

Halitophobie: Angst vor dem nicht existenten Geruch

Delia Schreiber, Andreas Filippi

Das Thema Mundgeruch ist in den letzten Jahren in das Bewusstsein von Patienten und Zahnärzten gerückt. Nicht immer existiert er wirklich. Nach zahlreichen epidemiologischen Studien wird jedoch weltweit von einer Prävalenz von etwa 25 Prozent der Bevölkerung ausgegangen, die zumindest zu bestimmten Tageszeiten sozial inkompatiblen Mundgeruch hat. Im Gegensatz zu den USA gibt es in Europa nach wie vor zu wenige professionelle Anlaufstellen für Halitosis-Patienten. Der Zulauf zu diesen wenigen Sprechstunden ist enorm.

Der Begriff Halitosis fasst unterschiedliche Befunde beziehungsweise Krankheitsbilder zusammen. Man unterscheidet zunächst die echte Halitosis und die psychisch bedingte Halitosis. Die psychisch bedingte Halitosis wird ihrerseits in Pseudohalitosis und Halitophobie unterteilt [Yaegaki und Coil, 2000]. Pseudohalitosis bedeutet, der Mundgeruch wird nur vom Patienten selbst empfunden,

jedoch durch andere nicht wahrgenommen. Diese Situation verbessert sich durch Information und Aufklärung des Patienten und durch das Besprechen der Untersuchungsergebnisse. Bei einer Halitophobie klagt der Patient über objektiv nicht verifizierbaren Mundgeruch. Weder durch intensive Aufklärung noch durch Besprechung der Untersuchungsergebnisse kann der

Patient davon überzeugt werden, dass kein Mundgeruch vorliegt. Es wird heute vermutet, dass Pseudohalitosis die Vorstufe einer Halitophobie sein könnte.

In früheren Untersuchungen konnte eine Inzidenz von fünf Prozent aller Ursachen für Halitosis [Delanghe et al., 1996] beschrieben werden. Spätere Untersuchungen der Universitäten Berlin und Basel zeigen jedoch, dass in professionellen und exponierten Halitosis-Sprechstunden der Anteil von Patienten mit psychischer beziehungsweise psychiatrischer Ursache sogar bei zwölf bis 27 Prozent liegen kann [Seemann et al., 2004; Filippi und Müller, 2006].

Psychologische und psychiatrische Ursachen

Das Selbstbild des Menschen über seinen Atem ist mehr oder weniger klar und kann in sehr geringem bis hin zu äußerst inadäquatem, pathologischem Maße von der Realität abweichen [Eli et al., 2001]. So ist ein bekanntes und paradoxes Phänomen, dass Menschen mit Mundgeruch diesen selbst oft nicht wahrnehmen. Ebenso ist die Behauptung eines Patienten, er leide unter starkem Mundgeruch, der jedoch vom Gegenüber weder organoleptisch noch metrisch erfasst werden kann, im ersten Moment irritierend. Die Betroffenen suchen Hilfe beim Spezialisten in einer Halitosis-Sprechstunde, der nach eingehender Unter-



Der vorliegende Beitrag ist in modifizierter Form bereits vor einigen Jahren in den zm erschienen. Die Autoren haben den Inhalt und die Literatur aktualisiert. Da der Beitrag für den Praxisalltag aber substantiell ist, erscheint er im Rahmen dieses Fortbildungsteils erneut, da er die Thematik „Halitosis“ abrundet. ■



Patienten mit psychisch bedingter Halitosis sind ständig wegen ihres objektiv nicht vorhandenen Mundgeruchs besorgt ...



... sie reinigen ihre Zunge mehrfach am Tag, ...

suchung die eigentlich angenehme Mitteilung machen kann, dass kein Mundgeruch vorhanden ist. Ein echter Halitosis-Patient ist darüber glücklich. Ein Halitophobie-Patient aber wird mit Unverständnis oder gar mit Unmut reagieren. Da er seinen Geruch subjektiv deutlich registriert und unter Umständen sogar noch einen schlechten Geschmack im Mund wahrnimmt, ist er für jegliche Art der Argumentation nicht erreichbar. Die sinnlichen Wahrnehmungen sind zu stark, um sich einer anderen, objektiven Wirklichkeit zu öffnen.

