



Dr. med. Helmut Schaaf
Dipl. Psych. Detlef Kranz, Psychologischer Psychotherapeut
Prof. Dr. med. Gerhard Hesse

Ein olfaktorischer Notstand: Riechstörung als psychosomatisches Symptom

Geschildert wird der Fall einer Patientin mit einer organisch nicht erklärbaren Riechstörung, die im Verlauf einer Tinnitus-Behandlung thematisiert wurde. Nach Durchführung der organbezogenen Diagnostik konnte in der psychosomatischen Behandlung die Diagnose einer psychogen verursachten Riechstörung exploriert und therapiert werden.

Schlüsselwörter: Riechstörung - Psychosomatik - neurorhinologische Diagnostik

Anamnese:

Eine 66-jährige Patientin wurde stationär neurootologisch und psychotherapeutisch wegen eines primär für sie symptomatisch im Vordergrund stehenden Tinnitus- und Hyperakusis Leidens aufgenommen. Bedeutend war dabei die für die Patientin nicht erkennbare und auch nicht mehr beherrschbare angstbesetzte Verarbeitung, die sich nur somatisierend äußern konnte.

Ängste und psychische Instabilität waren nach einer rechtsseitigen Brusttumor-Operation mit anschließender Bestrahlung und anhaltender medikamentöser Behandlung (Tamoxifen) aufgetreten. Ein Jahr danach ertaubte die Patientin schlagartig einseitig, ohne dass sofort durchgeführte Infusionsmaßnahmen und weitere HNO-ärztliche Sofortmaßnahmen, u.a. die operative Exploration einer Perilymphfistel, das Hörvermögen hätten wiederherstellen können.

Vor der Aufnahme in unsere Klinik wurde die Patientin auch psychiatrisch gesehen. Sie durchlief - ärztlich angeleitet – ebenfalls einige paramedizinische und parapsychologische Behandlungen (u.a. die biomentale Therapie), ohne dass sich an der Gesamtsituation des Leidens mit subjektiv zunehmender Tinnitusbelästigung etwas nachhaltig änderte.

In unserer Klinik berichtet die Patientin im Laufe der primär auf die Hörverarbeitung abzielenden Therapien [5] von einer massiven Riechstörung, die zwar schon organisch abgeklärt sei, aber wieder unangenehm auftrete. Gefragt nach dem Zusammenhang mit den chemotherapeutischen Interventionen, zeigte sich, dass diese Riechstörung erst viel später aufgetreten sei. Sie bestand unabhängig von einer speziellen Medikamenteneinnahme oder einer nutritiven Situation und äußerte sich in einer Dys- oder Anomie und begleitenden Geschmacksmissempfindungen.

Befunde:

In den bei uns durchgeführten audiometrischen Untersuchungen zeigt sich vordergründig eine Surditas links bei annähernden Normakusis rechtsseitig mit einer zusätzlichen geringgradigen Hochtonschwerhörigkeit. Der Tinnitus ließ sich links bei 2000 Hz mit einer Verdeckbarkeit von 103 dB, d.h. 3 dB über der Hörschwelle, bestimmen.

Die otoakustischen Emissionen zeigten dazu stimmig rechts suffiziente Antworten zwischen 750 Hz und 6 kHz, während links - passend zum Hörbefund - keine Distorsionsprodukte ableitbar waren. Ebenfalls passend zeigte sich die BERA linksseitig ohne adäquate Antwort.

Riechtest

Zur Quantifizierung des Riechvermögens wurde mit den Sniffin'-Sticks als validiertem Riechtest eine Bestimmung des SDI Scores durchgeführt [6, 1, 3]. In diesem Test wurden neun von 12 Riech- und alle vier Geschmacksqualitäten erkannt.

Auf eine weitere Objektivierung über die die Ableitung olfaktorisch evozierter Potentiale (OEP) konnte – auch schon wegen des erheblichen technischen Aufwands, mit einem Durchflussolfaktometer, verzichtet werden [1].

Eine ebenfalls durchgeführte Magnetresonanztomographie (MRT), die bei unklarem Riechverlust zur Darstellung der Strukturen des Riechsystems indiziert sein kann, konnte organische Ursachen der Riechstörungen wie Tumoren oder eine Sinusitis ausschließen.

Psychischer Befund

Bei der bewusstseinsklaren und allseits orientierten Patientin wurde eine tiefe Traurigkeit, Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit deutlich. Es bestand eine innere Anspannung und Unruhe.

