

Багатовимірний скринінг поведінкового здоров'я(MBHS)

Посібник користувача (v2.4)

Девід М. МакКорд, доктор філософії та Стівен Буї, доктор медичних наук

MBHS вимірює 9 аспектів психічного функціонування і дає оцінку тяжкості дисфункції для кожного аспекту. Ці 9 аспектів - соматизація, деморалізація, ангедонія, тривога, когнітивні проблеми, активація, розгальмування, суїцидальність і зловживання психоактивними речовинами. Цей підхід призначений для скринінгу різноманітних психічних проблем у спосіб, який легко інтерпретується і веде до покращення рішень щодо лікувальних втручань. На додаток до цих дев'яти змінних, останнім елементом є класифікація ризику суїциду на низький, легкий або принаймні помірний.

У наступних описах ми використовуємо аббревіатуру КПТ, яка розшифровується як "когнітивно-поведінкова терапія", для позначення дещо ширшого спектру науково обґрунтованих психотерапевтичних методів, що базуються на когнітивних та поведінкових принципах.

Ми опишемо кожен аспект, надамо їх ключові характеристики та запропонуємо рекомендації щодо лікування кожного з них.

Соматизація

Зміст пунктів SOM включає відносно широкий спектр фізичних симптомів і скарг. Помірне підвищення показників може свідчити про наявність справжніх проблем з фізичним здоров'ям, і це слід ретельно розглянути. Зі збільшенням показника зростає ймовірність того, що психологічні фактори відіграють певну роль у презентації. Тобто, відносно широкий спектр соматичних симптомів, включених до змісту пункту, дозволяє припустити, що більш високі показники зумовлені поєднанням багатьох різних типів симптомів, які рідко зустрічаються разом. Завжди важливо переконатися, що медична оцінка скарг була або буде проведена.

Основні характеристики:

Підвищені бали свідчать про те, що пацієнт може перебільшувати вираженість фізичних симптомів (навмисно чи ні), особливо болю, порівняно з теоретично "істинним" об'єктивним рівнем.

Наслідки для охорони здоров'я:

Жодні конкретні дії не є виправданими, окрім ретельної медичної оцінки скарг. Медичний працівник повинен пам'ятати про можливість перебільшення симптомів і після виключення захворювань, підтримувати пацієнта, але уникати втручань, які можуть погіршити стан пацієнта. В екстремальних випадках, коли SOM дійсно стає метою лікування, розгляньте можливість поєднання СІЗЗС та психологічного втручання на основі когнітивно-поведінкової терапії (КПТ).

Когнітивні проблеми

Пункти цієї шкали описують різні когнітивні труднощі, зокрема проблеми з концентрацією уваги, відволіканням і пам'яттю. Підвищення показників за цією шкалою також емпірично пов'язане з поганою стійкістю до стресу та фрустрації. Ці когнітивні проблеми можуть виникати в різних контекстах, включаючи варіанти синдрому дефіциту уваги, деменції та депресивну симптоматику.

Основні характеристики:

Підвищені бали свідчать про проблеми з концентрацією уваги, відволіканням та/або пам'яттю.

Наслідки для охорони здоров'я:

Це дуже чутливе до контексту питання. При одночасному підвищенні АСТ (активації) та/або DSC (розгальмування) можна припустити синдром дефіциту уваги, що підвищує ймовірність того, що медикаментозне лікування може бути корисним. Однак КГ також може бути підвищеним через тривогу, стрес, депресивні симптоми, зловживання психоактивними речовинами тощо, а також стани, пов'язані з деменцією.

Деморалізація

DEM - це дуже важлива широка шкала, яка відображає основну концепцію, що певною мірою присутня в усіх традиційних "психічних розладах". Ця шкала безпосередньо оцінює деморалізацію, яка визначається як "поширений і навантажений афектами вимір нещастя і задоволеності життям" (Ben-Porath & Tellegen, 2008/2011). Вона відображає рівень неспецифічного дистресу, нещастя, страждання, безнадії, відчаю пацієнта.

Основні характеристики:

Підвищені бали вказують на те, що пацієнт нещасний, незадоволений життям і не вірить у можливість позитивних змін. Цей стан часто описується пацієнтом та оточуючими як "депресія", але слід зазначити, що причини (і лікування) цього специфічного аспекту депресії можуть бути значною мірою психосоціальними.

Наслідки для охорони здоров'я:

Антидепресанти СІЗЗС часто допомагають, особливо в поєднанні з КПТ та/або кейс-менеджментом і консультуванням. Якщо рівень ангедонії не підвищений, психологічне втручання може бути більш ефективним першим кроком, з додаванням медикаментозного лікування за необхідності. Якщо рівень ANH також підвищений, розгляньте можливість застосування Велбутрину в поєднанні з КПТ.

