

УДК 159.9

ОБОНЯТЕЛЬНЫЙ РЕФЕРЕНТНЫЙ СИНДРОМ: СПЕЦИФИКА, ТАКТИКА НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ

Мелёхин А.И. (Москва, Россия)



Мелёхин Алексей Игоревич

кандидат психологических наук, доцент, профессор РАЕ, клинический психолог высшей квалификационной категории, сомнолог, когнитивно-поведенческий терапевт; частная психотерапевтическая практика.

Гуманитарный институт имени П.А. Столыпина, ул. Стромынка, д. 21, корп. 2, 107076, Москва, Россия. Тел.: 8 (925) 873-30-04.

E-mail: clinmelehin@yandex.ru

Аннотация. В данной обзорной статье показано, что обонятельная система — это система предупреждения для обнаружения потенциальных вредных веществ, ситуаций, контекста и тесно связана с системой привязанности у человека. Изменения в обонятельной системе рассматриваются как нейрокогнитивный маркер психического неблагополучия при депрессии, тревожном спектре расстройств, биполярном расстройстве, нейродегенеративных расстройствах, шизофреническом спектре расстройств. Показано, что наблюдаются специфические изменения в различных компонентах обоняния, таких как восприятие, идентификация и различение (дифференциация) запахов, память на запахи, а также в определении гедонистической валентности. Депрессивные симптомы заметно преобладают у пациентов с потерей обоняния из-за воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей, таких как хронический риносинусит и острый риносинусит вирусного происхождения. На основе проанализированных жалоб пациентов из собственной клинической практики автора представлена предварительная классификация спектра обонятельной дисфункции. При внимательном анализе жалоб пациентов с обонятельной дисфункцией установлено, что чрезмерное восприятие запахов имеет некоторое сходство с социальной фобией, поскольку характеризуется определенным когнитивно-поведенческим рисунком, страхами и попытками избежать ситуаций, в которых возникает страх или тревога, и перестраховать себя. Также имеет некоторые перекрывающиеся симптомы с дисморфофобией, обсессивно-компульсивным расстройством и тревогой о здоровье. Представлена специфика нейропсихологического обследования данной группы пациентов и общая тактика когнитивно-поведенческой терапии.

Ключевые слова: восприятие запаха, запах, искаженное восприятие запаха, обонятельный референтный синдром, обонятельная дисфункция

Для цитаты: Мелёхин А.И. Обонятельный референтный синдром: специфика, тактика нейропсихологического обследования и реабилитации // Медицинская психология в России: сетевой науч. журн. – 2023. – Т. 15, № 3. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).

Введение

Нарушенное или искаженное восприятие запаха (olfactory dysfunction), обонятельный референтный синдром (olfactory reference disorder) за последние несколько лет являются новым терапевтическим вызовом, недооцененной областью нейропсихологического и психиатрического обследования пациентов во всем мире [1].

Недавние зарубежные исследования выявили недооцененную до сих пор роль обонятельного пути в патофизиологии психических расстройств, раннем высокочувствительном скрининге, эффективном ответе на лечение. Лишь 5–10% специалистов в области здоровья (психиатры, нейропсихологи, клинические психологи, неврологи) в ходе обследования пациентов уделяют внимание вопросу обоняния [2; 3].

Обонятельный дефицит, присутствующий при спектре психических, неврологических заболеваний, заключается в специфических изменениях в различных компонентах обоняния, таких как восприятие, идентификация и различение (дифференциация) запахов, память на запахи, а также в определении гедонистической валентности («приятно — неприятно», «опасно — безопасно», «вкусно — невкусно», «наслаждение — дискомфорт»). Следует отметить, что в prodrome и в обострении течения ряда психических расстройств (депрессии, тревожный спектр, расстройства адаптации) у пациентов наблюдаются воспалительные заболевания верхних дыхательных путей (хронический риносинусит, острый риносинусит) вирусного происхождения, что требует дополнительного изучения [4]. В связи с этим целью данной статьи на основе последних зарубежных исследований и собственного клинического опыта является познакомить специалистов в области психического здоровья, врачей-отоларингологов, терапевтов со спецификой обонятельной дисфункции при ряде психических расстройств, тактикой нейропсихологического обследования и проведения когнитивно-поведенческой терапии.

Специфика жалоб пациентов с обонятельной дисфункцией

Пациенты с обонятельной дисфункцией предъявляют, по нашим клиническим наблюдениям, различный спектр жалоб:

- «После смерти мамы я никому не говорила, но у меня изменилось восприятие запахов, от много чего меня воротит... я думала, что это возрастное, климакс, перенесла ковид... но исключив все я заметила, что очень странно меняются симптомы».
- «Долгое время был зависим от капли для носа с ментолом: они меня успокаивали, снижали дискомфорт, тревогу, использовал их как средство успокоения».
- «Чрезмерно реагирую на яркие запахи табака, духов, парфюма, геля для душа... как только чувствую эти запахи, появляется сильный приступ тревоги, начинаю избегать мест, начинаю злиться, что реагирую таким образом... появился страх этих запахов».
- «Похоже у меня какие-то галлюцинации обонятельные: иду на работу и нюхаю запах гари... которого вокруг нет».
- «Начала реагировать на запахи, нюхаю продукты, и они как будто тухлые, несвежие, также и по отношению к себе думаю, что дурно пахну... моюсь 2—5 раз в день и все равно».
- «Приезжаю домой и чувствую спертый запах гари, плесени, очень специфический запах, хотя жена ничего не ощущает и много раз делала уборку».
- «Замечаю, что когда не выплюсь или напряжена, то продукты пахнут определенным образом: мясо как хлорка в бассейне, кофе как жженое, горелое... гель для душа не пахнет, духи как спирт...».
- «После перенесенного ковида прошел уже год, а у меня по-прежнему что-то странное с запахами, многое не приятное, какое-то постоянное восприятие пряного, тухлого, прелого».
- «Постоянно принохиваюсь к себе и думаю, что пахну несвежим, тухлым, гнилым, нечистым, моюсь 3—6 раз в течение дня, думаю, что мой партнер учует и бросит меня».
- «Могу идти по улице, перед работой, после рабочего дня иду, и резко возникают странные запахи: то как пирожками пахнет, то картошкой, то как тухлым... хотя вокруг ничего нет».
- «Я была в Крокус Холле, когда произошел теракт, теперь каждый раз, когда я чувствую запах дыма, жженой проводки в повседневной жизни, у меня дикий страх, льются слезы и тело становится налитым, как замираю».
- «Не могу многие продукты есть, так как изменился запах... не ем мясо, не пью кофе, не ем бананы... молочные продукты — прям бзик какой-то — ощущение, что они все несвежие... Поменяла все дезодоранты, так как постоянно чувствую от себя запах пота... хотя другие говорят, что ничего не пахнет».

