

Zur Psychopathologie des Geruchssinnes im Rahmen schizophrener Psychosen

W. KLAGES, I. KLAGES und A. M. ANIS

Psychiatrische Klinik der Universität Düsseldorf und
Rheinisches Landeskrankenhaus Düsseldorf
(Direktor: Prof. Dr. Fr. PANSE)

Eingegangen am 4. November 1966

Nach einer Vorstudie¹ über Psychologie und Psychopathologie des Geruchssinnes, ihre anatomischen und physiologischen Grundlagen und das Geruchserleben in Sprache und Literatur und Geruchsstörungen bei hirnorganisch Kranken waren noch die Geruchshalluzinationen Schizophrener hinsichtlich ihres psychopathologischen Gewichtes zu behandeln. Empirisch hatte sich schon abgezeichnet, daß bei Geruchshalluzinationen Schizophrener nicht nur äußere Daten wie Häufigkeit, Zunahme bei bestimmten Formen und Koppelung an andere psychopathologische Syndrome (Depersonalisation, Körpermisempfindungen) aufschlußreich sind, sondern daß in der Erlebnisverarbeitung und affektiven Bezogenheit Besonderheiten vorliegen, die unsere Vorstudie über den Erlebniswert der Geruchsstörungen als Ausgangsbasis notwendig machten.

In den letzten Jahren sind mehrere anregende Arbeiten über Geruchshalluzinationen erschienen, insbesondere zum Bereich der Eigen-geruchshalluzinationen (POPELLA u. GREGOR; HABECK; HILLERS; NAKAZAWA). In diesen Studien wurden Einzelfälle sorgsam und gründlich analysiert. Doch erscheint es neben Aufhellung lebensgeschichtlicher Hintergründe und Abwägen endogener und erlebnisreaktiver Momente wichtig, zahlenmäßig einen Überblick über die Bedeutung der Geruchshalluzinationen überhaupt zu erhalten.

Es ist auffallend, daß die Geruchshalluzinationen bei Schizophrenen in der deutschen Literatur wenig berücksichtigt wurden; selbst in so gründlichen Studien wie denen von ANASTOPOULOS, STRAUSS u.a., sind die Geruchshalluzinationen entweder mit wenigen Sätzen gestreift oder nicht erwähnt, und die Menschen werden nur als „Sehende und Hörende und Fühlende“ (STRAUSS) dargestellt. Daß sie auch „Riechende“ sind, wird selbst in einem großen Beitrag über die Ästhesiologie kaum beachtet. In den USA (HOLLENDER; BELLAK u. BENEDICT; DAVIDSON; RUBERT; MARSHALL und MEHRHOFF), in Frankreich (ALLIENZ u. PUIOL; NANCY;

¹ Arch. Psychiat. Nervenkr. 205, 37 (1964).

SOURIAC) und in Rußland (VIAZEMSKY) finden die Geruchshalluzinationen mehr Beachtung. Daher sollen in dieser Arbeit auch die Zahlenwerte und die Aufschlüsselung nach Häufigkeit, „Symbiose“ mit anderen Halluzinationen, Abhängigkeit von Geschlecht und Alter nicht vernachlässigt werden.

Untersuchungen

a) Fall F. R. (Kr.-Nr. 12421/1963): Am Anfang soll ein Modellfall in breiterer Form als pars pro toto seine Darstellung finden. Es handelt sich um eine 36jährige intelligente, differenzierte Pat. (Krankenschwester), die unter einer eindeutigen schizophrenen Psychose litt mit ganz im Vordergrund stehenden und das Krankheitsbild fast beherrschenden Geruchshalluzinationen.

Die vielfältige und eindeutige schizophrene Symptomatik mit Beziehungs ideen, Beeinflussungs ideen, magischen Fernwirkungserlebnissen, Bedeutungserlebnissen, Gedankeneingebungen und Gedankenentzug begann mit einem Wahneinfall, dessen Thematik um den Geruch kreiste.

„Die Erkrankung begann vor 3 Monaten. Es fing damit an, daß ich nicht gerne mag, wenn einer sehr viel raucht. Starker Geruch stört mich. Plötzlich hörten alle Ärzte der Klinik schlagartig auf zu rauchen, als wenn sie in ihren Bewegungen wie geronnen stehengeblieben wären, wenn ich das Zimmer betrat. Selbst mein Schwager und andere Verwandte, die ziemlich viel rauchten, stellten plötzlich das Rauchen ein, scheinbar mir zu Gefallen. Ich muß hinzufügen, daß ich von Haus aus sehr empfindlich gegen Gerüche bin. Ich wurde als Schwester von meinen Vorgesetzten schon immer hinzugezogen, um zu riechen, z. B. ob ein frisch Magenoperierter doch heimlich geraucht hat. Ich konnte das dann feststellen zum Gelächter der anderen, und es stimmte immer.“

