

# Перспективы и ограничения использования телепсихиатрии для оказания психиатрической помощи взрослому населению в сельской местности

Brian Grady

Department of Psychiatry, School of Medicine, University of Maryland, 701 W. Pratt St., Baltimore, MD 21201, USA

Перевод: А.В.Дюсекова

Редактор перевода: И.А.Мартынихин

Уже в 1960х пионеры телепсихиатрии продемонстрировали эффективность и удобство применения электронных средств связи для управления оказанием психиатрической помощью, обучения и клинического лечения. В то время использовался двухсторонний черно-белый телевизор с плохим качеством воспроизведения звука и часто весьма маленьким видеоэкраном. Кроме того, процедура была дорогой. Тем не менее, таким образом первопроходцы в этой области пытались решить одну из актуальных проблем — обеспечить доступ к качественной медицинской помощи.

Целью исследования, проведенного на медицинском факультете Дартмутского университета, была оценка возможности оказания помощи лицам с серьезными психическими расстройствами по месту их жительства при сотрудничестве с врачами общей практики и психологами. Это была альтернатива необходимости транспортировки таких пациентов в госпиталь, располагавшийся на расстоянии свыше 40 километров (1). Использование двухстороннего телевизора и результаты исследования были успешными. C.Wittson (2, 3) в своих исследованиях индивидуальной и групповой терапии с использованием двухстороннего телевизора также продемонстрировал, что контроль в форме административного надзора, психиатрическое обучение и супервизия для удаленных медицинских центров могут успешно производиться дистанционно посредством электронных средств связи. Хотя опять же, процедура была дорогой. В то время еще не существовало эффективной технологии, которая позволила бы подобным проектам развиваться. Однако к 1973 году у психиатрической помощи, осуществляющейся посредством интерактивного двухстороннего телевизора, появилось название — телепсихиатрия (4).

Технологические достижения 1980х и начала 90х гг. привели к снижению стоимости телемедицины и многое сделали для революционных изменений формата обеспечения психиатрической помощью. Была создана возможность регулярных контактов с пациентами для обеспечения специализированной помощи, что ранее в отдаленных регионах было затруднено либо вовсе невозможно. Телепсихиатрия также создала возможность выбора врача для жителей небольших поселений, что является немаловажным аспектом в решении проблемы доступности помощи, хотя на этом редко делается акцент.

Большие цветные мониторы, обновляющиеся с частотой 30 кадров в секунду с едва заметной задержкой передачи сигнала, продолжали уменьшать дистанцию между оказывающим и получающим помощь. Телепсихиатрия теперь стала доступной для лечебных учреждений (5). Была создана Американская Ассоциация Телемедицины (6). Клинические специалисты, добившиеся успехов в этой области, начали делиться своими достижениями на конференциях, примеры их

работы стали часто появляться как в общемедицинской литературе, так и в специализированных журналах по телемедицине.

К середине 2000х гг. затраты на многофункциональное автономное оборудование, включающее аппаратуру для проведения видеоконференций и клиентское программное обеспечение, поддерживающие шифрование передаваемых данных, максимально снизились. В сочетании с развитием высокоскоростных технологий передачи данных в сети Интернет, низким соотношением затрат и растущей доступностью глобальной сети, революция в этой области казалась практически свершившейся. К сожалению, несмотря на опыт практического применения, прикладную значимость методики и растущее число сторонников телемедицины, её внедрения в повседневную практику здравоохранения так и не состоялось.

Мы сделали недостаточно, чтобы обучить наших коллег врачей, руководителей здравоохранения и чиновников. Политика учреждений здравоохранения была и будет направлена на уменьшение возможных инвестиционных затрат. Даже кафедры психиатрии не торопятся перераспределять ресурсы, в том числе используемые на обучение, от традиционной устоявшейся схемы к новой, предполагающей широкое использование современных технологий (7). Принятие новой технологии в значительной степени зависит от восприятия её полезности и простоты использования (8).

Дистанционная врачебная практика также требует значительной административной поддержки в ведении медицинских записей, выдаче назначенных лекарственных препаратов и составлении расписаний, в то время как информационные отделы охраняют свои сети настолько сильно, что необходимая медицинская информация зачастую просто не проходит через сетевую защиту. Сегодня развитие новых технологий безопасной передачи видеосигнала позволяет снизить беспокойность инженеров и менеджеров информационных технологий в здравоохранении. Тем не менее, внедрение в практику электронных историй болезни и электронных рецептов, действительно необходимых для постепенного внедрения телепсихиатрии в ежедневную практику, до сих пор очень медленно происходит на рынке здравоохранения многих стран (9-11).

