



Zespół Gansera

Ganser's syndrome

WALDEMAR KRYSZKOWSKI, MONIKA TALAROWSKA,
KINGA BOBIŃSKA, ANTONI FLORKOWSKI, PIOTR GAŁECKI

Klinika Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

STRESZCZENIE

Cel. Praca omawia klasyfikację, trudności diagnostyczne oraz znaczenie sądowo-psychiatryczne zespołu Gansera. Wykorzystano informację z baz ProQuest, ScienceDirect, PubMed (słowo kluczowe „zespół Gansera”) oraz dostępne publikacje.

Poglądy. Zespół po raz pierwszy opisał w 1898 roku Sigbert Josef Maria Ganser. Weześniejsze klasyfikacje psychiatryczne oraz dostępne publikacje wskazują, że podejście do problematyki związanej z tym zespołem ciągle się zmieniało. Obecnie zakwalifikowany jest zarówno w ICD-10, jak i w DSM-IV do zaburzeń dysocjacyjnych (konwersyjnych). Przez niektórych autorów zaliczany jest ponadto do psychoz więziennych, gdyż najczęściej występuje u osób oskarżonych i osadzonych.

Wnioski. Zespół Gansera stanowi ważny, lecz obecnie nie doceniany problem w psychiatrii. Zagadnienia z nim związane są szczególnie ważne w orzecznictwie sądowo-psychiatrycznym, gdzie wymaga różnicowania z symulacją i zaburzeniami pozorowanymi. Mimo ustalonych kryteriów diagnostycznych, wielu autorów podnosi problem subiektywności w ocenie poszczególnych objawów, co niejednokrotnie może prowadzić do fałszywie pozytywnych wyników i stanowi przeszkodę w porównywaniu przeprowadzonych badań.

SUMMARY

Objective. The paper presents past and present classifications, forensic-psychiatric meaning of the Ganser's syndrome. Data from the ProQuest, ScienceDirect, PubMed databases (keyword “Ganser syndrome”) and from available publications on the subject were taken into account.

Background. The syndrome was described for the first time in 1898 by Sigbert Josef Maria Ganser. An analysis of earlier psychiatric classifications and current publications shows considerable changes over time in the approach to this syndrome. At present it is included among dissociative or conversion disorders (both in the ICD-10 and DSM-IV). Moreover, some authors classify the Ganser syndrome as prison psychosis, because it is most common among the accused and detained.

Conclusions. The Ganser syndrome is an important but still underestimated problem in psychiatry. Questions concerning Ganser's syndrome are especially important in the provision of forensic-psychiatric expert opinions, where this condition has to be differentiated from malingering and fake disorders. Despite established diagnostic criteria for the syndrome, many authors point out subjectivity in the evaluation of particular symptoms of Ganser's syndrome, which may frequently result in false-positive diagnoses and make comparisons across studies difficult.

Słowa kluczowe: zespół Ganser/symulacja/przybliżone odpowiedzi/puerylizm

Key words: Ganser/syndrome/malingering/approximate answers/puerilism

Zespół Gansera (ZG) jest rzadko występującym zaburzeniem dysocjacyjnym. Najbardziej charakterystyczne dla niego są tzw. “przybliżone odpowiedzi” na zadawane pytania. Towarzyszą mu często inne objawy: omamy, zaburzenia ruchowe, lękowe i świadomości. Niejednokrotnie przemijają tak szybko, jak się pojawił, a okres choroby pokrywa niepamięć. W literaturze spotkać można wiele synonimów tej jednostki chorobowej: zespół przybliżonych odpowiedzi, psychoza więzienna, *nonsense syndrome* [1]. Mimo, że wciąż stanowi ważne zagadnienie psychiatryczne, szczególnie orzecznicze, jest problemem rzadko poruszonym w dzisiejszych publikacjach.

WYSTĘPOWANIE

W praktyce „czysty” zespół Gansera, spełniający wszystkie kryteria diagnostyczne, występuje bardzo rzadko. Opisano około stu potwierdzonych przypadków. Dokładna częstość nie jest znana, ponieważ większość zarejestrowanych rozpoznań nie opiera się na pełnych kryteriach, ale opisuje tylko najbardziej charakterystyczny objaw – przybliżone odpowiedzi. Przed 1955 rokiem opisano w anglojęzycznej literaturze jedynie 14 przypadków ZG [1]. McGrath i McKenna stwierdzili 50 przypadków wśród 8000 więźniów [2], natomiast Tsoi opisał w liczącej 1200 osób populacji 10 przypadków [3].