„Seit etwa 2 Monaten werde ich von einem seltsamen Benzingeruch verfolgt, den ich auf der Straße wahrnehme. Ich halte mir daher immer ein feuchtes Tuch vor Nase und Mund und gehe mit einer anderen Schwester so, daß ich nicht auf der Straßenseite zu gehen brauche. Ich gehe sozusagen in Deckung, so gut es eben geht. Sonst halte ich immer ein Tuch vor die Nase. Weiter muß ich sagen, daß ich nach einem Besuch von Professor G., dem Hygieniker, überzeugt bin, daß meinetwegen eine Forschungsanstalt eingesetzt wird, damit die Lufthygiene verbessert wird und die unangenehmen Gerüche mich nicht mehr beeinflussen. Es muß auch in der Klinik, an der ich arbeite, ein Mittel ausgestreut worden sein, das ausgesprochen beruhigend auf mich wirkt, denn diese Forschungsanstalt, die schon im Betrieb ist, gibt auch sogenannte gute Gegengerüche. Man meint es also mit den Gerüchen nicht nur schlecht mit mir. Ich spüre, daß dieser Geruch durch die Räume zieht, ich denke es mir etwa so wie ein Trocken inhalator, der kann ja auch Geruch ausstauen. Es ist ein angenehmer Geruch, der etwa an Orangenblüten oder Citronenblüten erinnert. Ich habe auf dem Schreibtisch meines Chefs auch einzelne Zahlen gelesen, ich glaube, daß dieses wohl die Nummern eines solchen Geruchsstoffes sind (zieht Zettel aus der Handtasche, auf der die Zahlen stehen: „SBJ 877, SBG 827“). Ich muß weiter feststellen, daß es ein entsetzlich unangenehmer Geruch ist, der mich weitestgehend verfolgt. Diesen Geruch habe ich eigentlich erst bei der letzten ambulanten Untersuchung hier [1 Monat vor der Aufnahme in der Klinik (1963), Ref.] festgestellt. Er strömt von Ihrem Telephon aus, von Ihrem Blumentopf und von den Fensterbänken. Dieser ganz unangenehme Geruch kann von mir nicht beschrieben werden. Ich meine immer, es sind Phenolkörper, wie sollte ich es anders sagen. Von Technik verstehe ich nicht viel, aber ich glaube, daß dieser Geruch von einer Fabrik ausgestrahlt wird und alles steckt unter einer Decke im Rahmen eines Forschungsunternehmens.“

Ich meine nicht, daß dieses Forschungsunternehmen nur Negatives soll, sondern es hat sicher auch sehr positive Ansätze, und ich meine auch nicht, daß es schlechte Absicht ist, daß man mich irgendwie als eine Art Medium in dieses Geruchsfor-schungsprogramm mit aufnimmt. Wahrscheinlich deshalb, weil ich besonders feinfühlig und empfindlich bin und immer empfindlich mit Gerüchen war. Ich muß aber weiter sagen, daß ich Tag und Nacht von diesem Geruch gequält worden bin. Als ich neulich zu Hause in Urlaub war, da habe ich eine Reihe von seltsamen Beobachtun-gen gemacht. Tag und Nacht hat man mich beobachtet. Ich kann nicht sagen, wer das eigentlich war, jedenfalls die Leute von der Forschungsgruppe. Manchmal trat auch zu Hause dieser schöne Geruch nach Orangen und Citronen auf, manchmal auch wie Rosengeruch. Es ist einfach schwer zu beschreiben; ich habe den Geruchskasten in der Neurologischen Klinik einmal durchgerochen, um festzustellen, wie der Geruch eigentlich ist. Sehr seltsam ist, daß auch beide Gerüche einmal zusammen sein können, der unangenehme und der angenehme Geruch. Als ich zu Hause war, hat mein Schwager einen Rasenmäher benutzt. Da kam auf der einen Seite Benzingeruch heraus, auf der anderen Seite Orangengeruch. Das war netterweise so gedacht, daß der eine Geruch vielleicht den anderen Geruch überschichtet.

Weiter habe ich beobachtet, daß Erde und Haare eine Wirkung gegen den Geruch haben.“

Nach einer intensiven Heilschlaf- und Elektroschockbehandlung konnte die Pat. zunächst entlassen werden und auch als Schwester wieder tätig sein. Dann war es aber so, daß „die Scheibe des Klinikfensters eingeworfen wurde, damit wieder unangenehmer Geruch eingestreut wird“. Nach einer weiteren Behandlung im Rahmen der zweiten Aufnahme (1964) deutete die Pat. die Gerüche nicht mehr paranoid aus, sondern betrachtete sie lediglich als Überempfindlichkeit.

Bei einer 1 Jahr später erfolgten Nachexploration (1965) waren bis auf die Geruchshalluzinationen nahezu sämtliche Beschwerden subjektiver Art und Symptome ersten Ranges der schizophrenen Erkrankung abgeklungen. Sie gab noch an: „Leider werde ich immer wieder entsetzlich gequält von Geruchsempfindungen. Manchmal komme ich in mein Zimmer und rieche indische Blüten, obwohl ich doch gar nicht genau sagen kann, wie diese eigentlich riechen müßten. Wenn ich einen Bademantel antaste, riecht es nach Moschus. Auch Seife, Pfeffer, Salz und die ver-schiedensten Gegenstände, die an sich sonst keinen oder zum mindesten ihren ganz eigenen Geruch haben, riechen nach indischer Blüte. Mein einziges kümmerliches Gegenmittel und mein Gegengeruch, den ich mir selbst zugelegt habe, ist Pini-menthol, also ein Spray mit Schwarzwaldduft, mit dem ich jede Ecke sowie meine Kleidung ausstäube. Von mir selbst, das ist ganz sicher, geht dieser Geruch in keinem Falle aus. Das war auch früher nie der Fall.“ Die Pat., die ständig unter unserer Kontrolle steht, kann trotz dieser jetzt weitgehend abgekapselten Geruchs-halluzinose als Vollschwester tätig sein.

