

תוכנית טיפול אינטנסיבית – ראיון

תורגם ע"י : אנטייתה גלגל

הראיון הבא על המרכז לטורדנות כפייתית בבי"ח מקלין בבלמונט, מסצ'וסטס שבארה"ב, מכיל תשובות של : מייקל ג'נקי M.D מנהל ה OCDI דבורה אוסגוד-היינס Ph.D פסיכולוגית ראשית של ה OCDI דיאן דייבי R.N., M.B.A מנהלת התוכנית של המרכז.

תורגם לעברית מאתר : <http://www.mclean.harvard.edu/Adult/ocdinstitute.htm>

1. עלון חדשות : מה נתן לך את ההשראה לפתוח מרכז ל OCD ?

ג'נקי: התחלתי לעבוד עם חולי OCD בסוף שנות ה-70, ובתחילת שנות ה-80 הקולגות שלי ואני שמנו לב שלחלק מהחולים ב OCD הסימפטומים לא השתפרו למרות השימוש בטיפול התנהגותי עדכני ותרופות. זה היה נראה שהחיים שלהם היו בהמתנה והכילו סבל מתמיד ונכות. בזמן הזה פניתי לאדמינסטרציה של ביה"ח שלנו לראות אם הם מעוניינים במתקן OCD מתאים לדיור. אחרי בערך 10 דקות של מחשבה, הם לא הצליחו להבין איך זו יכולה להיות הצעה מרוויחה, אז הם פסלו את הרעיון. לפני 6 שנים בערך, ציינתי את הצורך במתקן מתאים לדיור לאביו של אחד מהמטופלים שלנו, והוא הציע לתת מימון ראשוני כדי לגרום למתקן להתחיל לעבוד. התברר שלביה"ח מקלין היה מבנה פנוי והיה מעוניין ביחידה מקומית ל OCD. זה איפשר לנו להקים את המרכז ל OCD מהבסיס.

2. עלון חדשות : מה תכננת להשיג בבניית המרכז ל OCD ?

ג'נקי : חשבנו שאם נציע טיפול התנהגותי יומי אינטנסיבי, יותר מטופלים עשויים להרגיש יותר טוב. רצינו מתקן שבו נוכל לעזור למטופלים שלא יכלו לתפקד בגלל ריטואלים עקשנים ומכריעים שלא הגיבו לטיפול קונבנציונאלי.

3. עלון חדשות : מדוע הקמתם את המרכז הטיפולי כמתאים לדיור ? מה הביא אותכם להאמין ש OCD יכול להיות מטופל בהצלחה ע"י טיפול קוגניטיבי-התנהגותי אינטנסיבי (כמעט 24 שעות ביממה) ?

ג'נקי ואוסגוד-היינס : לא ידענו אם זה נכון או לא, אך הרגשנו שזה היה שווה נסיון. בעוד הרבה אנשים יכולים לעשות טיפול התנהגותי על בסיס חולה-חוק (חולה לא מאושפז), חלק לא יכולים. חשבנו שאלו שיש להם מוטיבציה אך הם לא יכולים לעשות טיפול התנהגותי לגמרי בעצמם, עשויים להיות מורווחים אם תינתן להם ההזדמנות שמטופלים יעשו חשיפה ומניעת תגובה יחד איתם בצורה אינטנסיבית בכל יום כל היום.

4. עלון חדשות : אתה פסיכיאטר. מה הביא אותך לרעיון להקים תוכנית טיפול אינטנסיבית ל OCD שבה תרופות וטיפול קוגניטיבי התנהגותי משחקים תפקיד שווה ? האם זה היה מחקר ? האם זה היה נסיון קליני ?

ג'נקי : זה היה הנסיון הקליני שלנו שמטופלים הצליחו הכי הרבה עם קומבינציה של תרופות וטיפול התנהגותי וכל טיפול בנפרד היה בדרך כלל פחות אפקטיבי.