Zdecydowana większość badań wskazuje, iż zespół częściej występuje u mężczyzn [4]. Prawdopodobny stosunek mężczyzn do kobiet wynosi 3 lub 4:1, ze średnią wieku ok. 30 lat [5]. Wyjaśnieniem takiego stanu rzeczy w pewnej mierze może być dobór populacji, ponieważ większość badań przeprowadzono na osobach osadzonych w więzieniach. Niezależnie od tego, badania wskazują na osoby odbywające karę lub oskarżone stanowią grupę, w której zespół ten obserwuje się najczęściej [4]. Zespół Gansera opisano także u dzieci [6].

HISTORIA

Nazwa pochodzi od nazwiska niemieckiego psychiatry, Sigberta Josefa Marii Gansera, który jako pierwszy w 1898 roku opisał grupę objawów określaną dziś jego nazwiskiem [7]. Klasyfikacja od początku budziła kontrowersje. Autor u zaliczył ją, ze względu na zaburzenia świadomości i objawy określanych dzisiaj jako konwersyjne, do szeroko pojętych zaburzeń histerycznych. Na przestrzeni lat klasyfikacja zmieniała się. Przez długi czas zaliczany był do zaburzeń pozorowanych, czemu zdecydowanie przeciwstawił się sam Ganser. Jest to problem do dziś aktualny i ważny, szczególnie w orzecznictwie sądowym. Pojawiły się też propozycje rozróżnienia zespołu i objawu Gansera. Ten ostatni miał występować częściej, a obejmowałby tylko jeden, najbardziej charakterystyczny objaw – przybliżone odpowiedzi [8]. Po pewnym czasie pojawiła się krytyka takiego podziału, skupiona przede wszystkim na subiektywnej ocenie objawu, jakim w tym przypadku są “przybliżone odpowiedzi”, tzn. na braku jednoznacznej granicy, kiedy dana odpowiedź jest przybliżona, a kiedy po prostu błędna [9]. Aktualnie ZG został umieszczony zarówno w ICD-10 [10] jak i w DSM-IV [11]. Obie wspomniane klasyfikacje traktują go jako jedno z zaburzeń dysocjacyjnych. Uzasadnieniem takiego umiejscowienia zespołu jest częste współistnienie objawów charakteryzujących tę grupę chorób. Trzeba zwrócić uwagę, że zgodnie z tą drugą klasyfikacją do rozpoznania ZG wystarcza potwierdzenie przybliżonych odpowiedzi oraz wykluczenie fugi oraz amnezji dysocjacyjnej, nie jest natomiast konieczne stwierdzenie innych objawów. Poprzednie wersje DSM opisywały ZG jako “reakcję korekcyjną” (2 wersja) albo jako synonim dla “nienaturalnego zaburzenia” (3 wersja). To ostatnie określenie odnosi się do ludzi, którzy odczuwają potrzebę postrzegania ich jako chore, nawet kosztem poddania się licznym badaniom i świadczeniom medycznych, nie robią tego natomiast dla uzyskania konkretnych korzyści. W 3 wydaniu DSM zostało po raz pierwszy użyte określenie “przybliżonych odpowiedzi”. Zdaniem A. Bilikiewicza zespół Gansera należy do zespołów adaptacyjnych, które z kolei stanowią składową zaburzeń reaktywnych. Jednocześnie stwierdza on, że zespół ten leży na pograniczu psychozy i symulacji.

KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE

Z powodu wielu niejasności, dotyczących nie tylko objawów, ale samego istnienia schorzenia, Enoch i Trethowan zaproponowali podstawowe kryteria diagnostyczne, w których

skład wchodzi: przybliżone odpowiedzi, zaburzenia świadomości, halucynacje (wzrokowe i słuchowe) oraz objawy konwersyjne [12]. Stanowią one cenne narzędzie edukacyjne i pomagają w dość jasny sposób rozpoznać zespół Gansera u badanej osoby. Nie ustrzegły się jednak słów krytyki, dotyczących przede wszystkim pierwszego punktu.