Zusammenfassend finden wir eine im Vordergrund stehende Geruchs-halluzinose im Rahmen einer eindeutigen schizophrenen Psychose. Über-wiegend sind die Geruchsmißempfindungen unangenehmer, quälender Art, gelegentlich kommt es zu sogenannten Gegengerüchen, die dann angenehmer Natur sein können. Die Mißempfindungen werden knapp, klar und überzeugend formuliert. Sie stehen ohne Beziehung zum lebens-geschichtlichen Hintergrund. Die erste Reaktion ist Befremden, dann folgt eine gewisse Ratlosigkeit, die allmählich jedoch nach Maßgabe ein-setzender Deutungen und wahnhaft verarbeiteter Erklärungen schwindet und einer „Gewißheit“ Platz macht.

b) Bestandsaufnahme des eigenen Materials. Untersuchungen am Syracuse-Psychiatric-Hospital in den USA ergaben, daß Geruchshalluzinationen nicht so selten sind, wie man bisher meist annahm. Es wird berichtet, daß in unausgelesenen Krankenblättern von 100 Schizophrenen nur einmal Geruchshalluzinationen verzeichnet waren. Diese Patienten waren zwar bei den Explorationen ganz allgemein nach Halluzinationen befragt worden, jedoch nie ausdrücklich nach Geruchshalluzinationen. Als man die Patienten dann speziell nach diesen fragte, berichteten sechs Schizophrene auf Befragen über gut definierte Geruchshalluzinationen, die in ihren Krankenblättern vorher nicht vermerkt waren. Aufgrund dieser Ergebnisse unternahm man dann eine gründliche Befragung nach Geruchshalluzinationen bei Schizophrenen und versuchte, ihre Häufigkeit festzustellen. Leider wurde dabei jedoch von einer kleinen Gruppe von nur 24 Schizophrenen mit akuter Symptomatik und einer weiteren Gruppe von 12 chronischen schizophrenen Kranken ausgegangen. Alle Patienten erfüllten drei Voraussetzungen: Sie litten auch unter Halluzinationen anderer Natur, sie waren mindestens 1 Jahr lang in stationärer Behandlung und ihre Diagnose lautete eindeutig: Schizophrenie. Als Résumé ließ sich feststellen, daß 30 von 36 Patienten, also 83% Geruchshalluzinationen aufwiesen; ganz überwiegend waren die Geruchshalluzinationen unangenehmer Art [insgesamt in 20 Fällen, nur in wenigen Fällen angenehmer Art (sechsmal)]. Die Geruchshalluzinationen waren dabei in der Reihenfolge der Häufigkeit gekoppelt mit Gehörshalluzinationen, Gesichtshalluzinationen, Gefühlshalluzinationen und Geschmackshalluzinationen. Gehörs- und Geruchshalluzinationen kamen sogar nach den dortigen Untersuchungen in gleicher Zahl vor.

Es bot sich nunmehr an, Untersuchungen an einem größeren Krankengut durchzuführen. So haben wir 100 eindeutig Schizophrene gründlich explored und über Monate und Jahre beobachtet. Alle diese 100 untersuchten Schizophrenen befanden sich in mehr als zweimonatiger stationärer Behandlung und zeigten keinerlei Verdachtsmomente auf eine organische, speziell hirnorganische Erkrankung.

Die zahlenmäßigen Ergebnisse sollen kurz und übersichtlich in Tabellen dargestellt werden.

Tabelle 1

Zahl der untersuchten Patienten	Geruchs-halluzinationen
40 akute	11
60 chronische	23
100	34

1. Zur Häufigkeit der Geruchshalluzinationen

Aus dieser Übersicht ist ersichtlich, daß bei 34% unserer schizophrenen Patienten Geruchshalluzinationen festzustellen waren. Vergleicht man dieses Ergebnis mit der Literatur, so finden sich dort folgende Angaben: ALLIENZ 1%, DAVIDSON 4%, BELLAK 1,6% und BOSTON 83%. Das hiesige Untersuchungsergebnis liegt also zwischen den extremen Zahlenwerten der Voruntersucher, die auch größtenteils von kleinerem Material ausgingen.

