



Síndrome de Ganser: O Mundo em que $2+2=5$

Ganser Syndrome: The World where $2+2=5$

Catarina da Costa Campos*✉, Joana Mesquita*

RESUMO

Introdução: A Síndrome de Ganser (SG) é uma doença rara descrita pela primeira vez em 1897, pelo neurologista Sigbert Ganser. Foi caracterizada originalmente como uma síndrome do foro histeriforme, no entanto manteve-se revestida de controvérsia desde o seu início até aos dias de hoje.

Objetivos: Descrever um caso clínico cujas características são compatíveis com a SG e elaborar uma breve revisão sobre esta entidade nosológica.

Métodos: Recolha e sistematização da informação clínica de um caso compatível com o diagnóstico de SG. Procedemos à revisão não sistemática do conceito e das características clínicas que lhe estão associadas.

Resultados e Conclusões: A SG é de difícil identificação em grande parte devido à grande indefinição que persiste quanto à sua caracterização e uniformização dos sintomas que a compõe. É necessária uma melhor definição da doença dentro do conceito das perturbações dissociativas, de forma a facilitar a sua identificação e o diagnóstico diferencial.

Palavras-Chave: Síndrome de Ganser; Perturbações Dissociativas.

ABSTRACT

Background: Ganser Syndrome (GS) is a rare disease first described in 1897 by the neurologist Sigbert Ganser. It was originally characterized as a hysterical syndrome, but has remained controversial from its beginning to the present day.

Aims: To describe a clinical case whose characteristics are compatible with GS and to make a brief review about this nosological entity.

Methods: We collect and systematized the clinical information from a clinical case compatible with the diagnosis of GS. We carried out a nonsystematic review of the concept and associated clinical features.

Results and Conclusions: GS is difficult to identify mostly due to the great uncertainty that persists in its characterization and standardization of the symptoms that compose it. A better definition of the disease is required within the concept of dissociative

* Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, Hospital de Braga; ✉ Ana.Campos@hospitaldebraga.pt.

 <http://orcid.org/0000-0002-1691-6000>

Recebido / Received: 28/09/2017 • Aceite / Accepted: 11/12/2017

disorders, in order to facilitate its identification and differential diagnosis.

Key- Words: *Ganser Syndrome; Dissociative Disorders.*

INTRODUÇÃO

Em 1897, o neurologista Sigbert Ganser descreveu pela primeira vez a síndrome sua homónima enquanto trabalhava numa instituição penal em Halle, na Alemanha, baseado na observação de três pacientes prisioneiros¹. As respostas aproximadas (termo alemão - vorbeireden) são o sintoma mais característico da Síndrome de Ganser (SG), em que o paciente responde de forma errada às questões colocadas, mas a natureza da resposta revela que o doente percebeu a pergunta que lhe foi dirigida^{2,3}. Por exemplo, quando questionado “quantas patas tem um cavalo” o doente responde “3” ou “de que cor é a neve” o doente responde “preto”³.

Apesar das respostas aproximadas serem o sintoma mais óbvio desta doença rara, Ganser reconheceu que esta síndrome, que defendia tratar-se de uma forma de histeria, incluía outras características importantes. Nos três pacientes em que Ganser identificou a síndrome, observou uma condição que se revelava autolimitada no tempo e que envolvia também alterações da consciência que resolviam de forma súbita, apresentando os doentes amnésia em relação ao período sintomático. Ganser também descreveu a presença de alucinações nos três pacientes, assim como alterações da sensibilidade (quer híper como hipotalgia flutuantes)³.

Apesar de Ganser ter deixado claro que a presença de respostas aproximadas não seria suficiente para fazer o diagnóstico da síndrome, muitos estudos posteriores basearam-se unicamente neste sintoma, demonstrando apenas que a este lhe falta especificidade quando usado isoladamente, uma vez que as respostas aproximadas não são patognomónicas podendo estar presentes noutras patologias, como por exemplo nas síndromes demenciais ou na psicose esquizofrénica³.