5. עלון חדשות : כאשר התחלת לתרגל פסיכיאטריה, OCD נחשב כמחלה מאוד נדירה ולא ניתנת לטיפול. מה משך אותך לתחום ?

ג'נקי : את השנים המוקדמות שלי בפסיכיאטריה העברתי בהרצה של שירות לחולים מאושפזים בביה"ח הכללי של מסצ'וסטס וגם ניהול משותף של שירות הפרעות זיכרון בו ניהלנו חולים אשר איבדו את הזיכרון ואת היכולות הקוגניטיביות כמו למשל מחלת האלצהיימר. לראשונה פגשתי חולי OCD כאשר הייתי פסיכיאטר במקום. נאמר לי שהם לרוב לא מחלימים ודרושים שנים של פסיכותרפיה. מצאתי את החולים מרתקים, הייתה להם איכות שנראתה די ייחודית –

הסימפטומים שלהם הורכבו מסבל מוחלט. המטופלים היו ברוב הפעמים מאוד נחמדים ואנשים מוכשרים, אך הם נרדפו ע"י אובססיות וריטואלים שהם ידעו שהם לא הגיוניים (בדרך כלל), אך בכל זאת הם הרגישו כמו עבדים ל OCD.

מטופלת אחת עם OCD מאוד חמור היו לה גם התקפות חרדה; עם הידע הלא מפותח שלי בפסיכיאטריה, ידעתי שתרופות הנקראות מעכבי MAO יכולות לעזור להתקפות חרדה. ניסיתי לתת למטופלת מעכבי MAO; והיה לה שיפור דרמטי לא רק בהתקפות החרדה אלא גם ב OCD שלה. זה גרם לי לרשום תרופות לחולים אחרים ב OCD; ורבים הצליחו נהדר. ה OCD לכאורה הבלתי ניתן לטיפול השתפר. לבסוף מצאתי מטפל התנהגותי שהיה מוכן לטפל בחולי OCD. כאשר עבדנו ביחד השתמשנו גם בתרופות וגם בטיפול התנהגותי. זה הפך מובן לנו שהקומבינציה הטיפולית עבדה יותר טוב עבור רוב החולים מאשר כל אחת בנפרד.

6. עלון חדשות: היו תוכניות טיפול אינטנסיביות לפני שפתחתם את המרכז, אך אף אחת מהם לא הייתה תוכנית פתוחה עם מגורים רק לאנשים עם OCD. מדוע החלטתם שאתם צריכים סביבת מגורים שמוקדשת כולה לאנשים עם OCD?

ג'נקי: לדעתי, הטיפול ב OCD הוא די ייחודי. חולים רבים עם OCD חמור אושפזו במחלקות פסיכיאטריות כלליות; ולרוב לא הצליחו לעזור ומצבם אפילו החמיר. אשפוז פסיכיאטרי הוא מכה חזקה לבטחון העצמי של האחד וצריכה להישקל רק כאשר טיפולים אחרים נכשלו. אם שמים חולה ב OCD במחלקה בביה"ח פסיכיאטרי כללי שלא יודע איך לטפל ב OCD או שהוא לא מונחה התנהגותית, חולים מרגישים גרוע יותר ואפילו מרגישים כיותר כשולן.

7. עלון חדשות: האם אתם יכולים לתאר תוכנית טיפול במרכז ל OCD? האם יש תוכנית טיפול אחת או האם יש תוכנית טיפול ייחודית לכל חולה?

ג'נקי ואוסגוד-היינס: הפילוסופיה הכוללת שלנו היא גישה קוגניטיבית התנהגותית, אך לכל מטופל יש תוכנית טיפול שתפורה לסימפטומים הספציפיים שלו או שלה. יש קבוצות במרכז ל OCD שרוב המטופלים מגיעים אליהן אשר שמות את הפוקוס על נושאים של סימפטום ספציפי כמו גם אסטרטגיות קוגניטיביות והתנהגותיות כלליות. ולכל מטופל יש לפחות שלוש שעות של טיפול תפור אינדיבידואלי כל יום.

