

De geurbetrektingswaan

Een variant van het somatisch subtype van de waanstoornis

A. DE WITTE, M. HEBBRECHT

SAMENVATTING We stellen een patiënt voor met een somatische waanstoornis, gekenmerkt door de hardnekkige overtuiging van de betrokkene een slechte lichaamsgeur te verspreiden. Deze waanstoornis wordt onderscheiden van andere psychiatrische en lichamelijke aandoeningen. Ze verdient onze aandacht vanwege de mogelijke evolutie naar een ernstige depressie wanneer geen behandeling wordt ingesteld.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 43 (2001) 8, 585-589]

TREFWOORDEN behandeling, geurbetrektingswaan, waanstoornis van het somatische type

Het *olfactory reference syndrome* (ORS) dat we vertalen als 'geurbetrektingswaan', verwijst naar de hardnekkige overtuiging een slechte lichaamsgeur te verspreiden.

Bij ons literatuuronderzoek werden Medline-, PsycLit- en Cochrane-Library-gegevensbestanden doorzocht op de termen *olfactory reference syndrome*, *olfactory delusional syndrome* en *olfactory hallucinations or delusions*. Dezelfde zoektermen werden eveneens geraadpleegd in handboeken en naslagwerken.

Uitgebreide epidemiologische gegevens ontbreken. Pryse-Phillips (1971) onderzocht een steekproef van 137 psychiatrische patiënten met olfactorische hallucinaties en introduceerde de term *olfactory reference syndrome* (ORS) om de olfactorische symptomen te onderscheiden van die bij temporale epilepsie, schizofrenie en depressie. Andere synoniemen zijn *olfactory paranoid syndrome* of 'monosymptomatische hypochondrische psychose'. Bishop (1980) vroeg aandacht voor dit syndroom met de beschrijving van een casus die hij gedurende vijf jaar had gevolgd. Malasi e.a. (1990) beschreven zes gevallen met *olfactory*

delusional syndrome bij patiënten uit het Midden-Oosten. 'Autodysosmofobie', 'dysmorphofobie', 'bromidrososmofobie' en het Japanse taijin kyofusho of 'antropofobie' zijn andere termen voor soortgelijke syndromen (Stein e.a. 1998). De term 'fobie' wordt in deze omschrijvingen verkeerd gebruikt omdat het hier een psychotische stoornis en geen angststoornis betreft.

De beschikbare literatuur voorziet evenmin in eenduidige behandelingsprotocollen. Onze patiënte werd behandeld met een combinatie van medicatie en een steunende, psychodynamisch georiënteerde psychotherapie.

GEVALSBESCHRIJVING

Mevrouw K. is een 24-jarige, gemiddeld begaafde, ongehuwde vrouw die door haar huisarts naar ons ziekenhuis werd verwezen omdat ze er hardnekkig van overtuigd bleef een afstotende geur uit de mond te verspreiden. Allerlei hulpmiddelen zoals tandenpoetsen, reinigen van de tong, mondspeelmiddelen en diëten brachten geen verandering. Tandheelkundige, stomatolo-

gische, gastro-enterologische en KNO-onderzoeken toonden geen afwijkingen. Een neurologisch onderzoek met CT-scan van de hersenen was negatief. Patiënte vormde haar eigen theorie: de maagspier zou niet functioneren waardoor voedsel onverteerd blijft en rottingsgeuren via de adem vrijkomen. Deze gedachte was niet corrigeerbaar. Zij voelde zich beschaamd en reageerde wantrouwend op haar omgeving.

Bij opname maakte patiënte een verzorgde indruk. Ze was matig depressief; zij had een HRSD (Hamilton rating scale for depression)-17-score van 23; een score van 44 op de Montgomery-Asberg depression rating scale (MADRS) en een score van 39 op de Beck Depression Inventory. Ze reageerde angstig en gejaagd. Ze was 5 kg afgevallen in 6 maanden. Slaapstoornissen waren aanwezig. Patiënte piekerde veel. Ze misbruikte geen alcohol, nicotine of drugs.