Na tentativa de uniformizar a síndrome em termos sintomatológicos, Enoch e Trethowan (1979)⁴ propuseram um conjunto de quatro critérios definidores da doença, baseados na sua interpretação do trabalho de Ganser: a presença de respostas aproximadas a questões simples; o desenvolvimento de sintomas físicos de origem psicogénica (conversivos); alucinações (visuais e/ou auditivas) e alterações do estado da consciência. Curiosamente, outros aspetos da descrição desenvolvida por Ganser, incluindo o seu curso transitório e autolimitado no tempo, a remissão súbita e a amnésia em relação ao período sintomático, não foram incluídos no trabalho de Enoch e Trethowan. Apesar da formulação destes critérios ter sido importante na caracterização e uniformização sintomatológica da síndrome, o seu uso tem criado limitações no sentido de não ser claro que critérios são realmente necessários para o diagnóstico, na medida em que negligencia sintomas que Ganser considerava centrais³.

Hoje a SG está classificada na DSM-IV-TR como uma “perturbação dissociativa sem outra especificação”, sendo definida como “respostas aproximadas a questões (por exemplo

2+2=5, ou qualquer número diferente de 4), quando não associadas à amnésia ou fuga dissociativa”⁵. Note-se que segundo a DSM-IV-TR o diagnóstico apenas exige a presença das respostas aproximadas sem requerer quaisquer outros sintomas para o diagnóstico. No entanto, tal como já foi referido, este fenómeno não é de todo específico desta doença, encontrando-se presente noutros estados psicopatológicos. Trata-se assim de um retrocesso em relação às tentativas de Enoch e Trethowan de uniformizar a doença tendo a vista a sua melhor objetivação. Na CID-10 a SG encontra-se sob a designação de “outras perturbações dissociativas (conversivas)”⁶. A SG não consta na DSM-5, reforçando o seu carácter pouco consensual entre a comunidade científica psiquiátrica atual.

Ao longo do tempo a SG foi tendo várias designações, entre elas “psicose carcerária”, “negativismo catatónico”, “puerilismo histérico” ou até, pela mão de Wertham em 1949, o título de “pseudostupidez histérica encontrada quase exclusivamente em prisões e em textos alemães de psiquiatria velhos e desatualizados”². Estas designações de tonalidade mais sarcástica, e até de escárnio, pretendiam ir contra a ideia defendida por Ganser de se tratar de uma patologia de natureza histeriforme, sugerindo que os sintomas eram consequência de uma simulação consciente.

A presença de sintomas semelhantes à SG noutras patologias psiquiátricas, como por exemplo esquizofrenia; estados maníacos e depressivos; demências ou atraso mental^{2,3}, tornam ainda mais difícil a categorização da síndrome em termos nosológicos. Inclusive, sintomas semelhantes foram des-

critos noutros contextos não psiquiátricos, como por exemplo no pós-acidente vascular cerebral; pós-anoxia; ou após lesão traumática cerebral, entre muitas outras afeções com envolvimento cerebral³.

OBJETIVOS

Descrever um caso clínico cujas características são compatíveis com a SG e elaborar uma breve revisão sobre esta entidade nosológica.

MATERIAL E MÉTODOS

Recolha e sistematização da informação clínica de um caso clínico compatível com o diagnóstico de SG. Procedemos à revisão não sistemática do conceito e das características clínicas que lhe estão associadas.

CASO CLÍNICO

Mulher de 56 anos, doméstica, a viver em união de facto com o companheiro há mais de 30 anos. Segundo informações prestadas pela doente possuiria um único filho, estando este casado e a residir em Lisboa.

Como antecedentes psiquiátricos era seguida em consultas de psiquiatria por síndrome depressiva, crises dissociativas e comportamentos parassuicidários de repetição (intoxicações medicamentosas voluntárias). Com história de dois internamentos psiquiátricos prévios, o último dos quais tinha tido alta no mês anterior tendo-lhe sido atribuído o diagnóstico de possível crise dissociativa. Sem história presente ou passada de consumo de substâncias ilícitas. Antecedentes médicos irrelevantes. Quanto aos antecedentes familiares destaca-se o pai, fale-

cido aos 60 anos, o qual seria portador de uma síndrome demencial.