Inhaltlich bestanden ängstliche Kognitionen bezogen auf das Tinnitusleiden und die weitere Lebensperspektive. Der Antrieb der Patientin war deutlich vermindert, die Stimmung gedrückt. Die Patientin war wegen der in den letzten Monaten für sie ungewohnt aufgetretenen Reizbarkeit und verbalen aggressiven Ausbrüche irritiert und ängstlich. Wegen der damit verbundenen Schuldgefühle war sie um emotionale Kontrolle bemüht.

Eruierbar waren weiterhin Konzentrations- und Schlafstörungen.

Es bestand kein Hinweis für akute Suizidalität oder psychotisches Erleben.

Testdiagnostik:

Die deutsche Version des HADS-D (Hospitality Anxiety and Depression Score) ist ein kurzes und als Orientierung akzeptiertes Selbstbeurteilungsverfahren mit je sieben alternierend dargebotenen Angst- und Depressionsitems [4]. Erfasst wird die Ausprägung ängstlicher und depressiver Symptomatik während der vergangenen Woche. Nach Bildung von Summenscores der Subskalen erfolgt die Beurteilung. Orientierend gelten Werte größer/gleich 11 je Subskala als auffällig.

Im vorliegenden Fall erreichte der HADS zu der Skala „Depression“ vor und nach Therapie klinisch unauffällige Werte (2 und 0), die Angstskala hingegen war mit 13 zu Beginn relevant auffällig und konnte auf 5 am Therapieende abfallen.

Lebensgeschichtliche Entwicklung /Psychodynamik

Die Patientin wurde im letzten Kriegsjahr als letztes Kind von vieren in Schlesien geboren, den im Krieg gefallen Vater hat sie nie kennengelernt. Nach Kriegsende musste die Mutter mit den vier Kindern fliehen und fand zunächst Zuflucht in einem kleinen Dorf.

Die Mutter hat sie eher „wie eine große Schwester“, liebevoll und „stark“ („Nur keine Gefühle nach außen zeigen, dann ist man schwach und angreifbar“) erlebt, während sie selbst eher ein zurückhaltendes und schüchternes Kind gewesen sei.

Mit etwa 5 Jahren kam es zu einem sexuellen Übergriff durch einen Freund des Bruders. Sie habe der Mutter davon erzählt, die anschließend dafür gesorgt habe, dass dieser Freund keinen Kontakt mehr zu ihnen bekommen konnte. In der Schule erzielte sie durchschnittliche Leistung und blieb zurückhaltend mit sozialen Kontakten.

Ihren Ehemann, einen *gewissenhaften* Beamten, habe sie früh kennengelernt und sei dann zu ihm in das Haus der Schwiegereltern gezogen.

Bis zur Geburt des ersten Kindes war sie in einem kaufmännischen Beruf tätig, anschließend bis heute Hausfrau bzw. jetzt Rentnerin.

Zunehmend bekam sie das Gefühl, dass ihr die Arbeit mit dem riesigen Haus, „über den Kopf wachse“. Die Hoffnung, dass das nach der Pensionierung des Ehemanns vor zwei Jahren weniger werden würde, hatte sich nicht erfüllt, im Gegenteil hatte es sich verschlimmert. Da sich der Ehemann „in seinem Elternhaus“ aber sehr wohl fühle, könne sie ihn nicht zu einem Umzug bewegen. Nachdem sie die Schwiegermutter gepflegt habe und nun nicht mehr könne, habe sie die eigene Mutter in ein Pflegeheim geben müssen, deswegen habe sie ein schlechtes Gewissen.

Wertung

Wegweisend für die Einordnung der von der Patientin hochgradig quälenden Geruchs- und Geruchsmißempfindungen war die sukzessive und empathisch begleitete Erarbeitung der Biographie bis hin zu den Auswirkungen auf die derzeitige Problem- und Verarbeitungslage. So zeigte sich, dass die von der Patientin beklagten Riechstörungen - unabhängig von den auch bei uns durchgeführten olfaktorischen Tests - situativ bedingt waren.

Die Patientin konnte selbst einen direkten Zusammenhang zu partnerschaftlichen Problemsituationen erkennen. Die Riechstörung hatte sich nach der Pensionierung des einerseits geschätzten, andererseits überreglementierenden Mannes und der subjektiven Not, es ihm und seiner Mutter in deren Elternhaus immer recht zu machen sowie durch die Unterdrückung negativ attribuiertes Emotionen (Wut, Ärger, Trauer) eingestellt.