2. Zur Natur der Geruchshalluzinationen bei Schizophrenen

Über 70% aller Geruchshalluzinationen bei unseren Kranken wurden als unangenehm empfunden. Einige konnten den gefühlsmäßigen Grad nicht präzise zum Ausdruck bringen. Nur 3 von 34 Patienten beschrieben ihre Geruchshalluzinationen als angenehm und gaben an, Parfüms oder Blumendüfte zu riechen. Gerade die unlustbetonte Gefühlsqualität der Geruchshalluzinationen war bei allen Kranken so eindringlich, daß doch eine Reihe typischer Beschreibungen der Geruchsqualitäten, die die Patienten gaben, einmal festgehalten werden sollen. Im Vordergrund standen Gerüche nach Urin, faulem Eiweiß, verbranntem Fleisch und Gas. Es folgen dann etwas differenziertere Geruchsbeschreibungen, die teilweise recht anschaulich wiedergegeben wurden: „Nach Mädchen-
gestank“ — „nach Pfefferminztabletten auf alten Toiletten“ — „ein Geruch wie aus alten Möbeln, der mich ganz stumpfsinnig macht“ — „als ob man alle Räume mit Uringeruch bespritzt hat“ — „verbrannte Knochen von Menschenfleisch“ — „Geruch wie Fäulnis und nach altem Blut“ — „unangenehmer elektrischer Geruch wie aus alten Steckdosen“, ferner Zyankaligeruch, Brandgeruch, Geruch nach Narkose usw. Dagegen fanden wir bei unserem gesamten Krankengut keine Schilderungen ausgesprochen abstrusen Charakters, wie sie immer wieder nach einem Beispiel aus dem Lehrbuch von E. BLEULER durch die Literatur gehen: „Das Fleisch stinkt, wie wenn man ein goldenes Ei darauf zerdrückt hätte.“

Wie bei den organisch bedingten Geruchsstörungen lag also auch bei den Geruchshalluzinationen unserer Kranken hinsichtlich der Gefühlsqualität der Akzent auf dem widerlichen, ekelhaften Charakter. Worte wie penetrant, ekelhaft, stickig, faulig sind Ausdrücke, die immer wieder gebraucht werden. Auch Gift- und Gasdämpfe werden gerochen und meist als besonders bedrohlich empfunden. In der Mehrzahl der Fälle werden die Gerüche wahnhaft verarbeitet: Sie seien mit Absicht verbreitet worden, um die Kranken nachhaltig zu beeinflussen und zu vernichten („... ein fürchterlicher Zyankaligeruch, alle sollten vernichtet werden“ — „... selbst 8×4-Puder hatte betäubende Wirkung, da hatte ich auf einmal das ganze Bett voll, das habe ich eingearmet, ich mein, das wär

Absicht gewesen“). Nur in ganz seltenen Fällen kommt es einmal zu positiv akzentuierten Geruchssensationen. Wenn man jedoch diesen Fällen durch weitere Explorationen eindringlich nachgeht, so schält sich heraus, daß häufig nebeneinander unangenehme und angenehme Sensationen in diesen Fällen bestehen und daß die sogenannten angenehmen Sensationen auf der Ebene sogenannter Gegengeruchsempfindungen unter teilweise willkürlicher Steuerung des Patienten arrangiert werden. Ähnlich wie bei der oben zitierten Kranken (Fall F. R.), bei der als Gegengeruch eine Geruchsempfindung nach Orangen- und Citronenblüten auftrat, so machte sich bei einer anderen, recht differenzierten Patientin gleichzeitig eine positiv und negativ erlebte Geruchssensation bemerkbar: „Die Gerüche sind ganz stark geworden, Gas und Äther. Es kommt durch die Türritzen, aber auch manchmal — und zwar so ganz erfrischend — ein angenehmer Mentholgeruch.“

Über das Phänomen des Zusammenspiels von Geruch und Gegengeruch mit dem Ziel der Geruchslösung finden wir schon im klassischen Altertum Bemerkungen (Odyssee, 4. Gesang, 441—446):

„Wahrlich, die Lauer bekam uns fürchterlich! Bis zum Ersticken
 Quält uns der tranichte Dunst der meergemästeten Robben!
 Denn wer ruhte wohl gerne bei Ungeheuern des Meeres?
 Aber die Göttin ersann zu unserer Rettung ein Labsal:
 Denn sie strich uns allen Ambrosia unter die Nasen,
 Dessen lieblicher Duft des Tranes Gerüche vertilgte.“

Eine psychiatrische Ausnutzung des Geruchs, gleichsam als „Gegen-gift“, finden wir in den Notizen von FRIEDRICH (Versuch einer Literärgeschichte der Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten 1830). Damals wurde Moschus in höchster Konzentration bei Fällen von „heftiger Manie“ angewandt.

In Tab. 2 findet sich noch einmal die Übersicht über die subjektiv empfundene Qualität der Geruchshalluzinationen.

Tabelle 2. Zur Empfindungsqualität der Geruchshalluzinationen

Zahl der Untersuchten	angenehme Geruchs-halluzinationen	unangenehme Geruchs-halluzinationen	undefinierbare Geruchs-halluzinationen	keine Geruchs-halluzinationen
100	3	27	4	66

3. „Koexistenz“ von Geruchshalluzinationen und anderen Halluzinationen

Während man bisher immer der Ansicht war, Geruchshalluzinationen seien stets mit anderen Halluzinationen vergesellschaftet und würden kaum allein auftreten, so muß doch festgestellt werden, daß bei manchen

schizophrenen Krankheitsbildern die Geruchshalluzinationen vordergründig das Krankheitsbild beherrschen. In vier Fällen unseres Krankenguts waren die Geruchshalluzinationen als einzige Sinnestäuschungen entscheidend. Es konnte nach unseren Erfahrungen auch nicht die These bewiesen werden, daß Geruchshalluzinationen fast immer mit Geschmackshalluzinationen vergesellschaftet vorkämen. Die letzteren waren mit 6% am wenigsten vertreten. Die Tab. 3 gibt noch einmal das Verhältnis der Geruchshalluzinationen zu den anderen Halluzinationen wieder.

