

Aus der Universitäts-Nervenklinik Münster i. Westf.
(Direktor: Prof. Dr. F. MAUZ)

Beitrag zur Geruchshalluzinose mit Beziehungswahn*

Von
D. HABECK

(Eingegangen am 15. Mai 1965)

Die Äußerung, einen anderen Menschen nicht riechen zu können, bildet eine durchaus geläufige Redewendung, und der Beseitigung von unangenehmen Körpergerüchen widmen sich ganze Industriezweige. Um so überraschender ist die Erfahrung, daß unter psychischen Erkrankungen nur selten Geruchshalluzinosen anzutreffen sind. Geruchshalluzinationen finden sich zwar häufig in Kombination mit anderen Sinnesstörungen, vor allem bei schizophrenen Erkrankungen^{6,17,18}, sie treten oft in der Aura epileptischer Anfälle auf, ausgesprochen selten sind sie jedoch das führende oder bestimmende Symptom bei psychisch Erkrankten. Viel häufiger erleben Patienten mit paranoid-halluzinatorischen Störungen andere Veränderungen, sie fühlen sich vergiftet, von außen beeinflußt oder sind der Überzeugung, daß über sie geredet wird.

Die Seltenheit einer umschriebenen Geruchshalluzinose spiegelt sich auch in der Literatur wider. In dem uns zugänglichen Schrifttum hat zuletzt WALTER 1962 über eine derartige Symptomatik bei jüngeren Männern berichtet und sie als psychiatrischen Ausdruck eines defizienten Mitweltverhältnisses angesehen. Ausführlich beschreibt MAYER-GROSS den Beginn einer schizophrenen Psychose mit einer monosymptomatischen Geruchshalluzinose bei einem 36jährigen. Auf psychotische Störungen führen wir auch die Erkrankungen der drei Patienten zurück, deren Krankheit zunächst geschildert werden soll.

Fall 1. Charlotte R. Die 43jährige ledige kaufmännische Angestellte gibt 1957 an, daß ihr Vater (Zahnarzt) leicht erregbar war und unter Magenstörungen und Blähungen litt. Sie selbst half als viertes und jüngstes Kind bis zur Flucht 1945 in der väterlichen Praxis und übte später in Molkereien eine Bürotätigkeit aus. Mehrere Heiratsanträge lehnte sie ab, weil ihr die Bewerber zu bequem oder zu flau waren. — 1½ Jahre vor der Klinikaufnahme bemerkte sie plötzlich einen übelriechenden Gestank nach altem Käse und Schweißfüßen aus der Scheide. Auf dem Büro wurden die Fenster aufgemacht und es hieß: „Bei Ihnen stinkt es so in der Ecke“. Fortlaufende gynäkologische Spülungen bewirkten allmählich eine Besserung. 8 Monate nach Erkrankungsbeginn begann sie nach Verschwinden des Geruches aus der Scheide „ruckartig“ anders zu stinken: Es entweicht ständig etwas Übelriechendes — eine Art Gas — aus dem Darm. Nach dem Essen nimmt der Gestank nach

* Herrn Prof. Dr. F. MAUZ zum 65. Geburtstag in dankbarer Verehrung gewidmet.

faulen Eiern, altem Käse und Schweißfüßen zu, er tritt aber auch zwischen den Mahlzeiten und sogar nachts auf. Außerdem hat sie ein Gefühl, als wenn im Darm — mehr nach unten zu, wo das Becken ist — etwas steckenbleibt; an dieser Stelle wird es auch heiß. Seit mehreren Jahren hat sie auch oft Kopfschmerzen, ganz dumpf, wie benommen, als wenn im Kopf etwas nicht richtig zirkuliert. Vergeßlicher ist sie vielleicht auch geworden, vor allem ist sie viel leichter müde. — Der Aufnahme in der Nervenklinik gingen zahlreiche ambulante und stationäre Untersuchungen und Behandlungsversuche voraus. Neurologisch waren bei der vorwiegend leptosom angelegten Pat. beide PSR und der re. ASR nicht auslösbar. Röntgenologisch fiel ein fingerkuppengroßer, glattrandiger Knochendefekt in der Mitte des re. Scheitelbeines auf; das Pneumencephalogramm war unauffällig. Die Liquoruntersuchungen ergaben eine deutliche Vermehrung der beta-Globuline. Psychisch machte die Pat. einen müden und im Ausdruck eher verarmten Eindruck. Beim Vortragen der Beschwerden fiel eine gewisse Eintönigkeit auf. Therapeutisch bewirkten zwei Serien elektrischer Durchflutungen ohne wesentliche Änderung im Gesamtzustand ein Verschwinden der Geruchshalluzination.