PATOFIZJOLOGIA

Dokładna patogenezą nie jest znana. W związku z tym, że zespół Gansera często występuje po wydarzeniach stresowych, zakwalifikowano go do zaburzeń reaktywnych. Pogląd ten oraz fakt występowania ZG po, niekiedy niewielkich, urazach głowy pozwolił na powiązanie jego etiologii z PTSD [13]. Ruggies podaje przykłady współistnienia ZG z demencją, opisuje także przypadki jego jednoczesnego wystąpienia z zespołem maniakałnym [14]. Stwierdzenie zespołu u osób chorujących na schizofrenię nasunęło podejrzenie psychotycznego podłoża schorzenia. Organicznej przyczyny ZG dopatrywano się na podstawie porównania do zespołu majaczeniowego oraz do obserwacji stosunkowo częstego występowania po urazach głowy [6, 15] lub udarach mózgu, zwłaszcza dotyczących płatów czołowych [16]. Przypomnieć należy, że u 2 z 3 opisanych przez Gansera pacjentów odnotowano w wywiadzie takie zdarzenia. Zmianami organicznymi w mózgu niektórzy autorzy tłumaczą występowanie zaburzeń funkcji poznawczych i mowy (parafazja, afazja, błędna identyfikacja osób) [16]. Natomiast fakt częstego występowania u ludzi oskarżonych nasunęło podejrzenie symulowania objawów. Krótki czas trwania, a także późniejsza amnezja pozwalają zaliczyć ZG do szczególnego rodzaju zaburzeń dysocjacyjnych. Pogląd ten potwierdza ostatnia aktualizacja klasyfikacji DSM i ICD.

Uważa się, że zespół Gansera, jak też inne zaburzenia reaktywne, występują u ludzi predysponowanych do tego typu reakcji. Nie potwierdzono do tej pory podłoża rodzinnego. Natomiast cechą sprzyjającą mają być zaburzenia osobowości: dysocjalna, histrioniczna, borderline. Pierwsza charakteryzuje się m.in. swoistym brakiem wglądu (nazywanym „otępieniem semantycznym”) oraz nierozróżnieniem granicy między rzeczywistością a fikcją. Drugą cechuje skłonność do manipulowania otoczeniem oraz postawa roszczeniowa wobec ludzi [17]. Cechy te stwierdzono u osób z omawianym zespołem.

Pojedyncze badania wykazują obniżenie metabolizmu w płacie potylicznym i ciemieniowym, dowiedzione za pomocą PET [18]. Badań takich nie prowadzono jednak na większą skalę. Wykonując EEG u chorujących nie stwierdzono odchyień od normy, nie wykazano zmian typu organicznego [19].

OBJAWY

Etiologia, klasyfikacja i objawy są nadal przedmiotem dyskusji. W skład zespołu wchodzi kilka objawów, które opisał jego twórca. Zaliczają się do nich przede wszystkim

tw. „odpowiedzi przybliżone”. Polegają one na udzielaniu przez pacjenta odpowiedzi nieprawidłowych, niekiedy absurdalnych, na najprostsze nawet pytania. Podawane są z reguły po chwili zastanowienia, z widocznym wysiłkiem, lecz zdecydowanie szybciej niż w przypadku osób z demencją, co może pomóc w odróżnieniu obu tych schorzeń. Pacjenci ci np. nieprawidłowo określają swój wiek, datę urodzenia, aktualną datę. Jednak odpowiedzi te są na tyle zbliżone do prawdy, że pozwalają twierdzić, iż pytania są w pełni rozumiane. Niekiedy wypowiedź pacjenta niejako „mija się z prawdą”, co określane jest jako tzw. mówienie mimo [20]. Używanu tu niemieckie słowo *vorbeigehen* dosłownie oznacza „mijać” [21]. Jest to jednocześnie jedna z większych trudności związanych z ewentualną symulacją. Pamiętać należy, że omawiany objaw nie jest charakterystyczny dla ZG, może występować także w innych chorobach, np. w schizofrenii. Osoby chorujące na ZG często opacznie wykonują czynności. Opisywane jest często zapalanie zapałki nieodpowiednim końcem czy nieprawidłowe wykonywanie poleceń. Innym charakterystycznym objawem są częściowe zaburzenia świadomości, ujawniane tylko w okresie trwania choroby. Cecha ta może ulegać zmianom, niekiedy bardzo znacznym. Występują także objawy wytwórcze, najczęściej pod postacią omamów. Są z reguły bardziej „barwne” niż w schizofrenii. Z opisanym stanem zdrowia współistnieją często objawy konwersyjne: niedowład, drżenia, głuchota. Po ustąpieniu zespołu Gansera, pacjent nie potrafi opisać jego przebiegu (niepamięć wsteczna).