A doente recorreu ao serviço de urgência, referenciada pelo seu médico de família, por aparente “agravamento do seu estado depressivo” com múltiplas queixas mnésicas e episódios de desorganização do comportamento. O seu companheiro descrevia que as alterações do comportamento teriam começado há cerca de 4 anos e tinham um carácter flutuante, com períodos em que a doente se encontrava totalmente bem, e que no momento se teriam agravado, sendo constituídos por: incapacidade progressiva de realizar tarefas domésticas corretamente (por exemplo colocar a panela ao lume sem água dentro ou trocar o sal pela pimenta); esquecer-se de recados; não saber lidar com o dinheiro; fugas de casa (por exemplo, certa vez, terá ido comprar pão ao café às 3h da madrugada); e episódios de alheamento, com discurso repetitivo. À observação no serviço de urgência a doente apresentava-se calma, pouco colaborante na entrevista, desorientada no tempo e espaço, auto e alopsiquicamente. Com humor subdepressivo. Postura apelativa e teatral. Discurso desorganizado e pobre em conteúdo respondendo sistematicamente que “não sabia” às várias questões que lhe eram colocadas. Afirmava não se recordar do nome do marido, nem do seu internamento mais recente do qual tinha tido alta poucas semanas antes e que tinha tido a duração de cerca de 3 meses. Não se apuraram alterações do pensamento ou da sensopercepção. Optou-se pelo internamento da doente para esclarecimento e estabilização do quadro.

No internamento a doente mostrou-se, de forma flutuante, desorientada no espaço, no

tempo, e por vezes auto e alopsiquicamente. Dizia que a sua morada era o hospital e que se encontrava em casa; afirmava que o seu nome completo era o seu primeiro e segundo nome, ignorando os apelidos; foi-lhe perguntada várias vezes a sua idade nunca acertando no verdadeiro número e a sua resposta variava sempre (por exemplo um dia respondia ter 46 e no outro 54), tendo o mesmo se passado quando se inquiria em relação à idade do filho (respondia idade aproximada da verdadeira sem nunca acertar), assim como em relação à data do seu aniversário. Quando questionada, também errou repetidamente o dia, mês e ano em que se encontrava. A doente negou por várias vezes recordar-se dos médicos que a seguiam no internamento, em entrevistas subsequentes, apresentando uma postura de alheamento e atitude de *belle indifférence* em relação aos défices que apresentava.

Também foi possível apurar a presença de atividade alucinatória visual, uma vez que a doente verbalizava ver “bichos (insetos) muito grandes e pretos, com grandes antenas” *sic*, que a angustiavam porque a “perseguiam” (e não porque mais ninguém os conseguisse ver). Pelo seu comportamento também era possível inferir a presença de alucinações visuais, pois foram presenciados episódios em que a doente olhava assustada parecendo estar a evitar algo e, quando questionada, afirmava estar a fugir dos insetos que a perseguiam. Estes episódios mantinham-se mesmo quando a doente acreditava não estar a ser observada.

A doente narrou ter experienciado vários acontecimentos desfavoráveis de vida. A mãe terá falecido quando esta tinha dois anos, não tendo desta qualquer recordação. Quando o

primeiro marido iniciou consumo de drogas, a doente terá ido viver com um irmão para outra cidade deixando o seu filho de cinco anos em Lisboa aos cuidados do pai e da avó paterna, revelando sentimentos de culpa neste contexto. Vivía em união de facto há mais de 30 anos, no entanto, há cerca de oito anos, descobriu que o companheiro teve um relacionamento extraconjugal, tendo nascido uma menina fruto desse relacionamento. Seis anos antes o filho casou, mantendo com este apenas contacto telefónico e nunca chegou a conhecer pessoalmente os netos.

Durante o internamento a doente apresentou-se globalmente calma, mas nem sempre colaborante nas entrevistas. Por vezes com postura alheada e outras vezes apelativa. Expressão facial muitas vezes perplexa. Discurso na globalidade pouco fluente e pobre em conteúdo, intercalando com momentos de maior fluidez e espontaneidade. Não se apuraram alterações do conteúdo ou forma do pensamento. Humor subdepressivo que melhorou ao longo do período de internamento, sem ideação suicida estruturada. Queixou-se de alterações da sensibilidade e parestesias nos membros superiores, sem que fosse encontrada uma causa neurológica para o facto (provável origem psicogénica). Desenvolveu rigidez muscular, bradicinesia e hipomímia (sem tremor parkinsoniano), que se vieram a revelar iatrogénicas à cloropromazina que foi instituída por insónia resistente.

Dada a atipia do quadro, e no sentido de procura de ajuda a nível de esclarecimento diagnóstico, foi solicitada a realização de avaliação psicológica – realização de testes psicométricos e avaliação da personalidade

pré-mórbida. Os resultados dos instrumentos aplicados foram sugestivos de défice cognitivo e neuroticismo. Nestes testes foram particularmente evidentes a alteração da orientação espaciotemporal, da função executiva e da capacidade visuo-construtiva. No teste do cubo era capaz de desenhar o cubo por evocação, mas não foi capaz de reproduzir a figura. Falhou também no teste dos pentágonos e do relógio. Foram realizados dois *Mini Mental State Examination* em dias consecutivos que revelaram grande flutuação de défices: no primeiro obteve uma pontuação de 15/30 e no segundo dia 12/30 (a doente possuía o 12º ano de escolaridade). No *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) obteve pontuação de 2/30.