Fall 2. Gerhard E. Der 44 Jahre alte, 1919 geborene Pat. wurde seinen Angaben zufolge als 5. Kind unter 7 Geschwistern geboren. Psychische Auffälligkeiten in der Familie waren ihm nicht bekannt. Er selbst wurde nach einer Ausbildung zum Textilkaufmann 1940 zur Wehrmacht eingezogen und 1942 durch Fliegerbomben verschüttet, wobei er Hirn- und Rückenmarksverletzungen erlitt (50%ige Versorgungsrente). Erstmalig Anfang 1945 und später nach einer Verhaftung mit körperlichen Mißhandlungen traten von 1948—1961 etwa alle 3 Monate Anfälle mit kurzdauender Bewußtlosigkeit, Einnässen und Krämpfen auf, bei denen er sich wiederholt verletzte; manchmal hatte er kurz vor dem Anfall das Gefühl, als ob plötzlich im Schädel etwas weit und hohl würde und dann etwas herunterfalle. 1946 hatte er ein Magengeschwür, 1957 eine Gastritis. Beruflich war er von 1945—1950 in einer Marmeladenfabrik und anschließend bis zur Flucht 1953 aus Mecklenburg als Leiter einer Arbeitsamtaußenstelle tätig. — 1955 wurde er erstmalig in unserer Klinik begutachtet (Frage der Berufsfähigkeit). Neurologisch fanden sich bei dem vorwiegend asthenisch angelegten Mann ein leichter Horizontalnystagmus bei Blickwendung nach lateral, eine fragliche Differenz der BSR zugunsten der re. Seite und Angaben über Paraesthesiaen in der li. Gesichts- und Brustkorbhälften und am li. Unterarm. Pneumencephalographisch ergaben sich bei etwas weitem 3. Ventrikel keine sicheren Abweichungen, der Liquor war unauffällig, das EEG zeigte keinen pathognomonisch verwertbaren Befund. Psychisch machte der Pat. einen unauffälligen und durchaus arbeitswilligen Eindruck. — Anlässlich einer zweiten Begutachtung (Berufung vor dem Sozialgericht bezüglich der Berufsfähigkeit) klagte er 1957 über starke Kopfschmerzen, Unsicherheit beim Laufen, Schwächezustände (neben den obengenannten Anfällen) und Ausbrüche von klebrigem Schweiß. Das EEG zeigte damals Allgemeinveränderungen geringen Grades in Form einer streckenweisen Frequenzerniedrigung in den oberen Zwischenwellenbereich. Psychisch fielen gewisse demonstrative Züge auf, die auf den Rentenstreit zurückgeführt wurden.

Anfang 1964 unternahm der Pat. mit etwa 50 Tabletten Zentropil®, welche er regelmäßig als Antikonvulsivum einnahm, einen Suicidversuch. 3 Wochen später gab er nach erneuter Aufnahme in der hiesigen Klinik an, daß er keinen Ausweg mehr gewußt hätte: Die starken Kopf- und Rückenschmerzen, „und dann die Ausdünsterungen“. Erstmalig aufgefallen war ihm der Geruch im August 1963. Als er mit starken Kopfschmerzen im Sessel saß, bemerkte er auf einmal so eine richtige Wolke von fauligem Gestank, wie an einer Kloake. Im Betrieb (seit 1961 Fournierkleber) wurde es ihm zunächst durch die Blume gesagt. Bei der Weihnachtsfeier meinte ein