В естественных условиях телепсихиатрия развивалась там, где в ней была наибольшая необходимость, т.е. в сельских местностях и отдаленных районах. Например, в Соединенных Штатах, первыми лидерами внедрения этой технологии в клиническую практику и принятия нормативных положений были штаты с маленькими популяционными группами, располагающимися на обширных географических территориях. Эти сообщества были недостаточно боль-

шими, чтобы оправдать создание системы специализированной помощи или узкоспециализированных медицинских услуг. В совокупности, однако, эти небольшие популяционные группы в эпидемиологии психических заболеваний были статистически идентичны пригородным и городским популяциям. Врачи, практикующие телепсихиатрию, наряду с местными и региональными политическими лидерами и государственными чиновниками, стали проводниками подобных инноваций, в результате началось финансирование многих пилотных исследований телепсихиатрии в сельских и отдаленных областях. Благодаря своей уникальной приспособляемости к аудиовизуальной среде, психиатрия быстро стала лидером в области телемедицины.

Телепсихиатрия зарекомендовала себя в качестве жизнеспособной методики оказания медицинской помощи. Это была первая попытка телемедицины оценить себя в комплексной и доказательной манере (12). Стало достаточно очевидным, что психиатрическая экспертиза, коррективная лекарственная терапия и когнитивно-поведенческая терапия с использованием телепсихиатрии эквивалентны таковым, производящимся непосредственно при личном контакте.

Особенности телепсихиатрии и их потенциальное использование – это область, которая нуждается в дополнительных исследованиях. Отдельные сообщения о пациентах с расстройствами пищевого поведения и ПТСР, которые в телепсихиатрических сеансах давали о себе больше информации, чем в личных сессиях, требуют тщательной оценки (13, 14). Возможно, для пациентов легко упустить из виду потенциальные риски, заключающиеся в слишком быстром разглашении информации, еще до того, как они успевают осознать, что делать со своими эмоциями, причина которых подавляемые мысли. В курсе ли телепсихиатры этого возможного явления? Способны ли они его распознать и помочь пациенту управлять этой «очистительной» информационной безопасностью? Это вопросы для всей телепсихиатрии, не только для специалистов, работающих в сельских регионах.

Телепсихиатрия перераспределяет ресурсы, но не обязательно создает их. Телепсихиатрические программы в рамках организаций и научных центров первоначально очень успешно начинаются при участии ведущих сотрудников, быстро организуется клиническая работа этих специалистов и их коллег. Однако время на клиническую работу оказывается ограниченным. Привлечение дополнительных работников для обслуживания сельских местностей на полный либо неполный рабочий день создает дополнительную конкуренцию с существующими организационными формами в психиатрии. Кроме того, не считая случаев, когда руководство организаций либо правительство стремятся к изменению подхода к оказанию психиатрической помощи и перераспределению ресурсов, их успех, в лучшем случае, будет ограниченным.

Крайне важно, чтобы сельские сотрудники принимали во внимание ограничения в психиатрических ресурсах и, как и их коллеги городские телепсихиатры, были готовы искать новые пути оказания психиатрической помощи и сотрудничества (15, 16). Сельские клиники могут рассматривать возможность обмена с другими сельскими клиниками либо поставщиками услуг. Например, если в одной клинике работает врач, имеющий опыт лечения пациентов с расстройствами пищевого поведения, он мог бы сотрудничать время от времени с психиатрами из других сельских клиник. Сельские клиники должны рассмотреть вопрос о возможности создания ассоциаций психического здоровья, в которых была бы возможность обмена ограниченными ресурсами, в результате чего не с помощью увеличения ресурсов, но с помощью более рациональ-

ного использования имеющихся, возможно было бы достичь важных результатов и повысить эффективность работы службы.

Существует несколько вариантов телепсихиатрии, которые в практическом аспекте являются подходящими для использования в сельских областях. Один из них – это групповая терапия. Она может быть идеальным лечением некоторых заболеваний, которые уже привели к изоляции либо требуют межличностных взаимодействий для выявления и корректировки нездорового межличностного поведения (17,18). Проблема с групповой терапией, даже в городских и пригородных районах, – это набор определенного количества пациентов, необходимых для того, чтобы группа была успешной. Телепсихиатрия позволяет объединить небольшое количество пациентов из разных мест; как правило, во время сеанса на экране соответствующего размера одновременно могут взаимодействовать 3-4 центра.

Телепсихиатрия способна также облегчить процесс оказания медицинской помощи как в стационарной, так и в амбулаторной сети (19). Например, на период отпуска, отсутствия или обучения специалистов. Телепсихиатрия также позволяет проводить узкоспециализированные консультации для стационарных и амбулаторных пациентов сельских областей. Это снижает изоляцию и обеспечивает коллегиальность и поддержку специалистами друг друга.

Так как телепсихиатрия дает перераспределение ресурсов, для носителей тех или иных культурных традиций особенно важно быть в курсе этого развивающегося метода (20). Телепсихиатрия представляет отличную альтернативу для доступа к культурно-компетентным психиатрам конкретным общинам или отдельным пациентам (21,22). В качестве примера можно привести опыт работы медицинского факультета университета штата Мэриленд с глухими пациентами, страдающими зависимостями и проживающими в сельской местности. Используя видеоконференции и свой опыт в данном вопросе, компетентные консультанты способны общаться в реальном времени с глухими и слабо слышащими клиентами со значительно лучшими результатами, чем при использовании бегущей строки либо сурдоперевода. Если культурно и лингвистически-компетентные специалисты не доступны, то культурно-компетентные медицинские переводчики посредством видеосвязи также могут обеспечить значительное улучшение в обслуживании изолированных сельских групп.