Kommt solch ein Patient in die Praxis, so ist der Umgang mit ihm nicht einfach, da eben diese gemeinsame Wirklichkeit kaum geschaffen werden kann. Er ist nicht selten enttäuscht und reagiert ablehnend auf die Überzeugungsarbeit des Behandlers. In der Regel ist die Einsicht in das Wahnhafte seiner Eigendiagnose nicht vorhanden. Schnell einmal fühlt er sich nicht ernst genommen und zweifelt schließlich an der Kompetenz des untersuchenden Zahnarztes. Einen Halitophobie-Patienten jedoch kann man weder durch professionelle Diagnostik, noch durch metrische Beweise technischer Messungen davon überzeugen, dass sein Problem fiktiv ist und keiner somatischen Behandlung bedarf [Rosenberg und Leib, 1997].

Der Begriff Halitophobie beschreibt die übertriebene Angst des Patienten, andere Menschen mit seinem vermeintlichen Mundgeruch unerträglich zu belästigen. In

Internetforen beschreiben Halitophobiker ihr eigentliches Leid immer mit ähnlichen Worten: „Wie kann etwas, das ich so klar rieche und schmecke nicht existieren? Das will mir nicht in den Kopf. Ich beobachte mein Gegenüber ganz genau und ich finde immer eine Reaktion, die darauf hindeutet, dass ich eben doch schlecht aus dem Mund rieche. Das macht mich so unsicher. Ich traue mich kaum noch unter Leute.“ Diese Tendenz sich zu isolieren, ist gefährlich, denn sie kann zu einer sekundären Depression führen, beziehungsweise eine häufig vorhandene larvierte Depression verstärken. Die Auswertung von speziellen Anamnesebögen [Lang und Filippi, 2004a] der Halitosis-Sprechstunde der Universität Basel hat gezeigt, dass für Patienten mit nicht-realer Halitosis das relative Risiko einer negativen Beeinflussung des Soziallebens doppelt so hoch ist wie für Patienten mit echter Halitosis [Filippi und Müller, 2006]. Dies erklärt teilweise die offenbar erhöhte Suizidgefährdung bei persistierender Halitophobie.

Der Halitophobie-Patient sieht in jeder sozialen Interaktion – wie natürlich vorkom-

mende Gesten, zum Beispiel ein kurzes Bedecken der Nase oder das Wegdrehen des Kopfes – objektivierbare „Indizien“ für sein Leiden. Bei genauem Nachfragen sind diese Patienten jedoch noch nie auf unangenehmen Mundgeruch angesprochen worden [Johnson, 1996]. Wohl aber beschreiben einige, früher einmal mit einer Bemerkung über angeblichen Mundgeruch verletzt worden zu sein. Neurobiologisch könnte hier eventuell eine Erklärung für die Entstehung dieser Krankheit zu suchen sein. Ähnlich dem Phantomschmerz bei Amputationspatienten, wäre es möglich, dass das Hirn in einer besonders sensiblen Situation einen einmal tatsächlich vorhandenen Geruch oder Geschmack memoriert hat und nun ständig reproduziert. Die Ursachen für diesen Memory-Effekt sind noch nicht erforscht.

Von der Angst über den Zwang zum Wahn

Der Begriff „olfaktorisches Referenzsyndrom“ fasst die im Laufe der Zeit immer stärker werdenden Wahnvorstellungen vom Eigengeruch zusammen [Johnson, 1996]. Über die Halitophobie gibt es trotz der insgesamt hohen Inzidenz in speziellen Halitophobie-Sprechstunden [Delanghe et al., 1996; Seemann et al., 2004; Filippi und Müller, 2006] kaum psychologische oder psychiatrisch wissenschaftliche Daten. Die meisten Halitophobie-Patienten erscheinen auch nicht in psychologischen oder psychiatrischen Sprechstunden, da sie davon überzeugt sind, dass ihr Problem organischer und nicht psychischer Natur ist. Die Eigengeruchshalluzinose und das olfaktorische Referenzsyndrom sind Psychologen, Psychiatern und Neuropsychologen zwar bekannt, das Phänomen der Halitophobie jedoch nicht. Die Halitophobie wird wohl