Auf der Basis einer stabilen, belastbaren Beziehung zum Therapeuten sowie unter Mithilfe der Mitpatienten in der Gruppe konnte dies von der Patientin bewusst zugeordnet und äußerst schambesetzt berichtet werden.

Dies war vor allem deswegen so schwierig, weil die Patientin in ihrer schuldhaften Verarbeitung, mit ihren irrationalen, dysfunktionalen Glaubenssätzen und in ihrem dichten Denkgefüge i.S. eines sog. „schwarz-weiß-Denkens“ zunächst für sich nur daraus folgern konnte, die nun seit über 40 Jahren bestehende Ehe konsequent aufzulösen.

Auch dies konnte dann in der Psychotherapie - auch in Paargesprächen - entsprechend relativiert und angegangen werden. So konnten nach einem mehrwöchigen stationären Aufenthalt die angstbesetzte Verarbeitung verbessert und neue Konfliktlösungsansätze und Bewältigungsstrategien für die Patientin entwickelt werden, so dass die Patientin nicht mehr allein darauf angewiesen war, die von ihr empfundenen Miß- und Notstände nur somatisch ausdrücken zu müssen, sei es in der Tinnituslautheit oder in Geruchsempfindungen.

Diskussion:

Riechstörungen stellen in der HNO-Heilkunde sowohl eine organische wie psychosomatische Herausforderung dar. Die Palette der möglichen Ursachen reicht von entzündlichen bis destruktiven Veränderungen der Nasenschleimhaut selbst bis hin zu den Rezeptoren im olfaktorischen Kortex, so dass im Falle der chemotherapeutischen Behandlung der Patientin durchaus an eine solche Kausalität gedacht werden müsste.

Auffällig war, dass alle organischen Untersuchungen primär eine gute Funktionsweise sowohl in der Peripherie wie in der Verarbeitung erkennen ließen, so dass sich der psychosomatische Zusammenhang zunächst per Ausschluss der organischen Faktoren anbot. Hilfreich ist dabei ein sowohl organische wie psychische Faktoren erfassendes Vorgehen, wie es anderer Stelle ausführlicher berichtet wurde [7, 2].

Dann können – wie bei dieser Patientin – relevante, oft schambesetzte Affekte bearbeitet werden.

Fazit für die Praxis:

Riech- und Schmeckstörungen sind häufig und können das Leben stark beeinträchtigen. Wenn die organische Diagnostik keinen Anhalt für eine periphere oder zentrale Störung ergibt, dann ist die Erweiterung um die psychosomatische Diagnostik sinnvoll und die Bearbeitung in einer speziell bei Geruchsphänomenen langwierigen psychotherapeutische Arbeit hilfreich.

Literaturverzeichnis:

1. Bitter, T; Gudziol, H, Guntinas-Lichius, O (2011) Riechstörungen- Einteilung, Ursachen und Therapie. Ärzteblatt Thüringen. 317- 321
2. Decot, E (2005) Psychosomatische Störungen. Therapeutische Verfahren bei psychosomatischen Störungen im HNO-Bereich. Laryngo-Rhino-Otol 2005; 84: 272-287
3. Förster, G, Damm, M, Gudziol, H, Hummel, T, Hüttenbrink, K.-B., Just T, Muttray A, Seeber, H, Temmel, A., Welge-Lüssen, A (2004) Riechstörungen. Epidemiologie, pathophysiologische Klassifikation, Diagnose und Therapie HNO 52:679–684
4. Herrmann, Ch., Buss, U (1994) Vorstellung und Validierung einer deutschen Version der "Hospital Anxiety and Depression Scale" (HAD-Skala); ein Fragebogen zur Erfassung des psychischen Befindens bei Patienten mit körperlichen Beschwerden. Diagnostica 40: 143-154
5. Hesse, G, Schaaf, H. Manual der Hörtherapie. 2012 Thieme, Stuttgart
6. Hummel, T, Hähner, A., Witt, M., Landis, BN (2007) Die Untersuchung des Riechvermögens HNO 55:827–838
7. Schaaf, H (2005): Das psychosomatische Erstinterview nach Morgan und Engel in der HNO - Heilkunde. Forum HNO. 7. 204 - 216.