Tabelle 3
Die Geruchshalluzinationen im Verhältnis zu den übrigen Halluzinationsformen

Bei 100 untersuchten Patienten wurden gefunden:	
Gehörhalluzinationen	60
Gesichtshalluzinationen	12
Gefühlshalluzinationen	8
Geschmackshalluzinationen	6
Geruchshalluzinationen	34

4. Geschlechtsunterschiede und Altersabhängigkeit

In der Literatur wird fast übereinstimmend dargelegt, daß die Geruchshalluzinationen bei Frauen drei- bis viermal häufiger auftreten würden als bei Männern. In unserem Krankengut war der Prozentsatz bei Frauen fast doppelt so hoch. Die Tab. 4 veranschaulicht diese Ergebnisse.

Tabelle 4

Zahl der untersuchten Patienten	Geruchshalluzinationen	Prozentsatz
50 weibliche	22	44%
50 männliche	12	24%

Im Gegensatz zu diesem deutlichen Geschlechtsunterschied hinsichtlich des Auftretens von Geruchshalluzinationen zeigte sich nur eine relativ geringe Altersabhängigkeit. Die Tab. 5 gibt den Prozentsatz wieder.

Tabelle 5

Zahl der untersuchten Patienten	Geruchshalluzinationen	Prozentsatz
Unter 40 Jahre: 40	12	30%
Über 40 Jahre: 60	22	37%

Analyse und Diskussion der Ergebnisse

Das eindringlichste Ergebnis der hier vorliegenden Untersuchungen der Geruchshalluzinationen bei schizophrenen Psychosen sind im Grunde nicht der vielleicht unerwartet hohe Prozentsatz ihres Vorkommens, sowohl absolut wie auch in Relation zu den anderen Halluzinationen, auch nicht die eindringlichen Geschlechtsunterschiede und die Zunahme der Geruchshalluzinationen nach dem 40. Lebensjahr, sondern die Tatsache, daß es sich fast stets um *unangenehme Geruchsempfindungen* handelt, daß also ausgesprochene *Mißempfindungen* vorliegen, wie sie uns bei den Körpermißempfindungen thalamischer Art, bei den akustischen Dissonanzen, bei den optischen Zerrbildern im Rahmen diencephal verankerter Trugwahrnehmungen geläufig sind. Bei diesem Vergleich drängt sich fast schon die „*thalamische Nähe*“ der Geruchsmißempfindungen auf. Nicht nur der klinische Vergleich mit den uns von der Hirnpathologie des Thalamus bekannten Reaktionsweisen legt diese Annahme nahe, sie wird auch weiter bei einer Besinnung auf die anatomischen und physiologischen Grundlagen des Riechhirns gestützt, wenn man sich daran erinnert, daß Faserzweige zum Thalamus abgegeben werden und daß auch primäre olfaktorische Reflexbahnen über den Weg der Corpora mamillaria — Tractus mamillo-thalamicus im Nucleus anterior des Thalamus (Hoff) enden. Man ist versucht, von „*Geruchsparaesthesiaen* auf höherer Ebene“ zu sprechen.

Stets werden die Mißempfindungen ganz klar, elementar, knapp geschildert, etwa in der Art, wie sonst im Rahmen neurologischer Parästhesien — zwar in etwas bildhaft anschaulicher Sprache, aber im Grunde klar präzisiert und eindeutig — von den Patienten wiedergegeben werden. Die Geruchshalluzinationen eignen sich daher auch in besonderer Weise für eine phänomenologische Analyse. Sie sind *überschaubar, ohne strukturarm zu sein*, sie sind einheitlich aufgebaut und lassen sich überdies leicht von anderen halluzinatorischen Phänomenen abgrenzen, und es ist eigenartigerweise so — soweit man die Literatur übersehen kann —, daß der subjektive Wahrnehmungscharakter dieser Erlebnisse, nämlich der Geruchshalluzinationen, niemals ernstlich bezweifelt wird.

Ohne Frage werden die Geruchshalluzinationen später im Rahmen der schizophrenen Erlebnisweise dann gelegentlich wahnhaft, teilweise auch systematisiert wahnhaft verarbeitet. Es kommen sekundär zahllose Deutungen über die vermeintlichen, meist von außen kommenden Ursachen hinzu, doch bleibt die Grundschilderung der Qualität und Quantität der Geruchshalluzination immer dieselbe und wird sozusagen mit experimenteller Schärfe und Präzision auch bei späteren Explorationen oder anlässlich späterer Wiedergaben aus der Erinnerung stets in gleicher Weise vorgebracht.