Patiënte is de oudste van twee kinderen. Ze noemde haar kinderjaren ongelukkig. Vader werd beschreven als agressief en emotioneel afwezig. Zij ervoer haar moeder tot haar elfde jaar als een steunfiguur. Vanaf deze leeftijd werd deze volledig door haar zelfstandige zaak opgeslorpt en voelde patiënte zich in de steek gelaten. Patiënte behaalde in deze periode slechte resultaten op school. Ze werd gepest vanwege haar onverzorgde uiterlijk en voelde zich eenzaam. Vader begon een buitenechtelijke relatie waarop moeder depressief reageerde en een suïcidepoging ondernam. Haar ouders scheidden toen ze 13 jaar was. Ze verwerkte de scheiding niet. Moeder hertrouwde, maar patiënte duldde het gezag van haar stiefvader niet en gedroeg zich als een rebelse puber. Op school werden opmerkingen gemaakt over een slecht ruikende adem waarna patiënte sociale situaties ging vermijden. Ze geraakte steeds meer in een sociaal isolement, verbrak de relatie met haar vriend met wie ze samenwoonde en verloor haar baan. Ook daaropvolgende relaties mislukten, hetgeen haar zelfgevoel deed dalen. Patiënte ging bij haar moeder en stiefvader inwonen. De spanningen in het gezin werden onhoudbaar. De toenemende sociale iso-

latie maakte behandeling noodzakelijk. Een ambulante cognitieve gedragstherapie (eenmaal per twee weken) en socialevaardigheidstraining werden opgestart, maar brachten geen verbetering na zes maanden. In verband met toenemende depressiviteit met suïcidegedachten werd zij naar ons ziekenhuis doorverwezen. De waan een slechte geur te verspreiden was primair, haar depressie secundair.

Begin 2000 werd begonnen met een psychodynamisch georiënteerde, ondersteunende psychotherapie (Hebbrecht & Willemsen 2000). We stelden de diagnose 'een somatische waanstoornis met de overtuiging een slechte lichaamsgeur te verspreiden'. Als leidraad voor de psychotherapie kozen we de volgende psychodynamische formulering: deze vrouw decompenseert in psychotische zin bij de overgang van adolescentie naar de jongvolwassenheid en mislukt in haar ontwikkelingstaken: ontslag op het werk, mislukken van intieme relaties. Ze kan niet terugvallen op de holding van een stabiel en ondersteunend gezinsmilieu en regredieert naar de schizoid-paranoïde positie. De agressieregulatie is in ernstige mate verstoord. Het slechte zelfgevoel wordt afgesplitst en naar buiten geprojecteerd. Dit mechanisme maakt de waan een slechte geur te verspreiden, begrijpbaar: 'Ik ben vies, anderen keren zich van mij af'.

De behandeling bestaat erin negatieve overdrachtsbelevingen tot stand te laten komen en deze te bewerken in een waarderende en bemoeidigende therapeutische setting. Daarnaast wordt gebruikgemaakt van steunende interventies zoals educatie, omgevingsinterventie, aanmoediging van een assertieve opstelling en benadruking van haar eigen talenten. Bovendien wordt ze aangemoedigd bij het aanpakken van de specifieke ontwikkelingstaken waarmee ze als jonge twintiger geconfronteerd wordt. De waan wordt niet geconfronteerd of uitgedaagd, maar wel geleidelijk uitgetest zoals beschreven door Meissner (1995). In onze hypothese veronderstellen we dat haar waan een introjectieve configuratie overdekt, waarbij de patiënte zich als een hul-

peloos, 'vies kind-slachtoffer' voelt in een vijandige en bedreigende wereld van machtige volwassenen die zich van haar afkeren en de 'neus' voor haar optrekken. We stellen vast dat deze introjectieve configuratie zich ook in de therapeutische relatie manifesteert in de vorm van de overtuiging dat de therapeut haar geen boeiende patiënte vindt. Naarmate de behandeling vordert, krijgt ze meer vertrouwen in de therapeut en in zichzelf en wordt ze minder in beslag genomen door haar gepolariseerde opvatting: 'Ik ben zwak, minderwaardig en kwetsbaar – de ander is sterk, machtig, competent en wil met mij geen relatie aangaan'. Patiënte wordt bovendien behandeld met een selectieve serotonineheropnameremmer (fluoxetine, 20 mg per dag) en een antipsychoticum (flupentixol, 1 mg per dag). Deze gecombineerde behandeling draagt ertoe bij dat het syndroom geleidelijk opklaart. Ze wordt actiever en gaat een nieuwe relatie aan. De waan een slechte ademgeur te verspreiden, zwakt af. De depressie met suïcidegedachten en het sociaal vermijdingsgedrag verdwijnen. Na vijf maanden intensieve behandeling vindt ze werk. Bij follow-up na zes maanden is patiënte volledig klachtenvrij en heeft zij zowel sociale als relationele contacten opgebouwd.

