

远程心理医疗循证实践 2009.07

远程心理医疗循证实践

Quality Healthcare Through Telecommunications Technology



Telemental Health Standards and Guidelines Working Group

Co-Chairs:

Brian Grady, MD

Kathleen Myers, MD, MPH

Eve-Lynn Nelson, PhD

Writing Committees:

Evidence-Based Practice for Telemental Health

Norbert Belz, MHSA RHIA, Leslie Bennett, LCSW, Lisa Carnahan, PhD, Veronica Decker, APRN, BC, MBA, Brian Grady, MD, Dwight Holden, MD, Kathleen Myers, MD, MPH, Eve-Lynn Nelson, PhD, Gregg Perry, MD, Lynne S. Rosenthal, PhD, Nancy Rowe, Ryan Spaulding, PhD, Carolyn Turvey, PhD, Debbie Voyles, Robert White, MA, LCPC

Practice Guidelines for Videoconferencing-Based Telemental Health

Peter Yellowlees, MD, Jay Shore, MD, Lisa Roberts, PhD

Contributors:

Working Group Members [WG], Consultants [C], Reviewers [R], Telemental Health

Special Interest Group Chairs [MH], ATA Standards and Guidelines Committee Member [SG], ATA Staff [S]

Nina Antoniotti, RN, MBA, PhD [Chair, SG]

Richard S. Bakalar, MD [SG]

Norbert Belz, MHSA RHIA [WG]

Leslie Bennett, LCSW [WG]

Jordana Bernard, MBA [S]

Anne Burdick, MD, MPH [Vice Chair, SG]

David Brennan, MSBE [SG]

Sharon Cain, MD [R]

Lisa Carnahan, PhD [SG, WG]

Jerry Cavallerano, PhD, OD [SG]

Ron Mazik [R]

Dennis Mohatt [R]

Kathleen Myers, MD, MPH [Co-Chair, WG]

Eve-Lynn Nelson, PhD [Co-Chair, WG]

Hon S. Pak, LTC MC USA [SG]

Gregg Perry, MD [WG]

Antonio Pignatiello, MD [R]

Terry Rabinowitz, MD [C]

Lisa Roberts, PhD [Chair, MH, C]

Lynne S. Rosenthal, PhD [SG, WG]



AMERICAN TELEMEDICINE ASSOCIATION

Robert Cuyler, PhD [R]

Nancy Rowe [WG]

Veronica Decker, APRN, BC, MBA [WG]

Jay H. Shore, MD, MPH [Vice Chair, MH, C]

Kenneth Drude, PhD [R]

Ryan Spaulding, PhD [WG]

Sara Gibson, MD [R]

Lou Theurer [SG]

Brian Grady, MD [Co-Chair, WG]

Christopher Thomas, MD [R]

Tom Hirota, DO [SG]

Carolyn Turvey, PhD [WG]

Dwight Holden, MD [WG]

Doug Urness, MD [R]

Barbara Johnston, MSN [C]

Debbie Voyles, MBA [WG]

Thomas J. Kim, MD, MPH [C]

Tannis Walc [R]

Mark Koltek, MD [R]

Robert K. White, MA, LCPC [WG]

Elizabeth Krupinski, PhD [SG, C]

Jill Winters, PhD, RN [SG]

Jonathan Linkous, MPA [S]

Peter Yellowlees, MD [C]

Liz Loewen, RN, BFA, MN [R]



远程心理医疗循证实践

目录

1. 前言	4
2. 使用范围	5
3. 指南发展过程	5
4. 简介	6
5. 临床编码方法学	7
6. 证据	8
a. 心理健康评估	8
1. 设置	8
a. 门诊患者	8
b. 住院患者	8
c. 物质环境	9
2. 诊断面谈	9
a. 医患关系	9
b. 诊断	10
c. 安置	10
d. 特别的精神病治疗	10
1. 药物管理	10
2. 医学情况	10
3. 程序和实验室研究	11

e. 心理评估.....	11
1. 诊断设备和规程.....	11
2. 性格评估.....	11
3. 神经心理学评估.....	12
f. 精神病护理人员, 医师助理, 精神病专业护理人员.....	12
g. 社会工作/咨询专家.....	12
b. 进行中的心理医疗.....	12
1. 心理学教育.....	12
2. 个体心理治疗.....	13
3. 群组心理治疗.....	13
4. 夫妻和家庭心理治疗.....	14
c. 特别的关注人群.....	14
1. 老年人.....	14
2. 儿童和青少年.....	15
a. 评估.....	15
1. 设置.....	16
a. 物质环境和人员.....	16
b. 门诊患者.....	16
c. 住院患者.....	16
d. 其他设置.....	17
2. 诊断面谈.....	
a. 医患关系.....	17
b. 评估和诊断.....	17
c. 安置和继续医疗.....	18
b. 治疗.....	18
1. 药物管理.....	18

2. 精神病治疗	18
3. 隔离和抑制	19
4. 紧急评估	19
5. 无义务承诺	19
6. 禁闭	20
6. 概要	20
7. 参考文献	21

1. 前言

美国远程医疗协会（ATA），由来自美国各地和世界各地的成员组成，是集合了远程医疗从业人员、医疗机构、供应商和其他使用通讯手段进行远程医疗的团体与个人的首要组织。ATA 是一个非盈利性组织，旨在汇集来自传统医学、学术领域、科技通讯公司、电子医疗领域、专业护理协会、医学会、政府等等的团体，通过在专业知识、伦理道德和公平性的提高去克服在改善医疗保健的过程中的所遇到的阻碍。