Ангедонія

ANH - це нездатність відчувати радість або задоволення. Як відносно сфокусований показник ангедонії, ANH має важливе значення при оцінці дисфункції, пов'язаної з депресією. З нейробіологічної точки зору, ANH (ангедонія) більше пов'язана зі шляхами винагороди, ніж зі шляхами страху/загрози. Таким чином, вона може бути тісніше пов'язана з дефіцитом моноамінів, зокрема дофаміну. Багато пацієнтів дають словесний самоопис "депресії"; у багатьох з цих випадків показник DEM - деморалізації може бути значно підвищеним, але це може більше відображати *дистрес*, а не *ангедонію*. ANH все частіше розглядається як чіткий індикатор великої депресії.

Основні характеристики:

Підвищені бали вказують на ангедонію, безрадісність і нездатність відчувати задоволення від (1) діяльності та речей і/або (2) соціальної взаємодії. Виражена соціальна інтроверсія є частим показником ангедонії.

Наслідки для охорони здоров'я:

Цей конструкт чітко пов'язаний зі специфічними нейробіологічними процесами, як описано вище, включаючи дофамінергічні шляхи. Таким чином, підвищення показників за цією шкалою свідчить про те, що слід серйозно розглянути можливість застосування антидепресантів у поєднанні з КПТ з самого початку. При підвищеному рівні ANH і нормальному діапазоні ANX рекомендованим препаратом буде Велбутрин через його специфічний дофамінергічний ефект. Якщо підвищений рівень АМГ і тривоги також

підвищений, спочатку розгляньте можливість застосування СІЗЗС або СІЗЗСН.

Тривога

Опитувальник ANX призначений для вимірювання різноманітних негативних емоційних переживань, включаючи тривогу, страх і гнів. Високі показники пов'язані з підвищеним ризиком розвитку психопатології, пов'язаної з тривогою.

Основні характеристики:

Підвищені показники свідчать про рівень тривожності, який, ймовірно, впливає на якість життя. Симптоми можуть включати страхи, нав'язливі ідеї, надмірне занепокоєння, нетерпіння та дратівливість. Можливі фокусовані стани, такі як фобії та obsесивно-компульсивні патерни.

Наслідки для охорони здоров'я:

Як зазначалося вище, якщо підвищена тривожність разом з анксіозом, як перший крок рекомендується прийом СІЗЗС або СІЗЗСН, з подальшим проведенням КПТ. Якщо підвищена тривога, але не підвищений рівень інсуліну, КПТ може бути найефективнішим першим кроком. Якщо основною ознакою тривоги є надмірне занепокоєння, ефективними можуть бути СІЗЗС або буспірон. Якщо основною скаргою є панічні атаки, тоді слід призначити СІЗЗС і скерувати на КПТ. Якщо тривога є ситуативною і супроводжується вираженими фізичними симптомами, такими як прискорене серцебиття, тремор і пітливість, ефективним препаратом є пропранолол. Бензодіазепінові препарати можуть використовуватися для лікування гострих епізодів тривоги або для сприяння сну протягом 2-3 ночей, але вони, як правило, не є добрими довгостроковими або підтримуючими рішеннями.

Суїцидальні думки

Ця коротка скринінгова шкала враховує минулі та теперішні суїцидальні думки та бажання. Зауважте, що серед пацієнтів первинної медичної допомоги середній бал за шкалою від 0 до 9 становить приблизно 1,6. Транзиторні думки про самогубство в певний час у минулому не є рідкістю, і необроблені бали за цією шкалою до 4 можуть мати відносно доброякісну інтерпретацію. Ми вирішили виділяти цю шкалу, коли необроблений бал перевищує 0, заохочуючи медичного працівника спеціально запитувати про затверджені пункти.

Основні характеристики:

Бали >0 відображають певний рівень минулих або теперішніх думок про самогубство або смерть.

Наслідки для охорони здоров'я:

Якщо первинний бал за SUI більше 0, лікар повинен вивчити зміст окремих пунктів, щоб визначити, які саме відповіді на ці пункти спричинили такий результат. Якщо показник > 1 , лікареві рекомендується безпосередньо запитати пацієнта про деталізацію його відповідей. Бали > 4 вказують на необхідність більш ретельної оцінки суїцидальних намірів. **Важливо**, що цю шкалу слід інтерпретувати в контексті алгоритму оцінки суїцидального ризику, описаного нижче. Суїцидальні думки важливі, але це лише один з аспектів загальної оцінки ризику.