fixe Idee, Unsinn

eingebildeter Mundgeruch, sich einbilden, „Das kommt Ihnen nur so vor.“

Pseudohalitosis, Halitophobie

psychisch, psychosomatisch, pathologisch, Psychotherapie

Tabelle 1: Begriffe, die man im Kontakt mit Halitophobie-Patienten vermeiden sollte

am schlüssigsten dem olfaktorischen Referenzsyndrom innerhalb der Zwangsstörungen zugeordnet [Stein et al., 1998]. Patienten, die unter dem olfaktorischen Referenzsyndrom (ORS) leiden, glauben mehr oder weniger wahnhaft, durch einen vermeintlichen Körper- oder Mundgeruch im Berufs- und im Privatleben eingeschränkt zu sein. Obsessive Handlungsmuster kommen hinzu. Dieser eingebildete Geruch kann verschiedenen Körperteilen zugeordnet werden. ORS-Patienten sind ständig mit ihrem Körpergeruch beschäftigt. Sie entschuldigen sich für den inexistenten Geruch und beschäftigen sich – ähnlich wie Zwangserkrankte – häufig mit Aktivitäten und Ritualen, um sich davon zu befreien. Diese Patienten reduzieren ihr öffentliches Erscheinen und häufig auch ihre sozialen und beruflichen Kontakte. Sie werden oft von großer Scham über den vermeintlichen Geruch und von depressiven Tendenzen geplagt. Somit könnte die Halitophobie die Kriterien für Zwangserkrankungen innerhalb des Klassifikationssystems für psychische Störungen (DSM-IV) erfüllen [Sass et al., 2002]. Es sind jedoch weitere Studien erforderlich, um eine exakte Einordnung der Halitophobie innerhalb des olfaktorischen Referenzsyndroms und damit in die Gruppe der Zwangsstörungen zu rechtfertigen. Bei der Entstehung von Zwangsstörungen wird sowohl von neurobiologischen als auch von psychologischen Faktoren ausgegangen.

Die Zuständigkeit bei Halitophobie

Es ist anzuraten, Halitophobie-Patienten – sobald diese dazu bereit sind – an einen Psychiater oder Allgemeinmediziner mit psychotherapeutischer Zusatzausbildung zu verweisen. Eine medikamentöse Therapie (Antidepressiva) kann die Beschwerden in der Regel lindern. Allerdings tauchen diese auch nach vorsichtigem Ausschleichen der Therapie (langsames Absetzen der Medikamente über einen längeren Zeitraum hinweg) häufig wieder auf, wenn nicht begleitend eine Psycho- oder Verhaltenstherapie durchgeführt wird.

Kommunikation mit betroffenen Patienten

Die professionelle Halitosis-Sprechstunde bietet den Vorteil, Teile der Anamnese mittels eines Fragebogen erheben zu können, der einige Fragen zur psychischen Situation des Patienten beinhaltet [Lang und Filippi, 2004a; Filippi, 2005]. Patienten mit nicht-realer Halitosis werden so bereits im Vorfeld erkannt. Dem entsprechend kann die Kommunikation von Anfang an diagnosegerecht gestaltet werden.

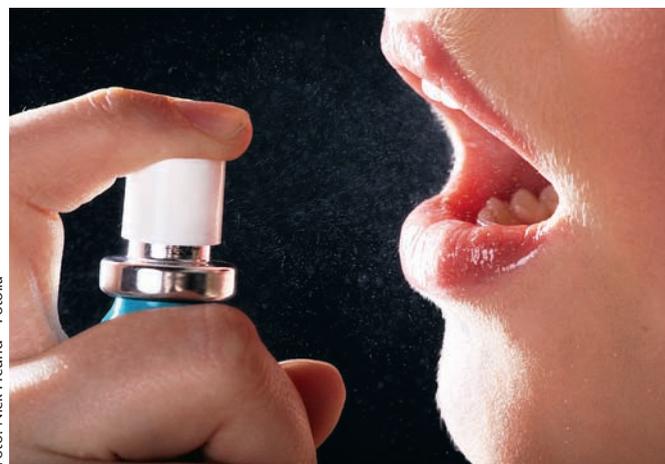


Foto: Nick Freund – Fotolia

... versuchen, ihre Atemluft durch orale Kosmetika zu verbessern, ...