In genau derselben Weise werden die Geruchsmißempfindungen auch bei eindeutig hirnorganisch begründbaren Erkrankungen vorgebracht. Wir sind in unserer Vorstudie eingehend auf das Geruchserleben bei hirnorganisch Kranken eingegangen und konnten in Übereinstimmung mit allen Autoren feststellen, daß auch die hirnorganisch begründbaren Geruchssensationen fast immer unangenehmer Art waren. Dabei wurden bei den hirnorganisch begründbaren Fällen die Geruchsmißempfindungen auch in qualitativer Hinsicht mit demselben Grundvokabular geschildert wie bei Schizophrenen. Es wurde von Leichengeruch, süßlich-fauligem Geruch, Geruch nach Rauchgasen, Benzin, Schmieröl usw. gesprochen und ähnlich wie bei schizophrenen Psychosen standen auch die Bezeichnungen der Gerüche nach „Urin, verbranntem Fleisch und Gas“ deutlich im Vordergrund. Bei einer solchen vergleichenden symptomatologischen Betrachtung der Qualität der Geruchssensationen bei hirnorganisch Kranken und bei Schizophrenen drängt sich der Gedanke auf, ob die Geruchshalluzinationen Schizophrener nicht zumindest einen sehr starken „organnahen Kern“ haben und im Sinne von KRETSCHMER zu den Symptomen gerechnet werden müssen, die auf der langen Skala der Gesamt-symptomatologie schizophrener Äußerungen und Verhaltensweisen mehr in Richtung des somatischen Pols liegen.

Ein zweiter Gesichtspunkt scheint diese Ansicht zu erhärten. Wir konnten inzwischen im Rahmen einer Untersuchungsserie über Symptomkoppelungen bei schizophrenen Psychosen ein *besonders häufiges Vorkommen* der Geruchshalluzinationen in Verbindung mit *Körpermissempfindungen* und mit *Depersonalisationserscheinungen* feststellen. Auch die letztgenannten Symptome haben — wie schon an anderer Stelle abgeleitet wurde — eine starke Beziehung zu den Thalamusfunktionen. Hierauf soll nicht erneut eingegangen werden. Diese drei Symptome, die wir hypothetisch als „thalamische Trias“ bezeichneten, erinnern an das Anspringen eines hirnphysiologischen Modells (W. R. HESS).

Noch ein dritter Gesichtspunkt — in diesem Falle wieder unter vergleichend psychopathologischer Betrachtung — verdichtet weiter die Annahme, daß die von Schizophrenen geschilderten reinen Geruchshalluzinationen somatisch verankert sind. Es ist der Vergleich mit den sogenannten Eigengeruchshalluzinationen, in der Literatur insbesondere von WALTER beschrieben. WALTER hat dabei das Wort „Halluzination“ in Gänselfüßchen gesetzt und seiner Arbeit den Titel gegeben: „Über mitweltabhängige Eigengeruchs-, Halluzination“ mit Beziehungswahn.“ Aus dieser Formulierung ist schon ersichtlich, daß das, was rein deskriptiv als halluzinierter Eigengeruch zu gelten hatte, sich seiner inneren Struktur nach als die ängstlich gefürchtete Geruchswahrnehmung durch den Anderen, durch die Mitwelt darstellte. Deshalb bestand bei diesen Fällen das phobische momentane Erscheinen und Ausgelöschtsein in Abhän-

gigkeit von der leiblichen An- oder Abwesenheit der Mitwelt. Die Person des einzelnen mit ihrem ausgeprägten lebensgeschichtlichen Hintergrund stand bei diesen Fällen mit teilweise zwanghafter Struktur stark im Vordergrund. Der Autor schrieb sicher zu Recht, daß dieses psychopathologische Syndrom der Eigengeruchs-, „Halluzination“ eigentlich erst unter dem Personenbegriff anthropologischen Denkens ins rechte Licht komme.

Bei den Geruchshalluzinationen ist dagegen festzustellen, daß die Qualitäten der Gerüche, z. B. nach Teer, Gas, Benzin, gebratenem Menschenfleisch usw. *keine Beziehung zum lebensgeschichtlichen Hintergrund* der betreffenden Patienten aufweisen. Auch bei eingehendster Exploration unter tiefenpsychologischen Gesichtspunkten war in keinem unserer Fälle eine Verbindung zwischen Geruchsqualität und Aktualkonflikten oder lebensgeschichtlichen Krisen zu eruieren. Es handelte sich vielmehr immer wieder ganz schlicht um die Beschreibung einer für den Patienten eben nicht anders wiederzugebenden Empfindung.

Es ist erstaunlich, daß man bei klinisch-psychopathologischen Untersuchungen und selbst bei hirnpathologisch ausgerichteten, hirnlokalisatorisch akzentuierten Studien die Geruchshalluzinationen nicht schon viel öfter als Modell herangezogen hat. Gerade ihre *Unabhängigkeit von Umwelteinflüssen*, ihr gleichsam wahlloses, krisenhaftes Auftreten und Wiederverschwinden oder auch ihre gleichförmige Konstanz bei schizophrenen Psychosen weist auf den „nichtpsychogenen“ Charakter der Geruchshalluzinationen hin. *Keine psychologische Aufhellung* und keine psychotherapeutisch gehaltene Einwirkung vermögen an der qualitativen Eigenart der Geruchshalluzinationen bei Schizophrenen etwas zu ändern. Die Schilderungen erweisen sich als unbeeinflußbar und die Erlebnisqualitäten machen im Verlauf der Psychose auch keinen Stilwandel durch, z. B., daß ein Uringeruch sich in einen Geruch nach faulem Eiweiß umwandelt. Die Struktur der Geruchsmißempfindung bleibt so eindeutig und konstant wie im neurophysiologischen Experiment.