Активация

Пункти, що стосуються активації, описують відчуття підвищеного збудження та рівня енергії, перепади настрою та недосипання. Підвищені бали пов'язані з маніакальними або гіпоманіакальними епізодами в анамнезі та поточним високим рівнем активації. Низькі бали можна інтерпретувати як нижчий за середній рівень активації. Підвищення за цією шкалою може також вказувати на гіперактивність або, навпаки, на збудливий компонент посттравматичного стану. Завжди слід враховувати можливість того, що характеристики, про які свідчать високі бали, є індукованими психоактивними речовинами, що, безумовно, вплине на інтерпретацію даних і напрямок лікування.

Основні характеристики:

Прототиповим симптомом тут є "перегони думок". Гіперактивація може бути продуктивною на помірних рівнях (тобто 55th - 65th перцентилів), але може посилювати імпульсивну поведінку на більш високих рівнях. Високі показники свідчать про можливі маніакальні аспекти нестабільного афективного розладу.

Наслідки для охорони здоров'я:

Важливим контекстом є випадки, коли депресивна симптоматика є ключовою проблемою, а АСТ також підвищений (наприклад, разом з ANH і ANX). Це може свідчити про можливий біполярний стан, що має значення для прийняття рішення про медикаментозне лікування. СІЗЗС або СІЗЗСН, які в інших випадках можуть бути виправданими, можуть спровокувати маніакальний епізод. Стабілізатори настрою можуть бути більш доречними, і рекомендується скерування до психіатра або, принаймні, консультація.

Розслабленість

Пункти описують низку проявів неконтрольованої, імпульсивної, нестриманої поведінки. Високі бали емпірично корелюють з імпульсивністю, активністю, прагненням до відчуттів і хвилювань. Низькі бали вказують на відносно високий рівень поведінкової стриманості та самоконтролю. Ця шкала пов'язана (негативно) із сферою *сумлінності* п'ятифакторної моделі.

Основні характеристики:

Брак самоконтролю, самодисципліни та поведінкового гальмування. Люди з високим рівнем розгальмування часто не дотримуються правил і норм, агресивні та опозиційно налаштовані, більш схильні до вживання алкоголю та наркотиків, а також до інших видів поведінки, спрямованих на екстерналізацію та пошук задоволення. З високим рівнем цього конструкту пов'язана особистісна дисфункція, наприклад, антисоціальна, історична, погранична або нарцисична.

Наслідки для охорони здоров'я:

Ключове значення цієї ознаки для первинної ланки медицини полягає в дотриманні лікарських призначень. Респонденти з високими показниками за цією шкалою, ймовірно, не дотримуються медичних інструкцій. Таким чином, може бути доцільним частіший моніторинг або залучення членів сім'ї чи інших осіб, які здійснюють догляд за пацієнтом, для контролю за дотриманням плану лікування. Що стосується цілеспрямованого лікування, наприклад, імпульсивності або формального розладу особистості, рекомендується скерування до фахівця з психічного здоров'я. Примітка: у повних оцінках ця риса тісно пов'язана з дезадаптивним вживанням психоактивних речовин.

Зловживання психоактивними речовинами

Ця шкала містить пункти, що відображають зловживання психоактивними речовинами в минулому або теперішньому часі. Усі три пункти стосуються вживання алкоголю та/або наркотиків у поєднанні. Високі бали корелюють зі значно підвищеним ризиком зловживання психоактивними речовинами, включаючи як алкоголь, так і наркотики, погіршенням функціонування внаслідок вживання

психоактивних речовин, а також загальною схильністю до пошуку гострих відчуттів. Ці пункти є достовірними та простими. Таким чином, особа, яка активно вживає психоактивні речовини, може просто уникати визнання своєї поведінки. Якщо інформація про випадок включає поточне вживання психоактивних речовин, але показник SUB знаходиться в межах норми, то відповідною інтерпретацією є заперечення.

Основні характеристики:

Вживання психоактивних речовин, можливе зловживання та ризик виникнення залежності.

Наслідки для охорони здоров'я:

Когнітивні проблеми та інші проблеми, такі як збудження, активація та тривожність, можуть бути ознаками зловживання психоактивними речовинами. Схильність до залежності вказує на необхідність обережності при призначенні знеболювальних, транквілізаторів або, навпаки, стимуляторів, таких як ті, що часто використовуються для лікування симптомів СДУГ. Якщо існує ймовірність зловживання психоактивними речовинами та залежності від них, обов'язково поцікавтеся, чи не звертався пацієнт за допомогою. Зверніться за необхідності.