Ruhe und Zeit sind sehr wichtig für das erste Gespräch. Nach der intraoralen, organoleptischen und instrumentellen Diagnostik [Lang und Filippi, 2004a; Filippi, 2005; Brunner et al., 2010] ist es ratsam, auch Patienten mit wahnhafter Halitosis in die Mund- und Zungenhygiene einzuweisen [Filippi, 2005; Filippi, 2009]. Es liegt im Ermessen des Behandlers, ob man den Patienten bereits zum Zeitpunkt der Erstdiagnostik mit der Tatsache des nicht-verifizierbaren Mundgeruchs konfrontiert. Entscheidend ist in erster Linie, das Vertrauen des Patienten zu gewinnen. Beginnen könnte man beispielsweise damit, zu erwähnen, dass der wahrgenommene Geruch sehr viel schwächer ist, als der Patient glaubt. Einige Patienten haben eine ausgedehnte Doctorshopping-Phase hinter sich, sind enttäuscht und überempfindlich und sehnen sich verzweifelt nach dem Ende ihrer Probleme. Eine aufmunternd gemeinte Bemerkung, dass gar kein Mundgeruch vorhanden sei, kann

zu diesem Zeitpunkt vom Patienten nicht kognitiv verarbeitet werden. In seinem Inneren wird ein Widerstreit zwischen Kognition und Emotion ausgelöst, der auch zu Wutreaktionen führen kann.

Mittelpunkt der Behandlung sollte sein, eine Beziehung zum Patienten herzustellen, die von Akzeptanz, Mitgefühl, Unterstützung und Ermutigung getragen wird [Yaegaki und Coil, 1999]. In der Psychotherapie ist seit Längerem bekannt, dass nicht in erster Linie die Technik der Therapie, sondern viel mehr die Haltung und der gute Beziehungs-

aufbau des Therapeuten die Initiation eines inneren Heilungsprozesses ermöglichen [Grawe et al., 1994]. Mit dieser empathischen Kommunikationsart ermöglicht man dem Patienten, sich den Luxus zu erlauben, die innere Abwehr aufzugeben und sich eine neue Sicht der Dinge anzuhören. In der Regel nimmt keiner der Patienten initial das Angebot einer psychologischen Beratung und Therapie an [Delanghe et al., 1997; Delanghe et al., 1999a; Delanghe et al., 1999b; Yaegaki und Coil, 1999]. Bevor das Verhältnis zwischen Behandler und Patient nicht von Vertrauen geprägt ist, wird der Versuch, den Patienten zu einem Psychotherapeuten oder psychologisch geschulten Allgemeinmediziner zu überweisen im Normalfall scheitern. Aus diesem Grund ist es erforderlich, dass der Behandler genau zuhört und die Klagen des Patienten ernst nimmt. Während des Gesprächs immer wieder zu nicken, zuzustimmen und das Leiden anzuerkennen, schafft Vertrauen. Mit Sätzen



Foto: Wrigley

... benutzen regelmäßig Atem erfrischende Kaugummis oder Lutschtabletten und ...

wie: „Das kann ich gut verstehen“, „Das muss sehr belastend für Sie sein“, „Schauen wir mal, was ich für Sie tun kann“ zeigt man Verständnis. Unbedingt vermieden werden sollten Begriffe, die suggerieren, dass es sich um eine psychische und nicht um eine somatische Störung handeln könnte (siehe Tabelle 1). Zumal diese Störung, sofern sie neurobiologische Ursachen haben sollte, damit sehr wohl somatisch mitgeprägt wird. Man darf nicht vergessen, dass sich Behandler und Patient in verschiedenen Wirklichkeiten befinden. Für den Patienten ist die Halitosis zu seinem Leidwesen eine sinnlich erfahrbare Realität. Diese Realität anzuerkennen und aus ihr herauszuführen, ist das Kernziel einer Halitophobie-Therapie. Eine aus psychologischer Sicht viel versprechende Umgangsbasis mit dem Patienten umfasst fünf Regeln [Yaegaki und Coil, 1999] (Tabelle 2).



Foto: Pronomen GmbH

... führen oft sehr motiviert alle Möglichkeiten der Mundhygiene durch, ohne dass sich ihr Leiden verbessert.