ATA 已努力为远程医疗着手建立实践指南和技术标准，来推进科学的发展和确保为病人带来规范化的服务。这些来自于临床与实际经验的实践指南由包括领域内专家和其他战略利益相关人组成的工作团队制定，作为操作参考和教育工具来为患者提供恰当的医疗护理。这些由 ATA 制定的实践指南和标准进行了全面的意见统一和严格的审查，最终由 ATA 的董事会批准。现有的产品将会进行定期的审查与更新。

医学实践是预防、诊断、治疗疾病的科学与艺术的集成。因此，应该认识到，遵守这些准则并不能保证准确的诊断和成功的结果。制定这些标准的目的是帮助实践者基于现有的信息和可获得的资源以可靠的行为来提供有效和安全的医疗服务，满足患者的需求。该实践指南与技术标准意识到安全有效的操作需要如每份文件中所陈述的特殊的训练、技巧与技术。成果属于 ATA，该文件的任何再版产品或者改版产品的出版必须得到 ATA 的事先同意。

如果情况需要，从业者可以负责任地做出与该指南相违背的行为。当从业者可以负责任地判断这样的行为是基于患者的情况、现有资源的局限性、或者任何在该指南出版后出现的更加先进的信息与技术。尽管如此，还是强烈建议这些从业者在病人记录里提供足够的书面文件去解释所使用的违背指南指导的行为。

该文件是一种教育工具，来帮助实践者达到配套文件（《美国远程医疗协会视频会议远程心理医疗实践指南》）的要求。该循证文件为读者提供了一份基于视频会议的医疗/远程医疗服务的现出版文献与文件性质研究的分析。该文件不是为了概括作为一个心理医疗者什么应该或什么不应该做，而是提供了在发展和提供远程心理医疗服务时做决策的参考和支持。有兴趣的实践者和/或远程心理医疗组织必须参考《美国远程医疗协会视频会议远程心理医疗实践指南》来寻求特殊的方法来决定遵循哪一版远程医疗和远程心理医疗的出版标准指南。

2. 适用范围

这些指导是基于临床经验制定的，用来作为统一操作实践的参考并且作为一种教育工具来帮助实践者为患者提供适合的远程医疗服务。远程医疗术语包含了所有的医疗专业人员，从医疗到心理医疗、教育者、护士。远程医疗的使用也参考了更宽范围的网络医疗和远程教育的内容。医疗实践是一种预防、诊断、治疗疾病的科学与艺术的集成。应该意识到它并不能保证精确的诊断和成功的结果。这些指导的目的是帮助实践者基于现有的信息、可获得的资源和患者需求以可靠的行为来提供有效安全的医疗服务。这些指导并不是不能变通的，并不是制定来或者说被使用与建立医疗的法律标准。美国远程医疗协会建议不要在医生对临床决策有质疑的诉讼中使用这些准则。

初级护理或者管理者要考虑到所有现有的情况，特定的程序或者行为的适应性，来做出决定并对此负责。与 ATA 指南相异的方法并不代表它不符合医疗标准。如果情况允许，实践者可以负责任地做出与该指南相异的行为，但要对此行为进行合理的判断，此行为是否是基于患者的情况、现有资源的局限或者该指南出版后的更先进的信息和技术导致的。尽管如此，还是建议实践者在患者记录里提供足够的信息来解释这种与该指南相异的方法。

3. 指南发展历程

远程医疗视频会议指南项目始建于 2006 年。远程心理医疗（TMH）特殊兴趣小组（SIG）的一名志愿者成员被指派在第 11 届 ATA 年会上主持此项目。一个由临床医师、医疗人员和卫生管理人员组成的工作小组由 ATA 成员筛选。在第一年工作小组决定限制该项目互动视频会议、处理管理、临床、技术问题、决定通用格式和开始文献搜索的范围。工作组成员在指南发展的过程中经历了改变。在 2006 年 9 月的时候使用 PUBMED 进行了一次文献搜索，委员会成员同时被鼓励去搜索相似的文献、教科书和附加导入的私下交往。使用的检索项目有：

telemedicine or interactive television or teleconferencing or teleconsultation or
teleconsultations or video phone or videoconferencing or mental telehealth or
telemental health or telepsychiatry or tele psychiatry or telepsychology or tele
psychology or interactive videoconferencing or tele hypnosis or tele hypnosis or
telepsychotherapy or tele psychotherapy or telecounseling or tele counseling or
telenursing or tele nursing

（以上为英文检索的关键词，不宜翻译）

查询广泛的术语得到大约 9300 篇文章。大约 5300 篇是单独搜索“telemedicine”得到的，因此搜索的初始结果中大多数文章是与远程心理医疗无关的。证据表是根据远程心理医疗应用建立的，由设置、诊断面谈、咨询联络、性格、心理教育、药物治疗、个体心理疗法、团体心理疗法、约束/隔离、禁闭、评估、家庭、药物滥用、老年病人、孩子与成年人、护理和心理学组成。临床应用的证据表在可获得的情况下包括以下小标题：设置、带宽、使用的互动视频技术、结果和样本大小。证据表中的文章通过证据的质量分类，例如，随机临床试验，纵向研究，案例报告等等。团队成员基于他们的专业领域编写了最初的指南的部分。这些部分再被统一编写为第一版草稿，然后送交给三名咨询顾问。一个由主席和联合主席们组成的编辑委员会复查顾问的输入内容然后对文件作出最初的改动。第二版草稿然后被递交给 12 名专家复查人员（临床医师和其他远程医疗和心理医疗领域的人员）。然后编辑委员会复查、讨论并基于反馈的基础上对文件作出改动，然后文件被递交给第二组 9 人组成的专家复查人员。编辑委员会再次复查、讨论并对文件的第三版草稿作出改动。第四版草稿在经复查后要满足 ATA 的标准和指南委员会的标准。编辑委员会复查、讨论并对第四版草稿作出改动。然后开放为期 60 天的公共评论阶段，来收集对于第五版草稿文件的开放的评论。然后作出最后的修订，并且通过 ATA 的标准和指南委员会，然后由 ATA 董事会最终同意并出版。