Selbstverständlich liegen auf der Strecke zwischen den organnahen Geruchshalluzinationen und den Eigengeruchshalluzinationen auch noch Bilder, die unter mehrdimensionaler Sicht aufzufassen sind. Hier würden die kürzlich von HABECK beschriebenen Geruchshalluzinationen mit Beziehungswahn zu nennen sein. Auf der einen Seite weist die sehr häufige Koppelung der von HABECK beschriebenen Geruchshalluzinationen an Körpermißempfindungen auf den somatischen Pol hin, auf der anderen Seite sind auch ausgeprägte persönlichkeits-eigene Züge im Sinne eines hypochondrisch-anankastischen Verhaltens zu konstatieren. HABECK selbst hält als Gemeinsamkeiten bei diesem Syndrom fest, daß es inhaltlich in der Verknüpfung von Geruchshalluzinationen mit einem Beziehungswahn hypochondrischer Prägung, ursächlich wahrscheinlich in

speziellen cerebralen Veränderungen und in einer Wahnbereitschaft besteht. In diesem Zusammenhang ist interessant, noch einmal darauf hinzuweisen, daß auch von diesem Autor die häufige Koppelung von Geruchshalluzinationen an Körpermißempfindungen vermerkt wurde.

Es bedarf noch des Hinweises, daß bei den schizophrenen Geruchshalluzinationen eine *qualitative* Veränderung der Geruchserlebens, also, wie wir oben äußerten, fast in der Art einer „Paraesthesia auf höherer Ebene“ vorliegt und nicht nur eine quantitative Veränderung im Sinne einer Intensitätssteigerung des Geruchserlebens. Solche quantitativen Intensitätssteigerungen des Geruchserlebens haben ein anderes Gepräge und sind uns aus den Versuchen mit experimentellen Psychosen (Mescalirausch) bekannt. So schildert Fall 15 in der Monographie von BERICHER: „Der Geruchssinn ist so empfindlich, es ist ein Glück, daß er sonst stumpfer ist, man könnte ja keine Speisen essen, ohne zu wissen, ob und mit welcher Seife sich die Köchin gewaschen hat.“

Ein historisches, wenn auch in unserer Fachliteratur noch nicht zitiertes Beispiel eines quantitativ intensivierten Geruchserlebens auf physiologischer Basis ist der Fall des Kaspar Hauser, der aus einer an Geruchsreizen relativ armen Umwelt kommend die Geruchsstoffe der realen Welt als quälend intensiv empfand: „Unter allen Sinnen war es der Geruch, der sich ihm am zudringlichsten und am peinlichsten erwies und ihm vor allem anderen das Leben auf dieser Welt zur Qual machte. Was für uns geruchlos ist, war es nicht für ihn. Die feinsten Gerüche der Blumen, z. B. der Rose, waren ihm Gestank und applizierten schmerzlich seine Nerven. Kleider, Tinte, Bleistifte, alles was ihn umgab oder sich ihm nahte, hauchte ihm widerliche oder schmerzliche Gerüche entgegen. Mit einer geöffneten Champagnerflasche konnte man ihn zuverlässig vom Tisch jagen. Erst später nahm die erstaunliche Feinheit und Schärfe seiner Sinnesorgane ab ...“ (PIES).

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die eigentlichen schizophrenen Geruchshalluzinationen in ihrer Struktur — abgesehen von ihrer späteren sekundären wahnschaften Deutung — ausgeprägte Analogien zu den Geruchshalluzinationen hirnorganisch Kranker zeigen. Sie imponieren als „Paraesthesiaen auf höherer Ebene“ und zeigen sozusagen Verhaltensmuster, wie wir sie bei Symptomen thalamischen Ursprungs oder thalamischer Färbung in der Psychopathologie und Hirnpathologie zu sehen gewohnt sind. Dagegen zeigen die sogenannten Eigengeruchshalluzinationen in stärkerem Maße eine umweltabhängige und auch persönlichkeits-eigene Prägung. Die letztere ist durch hypochondrische und anankastische Strukturierungen gekennzeichnet.

Zusammenfassung

Nach einer Vorstudie zur Psychologie und Psychopathologie des Geruchssinnes (1964), werden Untersuchungen über die Störungen des Geruchserlebens bei Schizophrenen mitgeteilt. Nach der Schilderung eines Modellfalles, bei dem die Geruchshalluzinationen das klinische Bild weit-

gehend beherrschten, folgt die Aufschlüsselung der untersuchten 100 schizophrenen Kranken nach Qualität des Geruchserlebens, Häufigkeit, Abhängigkeit vom Geschlecht und vom Lebensalter. Das auffälligste Ergebnis war die *überwiegend unlustbetonte, quälend unangenehme Gefühlsqualität der Geruchs-, mißempfindung*. Die Strukturanalyse dieser Mißempfindung zeigte Analogien zu Körpermißempfindungen, akustischen Mißempfindungen und verzerrten Trugwahrnehmungen optischer Art, wie sie im Rahmen thalamischer Affektionen in klassischer Form gesehen werden. Die hirnorganische Nähe und insbesondere die „thalamische Nähe“ der Geruchsmißempfindungen wurde besonders in den Fällen deutlich, bei denen eine Koppelung an Körpermißempfindungen oder an Depersonalisationsphänomene bestand. Diese „thalamische Trias“ wurde als besondere Form der Symptomkoppelung bei schizophrenen Psychosen 1965 beschrieben.