Kollege zum anderen: „Neben den mußt du dich setzen, dann schmeckt Dir das Essen nicht mehr“. Am 2. 1. 1964 sagte ein Nachbar: „Du stinkst“. „Die Frau glaubt, ich bilde mir das ein, die Kinder ziehen sich zurück. Ich habe alles versucht..., ich bin ganz menschenscheu geworden, hatte keinen Mut mehr und fühlte mich als Versager“. — Nach den Ausführungen der Ehefrau war der Pat. früher sehr für Geselligkeiten, hatte schnell Anschluß und war überall gerne gesehen. Penibel war er schon immer, aber im letzten halben Jahr wurde das ganz schlimm, er wechselte ständig die Wäsche. Außerdem fühlte er sich schnell zurückgesetzt und zog sich alles persönlich an. Wenn etwas Unerwartetes kam, war er schnell aufgeregt und furchtbar nervös. Vergeßlicher ist er auch geworden. — Psychisch machte er jetzt einen matten, schwunglosen und freudlos-bedrückten Eindruck und wirkte ohne Hoffnung in sein Schicksal ergeben. -- Nach erfolgloser Behandlung mit einem anderen Neurolepticum wurde unter Haloperidol® ein schwankendes Ausmaß und später ein Nachlassen und zweitweiliges Wegbleiben der „Ausdünstungen“ angegeben. Der Pat. suchte spontan Mitpatienten in anderen Zimmern auf, an denen ihm nichts mehr auffiel, während es anfangs heiß: „Da kommt der Ständer“. An Stelle dieser Beschwerden klagte Herr G. in den letzten Wochen jedoch über eine empfindliche Nase. Beim Tragen der Brille bemerkte er stechende Schmerzen in der Nasenwurzel, als wenn irgend etwas im Wege ist, und auf der Nase fühlte er Beulen. Seitdem er nach der Vergiftung aus dem Bett gefallen war, ist die Nase li. schiefer geworden; wenn er das Geld hat, will er das operieren lassen. Insgesamt konnte der Pat. in gebessertem Zustand nach Hause entlassen werden.

Fall 3. Maria Y. Die 60jährige Architektenwitwe wurde 1964 wegen eines Bluthochdrucks in die Medizinische Poliklinik der Universität Münster* überwiesen. Dort gab sie an, vor 14 Jahren an der Schilddrüse wegen Überfunktion operiert worden zu sein. Sie klagte über Schmerzen in den Waden beim Laufen, Schwindelzustände, starke Vergeßlichkeit, Mißempfindungen im Rachen und allgemeine Verdauungsstörungen. Etwas beschämte führte sie weiterhin aus, daß sie infolge der letztgenannten Störungen (seit der Schilddrüsenoperation) aus allen Poren einen unangenehmen Körpergeruch nach Urin und Kot aussstrahle. Wegen dieses Geruches würden bald nach ihrem Erscheinen möglichst unauffällig die Fenster geöffnet und man spreche über sie. Da sie diesen Geruch keinem anderen Menschen zumuten könne, hat sie sich bei Reisen immer ein Einzelzimmer geben lassen. — Körperlich machte die Pat. einen gepflegten Eindruck, sie sprach etwas geziert und wirkte recht einfürmig. Der Blutdruck betrug RR 240/140 mm Hg, beiderseits waren die Fußpulse kaum zu fühlen. Röntgenologisch fanden sich eine Linksbetonung des Herzens mit Pericardadhäsionen und eine Aortensklerose. Das EKG zeigte die für eine Hypertonie charakteristischen U-Wellen. — Eine ambulante Untersuchung in der hiesigen Klinik lehnte die Pat. entschieden ab. Auch nahm sie einen ihr gegebenen stationären Aufnahmetermin in der Medizinischen Klinik nicht wahr. — $\frac{1}{2}$ Jahr später teilte die behandelnde Ärztin bei telefonischer Nachfrage mit, daß die Pat. noch immer sehr unter ihren Störungen leide und sich praktisch von allen Bekannten zurückgezogen habe.

Bei einem Vergleich dieser drei Krankengeschichten ergeben sich trotz individueller Verschiedenheiten etwa in Art und Lokalisation der Geruchshalluzinationen weitgehende Übereinstimmungen. Die Patienten „riechen“ im doppelten Sinne des Wortes, in der (ursprünglichen) Bedeutung

* Herrn Prof. Dr. W. H. HAUSS, Direktor der Medizinischen Klinik und Poliklinik der Universität Münster, danken wir sehr für die freundliche Überlassung des Krankenblattes.

„rauchen, dampfen, ausdünsten, einen Geruch absondern“ und in der (jüngeren) Bedeutung „wittern, einen Geruch wahrnehmen“³. Die als Eigengeruch erlebten Sinnestäuschungen unterscheiden sich deutlich von den häufiger beschriebenen Geruchshalluzinationen, durch welche die Kranken sich von außen beeinträchtigt fühlen, z. B. wenn sie berichten, Blumengeruch, Rauch oder gar Gift zu riechen.