1. 介绍

远程心理医疗，正如远程医疗¹，是一种特意的广义术语来指代远距离的心理医疗。前缀“远程”可以指代地理、时间甚至是当跨时区提供医疗时时差上的距离。远程心理医疗（TMH）包括心理健康评估、治疗、教育、监督和协作。患者可以在医院、诊所、学校、护理中心、监狱和家中。TMH 服务者和工作人员包括心理医生、护士、医师助理、社会工作者、心理学家、辅导员、初级护理人员和护士。数以千计的客户和患者已通过远程心理医疗技术体验了心理医疗服务。远程医疗服务者的目标是消除对患者的偏见让患者获得有质量的、可循证的、及时的医疗诊断和治疗。关于远程心理医疗的总体信息可以在综述^{2,3,4,5,6}、实践参考⁷和课本^{8,9}中找到。

心理医疗专家和实践者继续发展新的方式来使用技术为那些需要专业护理的患者提供服务。这份最佳的实践推荐文件关注于双向的、互动的视频会议，将其作为一种可选择的媒介来提供给客户和患者，使他们能直接和他们的心理医生互动。其他现代技术的使用像虚拟世界、电子邮件、远程监控设备、聊天室、网页客户也可以纳入考虑，但是这些技术在此并不包含。此文件编写的时候，关于用异步方式提供远程心理医疗服务的出版文献很少。该指南的最初的目标是从已出版的关于互动视屏会议的出版文献中提取证据并将其投入实际，供那些从事或者即将从事 TMH 服务的人参考。第二个目标是为 TMH 临床推荐规范发展一种临床编码系统。虽然 TMH 如其他远程医疗领域一样正在不断发展，但是总结性的和公共政策性的严格的科学研究数量还是有限的。当远程医疗领域更为先进地发展着的时候，研究人员们正在努力达到科学的标准并且提供可运用于未来实践的循证远程医疗指南^{10,11}。当指南、工作陈述或者标准存在于一个专业组织或者社会比如（但不仅限于此）美国精神病学会¹²、美国心理学协会¹³、或国家社会工作者协会¹⁴，该指南、工作陈述或者标准必须复查并结合实际情况后使用。

为了响应医生、组织和 ATA 成员从事远程心理医疗活动的需要和要求，远程心理医疗特别兴趣小组（TMH SIG）成立了一个委员会来发展循证 TMH 指南。心理医疗领域广泛的性质和心理医

疗服务中数目不受限的技术途径使委员会将该指南局限于视频互动会议应用。

由于大范围的工作者与设备投入到 TMH 中，一种基于该文件中实践推荐规范的编码文献的方法发展了起来。在可行的情况下，相关的出版数据根据患者年龄、治疗类型、治疗设置和医生特点组织起来。当复查文件和系统阐述推荐规范的时候，需要进行下列机密评定：重要机密，合理机密，基于特殊应用的限制性机密[更多细节请见下一部分，临床编码方法学]。评定量表的使用和其他机构的机密评定一致（例如，美国精神病学会）并且要对临床心理医生了解。但是，为了允许广泛的视频会议设备使用和可获得的带宽差异，该推荐规范要受支配于特别的应用现状。因此需要第二编码变量来验证所使用的技术。使用第二编码变量的目的是包含和承认所有现有的互动视频会议技术的技术性和社会性并且不排除有利可图的人群和应用。我们预期并希望 这个编码系统能鼓励更多用于未来 TMH 互动视屏会议的特别的技术陈述研究和方法出版物。

4. 临床编码方法学

心理医疗医生在需要循证推荐规范和/或关于心理医疗诊断、用药和心理疗法治疗的专业统一性意见、适宜的医疗水平和社会支持信息时参考临床指南。TMH 作为一种医生和患者/客户之间的交流媒介引入了在心理医疗条规中附加意义上的变量（比如，带宽，分辨率，显示器规模对于评估和/或治疗互动的影响）。TMH 循证实践文件的目的是双重的，1）提供循证推荐规范和/或专家统一意见，关于一种特殊的视屏交流技术对于心理医疗诊断和治疗过程的影响，2）提供循证推荐规范和/或专家统一性意见，当 TMH 特别适合于提高诊断分类和/或治疗条款的时候。

三个技术变量（带宽、分辨率、显示器尺寸）被认为能有力地影响心理医疗中患者和医生之间的互动。一个 TMH 临床推荐规范编码方案必须足够灵活，允许多种视频交流情况。并也足够限制，分类要容易理解。带宽，使用 H.264 视频压缩标准¹⁵，在该指南中分为高（ $\geq 256\text{kbps}$ ），中（ $\geq 128\text{kbps}$ 但是 $< 256\text{kbps}$ ），低（ $< 128\text{kbps}$ ）。显示器尺寸是失真图片的对角线测量。视频分辨率涉及到高清（HD），和被认为是同等标准的通用中间图像分辨格式（CIF）和原始输入格式（SIF）。QCIF 和 QSIF 有时会在视频电话中使用。