Классификация данного расстройства по сей день является предметом дискуссий в нейропсихологии [5; 6].

Из характера жалоб видно, что обонятельный дефицит может быть:

- С «плохим» и «хорошим» инсайтом, т. е. степенью осознания.
- Может касаться искаженного, негативного, тревожного восприятия запаха от собственного тела и из окружающей среды. У пациентов наблюдается постоянная озабоченность в том, что от них плохо пахнет (например, изо рта, тела) и другие люди могут

это заметить, и они будут испытывать сильный стыд («опозориться»). Этот «плохой» запах сами пациенты с трудом могут описать и больше отмечают, что «думают о запахе».

Пациенты в целом могут испытывать чрезмерный страх перед определенными запахами из окружающей среды, например, дыма, бытовой химии, пота, запах духов у других людей. Могут присутствовать обонятельные галлюцинации, однако порядка 60% пациентов сообщают, что сами не чувствуют плохого запаха от себя, но есть стойкое убеждение в его наличии у них, что говорит о присутствии негативных когнитивных ярлыков или когнитивной предвзятости. У данных пациентов наблюдаются постоянные попытки замаскировать запах, и/или избегать социальных контактов с другими людьми, мест, где есть эти «опасные» запахи, что порождает порочный цикл, представленный нами на рис. 1 [7].



Рис. 1. Общий когнитивно-поведенческий цикл обонятельной дисфункции.

- Может полностью пропасть (обонятельная дезориентация) или исказиться восприятие запахов.

В целом гиперчувствительность к запахам сопровождается эмоциональным дистрессом (в форме раздражительности, обиды, враждебности, агрессии) и социальной изоляцией [8].

Обонятельная система и психическое благополучие

Обонятельная система — это система предупреждения для обнаружения потенциальных вредных веществ, ситуаций, контекста и тесно связана с системой привязанности у человека. Условно выделяемые «обонятельная» и «эмоциональные» системы головного мозга сильно взаимосвязаны и имеют общие нейронные структуры (например, орбитофронтальная кора, миндалевидное тело и образование гиппокампа), что говорит о связи эмоционального состояния пациента с восприятием (обработкой) запахов [9].

Запахи могут изменять эмоции, настроение и поведение, а также вызывать сильные ощущения удовольствия или неудовольствия. Обоняние является важным нейроповеденческим зондом гедонических способностей, расслабления, наслаждения, эйфории и безопасности.

Эволюционно обонятельная луковица является старейшей из структур мозга. Она дала начало лимбической системе, которая относится к сети нейронных структур, ответственных за обработку эмоций. Стресс активирует гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую ось, что приводит к выбросу кортизола в кровоток, который модулирует обонятельное восприятие через центральную нервную систему [10]. Показано, что повышенный уровень кортизола у женщин связан с улучшенными способностями к распознаванию запаха.

Например, матери с более высоким уровнем кортизола более чувствительно способны распознавать различные запахи своих младенцев [11].

Обоняние играет важную роль в ряде повседневных, рутинных процессов, таких как прием пищи, социальное общение и придание эмоциональных атрибутов автобиографическим воспоминаниям, актуализирует определенные вытесненные воспоминания. Пациенты с ПТСР часто сообщают, что определенные запахи вызывают повторное переживание травмирующих событий (например, опыт эмоционального, физического, сексуального насилия) [6].

Запах также играет первостепенную роль для выживания при обнаружении экологических угроз и сигнализации о потенциальной опасности (например, выявление испорченной/гнилой пищи, невидимого пожара или разлива химических веществ поблизости, или утечки газа, «чрезмерной накуренности», задымленности) [9].

Усиленная обонятельная функция актуализируется в периоды астении, посттравматического стресса, повышенного обнаружения угрозы (сбой в системе привязанности), также, когда ощущается угроза жизни или высок накопленный эмоциональный стресс. Это, вероятно, дисфункционально поможет, запустив реакцию «бей–беги–спасайся», искусственно предупреждая человека о присутствии опасности и способствуя развитию избегающего поведения [12].

От 11 до 33 % людей в общей популяции считают себя «химически» или «аромат (запах) чувствительными» и от 1 до 6 % страдают от этого состояния [13]. Присутствие определенных запахов вызывает у данной группы чувствительных людей сильное раздражение и симптомы, похожие на приступы панической атаки, например, головокружение, «ком в горле», усталость, затрудненное дыхание, «ватное тело», головные боли. У них появляются мысли, что «будет плохо», «не справлюсь», «не выживу», «сойду с ума». Следует отметить, что данная группа людей отмечается повышенной ранимостью, эмоциональной чувствительностью, тревожной мнительностью, высокой сензитивностью к эффектам лекарств (например, низкие дозировки дают повышенный эффект, страх приема лекарств). Повышенная тревожность из-за страха столкнуться с неприятным запахом приводит пациента к пребыванию в состоянии постоянного дистресса, который сопровождается злостью и гневливостью. Данные люди более восприимчивы к запаху, потенциально связанному с «опасностью — безопасностью» (например, никотин, резкий парфюм), но не более восприимчивы к нейтральному запаху. У них наблюдается повышенная тревожная чувствительность, страхи, «ожидание подвоха». Наблюдается сильная связь между чувствительностью к тревоге и ухудшением чувствительности к запахам. Предполагается, что, возможно, чувствительность к тревоге (тревожная настороженность, мнительность, катастрофизация) является механизмом, с помощью которого люди, у которых присутствует чувствительность к запахам, более восприимчивы к запахам, потенциально связанным с «опасностью — безопасностью» [3]. Чувствительность к определенным запахам, особенно к тем, которые соотносятся с реальной опасностью, может быть связана с предрасположенностью к беспокойству и/или историей негативных аффективных переживаний.