Dabei sind wir der Meinung, daß es sich bei den Sinnestäuschungen unserer Patienten um „echte“ Halluzinationen gehandelt hat und nicht um eine Bezeichnung fremdartiger, letztlich unbeschreibbarer Erlebnisse, Wahrnehmungen oder Vorstellungen mit Begriffen des gewohnten und gesunden Erlebens, wie es kürzlich von HILLERS bei schizophrenen Patienten herausgearbeitet wurde. Die Geruchshalluzinationen unserer Patienten werden nicht als von außen auf sie zukommend erlebt, sie betreffen nicht die Kranken allein und sie werden nicht in uneinfühlbarer und absurder Weise geschildert (z. B. „Das Fleisch stinkt, wie wenn man ein goldenes Ei darauf zerdrückt hätte“⁶ zit.n.²), sondern die krankhaften Veränderungen sind in ihrem Sosein für Gesunde durchaus einfühlbar und nacherlebbare. Neben der recht umschriebenen, gleichsam ausgestanzten Form der Störungen bleibt die Persönlichkeitsstruktur im ganzen erhalten. Im Gegensatz zu dem geläufigen Bild eines Beziehungswahns fehlt bei diesen drei Patienten eine eigentliche Wahnentwicklung. Der Beziehungswahn tritt zusammen mit den Geruchshalluzinationen auf und bleibt auf die jeweils engere Umgebung ohne expansive Tendenzen begrenzt. Vom Inhalt her gesehen, ist der Zeiger der Schuld (SCHEID) auf die Patienten gerichtet, die erlebte Beeinträchtigung der Umwelt geht von ihnen aus. Somit handelt es sich im Grunde um eine hypochondrisch-depressive und nicht um eine typisch paranoide Wahnstruktur.

Besonders bemerkenswert erscheint das bei allen drei Patienten neben dieser Symptomatik gleichzeitige Vorkommen von Körpermisempfindungen oder gar taktilen Halluzinationen (Darm, Nase, Rachen). Bei Fall 2 war unter der Behandlung sogar ein Symptomwandel vom Geruchswahn zu den abnormen Sensationen im Nasenbereich zu beobachten. Hierdurch rücken die Krankheitsbilder in die Nähe der abnormen leiblichen Empfindungen (insbesondere in Nachbarschaft der großen Körperöffnungen) bei involutiven Erkrankungen und cerebralen Abbauprozessen, auf die MAUZ wiederholt hingewiesen hat.

Wenn wir uns nach Erörterung einiger Gesichtspunkte des subjektiv veränderten Erlebens nun dem äußerlichen Erscheinungsbild zuwenden, so fällt bei allen drei Patienten affektiv ein mattes, einförmig-monotonisiertes und wenig modulationsfähiges Verhalten auf. Fall 1 und 3 klagten außerdem über leichte Ermüdbarkeit bzw. starke Vergeßlichkeit, und Herr Gerhard soll sich nach dem Bericht der Ehefrau in unerwarteten Situationen schnell aufregen, furchtbar nervös werden und ebenfalls ver-

gefährlicher geworden sein. Diese zwar nicht massiven, aber doch deutlichen psychopathologischen Abweichungen und vielleicht auch die recht drastische Schilderungsweise der Störungen sind als Symptome einer hirnorganischen Wesensänderung mit Einengung der affektiven Schwingungsfähigkeit aufzufassen.

Schließlich ergaben sich somatisch bei Fräulein Charlotte ein ungeklärter Schädelknochendefekt im Parietalbereich, ein Fehlen der PSR und des rechten ASR und im Liquor eine Vermehrung der beta-Globuline. Herr Gerhard zog sich offenbar im Kriege eine Hirnverletzung zu und litt jahrelang an Anfällen; diese konnten zwar in unserer Klinik nie beobachtet werden, doch wurden sie in für hirnorganische Anfälle typischer Form geschildert, u.a. mit einer charakteristischen Aura. Trotz dieser Vorgeschichte sprechen übrigens das nicht anfallsweise Auftreten der Geruchshalluzinationen und ein unauffälliges EEG gegen eine Erklärung der jetzigen Sinnestäuschungen als Auraerlebnisse atypisch verlaufender epileptischer Manifestationen⁵. Frau Maria litt an einem Bluthochdruck, der — abgesehen von kardialen Veränderungen — zu Durchblutungsstörungen zumindest an den unteren Extremitäten geführt hatte. Ob bei ihr neurologisch faßbare Abweichungen vorlagen, läßt sich nicht sagen, da eine neurologische Untersuchung nicht möglich war.