8. עלון חדשות: איך נבנית תוכנית טיפול למטופל? מי מעורב בתכנון שלה?

ג'נקי ואוסגוד-היינס: בהרשמה, לכל אחד נקבע פסיכיאטר, פסיכולוג ועובד סוציאלי. בימים הראשונים, כל חבר בצוות נפגש אינדיבידואלית עם המטופל כדי לדון בסימפטומים הספציפיים שלו. מטפלים התנהגותיים בדרך כלל נפגשים עם המטופל פעמיים עד שלוש פעמים בשבוע כדי לעבור על התקדמות הטיפול, ליצור ולשפר תוכניות התנהגותיות עפ"י צורך, ולעזור למטופל במשימות חשיפה ומניעת תגובה. פסיכיאטרים בדרך כלל נפגשים עם כל מטופל פעם בשבוע כדי להעריך ולשפר תרופות לפי הצורך. עובדים סוציאליים עשויים להיפגש עם המטופל מפעם עד שלוש פעמים בשבוע. כלולים בצוות גם הרבה יועצים מומחים, שעוזרים לכל מטופל בהתמודדות עם הסימפטומים של ה OCD שלו במהלך היום והערב. תקשורת שוטפת בין חברי הצוות, כמו גם סבבים קליניים פעמיים בשבוע, משאירים את הטיפול ממוקס ופונים בזה אחר זה לצרכים הספציפיים של המטופל.

9. עלון חדשות: איזה חלק לוקחות התרופות בפרוטוקולים של הטיפול? האם כל מטופל בתוכנית חייב להיות על תרופות? מי קובע איזה תרופות מטופל ינסה ואם או איך הם יעברו אוגמנטיציה או ישתנו?

ג'נקי: מרבית המטופלים שלנו נכשלו בהרבה נסיונות תרופתיות. בכל זאת, אנחנו עוברים על היסטוריית התרופות שהם לקחו והתרופות הנוכחיות, ומנסים סוכנים חדשים או משנים את התרופות כפי שהוכתב קלינית. רוב המטופלים הם על תרופות כאשר הם במרכז ל OCD.

10. עלון חדשות: האם מטופל יכול להשתתף בתוכנית אם היא או הוא לא רוצים לקחת תרופות?

כן, לפעמים אנחנו רואים מטופלים שלא רוצים תרופות. אנחנו מוכנים לראות אם הם יכולים לנהוג לפי תוכנית CBT בלי תרופות. בכל אופן, אם זה ברור שהם לא יכולים לעשות את התוכנית בדרך הזאת, אנחנו מבקשים שהם ינסו תרופות או שאנחנו מחזירים אותם לטיפול חוץ.

11. עלון חדשות: טיפולים קוגניטיביים התנהגותיים, במיוחד חשיפה ומניעת תגובה, הם טיפולים אינטגרליים במרכז. האם באמת יש לכם מטופלים שעושים E&RP 24/7?

ג'נקי ואוסגוד-היינס : יש לנו יועצים מומחים שנמצאים במרכז 24 שעות ביממה. יש לנו קבוצת חשיפה ומניעת תגובה בבוקר של כל יום אשר בה כל חבר צוות פנוי לעזור למטופלים בביצוע משימות התנהגותיות עם הפוקוס להתנגד לריטואלים. יש לנו גם קבוצת חשיפה ומניעת תגובה אחרי הצהריים שבה מטופלים מתבקשים להתנגד לריטואלים בעצמם. מצאנו שמטופלים שלא עושים חשיפות ומניעת תגובה בעצמם, ללא מנחה, לפני שהם הולכים הביתה, מאופיינים בקצב נסיגה גבוה.