远程心理医疗循证指南使用字母（A、B、C、D）和数字（1、2、3）的形式。字母表示了带宽、显示其尺寸、分辨率对于一个特定的视频远程会议（VTC）应用的最低要求，数字表示了该应用的临床安全级别。带宽，显示器尺寸和分辨率参数必须满足特定的视频应用编码来应用。例如，足够的研究和专家统一可以提供 2 即认知治疗法基于高带宽、被编码为[B2]的房间大小标准显示器，提供 3 如果是通过一种模拟的视频电话，并且被编码为[D3]。这并不表示通过视频电话方式的远程心理医疗总是得分更低，而是因为有足够的统一意见和循证数据支持一个更高的临床评级由于此应用并不在文献中被支持。临床医师可以在案例基础上自由决定案例，什么证据是相关的，如何进行下去当证据不足的时候。最终，使用文献中没有很好地支持的技术或方法提供给患者安全准全的服务是目的。最终决定取决于医生。编码方案总结如下：

视频应用编码：

A- 高带宽，分辨率 HD，显示屏 $\geq 16"$

B- 高带宽，分辨率 $\geq$ SD，显示屏 $\geq$ 26"

C- 中 带 宽 ， 分 辨 率 $\geq$ SD ， 显 示 屏 $>$ 16"

D- 低带宽，分辨率 $\geq$ QCIF/QSIF 到 CIF/SIF 之间，显示屏 $<16"$

临床安全推荐规范：

- 1- 相当安全
- 2- 比较安全
- 3- 在特殊的临床情况和应用中可以以考虑使用

5. 证据

a. 心理医疗评估

1. 设备

a. 门诊患者.

大部分的远程心理医疗是在门诊患者身上进行的^{16,17,18,19,20}。医疗的途径是驱动力，对于城市社区和乡村环境下的服务都是这样。社区心理医疗中心和诊所时常缺少足够的医师，包括儿童服务和精神病服务。可证实的是，患者可以通过多种视频会议设备和交流协议[B1, C2, D3]来得到来自门诊诊所的可靠的诊断与药物治疗、心理治疗。学校基础的项目也在增加，因为患者、家长和学校工作人员参与到了心理医疗相关的预防、评估和护理中来了^{21,22,23,24}。这些物质设备是为孩子和成年人提供心理医疗、心理发展和行为问题解决[B/C2, D3]的理想地点。其他不常常作为考虑的物质的或者革新的心理医疗服务设备提供给有风险的和贫困的成年人，比如难民营妇女。在急诊室中有最小限度的关于远程精神病评估的出版文献，所以更多的工作是描述远程心理医疗咨询是如何帮助急诊室的有需要的医师。否则，进一步的出版工作需要关于通过患者住处传递出的远程医疗技术进行的评估，药物治疗和心理医疗。

b. 住院患者.

总体精神病治疗环节中住院患者医疗报告受限于咨询精神病治疗服务²⁶和接受程度的实验性调查²⁷和诊断仪器的精确性²⁸。一份住院患者远程精神病治疗的报告论证了患者和家庭的满意度和远程精神病治疗服务的可感知利益²⁹。住院患者的精神病治疗可能经得起远程心理医疗技术的考验，却有极少的调查描述了常规评估和精确的住院患者精神病治疗[B/C3]或精神病咨询[B/C3]。一份报告指出两级混乱的、狂躁的住院患者具有支持性的意见并且很容易参与到视频会议的评估中来。通过视频会议完成的评估与治疗的特别性被认为是有利的。这种特别性是否继续保持这样的有利影响需要当远程医疗变得更普遍后来观察。尽管许多文章和活动涉及到老年患者，但关于在护理设施中为老年患者提供精神病治疗服务的循证结果数据还是有限的。

c. 物质环境.

关于供给患者和医生办公室的证据是有限的³¹，虽然各种项目指导提及了供给设施的重要性³²

。该文献陈述了当进行个人评估时，用于远程心理医疗的房间应该是安全的、足够明亮的，并且提供了舒适的作为，不为电子设备的干扰所减轻。隐私是非常必要的，考虑到保持权威和来自参与者可视与可听的互动。VTC 隐私特点应该让医生和患者均获得。隐私特点应该包括音频静音、视频静音和非常容易切换公共和私人模式的能力。另外，单元应该有特点去提高视频的清晰度（比如亮度和对比度）和音频控制来调整麦克风和讲者音量来减少由于技术造成的干扰。所有在起始点与 VTC 有关的特点也应该是医生在远距离可控的。医生应该穿着淡的纯色的衣服像蓝色，因为有图案和条纹的衣服需要更大的带宽来更新动态图片并且可能吸引或影响患者的注意力。

2. 诊断面谈

a. 医患关系.

建立密切关系和质量联盟在远程视频医疗中和在面对面（FTF）医疗中一样重要。密切关系允许患者对过去和现在的历史、认知经历、情感经历和症状更加有勇气面对。好的密切关系会带来一个好的治疗联盟，患者和医生更好地合作来制定治疗计划来治愈、管理或者缓和健康的症状、行为和情感状态。有力的证据显示患者会与远程的医生更快地建立密切关系，并且当他们独处时能通过 TMH 提供信息^{34, 35}。医生应该注意患者可能会通过远程医疗呈现出不同的状态，比如会在行为上很更有礼貌或者小心翼翼³⁷。对临床医师来说也有必要练习远程心理医疗中所需要的文化能力^{38,39}。调整以适应媒体也可能需要变通性和创造性来授予移情的姿势。VTC 的使用似乎对治疗工作联盟具有最小限度的影响[B/C2,D3]。也存在轶事的证据，对于一些疾病（例如创伤后应激障碍，广场恐怖症，饮食失调），VTC 可能提供了一种“距离”让患者觉得更加安全并且能控制治疗的情况^{40,41}。另一个关于远程心理医疗的重要的考虑是注视角度。注视角度是参与者所处摄像头之间的角度，参与者一次进行远程对视（眼神交流）。参与者在屏幕上的垂向位置会影响注视角度。注视角度大约有七分之五的可能对大多数的人是感觉不到的^{42, 43}。

b. 诊断.