Eines der Hauptprobleme der Halitophobie ist die Gewohnheit, andere Menschen zu beobachten und in ihren Reaktionen ständig Hinweise auf den eigenen schlechten Atem zu suchen. Daher ist es empfehlenswert, den Patienten auf diese Gewohnheit und die damit einhergehenden Angstgefühle und Kontrollbedürfnisse aufmerksam zu machen. Eine Möglichkeit, um dem Patienten einen Gegenbeweis zu liefern, wäre, ihn an einem Blindversuch teilhaben zu lassen: Er füllt eine Plastiktüte mit seiner Atemluft und reicht diese selbst – unter einigen anderen Lufttüten – einer Testperson, die beurteilen muss, wie der Inhalt der Tüte riecht.

Die Stunde der Wahrheit

Das Ziel dieser speziellen Mundgeruch-Sprechstunde ist es, Halitophobie-Patienten an einen Arzt mit psychotherapeutischer Weiterbildung oder an einen Psychotherapeuten weiter zu weisen. Dies braucht sehr viel Fingerspitzengefühl. Spätestens bei der zweiten oder dritten Sitzung ist es an der Zeit, den Patienten behutsam aufzuklären.

Folgende Sätze können dabei helfen, dem Patienten eine andere Wirklichkeit als seine eigene nahezubringen:

Nennen Sie die Tatsache: „Ich kann bei Ihnen keinen Mundgeruch feststellen. Es gibt wirklich keinerlei Indizien dafür.“

Anerkennen des Problems: „Sie nehmen aber den schlechten Geschmack und den Geruch trotz Ihrer hervorragenden Mundhygiene noch immer deutlich wahr.“

Objektivierung: „Die Wissenschaft nennt dieses Phänomen Halitophobie. Es ist so, dass Sie wahrscheinlich tatsächlich einmal unter Mundgeruch gelitten haben. Ihr Hirn hat sich diesen Geruch gemerkt und gaukelt Ihren Geruchs- und Geschmacksnerven diesen immer wieder vor. Wieso es das macht, konnte noch nicht erforscht werden.“

Lösungsangebot: „Ich kann Ihnen einen Kollegen empfehlen, der Ihnen hier weiterhelfen kann“ (Visitenkarte eines Neuropsychologen oder Psychiaters mit psychotherapeutischer Zusatzausbildung bereit halten).

Entdramatisieren: Nicht erschrecken, wenn hier Psychiater/Psychologe steht – mit Ihnen

1. Der Behandler lässt sich nicht auf Diskussionen ein, ob der Mundgeruch vorhanden ist oder nicht.
2. Es sollte abgeklärt werden, ob der Patient vermehrt auf Reaktionen von anderen achtet und aus diesen das Vorhandensein von störendem Mundgeruch ableitet.
3. Dem Patienten sollte wiederholt erklärt werden, dass Gesten wie das Bedecken der Nase mit der Hand oder das Abwenden des Gesichts bei Gesprächspartnern häufig vorkommen und nicht bedeuten, dass er Mundgeruch hat.
4. Um den therapeutisch wichtigen Kontakt zum Patienten aufrechtzuerhalten, sollte man ihm zeigen, wie er seine Mundhygiene optimieren kann. Er ist von der Anwesenheit seiner Halitosis überzeugt und wird – wenn nicht ernst genommen – andere Spezialisten aufsuchen.
5. Der Patient sollte immer wieder daran erinnert werden, dass er den Zustand seiner Atemluft auf keinen Fall an Gesten oder Reaktionen anderer Menschen ablesen soll, da er damit immer falsch liegt.

Tabelle 2: fünf Regeln im Umgang mit Halitophobie-Patienten [nach Yaegaki & Coil, 1999]

ist alles in Ordnung! Der Kollege kennt sich aber mit der modernen Hirnforschung aus (das sollte dann auch stimmen! Ein Psychoanalytiker dürfte für den Halitophobiker nicht der geeignete Ansprechpartner sein) und kann Ihnen sicher in kürzester Zeit helfen, dieses Geruchsphänomen loszuwerden.