Neben den Geruchshalluzinationen klagen unsere Patienten also über abnorme körperliche Sensationen, sie zeigen ein hirnorganisch wirkendes, affektiv eingeengtes und nivelliertes Verhalten, bei zwei der drei Kranken finden sich neurologische Abweichungen und bei der dritten ein sicher allgemeiner Gefäßprozeß. Diese Veränderungen zwingen zur Annahme hirnorganischer Störungen. In Verbindung mit der Wahnstruktur können die Erkrankungen daher in Parallele zu den Hypochondrien bei Hirnatrophien gesetzt werden. H. E. KEHRER fiel bei solchen zumeist älteren Patienten mit Klagen über seltsame Körpermisßempfindungen oft eine vermehrte Füllung der Subarachnoidalräume auf. Besonders eindrucksvoll ist die Schilderung einer isolierten chronischen taktilen Dermatozoen-halluzinose* bei einem Hypophysentumor durch LIEBALDT u. KLAGES. Nach Auffassung dieser Autoren war für das halluzinatorische Erleben eine Störung des funktionellen Zusammenwirkens von Thalamus- und zugeordnetem (parietalen) Cortexabschnitt entscheidend. Die Bedeutung der Funktions-einheit von Thalamus und sensiblen Rindenabschnitten bei Störungen des Körperschemas und bei Schmerzzuständen wurde wohl zuerst 1937 ausführlich von SCHUSTER herausgestellt. Für uns ergibt sich außerdem die Frage, ob der quälende Charakter der Geruchshalluzinose, der einen

* Dieses Krankheitsbild wurde von SCHWARZ schon 1929 unter dem Namen einer „circumscripten Hypochondrie“ beschrieben, bevor dafür später EKBOM den Begriff „Dermatozoenwahn“ prägte und BERS u. CONRAD die Bezeichnung „chronische taktile Halluzinose“ vorschlugen.

unserer Patienten bis zum Suicidversuch trieb, nicht ebenfalls auf eine thalamische Irritation zurückzuführen ist¹⁰.

Eine ausführliche Abgrenzung der hirnatrofischen Hypochondrien von äußerlich mitunter ähnlich wirkenden schizophrenen Zustandsbildern, der sogenannten Körperschizophrenie bzw. coenästhetischen Schizophrenie (HUBER), wurde von SCHIMMELPENNING durchgeführt. Auch bei den von uns geschilderten Kranken läßt sich eine Schizophrenie ausschließen. Wir betonten bereits die Einfühlbarkeit des Geruchswahns und das Erhaltenbleiben der Persönlichkeitsstruktur. Es fehlen bei ihnen auch die für Schizophrenien typische abstruse und bizarre Art der Beschwerdeschilderung und die „doppelte Buchführung“ (BLEULER) oder das „Dahinter im Ausdruck“ (MAUZ). Die veränderte Affektivität bewahrt ihre Einheitlichkeit, sie wird nicht inadäquat und inkongruent¹⁹. Auch geben die Kranken ihrem übeln Geruch die Schuld an der veränderten Umweltbeziehung. Es fehlt der Wahrnehmung und dem Erlebnis „in schlechtem Geruch zu stehen“ völlig der Charakter des Gemachten, von außen Induzierten.

Die erhaltene Persönlichkeitsstruktur bei unseren Patienten kann neben den Erörterungen einer hirnorganischen Affektion die Frage aufwerfen, ob es sich bei ihren Störungen nicht möglicherweise um eine paranoische Reaktion oder Entwicklung gehandelt hat. Vom Inhalte her gesehen ist uns unter den klassischen Formen paranoischer Wahnbildung^{8,12} allerdings kein Beziehungswahn mit Geruchshalluzinationen bekannt geworden. Weiterhin war der Vorgeschichte bei Fräulein Charlotte und Herrn Gerhard kein als auslösendes Moment in Frage kommendes Erlebnis zu entnehmen. Neben einem Fehlen verständlicher Zusammenhänge für Auftreten und Gestalt des Geruchswahnes ergaben sich bei diesen Patienten auch keine spezifischen Erlebnislücken, wie sie WALTER bei den von ihm geschilderten jüngeren Männern erfragen konnte, und die ihn unter anderem zu der Schlußfolgerung führten, daß es sich um eine phobieartige Symptomgestaltung handelte.

Erforderlich ist aber auch noch eine genauere Abgrenzung der hier beschriebenen Erkrankungen gegen teilweise ähnliche hirnorganisch verursachte Hypochondrien mit abnormen Körpersensationen. Hierzu soll das Krankheitsbild eines Patienten geschildert werden, der ebenfalls an Geruchsstörungen litt.