建立密切关系并且表现出一个好的诊断评估在最初的疗程中对患者/客户来说是最重要的。有效的治疗是根据精确的诊断开始计划的。诊断是能使医生参考证据和专家统一意见的治疗，对于某种特别的不健康情感、想法和行为。有相当数量的关于 VTC 诊断评估的文献论证它们的接受性、实用性和精确的临床实践^{44,45,46,47,48,49,50}。VTC 的局限性比如因为摄像头位置导致的不直接的眼神需要在评估心理状态时被考虑。通过 VTC 进行的成人诊断评估要比得上 FTF[B1, C2, D3]。VTC 评估所介绍的技术变量包括带宽和显示器尺寸，而临床 VTC 经验是另一个需要重视的变量。有丰富的 VTC 诊断评估的医生会关于在中带宽进行诊断的有效性存在较少的问题，而经验较少的医生会遇到更多的问题（例如人工动作）。这是附加因素在特别的环境下例子，它可能会导致推荐的临床安全级别上升或者下降。一个宽泛的患者诊断和设置会导致通过 VTC 精确诊断评估的普遍化。支持低带宽诊断的精确性或者实用性的数据是有限的^{51,52}。

c. 処置.

处置计划，特别是来自住院患者或者日间医院心理医疗或者药物滥用计划的，被报道是项目描述的一部分，无论是在报道其他视频会议应用的时候还是作为远程心理条规的特别的关注点的时候⁵³。一个涉及到孩子和成年人远程精神病治疗的研究指出清晰的推荐规范、当地医生介入、当地机构的参与和稳定性的重要性和医患合作十分重要，是远程医生推荐规范成功履行的关键⁵⁴。各水平护理之间的协调可能是一个特别的有利的应用，用来提高医疗想继续行和依从性⁵⁵，特别是那些需要包括药物治疗在内的禁忌干预的对自杀或者有激进倾向的患者。继续治疗在乡村长期的痴呆症治疗设施和城市学术精神病治疗医院之间特别有效率⁵⁶。VTC 在屏幕和患者坐标转移的情况下也同样适用，并且从总的住院患者单元到高敏感的住院患者单元⁵⁷。在心理医疗水平之间适用视频会议订制患者处置计划是有利的[B/C2,D3]。患者的参与，在实践时是被大力鼓励的并且可能帮助患者更好地展现自己的行为。

d. 精神病治疗特点.

1. 药物管理.

关于远程精神病项目和协作，临床试验和案例报道的描述中，药物管理是 VTC 服务的医疗条规、结果、满意度的一个完整的一部分^{59,60,61}。关于通过视频会议进行药物管理的信息很少，虽然一个可追溯的研究报道了将有更多的处方会通过视频会议的方式开具的趋势⁶²。远程精神病治疗，包括药物管理，已成为了为远程接受服务人群提供特殊医疗的原则驱动力。精神病药物管理的实现，服从陈述规则操作，以一种及时的方式并且与当地远程医疗协议一致，是一种特别重要的远程心理医疗的益处[B/C2,D3]。大多数远程精神病项目结合使用电话与传真的方式来完成远程行为并且开具电子处方。RCTs 和 VTC 案例研究来提高心理医疗依从性规则也需要描述^{63,64}。

2. 医学情况.

精神病治疗时常不需要上手的身体评估，像其他医疗领域需要的那样。作为医疗一部分的身体检查的缺少让视频会议特别适合于精神病治疗。但是例行条规或者紧急当地医疗管理应该包括在当地任何操作的程序或协议中。住院患者咨询应该通过远程健康记录或者传真的方式喂远程精神病医生审查。

3. 程序和实验室研究.

相关的实验室研究的组织和结果的收入应该在任何当地操作程序或协议中被列出。像医疗咨询、实验室或程序结果这些应该通过远程医疗记录或传真被精神病医生复查。精神病医生顾问需要相关的临床数据如果他们要面见一位患者的话。

e. 心理学评估.

最常见的心理评估与诊断面谈相关并且使用诊断分级作为该程序的一部分。另外两种心理学评估的类别是性格评估和智力与认知能力评估。

1. 诊断手段和规模.

大量的调查检验了基于临床医师面谈的精神病学评估，比如简明精神病量表（BPRS）^{65,66}或者基于结构临床面谈诊断与统计指南⁶⁷的精神病治疗面谈。在BPRS中有一些支持VTC管理可靠性和有效性的内容，可能是依靠带宽^{68,69} [B2, C/D3]。FTF与VTC的对比也在汉密尔顿消极评定量表中的消极部分^{70,71}进行了论述 [B2]。

一项研究论述了基于口头报告的评定量表比可视症状更加可靠⁷²。相似的，一份比较远程医疗与FTF的研究发现使用带宽为128kbps的消极症状评估具有较少的可靠性⁷³。

远程诊断咨询已经被作为一种为患者提供专家意见的方式在服务水平低下的领域被广泛应用。大多数的研究论证了可行性和满意度，但是却少有可靠性和有效性研究⁷⁴。两份研究^{75,76}，论证了DSM-III-R结构临床面谈中管理的高可靠性。

2. 性格评估.

与我们的最大认知来说，并不存在任何使用远程医疗的性格评估。一个原因是在远程医疗中是用纸笔方法是有挑战的，虽然可以调整技术比如未来或许可以通过网络来实现此法。没有关于VC项目测试的信息，可能是因为这样的方法在传统的FTF实践中的使用减少了。

3. 神经心理学评估.

