denkt und so mancher Fachbereich mit organischen Krankheiten zu bieten hat. Einzelheiten siehe die entsprechenden Beiträge in der Serie.

Eines dieser irritierenden und auch von den Experten nicht schlüssig erklärbaren Beispiele ist das so genannte *Ganser-Syndrom*. Oder kurz: Vorbei-Antworten und Vorbei-Reden (englisch und international: „approximate answers“ oder „near-miss answers“). Selten, aber dann allseits verwirrend, weil wie eine „typische Geisteskrankheit“ wirkend. So die häufige Verdachts-Diagnose, vor allem in der Allgemeinheit, aber auch in Fachkreisen (Psychose, wahrscheinlich schizophrene?).

Der Psychiatrie-Professor und Klinik-Direktor Dr. S. J. M. Ganser war sich zwar vor über 120 Jahren sicher: Das schon zuvor bei Häftlingen als „Haftpsychose“ beschriebene Phänomen des Vorbei-Redens, Vorbei-Handelns und Nichtwissen-Wollens wurde vor allem als „Gefängnis-Psychose“ bezeichnet, weil ursprünglich und immer wieder bei Insassen von Vollzugsanstalten mit entsprechender Symptomatik gesehen. Aber auch als pseudo-dementes Syndrom oder Scheinblödsinn interpretiert, um als krank zu gelten, in eine entsprechende Abteilung verlegt oder gar entlassen zu werden bzw. schon zuvor der Haft zu entgehen.

Wissenschaftlich wurde es also schon im 19. Jahrhundert kontrovers diskutiert, auch wenn sich Professor Ganser hier sicher(er) war. Einzelheiten dazu siehe der ausführlichere Beitrag in dieser Serie über das Ganser-Syndrom mit entsprechenden Hinweisen aus früheren psychiatrischen Lehrbüchern, Fachartikeln und Meinungsbildern der Experten mit entsprechendem deutschsprachigen Literaturverzeichnis.

Symptomatik („Beschwerdebild“)

Wie erwähnt handelt es sich also erst einmal um ein auffälliges Verhalten, das aber den Verdacht einer bewussten (strategischen) Täuschung nahelegt. Will heißen: Die Antworten, selbst auf einfache Fragen hin, sind völlig verdreht, lassen jedoch erkennen, dass die Frage(n) verstanden wurde(n). Das Gleiche gilt für groteske Fehlhandlungen, in denen praktisch alles falsch gemacht wird – und zwar offenbar „systematisch“.

Letztlich scheint sich der Betroffene so zu verhalten, wie man sich in Laienkreisen einen Patienten mit einer psychischen Störung („Geisteskrankheit“, Psychose) vorzustellen pflegt. Das mag in einige Fällen zutreffen, also „entweder bewusste Täuschungs-Absicht oder seelische Krankheit“. Dabei gilt es allerdings bei der ärztlicher Diagnose einige Fragen zu beantworten, die – überraschend von damals bis heute – nicht immer und schon gar nicht exakt zu beantworten sind. Was heißt das?

Häufigkeit – Alter – Geschlecht – Verlauf

Schon zur Häufigkeit lässt sich nur eines sagen: selten, zumindest selten konkret erkannt, fachlich beschrieben und exakt diagnostiziert.

Alter: Meist durchschnittliches Lebensalter, mit jedoch breitem Alters-Spektrum. Mit zunehmendem Alter allerdings immer seltener.

Geschlechtsspezifisch häufiger Männer, wenn auch nur tendenziell.

Was den Verlauf anbelangt, so finden sich Hinweise auf einige Tage bis mehrere Monate, in Einzelfällen mit entsprechenden Intensitäts-Schwankungen auch jahrelang.

Ursachen und Krankheitseinteilung

Das Krankheitsbild ist also eindrücklich, aber bis heute ätiopathogenetisch (Ursache und Verlauf) sowie nosologisch (Krankheitseinteilung) noch immer nicht sicher ein- und zuzuordnen.

Als Erstes denkt man natürlich an die erwähnte Psychose, vor allem eine schizophrene Psychose (Einzelheiten siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie). Hier gibt es in der Tat das nicht seltene Symptom des Vorbei-Redens. Das ist eine so genannte formale Denkstörung die zu Antworten führt, die nicht zur gestellten Frage passen. Das würde dann tatsächlich auf eine spezifische schizophrene Pathologie deuten. Konkret: Einen so genannten Begriffs-Zerfall, bei dem Begriffe ihre feste Bedeutung und scharfe Abgrenzung zur üblichen Alltagssprache verlieren. Dadurch wirken schizophren Erkrankte in ihren Äußerungen unbestimmt, ja verschwommen und teilweise bizarr.

Das hat aber nichts mit dem Ganser'schen „Vorbei-Antworten“ zu tun. Oder wie es die Experten differenzieren: Beim Schizophrenen zwischen völlig zusammenhanglosen bis hin zu falschen Antworten, beim Ganser-Patienten knapp daneben liegende Antworten (in Fachkreisen auch „gansern“ genannt).