Fall 4. Albert X. Der 48jährige Bundesbahnsekretär berichtet 1959, daß er seit einer Erkältung 4 Monate vor der Klinikaufnahme nicht mehr riechen kann. Hinten im Halse ist es so verschleimt und dort ist so ein übler Geruch und Geschmack, als wenn ein Dunst durch die Nase zieht und sich hinten niederschlägt. Das ist ein ätzender, beißender Geruch wie Ammoniak und besonders stark, wenn er abends im Bett liegt. Sobald er die Nase zuhält und durch den Mund atmet, bemerkt er den Geruch nicht. Außerdem gab er gelegentliche Kopfschmerzen über dem li. Auge, leichte Ermüdbarkeit und seit längerer Zeit bestehendes Ohrensausen an. — Körper-

lich wirkte der athletisch angelegte, adipöse Mann etwas vorgealtert. Neurologisch wurde bei der Geruchsprüfung nur Eisessig wahrgenommen, der übrige Status war unauffällig. Das Pneumencephalogramm zeigte eine deutliche seitengleiche Erweiterung der Seitenventrikel in allen Abschnitten. Die Liquoruntersuchung ergab einen auf 12 mg-% erniedrigten Gesamteiweißgehalt. Ohrenärztlicherseits fand sich zunächst nur eine geringfügige Schleimhautschwellung der re. Kieferhöhle, 1 Monat später eine Verschattung der li. Kieferhöhle infolge polypöser Schleimhautentzündung. Psychisch fiel auf, daß der Pat. seine Klagen in einer etwas eigentümlich eingeleierten und matten, aber auch ein wenig hypochondrischen Art vorbrachte; außerdem bestanden eine gewisse Schwerfälligkeit und emotionelle Anrührbarkeit. — Unter der Diagnose eines vorzeitigen hirnatrophisierenden Prozesses erfolgte eine Behandlung mit Ronicol®, durch welche nur ein Nachlassen der Kopfschmerzen und des Ohrensausens erreicht wurde, während die An- und Parosmie unbeeinflußt blieb.

Diese Krankengeschichte wurde so ausführlich wiedergegeben, um den Unterschied zu den zunächst geschilderten drei Erkrankungen herauszustellen. Erwähnenswert erscheint uns dabei, daß der zuletzt angeführte Patient gleichzeitig über Geruchs- und Geschmacksstörungen klagte, ähnlich wie bei Gesunden Geruchs- und Geschmacksempfindungen häufig verknüpft sind. Bei den erstgenannten Patienten sind demgegenüber Geruchshalluzinationen und Beziehungswahn zu einem geschlossenen psychischen Strukturgefüge verschmolzen, so daß Erlebnis- und Reaktionsmöglichkeiten viel einschneidender verändert sind als bei alleinigem Auftreten von körperlichen Mißempfindungen. Diese Wahnkranken erleben nicht nur einen veränderten Leib, sondern auch eine veränderte Situation in ihrer Umwelt, oder mit den Worten von MATSSEK ausgedrückt: „Wahn und Halluzination gehören als Teilsymptome zu einer die ganze Persönlichkeit umfassenden Weltveränderung“. Das äußert sich vor allem in der für Wahnkranke typischen Störung der mitmenschlichen Beziehungen, ein Thema, welches heute von den verschiedensten Seiten beleuchtet wird.

Die Frage, warum bei einigen Patienten nur abnorme leibliche Empfindungen, bei anderen diese Sinnestäuschungen im Rahmen eines Wahnsystems vorkommen, läßt sich nicht sicher beantworten. Wir können nur feststellen, daß der zuletzt angeführte Patient eine deutliche Hirnatrophie aufwies, während der Befund der einen pneumencephalographierten Patientin unter den drei zuerst geschilderten Kranken unauffällig war, und daß Herr Albert psychopathologisch stärker hirnorganisch nivelliert war als die anderen Kranken. Es erscheint uns jedoch nicht möglich, die Frage, ob ein hirnorganisches Psychosyndrom mit einer Wahnsymptomatik einhergeht oder nicht, durch die Quantität des Hirnabbaus zu beantworten. Eher dürfte diskutabel sein, den quälenden Charakter einer hypochondrischen Symptomatik bei hirnorganischen Krankheitsbildern und vielleicht auch das Dasein der Hypochondrie selbst durch eine thalamische Alteration zu erklären. Für das Zustandekommen einer Wahnbildung (nicht ihres Inhaltes) bei cerebralen Erkrankungen

kungen kommt man jedoch nach unserer Meinung nicht um die Annahme einer „endogenen“ Bereitschaft herum. Damit rücken unsere Halluzinosen in die Nähe der Involutionspsychosen, bei denen WEITBRECHT unter Berücksichtigung erbbiologischer Gegebenheiten einen starken Akzent auf das endogene Moment legt. Eine einfache Subsumierung unserer Krankheitsbilder unter die Involutionspsychosen, wofür unter anderem der Erkrankungsbeginn mit 41, 43 bzw. 47 Jahren typisch wäre, ist jedoch wegen der allgemeinen und lokalen hirnorganischen Symptome nicht möglich. Wir kommen also zu der Auffassung, daß sowohl exogene als auch endogene Faktoren bei der Pathogenese der geschilderten Geruchshalluzinosen eine Rolle spielen, wobei offenbleiben soll, inwieweit in der „endogenen“ Wahnbereitschaft jeweils auch aus der Wechselwirkung von Anlage und Umwelt entstandene Züge der Primärpersönlichkeit mitenthalten sind.