神经心理学评估是心理学评估的一种亚型。它一般要求患者去完成一些认知型任务比如记住20个单词或从100倒数7个数字。大多数远程神经心理学研究论证了其可靠性^{77,78}。患者理解了他们所需要完成的任务后通过VTC来完成。许多研究也论述了远程评估和FTF评估的可比性^{79,80}。然而，一些研究也论述了测试分数的不同^{81,82,83}。经检验与有效的认知评估包括，CAMCOG⁸⁴，MMSE⁸⁵，国家成人阅读测试，正常记忆与信息处理电池⁸⁶。一项研究发现语言表达能力测试的分数是可比的，但是在视觉空间处理的测试中大相径庭。

这显示了VTC神经心理学评估可能并时常是有效的 [B/C/D3]。然而，推行新规范的研究是值得推荐的，这样当与FTF对比时，勇于损伤的入口是有效的。知道其完成，远程神经心理学评估将会提供一个宽泛的关于损伤领域的指示，虽然可能缺少FTF能够提供的相同程度的分辨率。另外，特殊的认知测试，比如那些测试视觉空间处理的，可能需要管理上的修改。

f. 精神病护理人员、精神病医师助理与精神病护理特点.

精神病护理人员为了提供足够的精神病护理服务需要接受教育并作准备，包括初级心理医疗服务⁸⁸。我们有理由相信，精神病心理医疗护理工作在临床领域，无论是城市还是乡村，都可以从远程医疗中受益。然而，一份综述文件表明，几乎没有出版的随机临床试验寻找通过视频会议、电话和其他远程技术来革新医疗服务的答案^{89,90,91,92,93,94,95,96,97,98,99}。

g. 社会工作/特别顾问.

文件中关于社会工作者视频互动的内容是局限的，虽然许多文章在更广泛的治疗者术语条目中提及了社会工作者。没有关于视频会议的临床试验或研究特别提到社会工作者。时常的是，乡村工作点有提供医疗的社会工作者与城市的专家配合工作，时常是精神病医生来为他们的客户提供治疗。社会工作者，像其它心理医疗工作者一样，时常会有混合水平的曝光，经验，认知和使用远程医疗技术的态度，但是都意识到理解和参与到这样的患者模式中是需要的。

文献所讲述的远程上瘾顾问所作出的药物滥用治疗只在两份文件中被呈现^{103,104}，并且都论述了积极的结果。可以理解的是，许多使用远程医疗进行治疗的患有其它心理偏差的患者也同样存在药物滥用与疾病。对于这些有过度饮酒历史的患者的 VTC 认知评估与 FTF 评估相似。参与者对视频会议检查感到满意。更多的研究数据是需要的，在决定特别的推荐规范之前的治疗药物滥用人群的风险与益处时。

b. 进行中的心理医疗护理.

1. 心理学教育.

通过视频提供心理教育是一个很宽泛的领域。心理医疗与非心理医疗医生的大型的情况与案例的呈现几年以来已经成为了一个迅速成长的有教育意义的领域。该指南会将其关注点限制在对患者的直接心理医疗教学¹⁰⁶，和作为临床咨询¹⁰⁷与临床监督^{108, 109, 110}的一部分的对现场医生的直接或间接的教育。在乡村实践中对医生的远程咨询被认为是通过专家社团的支持，从学术中心带来最新的信息以减少乡村医生的孤立感。被授予乡村医生的心理医疗知识和技巧有一些局限性但是有益的【B/C2, D3】。当通过 VTC 咨询授予知识在许多论文中被提及的同时，却少有基于实际心理医疗患者结果的即将到来的数据。心理医生的监督和训练已被论证对治疗者训练者和医师助理来说是有益的^{112,113,114,115,116}。

2. 个体精神治疗医师.

在 FTF 设置中，治疗者使用来自多种治疗角度对 VTC 并且使用了多种心理医疗策略。治疗的标准实践指南用好在远程治疗设备内指导精神病治疗服务。关于循证实践的指南和经验支持的治疗也需有特殊的关联，像 VTC 这样的疗法会适应新的内容^{117, 118, 119, 120}。甚至是在面对本人的情况下，应用和精神病治疗结果的研究在如今的循证和被管理的心理医疗服务环境中正在经历一个挑战。有一些描述案例报告的出版文件和通过 VTC 进行的个体精神病治疗临床试验. 支持的¹²¹，曝光的¹²²，认知的行为^{123, 124, 125, 126}，和催眠

都曾被报道过。这里有两个关于通过视频进行眼移动敏感和再循环治疗的案例报告。通过 VTC 进行的精神病治疗包括了暴食症，恐慌症，旷野恐惧症，强迫症，抑郁症和创伤后压力心理障碍症，也包括提供文化上的专业知识^{130, 131, 132, 133, 134, 135, 136}。治疗者的通过 VTC 进行的手动认知行为实践依附性和能力被证明是有效的¹³⁷。精神病治疗似乎经得起 VTC 交流媒介[B/C2, D2]的检验，因为大多数独立精神病治疗 VTC 文献描述了认知行为治疗应用[B/C2, D3]。没有特殊的推荐规范排除了通过远程医疗 VTC 进行的精神病治疗类型。像之前提到的，一些心理偏差，比如饮食与创伤失调，可能会从这种远程互动治疗中获益，患者/客户可以感受到这一点当他们体验过 VTC 精神病治疗后^{138, 139}。未来的研究会为该指南会为多种 VTC 内容提供最佳的人设治疗者配置。

3. 群组精神病治疗.