Opisano także inne symptomy: nadmierną senność, katonię, eholalię. Jednak ze względu na rzadkość występowania nie należy ich traktować jako cech składowych ZG. Stan pacjenta może ulegać znacznym (a niekiedy również szybkim) zmianom: od pobudzenia, z towarzyszącymi zachowaniami agresywnymi, poprzez nastrój graniczący z hipomanią do stuporu.

Pojawienie się powyższych objawów mogą poprzedzać poważne zaburzenia osobowości. Objawy mijają najczęściej całkowicie [22] i spontanicznie.

DIAGNOSTYKA

Diagnostyka zespołu Gansera jest trudna. Składa się na to wiele przyczyn. Podstawowymi wydają się wspomniane wcześniej płynność i subiektywizm objawów, dotyczące przede wszystkim oceny podawanej przez chorego odpowiedzi. Innym problemem jest mała częstotliwość występowania, co powoduje brak doświadczenia psychiatrów w jego rozpoznawaniu. Utrudnienie stanowi także fakt symulacji u wielu pacjentów, u których podejrzewa się ZG.

Przeprowadzenie dokładnego badania fizykalnego, ze zwróceniem uwagi na aspekty neurologiczne, rozpoczyna proces diagnostyczny. Większość badaczy zaleca się wykonanie podstawowych badań morfologicznych krwi oraz uzupełnienie ewentualnych niedoborów witamin. Tomografia komputerowa (CT) lub rezonans magnetyczny (NMR) pozwalają wykluczyć przyczyny organiczne. W niejasnych przypadkach należy przeprowadzić konsultację neurologiczną [23].

Prawidłowe rozpoznanie utrudnia obserwowane nie-raz współistnienie objawów ZG z innymi zaburzeniami, w tym psychicznymi. Opisano przybliżonych odpowiedzi u pacjentów chorujących na schizofrenię [3], choroby afektywne [24, 25] czy otępienie [26]. Badania często wykazują urazy głowy [27, 28].

RÓŻNICOWANIE

Mechanizm powstawania ZG każe różnicować go z ostrymi krótkotrwałymi zaburzeniami psychotycznymi, konwersją historyczną, zamroczeniem organicznym, psychozą i symulacją [29]. Został on opisany ponadto jako zwiastun schizofrenii [21], a także następstwo zaburzeń psychicznych – depresji [24]. Nieprawidłowe odpowiedzi pacjent może ujawniać we wczesnym etapie otępienia na podłożu organicznym, na co warto zwrócić szczególną uwagę [30]. Niektórzy autorzy postulują diagnostykę w kierunku padaczki [21].

ZG zwany jest także „psychozą więzienną” [31]. Powstanie tego określenia jest spowodowane częstym występowaniem zespołu u więźniów. Nie jest to jednak określenie zgodne ze współczesną nomenklaturą, gdyż ZG nie należy do psychoz. Poza tym, do psychoz więziennych zaliczany jest nie tylko zespół Gansera, ale także pseudodemencja oraz puerylizm.

Pseudodemencja klinicznie przypomina zespół Gansera. Różnica polega na braku lub znacznie mniejszych zaburzeniach świadomości występujących w ZG. Niektórzy autorzy przekonują o możliwości przejścia pseudodemencji w ZG. Zgodnie z tym poglądem zespół Gansera stanowi „rozwiniecie” pseudodemencji, spotęgowanie jej objawów [32]. Mimo wielu prób nie ustalono mechanizmu powstawania nieprawidłowych odpowiedzi w pseudodemencji. Podstawą obu tych jednostek jest mechanizm ucieczki od stresującej sytuacji, mniej zaznaczony w ZG.