Хронический страх, длительное пребывание в режиме «выживания», «автопилота», «самоизматывания», постоянной подозрительности может привести к сдвигу в центральной обработке запахов, так что пациенты теряют чувствительность к гедоническим качествам и интенсивности многих запахов. Хроническая чувствительность к раздражителям, вызывающим страх (т.е. чувствительность к тревоге), приводит к функциональным изменениям как обонятельной, так и интраназальной систем тройничного нерва, что вызывает специфическую чувствительность к запаху [8].

Переживание неконтролируемого (психосоциального) стресса в форме циклов взлета и падений, смерти близких людей, финансового стресса, сдержанной эмоциональности часто связано с чувством тревоги, страха и гнева и влияет на обоняние [Там же].

Специфика нарушения обоняния при психических расстройствах

Депрессии. Последнее время в зарубежной клинической психологии и психиатрии обсуждается вопрос, можно ли эффективно использовать нарушение обоняния для улучшения скрининга депрессии. Наблюдается связь обонятельной дисфункции со степенью тяжести депрессии, что, в свою очередь, ухудшает качество жизни пациентов и приводит к суицидальным мыслям и поведению. Показано, что у пациентов с рекуррентной депрессией и большим эпизодом депрессии снижено обонятельное функционирование во многих аспектах, включая порог, различение и идентификацию [9]. Дисфункция сна в структуре депрессии ухудшает когнитивное функционирование и негативно влияет на обонятельную

обработку, необходимую для идентификации и различения запахов. У пациентов наблюдается обонятельная ангедония, т.е. они не могут распознавать различные концентрации приятных запахов — это указывает на функциональный перекоп в церебральной обработке приятности при депрессивных состояниях. Более того, пациенты склонны воспринимать неприятные запахи как чрезмерно неприятные, негативные. Было высказано предположение, что снижение обонятельной идентификации может быть вызвано когнитивными нарушениями при рекуррентной депрессии, в то время как связь между обонятельным порогом и депрессией может быть частично вызвана кумулятивным повреждением нервной системы [8]. Также следует учитывать, что депрессивные симптомы заметно преобладают у пациентов с потерей обоняния из-за воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей, таких как хронический риносинусит и острый риносинусит вирусного происхождения. Ключевым механизмом в патофизиологии потери обоняния при воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей, связанных с депрессией, является воспаление, при котором активированные Т-хелперные клетки (Th2) продуцируют цитокины, такие как ИЛ-4, ИЛ-5 и ИЛ-13, в носоглотке, слизистой оболочке, что приводит к выработке IgE-антител и привлечению эозинофилов [2].

Тревожный спектр расстройств. У пациентов с генерализованным тревожным расстройством наблюдается обонятельная дисфункция, заключающаяся в нарушении порога обоняния, распознавания и идентификации [13]. При умеренной и тяжелой степени данного расстройства изменяются показатели обонятельной идентификации, но не порога обоняния, что говорит о выраженности соматической гипермобилизации. Плохое распознавание запахов наблюдается у пациентов с ярко выраженной социофобией и агорафобией. При ПТСР дефицит обонятельной идентификации является предиктором изменений в эмоциональной регуляции, а точнее, агрессии и импульсивности. Гнев снижает когнитивные способности и эксплицитную память, в то время как кортизол повышает когнитивные способности и рабочую память. Прослеживается отрицательная связь между гневом и эффективностью идентификации запаха, которая может быть объяснена тем, что гнев мешает контролю внимания. Кортизол ассоциируется с лучшими способностями к идентификации запаха, гнев связан с худшей идентификацией запаха [8].

У пациентов с повышенной чувствительностью к запаху наблюдаются высокие индексы агрессии, враждебности, и чувство вины (по шкале BDHI). Отдельно следует указать наличие у них высоких баллов по подозрительности и настороженности. Специфические связи между страхом и обонянием обусловлены тесной ассоциативной связью в памяти, существующей между эмоциональной травмой и запахами, присутствующими во время этих переживаний. Свойства одорантов для тройничного нерва могут иметь отношение к контекстуальной угрозе и чувствительности к запахам, связанной с тревогой [11]. В этой связи пациенты, страдающие посттравматическим стрессовым расстройством, как правило, лучше справляются с тестами на определение запаха и быстрее реагируют на CO₂, неприятный жгучий газ, который воздействует на тройничный нерв [Там же]. Аналогичным образом была описана связь между повышенной тревожностью и повышенной чувствительностью к гваяколу, запаху, напоминающему дым (например, запах сигарет), обладающему высокими свойствами для тройничного нерва [10]. Учитывая, что интраназальная система тройничного нерва частично функционирует для обнаружения раздражителей и потенциально вредных химических веществ, переносимых по воздуху, в окружающей среде, повышенная чувствительность к запахам, обладающим высокими свойствами для тройничного нерва, согласуется со многими другими способами безопасного поведения, которые усиливаются у лиц с тревожными чертами характера и расстройствами [2].

Пороги обнаружения n-октанола выше у пациентов с тревожным спектром расстройств. Пациенты с высоким нейротизмом демонстрируют лучшую способность различать запахи, способности к идентификации запаха и повышенную обонятельную чувствительность. Чрезвычайно застенчивые люди с чрезмерной социальной фобией демонстрируют более низкие пороги обоняния, чем общительные люди [8]. При внимательном анализе жалоб пациентов с обонятельной дисфункцией установлено, что чрезмерное восприятие запахов имеет некоторое сходство с социальной фобией, поскольку характеризуется определенным когнитивно-поведенческим рисунком, страхами и попытками избежать ситуаций, в которых возникает страх или тревога, и перестраховать себя. Также имеет некоторые перекрывающиеся симптомы с дисморфофобией, обсессивно-компульсивным расстройством и тревогой о здоровье [14]. Некоторые наши коллеги

рассматривают референтный обонятельный синдром как субтип дисморфического расстройства тела [6; 15].

Биполярное расстройство. У пациентов наблюдается пониженный порог обоняния и ухудшение распознавания запаха даже в эутимической фазе. В недавнем исследовании только у пациентов в острой фазе приступа плохого настроения наблюдалось снижение обонятельного порога [2]. Симптомы изменений в настроении отрицательно связаны с чувствительностью к запаху, но не со способностью идентифицировать запах. Снижение обонятельного порога может быть потенциальным маркером для различения пациентов с биполярным расстройством в острой фазе и в стадии ремиссии. У пациентов с частыми маниакальными эпизодами наблюдается дефицит в распознавании положительных, приятных запахов [3; 13]. Такие пациенты оценивали эти запахи как менее приятные и менее эмоциональные по сравнению с пациентами с ремиссией биполярного расстройства и здоровой контрольной группой людей. Пациенты с маниакальными состояниями имеют более выраженный дефицит обонятельной идентификации по сравнению с пациентами с эутимическим биполярным расстройством.