Der Versuch einer nosologischen Einordnung unserer Krankheitsbilder ist somit unbefriedigend. Es ergeben sich ähnliche Schwierigkeiten, wie sie unseres Erachtens auch für einige andere psychotische Erkrankungen bestehen, etwa für die Gestations-, Involutions- und senilen Psychosen. Uns bei solchen Erkrankungen zur Abgrenzung endogener und exogener Anteile und weiterer Faktoren den Weg der mehrdimensionalen Diagnostik gewiesen zu haben, ist wohl das größte Verdienst von KRETSCHMER gewesen.

Wenn somit pathogenetisch die Berücksichtigung verschiedener Aspekte erforderlich ist, so bieten die angeführten Geruchshalluzinosen in ihrem Erscheinungsbild doch eine derartig gut abgegrenzte und eindrucksvolle Symptomatik, daß ihnen Syndromcharakter zuzu erkennen ist. Die Gemeinsamkeiten bei diesem Syndrom bestehen inhaltlich in der Verknüpfung von Geruchshalluzinationen mit einem Beziehungswahn hypochondrischer Prägung, ursächlich wahrscheinlich in speziellen cerebralen Veränderungen und in einer Wahnbereitschaft. Verglichen mit anderen Syndromen ist die Geruchshalluzinose in gleicher Weise umschrieben und geht mit einer ähnlich starken Alteration der Kranken durch die Sinnestäuschungen einher wie die chronische taktile Dermatozoen halluzinose.

Auch die chronische taktile Dermatozoen halluzinose läßt sich nosologisch nicht einer bestimmten Krankheitseinheit zuordnen. Ihr Vorkommen ist bei hirnorganischen Erkrankungen, endogenen Psychosen, toxischen Affektionen, als induzierter und als psychogener Wahn beschrieben. Der Syndromcharakter der hier erörterten Geruchshalluzinose kann vielleicht dadurch unterstrichen werden, daß über ein Auftreten dieses Krankheitsbildes auch bei anderen Ursachen als den von uns aufgezeigten berichtet wird. In dem Handbuchbeitrag von MAYER-GROSS handelte es sich um einen schizophrenen Patienten. WAGNER führte die

Störungen bei den von ihm beobachteten Patienten auf eine ängstlich befürchtete (phobische) Geruchswahrnehmung *durch* den Anderen, die Mitwelt, zurück. Überraschend ist dabei allerdings, daß WAGNER nur diesen Krankheitsaufbau sah, und daß bei allen drei von uns beschriebenen Patienten eine hirnorganische Symptomatik festzustellen war.

Eine verlässliche Behandlung der Geruchshalluzinose ist bisher unbekannt. Bei Fräulein Charlotte bewirkten elektrische Durchflutungen ein Abklingen der Geruchshalluzinationen. Bei Herrn Gerhard war durch Haloperidol® eine Beeinflussung dieser Störungen möglich, im Rahmen eines Symptomwandels traten dann jedoch abnorme körperliche Sensationen im Nasenbereich (!) auf. Immerhin nahm dieser Patient nunmehr aber Kontakt zu Mitpatienten auf. Allgemeine Schlußfolgerungen lassen sich aus dieser Kasuistik nicht ziehen. Die Vielzahl der heute angebotenen „Psychopharmaka“ mit jeweils auf bestimmte Syndrome bzw. Zielsymptome ausgerichteten Wirkungen ermutigt jedoch in Verbindung mit klinischen Erfahrungen bei anderen Erkrankungen (etwa mit den Butyrophenon-Derivaten) zu einem Behandlungsversuch bei Geruchshalluzinosen mit Beziehungswahn.