Man sieht: Je mehr man in die fachliche Materie einsteigt, desto komplexer wird es. Das betrifft auch mögliche Ursachen, und zwar nicht nur auf psychologischer oder psychiatrischer Ebene, sondern ggf. auch neurobiologisch bzw. neuropsychologisch. Hier stehen der modernen Medizin natürlich andere Untersuchungs-Verfahren zur Verfügung als vor über 100 Jahren.

Beispiele: sprach-systematische Untersuchungen (Spontansprache, Sprechgeschwindigkeit, Sprechweise etc.); Kommunikationsverhalten (Wortwahl, Stil, Redefluss, Verständlichkeit, Stimm-Qualität, Blickkontakt u. a.); klinische Apraxie-Prüfungen und exekutive Funktionen; Kurzeit-, Arbeits- und episodisches Gedächtnis; visuelle Wahrnehmung (Sehen), Aufmerksamkeitsfunktionen usw. Und das alles schließlich neuro-psychiatrisch auf einen halbwegs akzeptablen Nenner gebracht, um so zu einer möglichst zutreffenden Diagnose zu kommen.

Dabei spielt jedoch ein weiterer Faktor eine nicht unwichtige Rolle: Gemeint ist die so genannte Differential-Diagnose oder kurz: was könnte es sonst noch sein? Und hier ein weiterer Aspekt, nämlich die so genannte Co-Morbidität, d. h. wenn eine Krankheit zur anderen kommt und so ein entsprechend verwirrendes Leidensbild auslöst.

Beispiele: So wird das Ganser-Syndrom einerseits als eine „dicht unter der Bewusstseinsschwelle ablaufende Wunsch- und Zweckreaktion gedeutet. Die Symptomatik wird aber auch bei posttraumatischen (nach Schädel-Hirn-Verletzung) und postiktalen Dämmerzuständen (nach epileptischen Anfällen), bei Hirntumoren, Hirnverletzungen und progressiver Paralyse (Lues) beobachtet. Ob es auch auf rein hysterischer (heute histrionisch genannter) Grundlage vorkommen kann, bleibt umstritten; auch wenn sich dieser Aspekt neben den scheinbaren Täuschungs-Absichten aufdrängen mag.

Diagnostische Einordnung

Was also bleibt, ist ein für Laien sicher schwer durchschaubares, aber auch für Fachleute kaum exakt eingrenzbare Syndrom von Symptomen, die nicht alltäglich sind. Und vielleicht am ehesten an das denken lassen, was schon vor langer Zeit in einem Fachartikel sogar im Titel angedeutet wurde: psychische Störung oder „Schlitzohrigkeit“?

Um aber auch bei einem solchen Phänomen eine halbwegs zutreffende Einordnung zu finden, wird in der bisher geltenden so genannten operationalisierten Diagnostik nach der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) das Ganser-Syndrom in die Kategorie der „sonstigen dissoziativen Störungen“ (Konversionsstörungen) aufgenommen (F44.80). In dem US-amerikanischen Diagnostischen und Psychiatrischen Manual Psychischer Störungen – DSM-5[®] wird das Ganser-Syndrom jedoch nicht einmal erwähnt.

Therapeutische Möglichkeiten und Grenzen

Die Diagnose ist das eine, eine möglichst befriedigende Therapie das andere. Bleibt das eine unscharf, kann man sich vom anderen auch nur wenig erwarten. Das ist gerade in der Psychiatrie und ihren verwandten Disziplinen nicht selten. Das Ganser-Syndrom gehört dazu. Und so bleibt dann meist die vage Empfehlung: Therapie ja, am ehesten wohl symptomatisch (also auf die jeweiligen Krankheitszeichen oder das entsprechende Beschwerdebild gerichtet). Und dies nach zuvor möglichst sorgfältiger, ja umfassender seelischer, psychosozialer und nicht zuletzt hirn-organischer Abklärung – falls möglich.

Bei allem jedoch die Erkenntnis, einst wie heute: Das Ganser-Syndrom – letztlich nach wie vor ungeklärt und damit therapeutisch begrenzt.

LITERATUR

Arenz, D.: Eponyme und Syndrome in der Psychiatrie. Viavital-Verlag, Köln 2001

Assion, H.-J.: **100 Jahre Ganser-Syndrom – ein Rückblick und Ausblick.** In G. Nissen, F. Badura: Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Nervenheilkunde. Band 7, Verlag Königshausen und Neumann, Würzburg 2001

Assion, H.-J., K. Schmidt: **Psychische Störungen oder Schlitzzohrigkeit? Zur Klassifikation des Ganser-Syndroms.** In: B. Vollmoeller (Hrsg.): Grenzwertige psychische Störungen. Thieme-Verlag, Stuttgart 2004

Dammann, G.: **Das Ganser-Syndrom.** In: A. Eckhardt-Henn, S. O. Hoffmann (Hrsg.): Dissoziative Bewusstseinsstörungen. Schattauer-Verlag, Stuttgart 2004

Hey, J.: **Das Gansersche Symptom.** Springer-Verlag, Berlin 1904

Ferner die Falldiskussion mit Literaturübersicht und modernen differentialdiagnostischen Untersuchungs-Verfahren in der Fachzeitschrift Nervenarzt:

Wirtz, G. u. Mitarb.: **Psychopathologie des Ganser-Syndroms.** Der Nervenarzt 5 (2008) 543