Нейродегенеративные расстройства и восприятие запаха — отдельная тема для обсуждения. Наличие изменений в восприятии запахов предсказывает более быстрое снижение когнитивных способностей (с меньшим объемом в веретенообразной извилине и средней височной коре, включая гиппокамп и энторинальную кору). Данные стойкие изменения в обонянии указывают на нейродегенерацию в головном мозге у пожилых людей без деменции. Обонятельная дисфункция может быть клиническим признаком многих нейродегенеративных расстройств, включая болезнь Альцгеймера, болезнь Хантингтона, болезнь Паркинсона, сосудистую деменцию, лобно-височную деменцию, боковой амиотрофический склероз, прогрессирующий надъядерный паралич, болезнь Вильсона, идиопатическое расстройство поведения во сне с быстрым движением глаз и т. д. Может быть доклиническим признаком нейродегенеративного расстройства, например, возникающего за много лет (обычно 4—8 лет) до болезни Паркинсона [16].

Шизофренический спектр расстройств. У 80% пациентов с шизофреническим спектром расстройств выявлено такое значительное нарушение идентификации запаха, которое вызывает нарушение повседневного функционирования [2]. Пациенты испытывают наибольшие трудности с определением приятных запахов, трудности идентификации нейтрального запаха. Наличие дефицита в идентификации приятного запаха может быть не только потенциальным показателем развития психоза, но и фактором риска развития хронической, рецидивирующей шизофрении. Изменения в восприятии запахов может носить ипохондрическую форму бредового расстройства (соматический подтип бредового расстройства). Однако было замечено, что расстройство может возникать у пациентов как с инсайтом (осознания нарушений), так и без него, и что феноменология расстройства (т. е. поведение проверки, маскировки, поиска утешения и избегания) имеет больше общего с расстройствами тревожного спектра [3].

Нейропсихологическое обследование и тактика психотерапевтического лечения пациентов

На основе проанализированной литературы отмечается, что конкретных рекомендаций по лечению обонятельных дисфункций пока не существует. В DSM-V были даны рекомендации по размещению данного синдрома рядом с обсессивно-компульсивным расстройством [5]. В МКБ-11 есть категория «Расстройства обонятельного восприятия», которая включена в группу «Обсессивно-компульсивное и связанные с ним расстройства (OCRD)» [6].

Кроме того, всеобъемлющей когнитивно-поведенческой модели данного расстройства еще не разработано. Из-за некоторого основного сходства с дисморфическим расстройством тела (дисморфофобия), когнитивно-поведенческие протоколы (CBT-BDD [17]) могут быть использованы для лечения данной группы пациентов как в монотерапии, так и в комбинации с психофармакотерапией (СИОЗС и или без антипсихотического усиления) и ароматерапией [1; 12; 18].

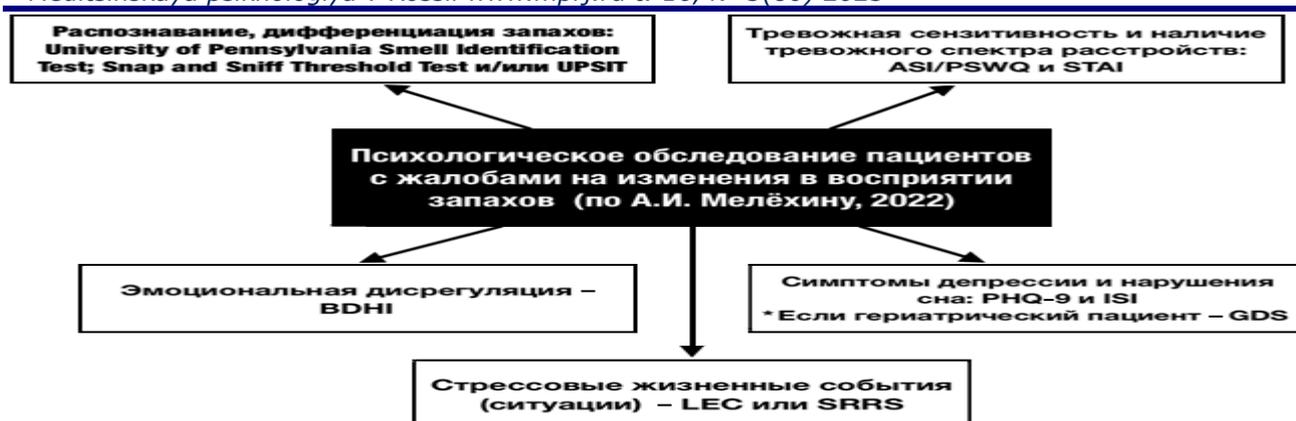


Рис. 2. Специфика психологического обследования пациентов с жалобами на изменения в восприятии запахов [7].

При сборе анамнеза важно спросить пациента:

- Есть ли нарушения с обонянием, со вкусом или с основными вкусовыми ощущениями (такими как соленое, сладкое, кислое или горькое)?
- Помимо возникновения (например, внезапного или постепенного) и течения обонятельного дефицита (например, флуктуирующего или статичного), крайне важно также задать вопрос о количественной обонятельной дисфункции (например, о степени изменения обоняния и типе затронутых запахов) и качественной обонятельной дисфункции (искаженное восприятие, когда обонятельные изменения нарушены).
- Как ухудшение обоняния влияет на повседневную жизнь (например, на питание, межличностное общение, безопасность дома).
- Получить информацию о прошлом заболевании, травмах головы, носовых симптомах (таких как непроходимость, ринорея, чихание), приеме лекарств в прошлом и в настоящее время, аллергии, привычках к курению, воздействию токсинов и соответствующем семейном анамнезе [7]. Психологическое обследование рекомендовано проводить с применением следующих диагностических психометрических шкал: PHQ-SADS, Body Dysmorphic Disorder Data Form Modified for ORS, Olfactory Reference Syndrome questionnaire (ORD-Q), YSQ, BDHI, Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale Modified for Olfactory Reference Syndrome (YBOCS-ORS), а также нейропсихологических проб [3; 4; 5].
- Шкала определения дисморфофобии (BDD) для пациентов с обонятельной дисфункцией построена в форме полуструктурированного интервью, в ходе которого собираются данные о демографических и клинических особенностях воспринимаемого запаха (например, о природе и источниках, референтном мышлении), повторяющемся поведении, склонности к суициду, сопутствующей заболеваемости, возрасте начала, течении болезни (ретроспективно оценивается), а также истории лечения [2].
- Шкала обсессивно-компульсивных состояний Йеля – Брауна, модифицированная для обонятельной дисфункции (ORS-YBOCS), – это полуструктурированная шкала, которая оценивает текущую (за последнюю неделю) тяжесть обонятельного дефицита. Пять пунктов оценивают озабоченность запахом тела (потраченное время, помехи в функционировании из-за озабоченности, возникающие в результате дистресс, сопротивление и контроль). Пять пунктов оценивают повторяющиеся действия, совершаемые в ответ на озабоченность запахом тела (затраченное время, помехи функционированию, стресс, если такие действия предотвращаются, сопротивление и контроль). В пункте 11 оценивается понимание воспринимаемого запаха тела, а в пункте 12 оценивается избегание действий из-за воспринимаемого запаха. Пункты оцениваются от 0 (отсутствие симптомов) до 4 (крайне тяжелые симптомы); общий балл колеблется от 0 до 48 баллов [Там же]. Обонятельные тесты обычно подразделяются на пороговые тесты запаха и сверхпороговые тесты обоняния, такие как тесты на идентификацию запаха и распознавание запахов. В то время как тесты на определение порога обоняния с большей вероятностью позволяют оценить периферические обонятельные способности (например, проводящую и нейросенсорную функцию носа), сверхпороговые тесты с большей вероятностью позволяют оценить центральную обработку обонятельной информации (например, функционирование структур центральной нервной системы, участвующих в обонянии) [4; 10].
- Тесты на пороговое обоняние. Последовательно используются пробы с фенолэтиловым спиртом или n-бутанолом в возрастающей концентрации, которые обычно

смешиваются с пробами без запаха (заготовки). Пациентов просят ответить, даже если они не уверены, почувствовали ли они запах (процедура принудительного выбора). Когда достигнут переход от отсутствия обнаружения к обнаружению с помощью датчика запаха, концентрация запаха слегка снижается и увеличивается в течение нескольких циклов. Это делается для получения среднего значения обратных значений и, следовательно, для повышения надежности [4].

- **Сверхпороговые тесты.** Используются концентрации запаха, которые может определить пациент. Наиболее распространенными сверхпороговыми тестами являются тесты на определение запаха, такие как тест на определение запаха Университета Пенсильвании (UPSIT, [Там же]). После того, как пациенту будут представлены письменные или визуальные варианты ответов, он понюхает пробник, и ему будет предложено выбрать ответ, который он считает правильным (процедура принудительного выбора). Количество правильных ответов записывается как результат теста. Некоторые из представленных запахов являются специфичными для различных культур и, следовательно, должны быть подтверждены и надежны для соответствующей группы населения. Для большинства из этих тестов доступны нормативные данные, которые позволяют ранжировать процентиля в зависимости от пола и возраста. Другим сверхпороговым тестом является тест на распознавание запаха с помощью устройств для определения запаха, похожих на ручки. В ходе этих тестов пациенту предъявляются различные пахучие зонды, и пациента просят запоминать и различать разные запахи, но они не обязаны называть конкретно представленные запахи. Опять же, количество правильных ответов записывается в качестве результата теста. Тесты на сверхпороговые запахи являются когнитивно более сложными, чем тесты на пороговые значения запаха, поскольку они требуют участия исполнительных функций и семантической памяти. Другим вариантом сверхпороговых тестов на обоняние является тест на гедонистическую ценность запаха. Эти тесты оценивают, насколько приятным или неприятным воспринимается запах, и таким образом включают эмоциональные компоненты.

Когнитивно-поведенческая терапия при обонятельном дефиците включает в себя 12 сессий, 1 раз в неделю, некоторые из которых длятся более одного часа для проведения поведенческих экспериментов [12].

Основная психотерапевтическая тактика заключается в том, что симптомы пациента с искаженным восприятием запаха отличаются от дисфорического расстройства восприятия тела тем, что восприятие дефицита было сенсорным, а не физическим и не галлюцинаторным. Впоследствии основное внимание сосредоточено на оценке пациентом этого сенсорного опыта и его прогнозируемом влиянии на поведение и суждения других людей. Акцент делается на обонятельных переживаниях и убеждениях пациента, что показано на рис. 3.



Рис. 3. Когнитивно-поведенческая модель (формулировка) случая пациента с обонятельной дисфункцией на основе модели П. Салковкиса (Salkovskis P.) [19].

- Первые сессии начинаются с изучения поведенческих сигналов пациента, например, когда он разговаривает с другими (например, отворачивают голову, хмурятся, прикасаются к лицу руками) и интерпретирует это как подтверждение того, что пахнет или может пахнуть. Пациент может признавать, что ему трудно проверить свои дисфункциональные убеждения относительно запаха, и предполагать, что могут быть другие, более мягкие объяснения его поведения (когнитивный гибкий выбор). Однако, когда он разговаривал с другими, пребывал в определенных социальных контекстах и чувствовал неприятный запах (когнитивная негативная оценка), ему было трудно получить когнитивный доступ к альтернативным (гибким) объяснениям ситуации и снизить нежелательные реакции. Сам пациент отмечает, что «все происходит очень быстро». Альтернативные объяснения ситуации дополнительно изучаются с пациентом путем совместной разработки двух конкурирующих версий проблемы представления с использованием техник «Скунс» и «Теория А и Теория Б». Пациент подробно рассказывает о теории «А» («проблема в том, что у меня изо рта плохо пахнет, и это вызывает отвращение и отталкивает других»). Для сравнения теория «Б» предполагает, что проблема заключается в том, что пациент чрезмерно обеспокоен и озабочен запахом своего дыхания и тратит много времени, пытаясь справиться с этим. Первоначально пациент оценивает свою веру в теорию «А», например — 70%. Изучаются доказательства, подтверждающие обе теории, и их последствия, если они верны. Применяется метафора «бомж в двери» или «ученик строителя» (builders apprentice metaphor) для иллюстрации того, как некоторые из стремлений пациента к безопасности и предубеждения в отношении негативного смещения внимания мешали ему опровергнуть свои убеждения. Чтобы глубже изучить убеждение в том, что люди, которые поворачивают голову в ту или иную сторону, прикасаются к носу или хмурятся, испытывают отвращение к дыханию (запаху) пациента, его попросят проследить 1–2 минуты «глазами новичка» за взаимодействием между двумя людьми и подсчитать, сколько раз происходит прикосновение к носу при естественном взаимодействии.