Von den hirnorganisch-nahen, reinen schizophrenen Geruchshalluzinationen bis zu den mitweltabhängigen Eigengeruchshalluzinationen führt eine kontinuierliche Linie, wobei auf der einen Seite die nicht psychologisch aufzuhellenden Geruchshalluzinationen wie eine „Parästhesie auf höherer Ebene“ imponieren und auf der anderen Seite die Eigengeruchshalluzinationen einen teilweise leicht aufzuschlüsselnden Charakter umwelt- oder persönlichkeiteigener Prägung haben.

Literatur

- ALLIENZ, E., et R. PUJOL: Halluzinations olfactives et délire d'influence. Ann. méd.-psychol. **2**, 156 (1952).
- ANASTASOPOULOS, G. K.: Beiträge zu den Halluzinationsproblemen. Mschr. Psychiat. Neurol. **143**, 233 (1962); **144**, 338 (1962).
- ANIS, A. M.: Zum Stellenwert der Geruchshalluzinationen im Rahmen der Schizophrenie. Diss., Düsseldorf 1965.
- BELLAK, L., and P. BENEDICT: Schizophrenia, a review of syndroms. New York: Logos Press 1958.
- BERBERICH, E. Ch.: Symptomkoppelungen bei schizophrenen Psychosen. Diss., Düsseldorf 1965.
- DAVIDSON, E.: Cocernid hallucinations of smell. Psych. Gart. **12**, 253 (1958).
- GÖPPERT, H.: Zwangskrankheit und Depersonalisation. Basel, New York: S. Karger 1960.
- HABECK, D.: Beitrag zur Geruchshalluzinose mit Beziehungswahn. Arch. Psychiat. Nervenkr. **207**, 196 (1965).
- HILLERS, H.: Über Halluzinationen bei Schizophrenen. Psychiat. et Neurol. (Basel) **145**, 100 (1965).
- HOLLENDER, H.: Olfactory hallucinations. Arch. gen. Psychiat. **5**, 313 (1961).
- KLAGES, W.: Die Spätschizophrenie. Stuttgart: F. Enke 1961.
- Über eine „thalamische Trias“ in der Symptomatik schizophrener Psychosen. Arch. Psychiat. Nervenkr. **206**, 562 (1965).
- , u. I. KLAGES: Zur Psychologie und Psychopathologie des Geruchsinnes. Arch. Psychiat. Nervenkr. **205**, 37 (1964).

- KRETSCHMER, E.: Die mehrdimensionale Struktur der Schizophrenien mit Bezug auf ihre Therapie. *Z. Psychother. med. Psychol.* **7**, 183 (1957).
- Medizinische Psychologie. Stuttgart: G. Thieme 1963.
- NAKAZAWA, A.: Von der Mentalität Kranker, die über Körpergerüche klagen. *Psychiat. Neurol. jap.* **65**, 451 (1963); ref. *Zbl. ges. Neurol. Psychiat.* **175**, 103 (1964).
- NANCY, M. S.: Deux observations d'halluzinations olfactives. *Cervello* **17**, 280 (1938).
- PIES, H.: KASPAR HAUSER, Augenzeugenberichte und Selbstzeugnisse, 2 Bd. Stuttgart: R. Lutz 1925.
- POPELLA, E., u. J. GREGOR: Geruchswahn und Geruchshalluzinose. *Psychiat. et Neurol. (Basel)* **149**, 171 (1965).
- POROT, A.: Un cas d'halluzinations purément olfactives avec thème interprétative de persécution chez un psychasthenie. *Ann. méd.-psychol.* **95**, 735 (1937).
- RUBERT, S. L., M. H. HOLLENDER, and E. G. MEHRHOFF: Olfactory hallucinations. *Arch. gen. Psychiat.* **5**, 313 (1961); ref. *Zbl. ges. Neurol. Psychiat.* **166**, 45 (1962).
- SOURIAC, E.: Accès délirant halluzinatoire base sur des hallucinations olfactives prédominantes. *Ann. méd.-psychol.* **95**, 79 (1937).
- STRAUSS, E.: Die Ästhetiologie und ihre Bedeutung für das Verständnis der Halluzinationen. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **182**, 301 (1949).
- VIAZEMSKY, N. M.: The smell and taste hallucinations in tumors of temporal lobe of the protopathies. *Syndrom. Nerovapat. i.t.d.* **8**, 80 (1939) (russ.).
- WALTER, K.: Über mitweltabhängige Eigengeruchs-„Halluzination“ mit Beziehungswahn. *Nervenarzt* **33**, 325 (1962).

Prof. Dr. W. KLAGES
Psychiatrische Universitätsklinik
4 Düsseldorf-Grafenberg,
Bergische Landstraße 2