Do zaburzeń reaktywnych zalicza się także puerylizm. W tym przypadku postępowanie pacjentów podobne jest do zachowań u dzieci. Pacjenci ci podczas rozmowy używają zdrobnień, bawią się w czasie spożywania pokarmów, a całe zachowanie jest często niedostosowane do sytuacji. Przy badaniu intelektu demonstrują brak wiadomości i orientacji. Zaburzenie może zakończyć się wyzdrowieniem lub przejściem w jedno z analizowanych tu zaburzeń [17]. Główne różnice między zespołem Gansera, pseudodemencją i puerylizmem przedstawia tabl. 1.

Najważniejsze wydaje się jednak różnicowanie z zaburzeniami pozorowanymi i symulacją. Warto w tym miejscu wyjaśnić różnicę między tymi pojęciami. Pierwsze z nich zaliczane jest według ICD-10 do zaburzeń osobowości, a polega „wytwarzeniu” przez osobę objawów, mających na celu upodobnienie ich do prawdziwych. Niejednokrotnie prowadzi to do samookaleczenia i jest powodem przeprowadzenia wielu procedur diagnostycznych i operacji chirurgicznych. Nie udało się dotąd wyjaśnić przesłanek takiego postępowania – nie stanowią ich przyczyny somatyczne ani psychiczne. Rozpoznanie ustalone zostaje najczęściej przez wykluczenie innych przyczyn.

Tabela 1. Główne różnice między zespołem Gansera, pseudodemencją i puerylizmem.
 Table 1. Major differences between the Ganser syndrome, pseudodementia and puerilism.

Cecha/Zaburzenie	Zespół Gansera	Pseudodemencja	Puerylizm
Zaburzenia świadomości	wyraźnie zaznaczone (największe*)	brak lub słabo zaznaczone	występują
Główne objawy**	przybliżone odpowiedzi	demonstrowanie głębokiego ośpienia	zachowania podobne do dziecięcych

* spośród wymienionych w tabeli

** objawy wysuwające się na plan pierwszy

Symulowanie powodowane jest przez czynniki „zewnątrzne”, do których zalicza się m.in. chęć uniknięcia kary lub wyłudzenia odszkodowania. Zawsze ma na celu osiągnięcie z góry założonego celu. W odróżnieniu od zaburzeń pozorowanych (które występują wśród osób nie wchodzących w konflikt z prawem), najczęściej zdarza się wśród oskarżonych i osadzonych.

ORZECZNICTWO SĄDOWO-PSYCHIATRYCZNE

Orzekanie w sprawach, w których podejrzewa się zespół Gansera (a także inne zaburzenia reaktywne) nie jest łatwe. Chodzi przede wszystkim o różnicowanie z symulacją. Od potwierdzenia lub wykluczenia ZG zależy nie tylko postępowanie medyczne, ale także udział oskarżonego w postępowaniu [33].

Wyróżnia się symulację zwykłą i powiązaną z zaburzeniami reaktywnymi. Ten drugi rodzaj jest częstszy, a zaburzenie psychiczne w nim występujące mogą pojawić się przed, w trakcie lub po rozpoczętym przez pacjenta „produkowaniu” objawów. Ze względu na swą złożoność, tzn. współistnienie patologii i symulacji, diagnozowanie i orzekanie w takich przypadkach jest szczególnie trudne [20].

Nie ma algorytmu postępowania, pozwalającego na jednoznaczne potwierdzenie lub wykluczenie świadomego produkowania objawów. Są jednak pewne zasady, których przestrzeganie pozwala zmniejszyć ryzyko pomyłki. Trzeba zatem pamiętać, że w przypadku symulacji (lub wyolbrzymiania doznań, tj. agrawacja) chodzi zazwyczaj o osiągnięcie jakiegoś z góry założonego celu. Najczęściej są nimi korzyści majątkowe (np. renta) lub uniknięcie odpowiedzialności karnej. Objawy symulowane są przez osobę badaną przeważnie bardzo eksponowane, szczególnie zaburzenia pamięci i orientacji. Pacjent taki ma duże poczucie choroby, niekiedy sam o tym informuje badanego, czasem wiąże je z określoną jednostką chorobową. Jednak analiza wszystkich zgłaszanych doznań i demonstrowanych zachowań pokazuje, że nie układają się w logiczną całość.