- Сессии 4 и 9 были посвящены обзору и обобщению результатов домашних заданий. Пациент мог заметить, что люди трогали свои носы, хмурились и отворачивались друг от друга более чем в два раза чаще, чем он предсказывал. Это наблюдение заставило пациента задаться вопросом, достоверно ли эти «улики» указывают на то, что его дыхание пахло и в целом от него пахнет, и почему он давит на себя «что он должен обязательно пахнуть». Он также поделился возросшим осознанием своей склонности выискивать запахи и наблюдать за реакцией других людей, что называется негативным когнитивным смещением. Это было рассмотрено в связи с общей формулировкой (когнитивно-поведенческой моделью его расстройства) и тем, как его страхи приводят к усилению концентрации внимания на запахах и физических сигналах, что повышает вероятность их негативно-предвзятого восприятия. Это было дополнительно проиллюстрировано с помощью аналогии с «сибирской язвой» (спросив, сколько голубей он заметил по дороге, и сравнив эту оценку с тем, сколько он мог бы обнаружить, если бы считал, что они несут смертельный вирус). При исследовании убеждения пациента в отношении «неприятных» запахов, он может вспомнить случаи, когда его друзья вели себя так, что это можно было расценить как «отвратительное» поведение (например, публично болели или целовались с людьми на улице, имея герпес на губе). Это не делало их отталкивающими или неприятными для него, но он считал, что это отличается от его собственных опасений. Напротив, он считал, что, если бы у него пахло изо рта, люди приписали бы это чему-то постоянному и основному в нем (то есть он был «нечистым», «неряшливым», «неаккуратным», «вонючим»). Это привело к составлению списка всех действий, которые кто-то может совершить, если поверит в такое о нем (что, буквально, тогда будут делать эти люди). При этом пациент может заметить, что действия из списка имеют поразительное сходство с его собственным поведением в области поддержания иллюзии безопасности (т.е. избегание физической близости, попытки избегать резких вдохов, отворачивание головы во время разговора). Избегание пациентом физической близости было реализовано путем измерения его «зоны комфорта» и границ близости. Это было достигнуто путем ведения разговора, стоя все ближе и ближе, пока он не почувствовал дискомфорт. Это упражнение показало, что он чувствовал себя комфортно на расстоянии примерно 45 сантиметров без использования перестраховочных форм поведения, направленных на обеспечение чувства безопасности. Далее проводятся поведенческие эксперименты для минимизации данного дисфункционального поведения.

- Сессии 10 и 11 были посвящены обзору проделанного психотерапевтического лечения. Поведенческий эксперимент на открытом воздухе позволяет пациенту увидеть, что физическая дистанция не является исключительно признаком отвращения. Пациент приходит к выводу, что одним из его основных открытий было то, что его интерпретация действий других людей как свидетельства отвращения была ложной, негативно-предвзятой. Эффективность терапии: после 12-недельного лечения на протяжении 9 месяцев наблюдались низкие показатели симптомов депрессии, тревоги, минимизировано избегающее, перестраховочное поведение и обонятельные переживания (по шкале ORD-Q) [1; 12; 20].

Выводы

- Изменение в обонянии является симптомом, характерным для психических заболеваний, таких как тревожный спектр, депрессия, шизофренический спектр, биполярное расстройство и др. Конкретных рекомендаций по лечению обонятельных дисфункций пока не существует. В DSM-V даны рекомендации по размещению данного синдрома рядом с обсессивно-компульсивным расстройством. В МКБ-11 категория «Расстройства обонятельного восприятия» включены в группу «Обсессивно-компульсивное и связанные с ним расстройства (OCRD)».

- Из-за некоторого основного сходства с дисморфическим расстройством тела (дисморфофобия), когнитивно-поведенческие протоколы могут быть использованы для лечения данной группы пациентов как в монотерапии, так и в комбинации с психофармакотерапией (СИОЗС и или без антипсихотического усиления) и экспозиционной ароматерапией.

- При тревоге обонятельная дисфункция проявляется в нарушении обонятельного порога, способности различать запахи и идентифицировать их. При «умеренной», «сильной» тревоге ухудшение обонятельной функции связано с большей выраженностью соматической тревожности. Влияние характерных черт или устойчивой тревожности на обонятельную функцию согласуется с длительным изменением чувствительности к запахам в сторону определенных одорантов и отказом от других. Свойства пахучих веществ для тройничного нерва могут также иметь отношение к контекстуальной чувствительности к запахам, связанным с угрозой и тревогой.

- У пациентов с депрессиями отмечается снижение обонятельного порога, способности различать и идентифицировать запахи, поскольку обонятельный порог является наиболее значимым признаком депрессии. Следует учитывать связь обонятельной дисфункции с тяжестью депрессии и суицидальными мыслями. Депрессия также влияет на гедонистическую оценку запахов, поскольку пациенты с депрессией переоценивают приятность положительных запахов и склонны воспринимать неприятные запахи как более неприятные.

- При шизофрении распознавание запахов особенно нарушено, что также наблюдается у пациентов с ранним началом психоза или у лиц с высоким риском психоза. Изменение в обонятельной функции является потенциальным клиническим биомаркером шизофрении уже на ранних стадиях заболевания, а также его прогрессирования. У пациентов с выраженными негативными симптомами нарушения обоняния выражены в большей степени, чем у пациентов без негативных симптомов. У пациентов с более высокой степенью потери обоняния при раннем начале заболевания шизофрения протекает тяжелее.

- Показано, что ряд областей мозга, связанных с обработкой эмоций, пересекаются с обонятельными путями. Таким образом, связь между потерей обоняния и психическими заболеваниями может быть обусловлена воздействием на общие анатомические структуры. Хотя лежащие в основе патофизиологические механизмы взаимосвязи между обонятельной дисфункцией и психическими заболеваниями до сих пор неизвестны, наши зарубежные коллеги предположили, что могут быть задействованы различные процессы, такие как эмоциональные факторы, воспаление, изменения в нейрогенезе периферических и центральных структур обонятельной системы, а также структурные и функциональные изменения головного мозга. В связи с этим при нейропсихологическом обследовании, коррекции и психотерапии пациентов с психическими расстройствами следует уделять внимание обонятельной дисфункции.