Я вижу хорошие перспективы для развития телепсихиатрии в сельской местности, при условии, что мы предоставим нашим пациентам то, в чем они нуждаются. Для меня, выигранное время является критически значимым фактором исцеления в терапевтических отношениях, будь-то межличностное взаимодействие или взаимодействие при помощи технологий. Благодарность пациента за время, проведенное с ним, важнее любых технологий. Для одних пациентов это не представляет особой важности, для других же – наоборот. Электронная почта и обмен мгновенными сообщениями также позволяют выигрывать время и способны быть эффективной альтернативой более дорогим и зависимым от технических средств видеоконференциям.

Оценивая историю телепсихиатрии, легко увидеть, как ограничения в её использовании продолжают уменьшаться. Технологии позволили разрешить многие вопросы, в то время как организаторы психиатрии пытаются адаптироваться и создать нишу для телепсихиатрии в области здравоохранения.

Телепсихиатрия словно жидкость, адаптирующаяся и титруемая, и все её ограничения определяются лишь сознанием её пользователей.

#### Ссылки на использованную литературу:

1. Solow C, Weiss RJ, Bergen BJ et al. 24-hour psychiatric consultations via TV. *Am J Psychiatry* 1971;127:1684-7.
2. Wittson CL, Affleck DC, Johnson V. Two-way television in group therapy. *Mental Hospitals* 1961;2:22-3.
3. Wittson CL, Benschoter R. Two-way television: helping the medical center reach out. *Am J Psychiatry* 1972;129:136-9.
4. Dwyer TF. Telepsychiatry: psychiatric consultation by interactive television. *Am J Psychiatry* 1973;130:865-9.
5. Grady B. TelePsychiatry. In: Wise MG, Rundell JR (eds). *Textbook of consultation-liaison psychiatry*. Washington: American Psychiatric Press, Inc., 2001:927-36.
6. American Telemedicine Association. What is telemedicine & telehealth? [www.americantelemed.org](http://www.americantelemed.org).
7. Graham-Jones P, Jain SH, Friedman CP et al. The need to incorporate health information technology into physicians' education and professional development. *Health Aff* 2012;31:481-7.
8. Davis FD. Perceived usefulness perceived ease of use, and user acceptance of information technology. *MIS Quarterly* 1989;13:319-40.
9. Singh R, Lichter MI, Danzo A et al. The adoption and use of health information technology in rural areas: results of a national survey. *J Rural Health* 2012;28:16-27.
10. Yoon D, Chang BC, Kang SW et al. Adoption of electronic health records in Korean tertiary teaching and general hospitals. *Int J Med Inform* 2012;81:196-203.
11. de la Torre I, Gonzalez S, Lopez-Coronado M. Analysis of the EHR systems in Spanish primary public health system: the lack of interoperability. *J Med Syst* (in press).
12. Grady B, Myers KM, Nelson EL et al. Evidence-based practice for telemental health. *Telemed J E Health* 2011;17:131-48.
13. Simpson S, Knox J, Mitchell D et al. A multidisciplinary approach to the treatment of eating disorders via videoconferencing in north-east Scotland. *J Telemed Telecare* 2003;9(Suppl. 1):S37-8.
14. Thomas CR, Miller G, Hartshorn JC et al. Telepsychiatry program for rural victims of domestic violence. *Telemed J E Health* 2005;11:567-73.
15. Pignatiello A, Teshima J, Boydell KM et al. Child and youth telepsychiatry in rural and remote primary care. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2011;20:13-28.
16. Chung-Do J, Helm S, Fukuda M et al. Rural mental health: implications for telepsychiatry in clinical service, workforce development, and organizational capacity. *Telemed J E Health* (in press).
17. Frueh BC, Monnier J, Yim E et al. A randomized trial of telepsychiatry for post-traumatic stress disorder. *J Telemed Telecare* 2007;13:142-7.
18. Morland LA, Pierce K, Wong MY. Telemedicine and coping skills groups for Pacific Island veterans with post-traumatic stress disorder: a pilot study. *J Telemed Telecare* 2004;10:286-9.
19. Grady B, Singleton M. Telepsychiatry "coverage" to a rural inpatient psychiatric unit. *Telemed J E Health* 2011;17:603-8.
20. Shore JH, Savin DM, Novins D et al. Cultural aspects of telepsychiatry. *J Telemed Telecare* 2006;12:116-21.
21. Mucic D. Transcultural telepsychiatry and its impact on patient satisfaction. *J Telemed Telecare* 2010;16:237-42.
22. Lee O. Telepsychiatry and cultural barriers in Korea. *Stud Health Technol Inform* 2009;144:145-8.