Na koniec warto przypomnieć o dwóch faktach ważnych z orzeczniczego punktu widzenia. Po pierwsze – symulacja lub nawet przyznanie się do tego, nie wyklucza istnienia „prawdziwej” choroby. Po drugie – podanie przez pacjenta nieprawdziwych informacji o przebiegu danej choroby (psychicznej) nie jest symulowaniem. Staje się nim dopiero, gdy badany potwierdza nieprawdziwe (tzn. obecnie niewystępujące u niego) doznania, co określane jest jako „produktowanie objawów”.

LECZENIE

Hospitalizacja może być niezbędna w ostrej fazie objawów, gdy pacjent stanowi zagrożenie dla siebie lub innych. Leczenie polega na odpowiednio wczesnym rozpoznaniu i ograniczeniu zbędnych procedur diagnostycznych. Podejmowano próby włączenia leków z różnych grup, głównie benzodiazepin i przeciwdepresyjnych. Z powodu nie do końca zadowalających rezultatów, nie jest to standardowe postępowanie [34]. Należy natomiast zastosować właściwe leki przy współistnieniu innych chorób, np. depresji czy psychozy. Terapia powinna być stosowana przez możliwie krótki czas, by pacjent nie przekonał się do ich długoterminowego stosowania [17]. Podstawę leczenia stanowi psychoterapia (3 z 2). Niektórzy autorzy przekonują o pozytywnym wpływie hipnozy [34]. Ze względu na krótki czas trwania objawów należy chorującą osobę obserwować i ewentualnie stosować leczenie objawowe. Niekiedy usunięcie czynnika wyzwalającego, którym najczęściej jest silnie stresująca sytuacja, skutkuje samoistnym ustąpieniem zespołu. W powrocie do zdrowia ważną rolę pełni także odpowiednia postawa otoczenia, szczególnie personelu medycznego [17]. Bagatelizowanie, wyśmiewanie i pouczanie go nie tylko utrudnia i opóźnia zdrowienie, ale może spowodować przejście w inne zaburzenie psychiczne. Powikłaniem ZG jest, wspomniana wcześniej amnezja wsteczna. Może wystąpić epizod depresyjny o różnym nasileniu. Nie potwierdzono dotychczas skutecznych metod prewencji tego zaburzenia.

PIŚMIENNICTWO

1. Enoch D, Trethowan W. Ganser's syndrome. W: Uncommon psychiatric syndromes. London: Butterworth-Heinemann; 1991. s.75-89.
2. McGrath SD, McKenna J. The Ganser syndrome: a critical review. Proceedings of the 3rd World Congress of Psychiatry in Montreal. 1961.
3. Tsoi WF. The Ganser syndrome in Singapore: a report on ten cases. Br J Psychiatry. 1973; 123: 567-72.
4. Brugha T, Singleton N, Meltzer H, Bebbington P, Farrell M, Jenkins R, Coid J, Fryers T, Melzer D, Lewis G. Psychosis in the community and in Prisons: a report from the British National Survey of psychiatric morbidity. Am J Psychiatry. 2005; 162 (4): 774-80.
5. Cocores JA, Santa WG, Patel M. The Ganser syndrome: evidence suggesting its classification as a dissociative disorder. Int J Psychiatry Med. 1984; 14: 47-56.
6. Miller P, Bramble D, Buxton N. Case study: Ganser syndrome in children and adolescents. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1997; 36 (1): 112-5.
7. Ganser S. Über einen eigenartigen hysterischen Dämmerzu-stand. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. 1898; 30: 633-640.