Список источников

1. Clearing the air: Multimodal treatment of a case of olfactory reference syndrome / M.P. Roshan, A. Desai, J.M. Dunn [et al.] // *Psychiatry Research Case Reports*. – 2024. – Vol. 3, no. 1. – P. 10–26. doi: 10.1016/j.psycr.2024.100206

2. Olfactory dysfunction in mental illness / C. Marin, I. Alobid, M. Fuentes [et al.] // *Current Allergy and Asthma Reports*. – 2023. – Vol. 23, no. 3. – P. 153–164. doi: 10.1007/s11882-023-01068-z
3. Phillips K.A., Menard W. Olfactory reference syndrome: demographic and clinical features of imagined body odor // *Gen Hosp Psychiatry*. – 2011. – Vol. 33, no. 4. – P. 398–406. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2011.04.004
4. Olfactory and neuropsychological functioning in olfactory reference syndrome / C. Sofko, G. Tremont, J.E. Tan [et al.] // *Psychosomatics*. – 2020. – Vol. 61, no. 3. – P. 261–267. doi: 10.1016/j.psych.2019.12.009
5. Feusner J.D., Phillips K.A., Stein D.J. Olfactory reference syndrome: issues for DSM-V // *Depress Anxiety*. – 2010. – Vol. 27, no. 6. – P. 592–599. doi: 10.1002/da.20688
6. Veale D., Matsunaga H. Body dysmorphic disorder and olfactory reference disorder: Proposals for ICD-11 // *Revista Brasileira de Psiquiatria*. – 2014. – Vol. 36, suppl. 1. – P. 14–20. doi: 10.1590/1516-4446-2013-1238
7. Мелехин А.И. Специфика когнитивно-поведенческой терапии при лечении искаженного восприятия запаха или обонятельного референтного синдрома // *Превентивная психиатрия: ранняя диагностика и своевременная терапия: матер. всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участ. / под ред. Н.В. Семеновой*. – Казань, 2022. – С. 147–151.
8. Reuter J., Grochowski A., Steil R. Associations between olfactory reference disorder and social phobia – results of an internet-based study // *Frontiers in Psychology*. – 2024. – Vol. 15. – P. 5–11. doi: 10.3389/fpsyg.2024.1248496
9. Bishop E.R., Jr. An olfactory reference syndrome – monosymptomatic hypochondriasis // *The Journal of Clinical Psychiatry*. – 1980. – Vol. 41, no. 2. – P. 57–59.
10. Sniffing out olfactory reference syndrome / E. Thomas, J. Voges, B. Chiliza [et al.] // *South African Journal of Psychiatry*. – 2017. – Vol. 23. – P. 1016. doi: 10.4102/sajpsychiatry.v23.1016
11. Soman S., Nair R. Olfactory reference disorder – a review // *Middle East Current Psychiatry*. – 2023. – Vol. 30, no. 1. – P. 95. doi: 10.1186/s43045-023-00367-5
12. Zantvoord J.B., Vulink N., Denys D. Cognitive behavioral therapy for olfactory reference syndrome: A case report // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 2016. – Vol. 77, no. 9. – P. e1144. doi: 10.4088/JCP.15cr10451
13. Olfactory delusional syndrome with various aetiologies / T.H. Malasi, S.M. el-Hilu, I.A. Mirza // *The British Journal of Psychiatry*. – 1990. – Vol. 156, no. 2. – P. 256–260. doi: 10.1192/bjp.156.2.256
14. Is olfactory reference syndrome an obsessive-compulsive spectrum disorder? two cases and a discussion / D.J. Stein, L. Le Roux, C. Bouwer [et al.] // *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. – 1998. – Vol. 10, no. 1. – P. 96–99. doi: 10.1176/jnp.10.1.96
15. Olfactory reference syndrome as a subtype of body dysmorphic disorder / A.M. Prazeres, L.F. Fontenelle, M.V. Mendlowicz [et al.] // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 2010. – Vol. 71, no. 1. – P. 87–89. doi: 10.4088/JCP.09l05040
16. Olfactory dysfunction in neurodegenerative diseases / C. Marin, D. Vilas, C. Langdon [et al.] // *Current Allergy and Asthma Reports*. – 2018. – Vol. 18, no. 8. – P. 42. doi: 10.1007/s11882-018-0796-4
17. Prazeres A.M., Nascimento A.L., Fontenelle L.F. Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: A review of its efficacy // *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. – 2013. – Vol. 9. – P. 307–316. doi: 10.2147/NDT.S41074
18. Successful treatment of olfactory reference syndrome with paroxetine / T. Teraishi, T. Takahashi, T. Suda [et al.] // *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. – 2012. – Vol. 24, no. 1. – P. E24. doi: 10.1176/appi.neuropsych.11020033
19. Salkovskis P.M. Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*. – 1985. – Vol. 23, no. 5. – P. 571–583. doi: 10.1016/0005-7967(85)90105-6
20. Olfactory Reference Syndrome Treated With Lurasidone and Cognitive Behavioral Therapy: A Case Report / S. Das, L. Sekharan, S. Prasad [et al.] // *Clin Med Insights Case Rep*. – 2022. – Vol. 15. – P. 11795476221139396. doi: 10.1177/11795476221139396

References

1. Roshan M.P., Desai A., Dunn J.M., Agbeve Sh.D., Mesa-Morales L., LaTray A.T., et al. Clearing the air: Multimodal treatment of a case of olfactory reference syndrome. *Psychiatry Research Case Reports*, 2024, vol. 3, no. 1, pp. 10–26. doi: 10.1016/j.psycr.2024.100206