Sofortmaßnahme: „Kauen Sie häufig zuckerfreien Kaugummi – das kann helfen, damit Ihr Hirn einen anderen Geschmack 'lernt'.“

Zusatzangebot: „Ich möchte gerne mit Ihnen einen weiteren Termin ausmachen, damit wir sehen, wie sich das Ganze entwickelt. Es ist mir wichtig, dass wir eine gute Lösung finden, denn ich kann verstehen, wie belastend diese Geruchswahrnehmungen für Sie sein müssen. Mit diesem Zusatzangebot unterstreichen Sie, dass Sie weiter-

hin für ihn da sind und ihn nicht einfach loswerden wollen. Das zu Ihnen aufgebaute Vertrauen zerschlägt sich nicht einfach so, sondern bleibt ein Hoffnungsschimmer für den Patienten. In Anbetracht der nicht seltenen Suizidgefährdung von Halitophobikern ist eine zusätzliche Konsultation ethisch durchaus vertretbar, auch wenn Ihr Auftrag als Zahnmediziner momentan erfüllt ist.

Schlussfolgerung

Jeder Zahnarzt, der eine Halitosis-Sprechstunde anbietet und somit früher oder später mit Halitophobie-Patienten konfrontiert werden wird, sollte sich einen Psychiater oder Allgemeinmediziner, beide mit Zusatzausbildung in Psychotherapie, in der Nähe

suchen und ihm die Symptome einer Halitophobie schildern, damit dieser weiß, was auf ihn zukommt, wenn ihm ein solcher Patient überwiesen wird. Der Umgang mit Halitophobie-Patienten ist für den Zahnarzt schwierig. Voraussetzungen sind Grundkenntnisse über die Hintergründe der Erkrankung, die adäquate Kommunikation mit Halitophobie-Patienten sowie die therapeutischen Möglichkeiten auf psychologischer Seite.

Zusammenfassung

Ein Großteil der Bevölkerung leidet unter Halitosis. Ursachen können sowohl orale als auch nicht orale Veränderungen sein. Zungenbelag sowie Parodontitis marginalis gehören zu den häufigsten oralen Ursachen. Nicht orale Ursachen sind vor allem Tonsillitis und Sinusitis aber auch Allgemeinerkrankungen sowie spezielle Ernährungsgewohnheiten. Unter nicht realer Halitosis beziehungsweise Halitophobie versteht man die zwanghafte Vorstellung, unter Mundgeruch zu leiden. Die betroffenen Patienten geraten in einen Distress-Kreislauf, der vermutlich die Wahrnehmung des Eigengeruchs verstärkt oder zumindest aufrechterhält. Die Folgen sind soziale Isolation bis hin zum Suizid. Halitosis-Sprechstunden sollten daher auf Patienten mit Halitophobie vorbereitet sein und im Vorfeld interdisziplinäre Kontakte aufbauen.

*Delia Schreiber
Lic. phil. Psychologin, Institut für
konvergent-systemisches Coaching
Im Schneeberg 3, CH-8708 Männedorf*

*Prof. Dr. Andreas Filippi
Klinik für Zahnärztliche Chirurgie, -Radiologie,
Mund- und Kieferheilkunde, Universitätskliniken
für Zahnmedizin, Universität Basel
Hebelstr. 3, CH-4056 Basel
andreas.filippi@unibas.ch*



Prof. Dr. Andreas Filippi

1990 bis 1998 Wiss. Mitarbeiter und wiss. Ass. (C1) der Abteilung Oralchirurgie und Zahnärztliche Poliklinik der Universität Gießen/Deutschland, 1991 Promotion, 1992 Erlangung der Gebietsbezeichnung „Oralchirurgie“ in Deutschland, 1999 Habilitation, 1999 Ernennung zum Privatdozent, 1999 bis 2001 OA der Klinik für Oralchirurgie und Stomatologie in Bern, seit 2001 OA und Stellvertreter des Klinikvorstehers der Klinik für ZÄ Chirurgie, -Radiologie, M.-K.-Heilkunde Basel, 2001 FachZA für Oralchirurgie in der Schweiz, 2005 Ernennung zum Professor der Universität Basel, 2006 Gründung des Zahnunfall-Zentrums Basel, seit 2007 Präsident der Schweizerischen Ges. f. Oralchirurgie und Stomatologie (SSOS)



Die Literaturliste kann im Bereich Download auf www.zm-online.de abgerufen oder in der Redaktion angefordert werden.