DISCUSSIE

De geurbetrekkingswaan, een variant van de somatische waanstoonis en gekenmerkt door de hardnekkige overtuiging een slechte lichaamsgeur te verspreiden, begint meestal vroeg. Ze treft voornamelijk jonge (jonger dan 25 jaar), ongehuwde (75%) mannen (78%) zonder psychiatrische voorgeschiedenis (89%) (Pryse-Philips 1971). Deze patiënten consulteren in eerste instantie somatische specialisten die dit syndroom niet kennen en geen oorzaak vinden.

Criteria voor de diagnose zijn die van een waanstoonis van het somatische type (DSM-IV: 297.1) (APA 1994): 1. De aanwezigheid van de niet-bizarre waan een slechte lichaamsgeur te verspreiden met de duur van ten minste één maand.

2. Er is nooit voldaan aan criterium A voor schizofrenie. Reukhallucinaties mogen aanwezig zijn op voorwaarde dat ze in verband staan met het waanthema. 3. Los van de invloed van de wanen is het functioneren niet duidelijk beperkt en is het gedrag niet onmiskenbaar vreemd of bizar. Gelijktijdig optredende stemmingsepisoden duren kort in verhouding tot de waanperioden. 4. De stoornis is niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel of een somatische aandoening.

De waan is een dominant symptoom en leidt meestal tot sociale vermijding. Bovendien meent de patiënt aan anderen te zien dat zij de vieze geur ruiken. Het sociaal vermijdingsgedrag gaat gepaard met schaamte en verlegenheid en vertoont gelijkenissen met de sociale fobie (Stein e.a. 1998). Minderwaardigheidsgevoelens, alexithymie en gemis aan zelfvertrouwen kenmerken de persoonlijkheid van deze patiënten (Bishop 1980). Ze zijn zelfkritisch, obsessieel en gevoelig zoals patiënten met een sensitieve betrekkingswaan (Bishop 1980). Er is een verband tussen de geurbetrekkingswaan en walging of schuld in relatie met seksuele gevoelens. Verdrongen homoseksualiteit, genderidentiteitsproblemen, identificatie met een pathologische moeder en moeilijke gezinsomstandigheden kunnen een rol spelen (Malasi e.a. 1990). Zoals in onze casus kunnen deze kenmerken secundair tot depressie en suïcidedreiging leiden. Soms wordt de patiënt door wroeging (*contrite reaction*) gekweld met andere symptomen van een obsessieve compulsieve stoornis (Stein e.a. 1998). De patiënt tracht vooral op een dwangmatige manier de gewaande geur te verbergen. Patiënten met deze waan dienen vanzelfsprekend onderscheiden te worden van hen die reëel een slechte geur verspreiden door slechte hygiëne, zelfverwaarlozing of decorumverlies ten gevolge van onder meer organische pathologie, middelenmisbruik, eetstoornissen, chronische schizofrenie of ernstige depressie. Bij psychotische depressieve patiënten is de waan een slechte geur te verspreiden een aspect van veralgemeen-

de zelfdeprecieatie. Deze waan is als stemmingscongruent verschijnsel dan een element van de overtuiging dat het lichaam verrot is (voor een overzicht: Serratrice 1998). Sommige schizofrene patiënten kunnen hallucineren dat een onbekend persoon op afstand slechte geuren stuurt of via geuren hen beïnvloedt.

In de differentiële diagnose dienen we ook de organische oorzaken van hyperosmie (ziekte van Addison, hyperthyroïdie), parosmie (verkeerde reukgevaarwording) en reukhallucinaties te vermelden. Om die reden zijn altijd een KNO-consult (sinusitis, tumoren, ozaena), een stomatologisch onderzoek en een neurologische evaluatie (temporale epilepsie, migraine accompagnée, ziekte van Parkinson, laesies van de bulbus olfactorius, limbische pathologie) aangewezen (Martzke e.a. 1997).