8. Scott PD. The Ganser syndrome. *The British Journal of Criminology*. 1977; 5: 127-31.
9. Lishman WA. *Organic psychiatry*, 2nd edition. Oxford: Blackwell Scientific; 1987.
10. WHO. Międzynarodowa klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych. Warszawa: PZWL; 1992.
11. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. Wrocław: Urban&Partner; 2000.
12. Enoch MD, Trethowan WH. The Ganser syndrome. W: *Uncommon psychiatric syndromes*. Bristol: John Wright and Sons; 1979. s.50-62.
13. Dalfen AK, Feinstein A. Head injury, dissociation and the Ganser syndrome. *Brain Injury*. 2000; 14 (12): 1101-1105.
14. Ruggles AH. Observations on Ganser's Syndrome. *American Journal of Insanity*. 1905; 62: 307-311.
15. Lishman WA. *Organic psychiatry*, 3rd edn. Oxford: Blackwell Science; 1998.
16. Anupama M, Nagaraja Rao K, Dhananjaya S. Ganser syndrome and lesion in the temporoparietal region. *Indian J Psychiatry*. 2006; 48: 123-125.
17. Snyder SL, Buchsbaum MS, Krishna RC. Unusual visual symptoms and Ganser-like state due to cerebral injury: a case study using (18) F-deoxyglucose positron emission tomography. *Behav Neurol*. 1998; 11 (1): 51-54.
18. Cocores JA, Schlesinger LB, Gold MS. A review of the EEG literature on Ganser's syndrome. *International journal of psychiatry in medicine*. 1986; 16 (1): 59-65.
19. Uszkiewiczowa L. Zaburzenia reaktywne i symulacja w praktyce sądowo-psychiatrycznej. Warszawa: PZWL; 1966. s.36.
20. Dwyer J, Reid S. Ganser's syndrome. *Lancet*. 2004; 364: 471-71.
21. Wright P, Stern J, Phelan M. (red. wyd. pol.: Rybakowski J, Rybakowski F.). *Sedno Psychiatria*. Wrocław: Urban&Partner; 2008.
22. Carney MW, Chary TK, Robotis P, Childs A. Ganser syndrome and its management. *The British Journal of Psychiatry: the journal of mental science*. 1987; 151: 697-700.
23. Haddad PM. Ganser syndrome followed by major depressive episode. *Br J Psychiatry*. 1993; 162: 251-3.
24. Duggal HS, Subash CG, Soumay B. Ganser syndrome: A report of two unusual presentations. *Indian J Psychiatry*. 2001; 43: 273-5.
25. Hampel H, Berger C, Muller N. A case of Ganser's state presenting as a dementia syndrome. *Psychopathology*. 1996; 29: 236-41.
26. Lee BH, Koeinig T. A case of Ganser syndrome: Organic or hysterical? *Gen Hosp Psychiatry*. 2001; 23: 230-31.
27. Ouyang D, Harpreet SD, Jacob NJ. Neurobiological basis of Ganser syndrome. *Indian J Psychiatry*. 2003; 45: 255-6.
28. Semple D, Smyth R, Burns J, Darjee R, McIntosh A. *Oksfordzki podręcznik psychiatrii*. Lublin: Czelej; 2007.
29. Ricki L, Ladowsky-Brooks C, Fischer E. Ganser symptoms in a case of frontal-temporal lobe dementia: is there a common neural substrate? *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 2003; 25 (http://www.informaworld.com/smpp/title~db=all~content=t713657736~tab=issueslist~branches=25~_blank6): 761-768.
30. Kaplan H, Sadock B. *Synopsis of psychiatry*. 8th edition. New York: Lippincott, Williams and Wilkins; 1997.
31. Dreszer R. *Zarys psychiatrii sądowej*. Warszawa: PZWL; 1964.
32. Bilikiewicz A, Strzyżewski W. *Psychiatria: podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: PZWL; 1992. s. 512
33. Hajdukiewicz D. *Podstawy prawne opiniowania sądowo-psychiatrycznego w postępowaniu karnym, w sprawach o wykroczenia oraz w sprawach nieletnich*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2007.
34. Lauerma H, Hypen K. Ganser syndrome, organic dementia and hypnosis – A Case Study. *Journal of Trauma & Dissociation*. 2004; 5 (3): 93-99.

Wpłynęło: 15.09.2009. Zrecenzowano: 01.10.2009. Przyjęto: 26.10.2009.

*Adres do korespondencji: lek. Waldemar Kryszkowski, Klinika Psychiatrii Dorosłych UM w Łodzi,
ul. Czechosłowacka 8/10, 92-216 Łódź, e-mail: borutta@interia.pl*