Dados os factos da avaliação psicológica ter sugerido a presença de défice cognitivo e alterações da capacidade visuo-construtiva, os seus défices apresentarem grande flutuação, a presença de alucinações visuais e de sintomas parkinsonianos (rigidez muscular, bradicinesia e hipomímia, que ainda não havia certeza de serem exclusivamente iatrogénicas à cloropormazina instituída), assim como as alterações do comportamento testemunhadas pelo companheiro da doente, e os seus antecedentes familiares de síndrome demencial, foi levantada a hipótese de se estar na presença de uma demência de corpos de Lewy, pelo que foi solicitada colaboração por parte da especialidade de Neurologia. Na observação realizada pelo neurologista a doente perseverou nas respostas, respondendo que “não” ou que “não sabia” a todas as questões colocadas, mesmo as mais simples ou relacionadas com a sua biografia. Não terá desenhado o círculo ou triângulo porque “não sabia o que eram”

síc. Cumpriu ordens simples mas com pararespostas motoras (pedia-se para levantar a mão direita e levantava as duas; pedia-se para levantar as pernas e levantava braços e pernas). Sem alterações ao restante exame neurológico. O neurologista considerou pouco provável a hipótese de se tratar de uma síndrome demencial.

Foram também realizados exames no sentido de excluir causas orgânicas, nomeadamente de imagem (tomografia computadorizada cerebral) e analíticos (hemograma, leucograma, provas da função hepática, renal, tiroideia, ionograma, proteína C reativa, sedimento urinário e pesquisa de drogas de abuso na urina), cujos resultados vieram completamente normais.

A doente teve alta ao fim de 33 dias de internamento, ligeiramente melhorada, mas mantendo défices cognitivos flutuantes e atípicos e queixas de atividade alucinatória visual. Com humor neutro. Recomendou-se manutenção do seguimento em consultas de psiquiatria. Foi proposta também integração em hospital de dia, mas esta foi recusada pela doente. Teve alta para o domicílio medicada com Paroxetina 20 mg /dia; Cloropromazina 125 mg /dia; Diazepam 15 mg /dia.

DISCUSSÃO

Perante os factos de a doente apresentar respostas aproximadas (tanto do tipo verbal como motor); a presença de alucinações visuais; de sintomas físicos de origem psicogénica; de alterações do estado da consciência com desorientação temporo-espacial e défices cognitivos flutuantes (que seriam tradutores de um estado mental transitoriamente alte-

rado); a presença de amnésia em relação aos períodos sintomáticos prévios (não se recordar do seu último internamento que terá ocorrido num contexto sintomatológico semelhante e negar reconhecer os médicos que a seguiam no internamento); assim como os resultados das avaliações psicológicas e neurológicas, e a normalidade dos exames analíticos e de imagem realizados, surgiu como hipótese mais provável estarmos na presença de uma SG. Tratando-se esta, tal como defendido pelo próprio Ganser, de uma patologia do foro histeriforme, fatores como a presença de acontecimentos desfavoráveis de vida e, portanto, de conflitos emocionais; os antecedentes de neuroticismo e traços desadaptativos da personalidade do *cluster B*, sobretudo da linha histeriônica; e a atitude de *belle indifférence* em relação aos défices que apresentava, reforçam esta hipótese diagnóstica.

No que diz respeito à abordagem da SG, a literatura refere que o internamento poderá ser necessário em fase aguda com o objetivo de proteger o doente, considerando o seu estado dissociativo e para esclarecimento diagnóstico^{2,3}. Em relação à terapêutica medicamentosa, alguns autores aconselham o uso de antipsicóticos e ansiolíticos, no entanto a psicoterapia de suporte poderá ser suficiente, sendo esta abordagem bastante consensual^{2,3}. Geralmente há um bom prognóstico tendo em conta o carácter autolimitado da doença, com a sua remissão muitas vezes completa mesmo na ausência de tratamento específico, deixando como única sequela a amnésia para o período sintomático^{1,3}. Parece-nos atípico o facto da doente exibir os sintomas por um período tão prolongado de tempo, no entanto, apesar