2. Marin C., Alobid I., Fuentes M., López-Chacón M., Mullol J. Olfactory Dysfunction in Mental Illness. *Current Allergy and Asthma Reports*, 2023, vol. 23, no. 3, pp. 153–164. doi: 10.1007/s11882-023-01068-z
3. Phillips K.A., Menard W. Olfactory reference syndrome: demographic and clinical features of imagined body odor. *Gen Hosp Psychiatry*, 2011, vol. 33, no. 4, pp. 398–406. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2011.04.004
4. Sofko C., Tremont G., Tan J.E., Westervelt H., Ahern D.C., Menard W., Phillips K.A. Olfactory and Neuropsychological Functioning in Olfactory Reference Syndrome. *Psychosomatics*, 2020, vol. 61, no. 3, pp. 261–267. doi: 10.1016/j.psych.2019.12.009
5. Feusner J.D., Phillips K.A., Stein D.J. Olfactory reference syndrome: issues for DSM-V. *Depress Anxiety*, 2010, vol. 27, no. 6, pp. 592–599. doi: 10.1002/da.20688
6. Veale D., Matsunaga H. Body dysmorphic disorder and olfactory reference disorder: Proposals for ICD-11. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2014, vol. 36, suppl. 1, pp. 14–20. doi: 10.1590/1516-4446-2013-1238
7. Melekhin A.I. Specificity of cognitive behavioral therapy in the treatment of distorted perception of smell or olfactory reference syndrome. In: Semenova N.V., ed. *Preventivnaya psikiatriya: rannaya diagnostika i svoevremennaya terapiya. Mater. vseros. nauchn.-prakt. konf. s mezhdunar. uchast. [Preventive psychiatry: early diagnosis and timely therapy. Proceedings of the conference]*. Kazan', 2022, pp. 147–151. (In Russ.).
8. Reuter J., Grochowski A., Steil R. Associations between olfactory reference disorder and social phobia – results of an internet-based study. *Frontiers in Psychology*, 2024, vol. 15, pp. 5–11. doi: 10.3389/fpsyg.2024.1248496
9. Bishop E.R., Jr. An olfactory reference syndrome – monosymptomatic hypochondriasis. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 1980, vol. 41, no. 2, pp. 57–59.
10. Thomas E., Voges J., Chiliza B., Stein D.J., Lochner C. Sniffing out olfactory reference syndrome. *South African Journal of Psychiatry*, 2017, vol. 23, p. 1016. doi: 10.4102/sajpsychiatry.v23.1016
11. Soman S., Nair R. Olfactory reference disorder – a review. *Middle East Current Psychiatry*, 2023, vol. 30, no. 1, p. 95. doi: 10.1186/s43045-023-00367-5
12. Zantvoord J.B., Vulink N., Denys D. Cognitive behavioral therapy for olfactory reference syndrome: A case report. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2016, vol. 77, no. 9, p. e1144. doi: 10.4088/JCP.15cr10451
13. Malasi T.H., el-Hilu S.M., Mirza I.A., el-Islam M.F. Olfactory delusional syndrome with various aetiologies. *The British Journal of Psychiatry*, 1990, vol. 156, no. 2, pp. 256–260. doi: 10.1192/bjp.156.2.256
14. Stein D.J., Le Roux L., Bouwer C., Van Heerden B. Is olfactory reference syndrome an obsessive-compulsive spectrum disorder?: two cases and a discussion. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 1998, vol. 10, no. 1, pp. 96–99. doi: 10.1176/jnp.10.1.96
15. Prazeres A.M., Fontenelle L.F., Mendlowicz M.V., de Mathis M.A., Ferrão Y.A., de Brito N.F., et al. Olfactory reference syndrome as a subtype of body dysmorphic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2010, vol. 71, no. 1, pp. 87–89. doi: 10.4088/JCP.09l05040
16. Marin C., Vilas D., Langdon C., Alobid I., López-Chacón M., Haehner A., et al. Olfactory dysfunction in neurodegenerative diseases. *Current Allergy and Asthma Reports*, 2018, vol. 18, no. 8, pp. 42. doi: 10.1007/s11882-018-0796-4
17. Prazeres A.M., Nascimento A.L., Fontenelle L.F. Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: A review of its efficacy. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2013, vol. 9, pp. 307–316. doi: 10.2147/NDT.S41074
18. Teraishi T., Takahashi T., Suda T., Hirano J., Ogawa T., Kuwahara T., et al. Successful treatment of olfactory reference syndrome with paroxetine. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 2012, vol. 24, no. 1, p. E24. doi: 10.1176/appi.neuropsych.11020033
19. Salkovskis P.M. Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 1985, vol. 23, no. 5, pp. 571–583. doi: 10.1016/0005-7967(85)90105-6
20. Das S., Sekharan L., Prasad S., Abdul Rasool A., Walia N., Bachu A. Olfactory reference syndrome treated with lurasidone and cognitive behavioral therapy: A case report. *Clin Med Insights Case Rep*, 2022, vol. 15, p. 11795476221139396. doi: 10.1177/11795476221139396

Olfactory reference syndrome: specifics, tactics of neuropsychological test and rehabilitation

Melehin A.I.

E-mail: clinmelehin@yandex.ru

P.A. Stolypin Humanitarian Institute

Stromynka str., 21 bldg. 2, Moscow, 107076, Russia

Phone: +7 (925) 873-30-04

Abstract. The article shows that the olfactory system is a warning system for detecting potentially harmful substances, situations, and context and is closely related to the attachment system in humans, changes in the olfactory system are considered as a neurocognitive marker of mental distress in depression, anxiety spectrum disorders, bipolar disorder, neurodegenerative disorders, schizophrenic spectrum disorders. Specific changes are observed in various components of the sense of smell, such as perception, identification and differentiation, memory for odors, as well as in the definition of hedonic valence. Depressive symptoms are noticeably prevalent in patients with loss of sense of smell due to inflammatory diseases of the upper respiratory tract, such as chronic rhinosinusitis and acute rhinosinusitis of viral origin. Based on the analyzed patient complaints, a preliminary classification of the spectrum of olfactory dysfunction is presented. Upon careful analysis of complaints from patients with olfactory dysfunction, excessive perception of odors bears some resemblance to social phobia, since it is characterized by a certain cognitive behavioral pattern, fears and attempts to avoid and reassure oneself. He also has some overlapping symptoms with dysmorphophobia, obsessive-compulsive disorder and health anxiety. The specifics of neuropsychological examination of this group of patients and the tactics of cognitive behavioral therapy are presented.

Keywords: odor perception, odor, distorted odor perception, olfactory reference syndrome, olfactory dysfunction

For citation

Melehin A.I. Olfactory reference syndrome: specifics, tactics of neuropsychological test and rehabilitation. Med. psihol. Ross., 2023, vol. 15, no. 3, p. 3. (In Russ.). Available at: <http://mprj.ru>

Дата принятия 01.08.2023

Accepted for publication 01.08.2023 for all articles № 3(80) 2023