Zusammenfassung

Selten wird über Geruchshalluzinationen mit der Wahrnehmung eines unangenehmen Körpereigengeruches und damit einhergehendem Beziehungswahn berichtet. Drei derartige Krankheitsbilder bei zwei Frauen im Alter von 43 und 61 Jahren und einem 44-jährigen Mann, die außerdem körperliche Mißempfindungen angaben, werden ausführlich geschildert. An Hand der Symptomatik erfolgen eine Erörterung der möglichen Ursachen, die in cerebralen Veränderungen und in einer Wahnbereitschaft vermutet werden, eine Herausstellung des Syndromcharakters der Störungen und eine Abgrenzung gegen benachbarte Krankheitsbilder. Kurze therapeutische Bemerkungen schließen die Ausführungen ab.

Literatur

- ¹ BEERS, N., u. K. CONRAD: Die chronische taktile Halluzinose. Fortschr. Neurol. Psychiat. **22**, 254–270 (1954).
- ² BLEULER, E.: Lehrbuch der Psychiatrie, 9. Aufl. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1955.
- ³ Duden: Bd. 7, Etymologie. Mannheim: Bibliogr. Inst. 1963.
- ⁴ EKBOOM, K. A.: Der präsenile Dermatozoenwahn. Acta Psychiat. (Kbh.) **13**, 227–259 (1938).
- ⁵ GÖLLNITZ, G.: Über Auraerlebnisse atypisch verlaufender epileptischer Manifestationen. Psychiat. Neurol. med. Psychol. (Lpz.) **10**, 299–312 (1958).
- ⁶ HILLERS, F.: Über Halluzinationen bei Schizophrenen. Psychiat. et Neurol. (Basel) **145**, 100–116 (1963).
- ⁷ HUBER, G.: Die coenästhetische Schizophrenie. Fortschr. Neurol. Psychiat. **25**, 491–520 (1957).

- ⁸ KEHRER, F.: Paranoische Zustände. Hdb. Geisteskrankh., Bd. VI. Berlin: Springer 1928.
- ⁹ KEHEER, H. E.: Zur „Anatomie“ hypochondrischer Zustände. Arch. Psychiat. Nervenkr. **190**, 449–460 (1953).
- ¹⁰ KLAGES, W.: Körpermißempfindungen bei Thalamuskranken und bei Schizophrenen (eine vergleichende psychopathologische Studie). Arch. Psychiat. Nervenkr. **192**, 130–142 (1954).
- ¹¹ KRETSCHMER, E.: Gedanken über die Fortentwicklung der psychiatrischen Systematik. Z. ges. Neurol. Psychiat. **48**, 370–377 (1919).
- ¹² — Der sensitive Beziehungswahn, 3. Aufl. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1950.
- ¹³ LIEBALDT, G., u. W. KLAGES: Morphologische Befunde bei einer „isolierten chronischen taktilen Dermatozoen-halluzinose“. Nervenarzt **32**, 157–171 (1961).
- ¹⁴ MATUSSEK, P.: Psychopathologie II: Wahrnehmung, Halluzination und Wahn. Grundl. u. Methoden d. klin. Psychiat. Bd. I/2. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1963.
- ¹⁵ MAUZ, F.: Die Prognostik der endogenen Psychosen. Leipzig: Thieme 1930.
- ¹⁶ — Sitzung der med. naturwissensch. Gesellsch. Münster 10. 6. 1964. Westf. Ärztebl. **18**, 466 (1964).
- ¹⁷ MAYER-GROSS, W.: Klinik der Schizophrenie. Hdb. Geisteskrankh., Bd. IX. Berlin: Springer 1932.
- ¹⁸ RUBERT, S. L., M. H. HÖLLENDER, and E. G. MEHRHOF: Olfactory halluzinations. Arch. gen. Psychiat. **5**, 313–318 (1961); ref.: Zbl. ges. Neurol. Psychiat. **166**, 45 (1962).
- ¹⁹ SCHIMMELPENNING, G. W.: Zur psychopathologischen Abgrenzung von hirn-atrophischen Hypochondrien und Körperschizophrenien. Arch. Psychiat. Nervenkr. **197**, 463–483 (1958).
- ²⁰ SCHUSTER, P.: Beiträge zur Pathologie des Thalamus opticus, III. Arch. Psychiat. Nervenkr. **106**, 13–53 (1937).
- ²¹ SCHWARZ, H.: Zirkumskripte Hypochondrien. Mschr. Psychiat. Neurol. **72**, 150–164 (1929).
- ²² WALTER, K.: Über mitweltabhängige Eigengeruchs-, „Halluzinationen“ mit Beziehungswahn. Nervenarzt **33**, 325–326 (1962).
- ²³ WEITBRECHT, H.-J.: Psychiatrie im Grundriß. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1963.

Dr. D. HABECK,
Universitäts-Nervenklinik,
44 Münster i. Westf.