da literatura sugerir que uma resolução rápida e precoce da SG seja a norma, há quem defenda⁷ que será verdade que a síndrome na sua totalidade poderá ser breve, mas muitos dos sintomas poderão persistir perpetuados através de diferentes mecanismos mentais, particularmente dissociativos. Assim, considerando o desenvolvimento e a persistência prolongada dos sintomas, o prognóstico desta doente à altura da alta foi considerado desfavorável, mais ainda se atentarmos ao facto da doente ter recusado integração em hospital de dia que poderia oferecer o suporte psicoterapêutico necessário para melhorias clínicas mais acentuadas, e ajudar a prevenir o surgimento de novos episódios no futuro.

Uma vez que na altura da alta clínica do internamento a doente ainda apresentava défices cognitivos flutuantes e atípicos, assim como queixas de atividade alucinatória visual, não foi possível naquele momento excluir totalmente a existência de SG em contexto de uma síndrome demencial em estadio inicial (demência de corpos de Lewy), tendo-se optado, no entanto, por não introduzir antidemencial e aguardar pela evolução clínica da doença. Após a alta, e apesar da doente ter sido reenaminhada para consultas de Psiquiatria, acabou por não comparecer às consultas agendadas. Foi observada em consulta de Psiquiatria dois anos após a alta do internamento, depois ter sido novamente referenciada pelo médico de família em contexto de agravamento do humor deprimido e ideação suicida. Volvido este tempo, a doente demonstrou ter regressado ao seu funcionamento de base, não exibindo défices cognitivos sugestivos de síndrome demencial, o que permitiu afastar completa-

mente esta hipótese como explicativa dos sintomas manifestados durante o internamento. Nesta consulta, a doente revelou ter mais uma filha, emigrada no estrangeiro, que nunca tinha referido durante todo o período de internamento em que sempre disse ter apenas um filho. O facto da doente se ter “esquecido” desta filha é sugestivo de que poderiam existir conflitos emocionais relacionados com esta, o que ajuda, mais uma vez, a reforçar o diagnóstico de SG, não apenas na sua vertente sintomática como também etiológica no caso apresentado.

CONCLUSÕES

A SG é controversa desde que foi descrita pela primeira vez, mantendo-se a contenda até aos dias de hoje. Ela inclui um conjunto variado de sintomas e manifestações psicológicas que oferecem grandes problemas na sua sistematização sintomatológica como síndrome, como mais ainda na sua identificação diagnóstica na prática clínica.

É inegável que os sistemas nosológicos como a DSM e a CID tiveram um papel importante no desenvolvimento científico da psiquiatria como a conhecemos hoje. No entanto, estes sistemas classificativos estabelecem critérios rígidos e bem definidos para as várias patologias, acabando por negligenciar alguns quadros cujas características clínicas são mais atípicas ou de difícil sistematização. Nestes momentos acabamos por encontrar nas descrições dos autores clássicos a resposta para os problemas diagnósticos com que nos deparamos.

Pelo exposto, a SG para além de rara é de difícil identificação, mostrando-se necessária uma melhor definição da doença dentro do

conceito das perturbações dissociativas, de forma a facilitar o seu reconhecimento e o diagnóstico diferencial.

Conflitos de Interesse / *Conflicting Interests:*

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

The authors have declared no competing interests exist.

Fontes de Financiamento / *Funding:*

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

The authors have declared no external funding was received for this study.

Bibliografia / *References*

1. Dwyer J, Reid S. Ganser's syndrome. *Lancet*. 2004; 364: 471-73.
2. Jiménez-Gómez B, Quintero J. Ganser syndrome: review and case report. *Actas Esp Psiquiatr*. 2012; 40: 161-4.
3. Schneider D, Szetela B, Daly R. Ganser Syndrome. *Medscape*. 2013. Disponível em: <http://emedicine.medscape.com/article/287390-overview>. [Acessado a 30 de Maio de 2015].
4. Enoch MD, Trethowan WH. The Ganser syndrome. *Uncommon Psychiatric Syndromes*. 1979; 50-62.
5. American Psychiatric Association. *DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Text revision*. 4th ed. Washington, DC, USA: American Psychiatric Press; 2000.
6. World Health Organization. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. 10th Revision (ICD-10). Geneva; WHO; 1992.
7. Miller P, Bramble D, Buxton N. Case Study: Ganser Syndrome in Children and Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997; 36:112-5.