Er is weinig bekend over de neurobiologie van deze waanstoornis. Stoornissen in centrale neurotransmittersystemen van de olfactorische bulbus (dopamine, GABA, acetylcholine en serotonine) kunnen een rol te spelen, maar het precieze pathogenetische mechanisme is niet bekend (Hirsch 1992).

Het beschikbare onderzoek geeft nauwelijks een leidraad ten aanzien van de behandeling en van de psychofarmacologische behandeling in het bijzonder. Selectieve serotonineheropnameremmers (fluoxetine, citalopram), tricyclische antidepressiva (clomipramine), MAO-remmers en antipsychotica (pimozide) werden met wisselend resultaat voorgeschreven. Een geïntegreerde psychotherapeutische benadering lijkt ons onontbeerlijk.

CONCLUSIE

De geurbetrekkingswaan, een waanstoornis van het somatische type, komt weinig voor, is weinig bekend en daardoor miskend. Het onbehandeld laten van deze aandoening kan tot ernstige secundaire psychiatrische morbiditeit leiden.

De gevalsbeschrijving laat zien dat een psy-

chodynamische ondersteunende behandeling in combinatie met psychofarmaca aanzienlijke verbetering kan brengen. Het effect van de psychodynamische benadering dient evenwel gerelativeerd te worden: een combinatie van medicatie en cognitieve gedragstherapie, ingebed in een therapeutisch milieu, zou eveneens werkzaam kunnen zijn.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Bishop, E.R. Jr. (1980). An olfactory reference syndrome – monosymptomatic hypochondriasis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 41, 57-59.
- Hebbrecht, M., & Willemsen, M. (2000). *Het Ondersteunend Milieu*. Sint-Truiden: Smets & Ruppel.
- Hirsch, A.R. (1992). Olfaction in migraineurs. *Headache*, 32, 233-236.
- Malasi, T.H., El-Hilu, S.R., Mirza, I.A., e.a. (1990). Olfactory delusional syndrome with various aetiologies. *British Journal of Psychiatry*, 156, 256-260.
- Martzke, J.S., Kopala, L.C., & Good, K.P. (1997). Olfactory dysfunction in neuropsychiatric disorders: Review and methodological considerations. *Society of Biological Psychiatry*, 42, 721-732.
- Meissner, W.W. (1995). *Treatment of Patients in the Borderline Spectrum*. London: Jason Aronson.
- Pryse-Phillips, W. (1971). An olfactory reference syndrome. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 47, 484-509.
- Serratrice, G. (1998). Olfaction et gustation. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale Neurologie*, 17, 1-6.
- Stein, D.J., Kopala, C., Clark, C., e.a. (1998). Is olfactory reference syndrome an obsessive-compulsive spectrum disorder? Two cases and a discussion. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 10, 96-99.

AUTEURS

A. DE WITTE is psychiater in opleiding.

M. HEBBRECHT is als diensthoofd klinische psychiatrie verbonden aan het Psychiatrisch Ziekenhuis Sancta Maria te Sint-Truiden in België. Hij is psychiater, psychotherapeut en psychoanalyticus.

Correspondentieadres: Psychiatrisch Ziekenhuis Sancta Maria, Melderencentrum 111, 3800 Sint-Truiden, België. Tel.: ++(0)11/69 06 11.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Geaccepteerd voor publicatie op 09-01-2001.

SUMMARY

Olfactory reference syndrome. A variation on the somatic subtype of the delusional disorder. A case study – A. de Witte, M. Hebbrecht –

We introduce a patient with symptoms of an olfactory reference syndrome (ORS), characterized by a strong belief to give out a ghastly smell. This somatic subtype of delusional disorder should be distinguished from other psychiatric and organic disorders. It deserves our medical and therapeutic attention because, without treatment, a serious secondary depression may develop.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 43 (2001) 8, 585-598]

KEYWORDS delusional disorder of the somatic subtype, olfactory reference syndrome, treatment