Алгоритм суїцидального ризику

Ця нова функція MBHS відображає намагання розглядати ризик у ширшій перспективі. Суїцидальні думки, ідеї та бажання є важливими факторами, які забезпечують високу чутливість, але якщо їх розглядати окремо, то вони можуть спричинити некерований рівень хибнопозитивних результатів. Здатність до суїцидальної поведінки є більш рідкісною і важливою характеристикою, а історія попередніх спроб є єдиним найкращим предиктором. Таким чином, спираючись на емпіричну літературу, цей алгоритм враховує (1) історію попередніх спроб, (2) психологічну схильність до суїцидальної поведінки, на яку вказує "безстрашність перед смертю", (3) суїцидальні думки та бажання, що перевіряються за допомогою шкали MBHS, та (4) інші фактори ризику, використовуючи бали за шістьма іншими шкалами MBHS.

Є лише три результати, позначені кольором в області під дев'ятьма гістограмами. "Низький" позначений зеленим кольором, що вказує на низький ризик самогубства. Наші дані показують негативну прогностичну силу 99% для цієї категорії, тому ці випадки можуть бути безпечно відхилені лікарем загальної практики з огляду на суїцидальні побоювання. "Принаймні помірний" позначений червоним кольором, і ці випадки потребують більш ретельної оцінки суїцидального ризику з можливою

розробкою плану безпеки. Таким чином, у багатьох випадках ця категорія передбачає негайне перенаправлення до психіатричної служби. Через складність прогнозування цього явища з дуже низькою базовою частотою, ми вважаємо за доцільне включити проміжну категорію "Легкий", яка передбачає, що лікар загальної практики повинен провести коротке опитування, а потім прийняти клінічне рішення про те, чи потребує цей випадок перенаправлення чи ні. Враховуючи обсяг і темп роботи багатьох закладів первинної медичної допомоги, ми намагалися розробити найкоротше інтерв'ю, яке б надавало інформацію, достатню для проведення розмежування. Якщо коротко, то лікар загальної практики визначає, чи слід вважати ризик низьким, чи підвищеним до рівня дій (щонайменше помірним). Для цього ставляться два запитання:

1. Ви вказали, що думали про самогубство. За шкалою від 0 до 10, наскільки сильним є ваш **намір накласти на себе руки**?
2. Скажіть, якби ви хотіли вбити себе, як би ви це зробили?
 - а. (Визначити специфічність засобів, летальність засобів).
 - б. (Визначте специфіку часових рамок, невідворотність часових рамок).

Підсумовуючи, можна сказати, що близько 80% пацієнтів будуть віднесені до категорії "низький", близько 15% - до категорії "легкий" і близько 5-6% - до категорії "щонайменше помірний". З тих, хто віднесений до категорії "щонайменше помірний", близько 40% будуть вважатися клінічно схильними до ризику при комплексному обстеженні. З тих, хто класифікується як "Легкий", близько 20% вважатимуться клінічно схильними до ризику при комплексному обстеженні.

Короткий посібник доктора Буї з медикаментозного лікування депресивної симптоматики

Якщо підвищений:			Тоді:	Додаткові примітки:
DE M	AN H	AN X		
x	x	x	(CІЗЗC або CІЗЗCH) плюс КПТ	Див. примітку 1
x	x		Велбутрин плюс КПТ	Див. примітку 1
x		x	КПТ плюс (CІЗЗC або CІЗЗCH)	
	x	x	(CІЗЗCH або CІЗЗC) плюс КПТ	Див. примітку 1
x			Спочатку тільки КПТ, але будьте готові додати кон'юнктивні CІЗЗC	
	x		Велбутрин плюс КПТ	Див. примітку 1
		x	КПТ, але див. додаткові примітки.	Надмірне занепокоєння: CІЗЗC або буспірон Панічні атаки: CІЗЗC Ситуація з фізичними симптомами: пропранолол Бензодіазепінові препарати можуть використовуватися для лікування гострих епізодів тривоги або для покращення сну протягом 2-3 ночей, але вони, як правило, не є добрими довгостроковими або підтримуючими рішеннями.

Примітка 1: DEM = шкала деморалізації; ANH = шкала ангедонії; ANX = шкала тривоги. Якщо активація підвищена разом з ANH і DEM та/або ANX, може існувати можливий біполярний стан. СІЗЗС, СІЗЗСН або Велбутрин, які в інших випадках можуть бути виправданими, можуть спровокувати маніакальний епізод. Стабілізатори настрою можуть бути більш доречними, і рекомендується скерування до психіатра або, принаймні, консультація.