与个体精神病治疗相似的是，群组治疗也有许多不同种类的方法，无论是住院患者还是门诊患者。群组治疗的标准练习指南应该指导 VTC 服务^{140, 141, 142, 143}。多点的视频会议为提供乡村地区小数目患者参与门诊患者小组的机会制造了可能性，这更加均匀和稳定。Witson 提到，在他最早的关于视频群组治疗的报告中，群组的活性更多的取决于治疗者和群组的组成而不是使用 VTC 作为治疗媒介¹⁴⁴。

多点群组对于存在创伤¹⁴⁵、饮食失调或者其他可能孤立的诊断或情况的患者来说是特别有益的[B/C/D3]。这可能成为一种非常有力的工具的同时，关于视频会议群组治疗的出版文献的数量是有限的。有两个对比真人群组治疗与视频会议群组治疗的文献是关于退伍老兵的创伤后精神紧张性精神障碍。有一个关于复制技巧群组¹⁴⁶的研究，还有一个关于认知行为治疗群组的研究。两组参与者的满意度，信息保留水平和出席率是相似的。未来的研究会基于 VTC 内容提供指南关于最佳群组治疗应用。

4. 夫妻和家庭精神病治疗.

夫妻和家庭治疗被认为是特殊的群组治疗，因为治疗过程设计了两个或更多的患者与治疗者互动。像群组治疗一样，越多的成员参与，更有可能成员的地理位置并不在一起。夫妻与家庭治疗标准实践指南应该与 VTC 应用的相关内容保持一致¹⁴⁸。没有关于 VTC 家庭治疗的出版研究实验，但有一些描述特别应用，益处和使用视频会议技术的局限性的文章。有证据表明 TMH 家庭治疗在住院患者身上的使用可能对患者特别有益并且会减少住院时间¹⁴⁹。一些患者可能会感到更加安全，当通过用视频与家庭成员交流的方式表达自己的时候¹⁵⁰。而其他的家庭成员会体验到一些不“真实”的拓展治疗过程。两篇文章指出传输延迟对治疗过程是有益的，因为它使家庭成员之间的交流更加清晰了，并且不需要足够的听力技巧^{152,153}。通过卫星连接的远程家庭心理医疗被证明对家庭是有帮助的，当解决久积的家庭矛盾时¹⁵⁴。通过视频会议进行家庭治疗的有关数据是有限的，早期的报道表示了它的好的接受度和初级的有益结果[B/C3]。

同样有一些报道是关于通过视频与那些家中有长期患病的儿童的客户交流的术语的^{155,156,157,158}。这些疗程不设计心理医师，但是涉及心理健康和体内属性。也有一些报道是关于通过远程的方式对家庭成员进行家庭中的护理支持¹⁵⁹。

c. 关注群体.

1. 老年患者.

老年群体可能会从通过视频提供的特别的心理医疗中很大程度的获益^{160, 161}。许多老年人除了心理问题外还有多种健康问题；医学问题甚至是突发的心理问题可能是复杂的。因此，老年人常常是心理医疗服务的高频用户，并且有复杂的问题。

对于任何老年患者，获得必要的护理可能是有许多挑战的，通过他们使用此种服务的频率可以发现。需要的频率和到达可能比较远的最近的城市的交通花费可能是禁止的，即使该患者为此种医疗购买了保险。对于许多患者来说，花费和这种医疗计划与定位的复杂程度是如此，有交通优势的城市中心具有压倒性的优势。许多仅仅是没有。

通过电话或电脑上的简单的视频会议的形式在家中获得基础护理已经有趋势成为一种受欢迎的方式，特别是对于那些有移动障碍的或者交通限制的患者来说。通过高质量与安全性的视频连接联系当地医院、医疗诊所、护理中心和心理医疗机构的远程专家是目前可获得的一种技术并且像这样的伙伴关系正在增加。

但是，关于老年心理医疗的文献十分稀少。有一些相关的控制研究关于老年群体的治疗结果^{162,163}。有案例研究和观点沦为^{164,165}，当一些文件涉及精神病治疗设施¹⁶⁶

的同时，通常涉及了长期治疗的患者。有一些数量有限的证据支持对于老年患者在护理中心进行精神病治疗服务的条规[B/C/D3]。

增加远程医疗接受度的概念似乎是显而易见和有吸引力的。有必要通过进一步的研究来提供可靠的证据。这样的研究必须同时特别描述老年人在使用远程方式时所面对的一些挑战。感官退化，特别是视觉和听力，可能破坏他们成功进行远程互动的能力¹⁶⁷。患者端必须有大的显示器，好的声音设备和高带宽与视频分辨率，以确保老年患者可以通过足够大于清晰的影响来接受医疗服务。

另一个挑战是，因为老年群体中痴呆的普遍，认知能力的退化经常伴随一些精神症状比如抑郁和妄想。老年人至少要对新技术熟悉，同时，痴呆作为一个附加的因素，理论上对医患互动造成的障碍要比电视图像造成的幻觉更是一个挑战。另一个问题是，任何远程方式必须包括一个完整的治疗评估的所有适宜的方面。一篇文章制定了一份关于远程诊断老年痴呆的协议¹⁶⁸。老年患者经常出现多种医疗问题，其中的许多会影响他们的认知/行为状态，因此需要对其进行一个完整的健康检查，包括所有适宜的试验，放射性检验和其他诊断程序。

2. 儿童与青少年

儿童与青少年心理医疗推荐指南（CAMH）建立在成年人 TMH 推荐指南与信息上。文件中“家长”一词指代青少年的首要监护人，无论是否是其生物学上的父母或者养父母或者法定监护人。“青少年”和“年轻人”指代儿童和成年人的混合样本。在特殊的情况下，“初学会走路儿童”、“学龄前儿童”、“孩子”、“成年人”会被使用到。该指南适用于从学龄前到 10 岁的青少年并延伸到 21 岁前受损伤的在情感或行为上有障碍的成年人。

CATMH 项目在多种环境下成功地执行了，比如小儿科诊所¹⁶⁹，社区心理医疗中心¹⁷⁰，乡村学校^{171,172}，城市儿童托管所¹⁷³，矫正中心¹⁷⁴，和私人操作中¹⁷⁷。CATMH 适用于少数种族，比如非美裔¹⁷⁶，西班牙裔¹⁷⁷，夏威夷人¹⁷⁸，印第安人^{179,180}和阿拉斯加人¹⁸¹。

a. 评估.

青少年 VTC 评估与治疗程序遵循与成年人一样的指南，但是考虑到青少年的发展状态做出了一些修改，比如运动功能，演讲和语言能力，和其他相关内容。下列推荐指南是额外的。

1. 环境.

a. 物质环境和人设.

家庭成员应该在行程安排中被通知，以为他们的孩子准备约会。房间要安排好，要有远程摄像头控制，这样参与者就可以足够地观察还在的运动技巧当他们在房间中移动的时候，当玩耍或者与父母分开的时候^{182,183}。一张桌子可以以为孩子提供一个平面来画图或者画图，当父母与这样的事情有关的时候。但是不应该打扰交流或者对孩子运动技巧的观察。应该提供一些简单的玩具，可以占用孩子的精力以进行技巧评估。

b. 门诊患者.

关于 CATMH 的文献是稀少的。出版物主要描述了门诊患者的环境设置^{184,185,186,187,188}。多数研究评估了家长和医生的满意度^{189,190,191,192} 并发现家长和医生都非常满意。虽然满意度并不等于疗效，只是单纯的接受度和未来工作的指导¹⁹³。其他报告描述了项目执行的成功与挑战^{194,195,196,197}。一个最近的研究描述了 CATMH 后儿童影响状态的提高和反抗行为¹⁹⁸。

没有建立任何绝对包括或不包括在内的 CATMH 评判标准。CATMH 的应用大多是通过发展群组和诊断分类[B/C1]描述的。学龄儿童组成模型治疗组，与通常的门诊患者医疗^{199,200,201,202,203,204,205}相似，但是 3 岁的儿童已经被评估和治疗了^{206,207,208}。因此，诊断不是决定使用 CATMH 治疗青少年的决定性因素。然而，它提供了一种患者社区中的医疗系统，它与服务匹配，远程精神病医生会在患者的场所提供服务与资源来帮助管理有挑战性的年轻人，是最佳的决定是否包含或不包含于 CATMH 的方式。它们的护理和 CATMH 中使用的临床程序应该包括下列由美国儿童与成人精神病学会制定的实践参数。

c. 住院患者.

没有关于 CATMH 住院患者设置的报道，也没有任何关于是否有任何该领域的工作正在进行中。但是，CATMH 也许对需要儿童与成年人精神病治疗顾问[B/C/D3]的住院患者设置是有帮助的。该环节被从精神病医生那里接受远程咨询的儿科医师或者家庭医生显著地使用着。

d. 其他设置.

CATMH 的一个优点是可以在乡村自然环境中的青少年得到服务^{209,210}，比如学校或者偏远地区比如矫正中心²¹¹，还有长期的治疗中心^{212,213}。VTC 调解会议可能同时在家庭住所和专业场所制定治疗方案是特别有帮助的²¹⁴[B/C2,D3]。一个警告是在矫正环境中的成年人可能不是被期待的，如果有任何工作人员在场的话。当对远程精神病医生单独提供了适宜的隐私和时间时，被禁闭的青少年表现出了更高的满意度²¹⁵[B/C2]。

2. 诊断面谈.

a. 医患关系.

远程治疗者必须建立一种治疗联盟，不只是和青少年，也要和其家长还有其他参与其中的成年人，必须要在家长与孩子的关系之间进行工作。满意度数据表示家长准备好建立与医生的亲密关系^{216,217,218}，因此表明 VTC 与治疗联盟并不矛盾[B/C2,D3]。

在成年人工作中出现的信息表明，一个更非正式的治疗风格会优化医患关系^{219,220,221}并且对青少年来讲更真实[B/C2]。当和认知能力有限的青少年交流时^{222,223}或者和不同文化背景的青少年交流时，更加非正式的风格会存在问题，技术局限会使区分临床上的有关问题更加困难。因此，根据患者需要调整交流方式是十分重要的[B/C2]。

因为青少年的人际关系敏感度和技巧还在发展，但是没有获得人际关系有关的细微差别的渠道，医生必须区分治疗青少年的方法。亲密关系的建立可以通过展现青少年如何使用远程控制去获得医生的特写或者浏览医生的房间显得更加真实或者在显示屏中间展示自己或其父母的形象来促进^{224,225,226,227}。

b. 评估和诊断.

直觉上高带宽似乎能提供最精确的临床评估，但是没有数据可以支持这样的猜想。带宽和分辨率必须达到要求，以完成精神状态检查的各个细微的方面，比如痉挛，畸形，或者任何不正常的地方[B/C2]。

最近的鼓舞人心的结果表明，通过 CATMH 作出的诊断是可靠和有效的^{228,229}。VTC 评估的精确度和关联度被发展中的损伤儿童的基础行为分析的成功结果进一步支持，因为其带来了有效的教室干预²³⁰。

AACAP 对于儿童与成年人精神病评估²³¹的实践参数建议应该花一些时间来单独面谈青少年。总的来说，有好的脉冲控制、足够的语言技巧、和区分能力的青少年和年长一些的孩子可以单独面谈[B/C2,D3]。年幼一点的，发展中受创伤的，或者受情感驱使的青少年需要一个修订版的方法，有可能包括需要一个成年人在房间里，比如诊所员工[B/C2]。这些决定应该单独对青少年描述。

对小一些的孩子传统游戏环节的推荐指南²³²

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：

<https://d.book118.com/718071014055007033>