החשיפות מונחות-עצמית חשובות בצורה מכרעת כדי לקבל את השיפורים לאורך זמן שהמטופלים רוצים. אם מטופלים מצליחים במרכז ל OCD, אך מתדרדרים בביתם, לא עשינו את העבודה שלנו. בנוסף, מטופלים מתבקשים לכתוב חוזה שבועי שבו הם קובעים מטרות לעבוד על משימות E&RP מעל ומעבר לעבודה שהם עושים בקבוצות היומיות של E&RP. למרות שזה לא ריאליסטי לצפות שאנשים עם OCD בינוני עד חמור יצליחו להתמודד עם כל דחף אוסידי שעולה 24/7, אנחנו כן מבקשים שמטופלים יעשו הרבה עבודה כשהם פה.

12. עלון חדשות : מה התיאוריה שמאחורי הטמעה מלאה של עבודת E&RP במרכז ל OCD ?

ג'נקי ואוסגוד-היינס : בעוד OCD הוא הפרעה מבוססת-ביולוגית, למידת עקרונות גם משפיעה על סימפטומים OCD-יים. הנסיון של חרדה הוא מבחיל ולא נוח; וכאשר חרדה מונעת ע"י אובססיה, מרבית האנשים יעשו הכל, כמו למשל, יבצעו ריטואלים פיזיים או מנטליים כדי לגרום לה להיעלם. כאשר אתה מרגיש יותר טוב ע"י סילוק חווית חרדה מבחילה (אפילו אם היא זמנית), זה נקרא חיזוק שלילי. בפעם הבאה שתתקל בסיטואציה שמעוררת OCD כזאת, אתה מרגיש שהדרך היחידה כדי להוריד את החרדה היא ע"י ביצוע ריטואל שעשית בעבר. זה גורם לריטואלים להתחזק ולהגדיל תדירות, עוצמה ומשך זמן. העיקרון הנלמד מאחורי חשיפה ומניעת תגובה נקרא "הרגלה". אם אתה מאפשר לעצמך להישאר עם חוויית החרדה ולא להיכנע לריטואלים שלך או להתנהגות הנמנעת, אתה למעשה מלמד את המוח שלך ואת הגוף שלך שהחרדה יכולה לרדת בעצמה מבלי להצטרך להיכנע למה שה OCD אומר לך לעשות. בתהליך ההתנייה הזה, אתה מלמד מחדש את עצמך שסיטואציה קודמת מעוררת OCD לא חייבת להסתיים בתגובת חרדה שעם הזמן מובילה לדחף מופחת לבצע את הקומפולסיות או להתנהגות נמנעת. בתהליך "הרגלה" מטופל יכול להפחית סימפטומים OCD-יים. אך המפתח לכל זה הוא תרגול חוזר כאשר מתמודדים עם הפחדים. זה אומר עשיית משימות חשיפה ומניעת תגובה בתכיפות. זהו עיקרון חשוב. יותר "רגעי טיפול התנהגותיים" שאתה לוקח בהם חלק על בסיס יומי, ושוב יום אחרי יום, יותר סביר שאתה תחווה "הרגלה" ותראה הפחתה בסימפטומים ה OCD-יים שלך. זו הסיבה שאנשים שבאים למרכז עושים כל כך הרבה משימות חשיפה ומניעת תגובה.

13. עלון חדשות : איך מטופלים מתרגלים להטמעה כוללת בטיפול התנהגותי ? האם אתה מתחיל בהדרגה עם מטופלים חדשים ובונה מההתחלה יום אחרי יום ? איך מטופלים מתאקלמים ?

ג'נקי ואוסגוד-היינס : אנחנו לוקחים כל מטופל מאיפוא שהוא. רובם צריכים חשיפה הדרגתית לדברים שהם מפחדים מהם. חלק יכולים לקפוץ ישר לעניין כל עוד הם בסביבה תומכת. אחד מהמומחי התנהגות שלנו מוקצה לכל מטופל ותופר את התוכנית לאדם. יש שתי גישות לעשיית חשיפה ומניעת תגובה : הדרגתית ובהצפה. שתי השיטות צריכות בניית הירארכיה של פחד, כלומר, רשימה של סיטואציות מגוונות שמעוררות את הסימפטומים ה OCD-יים ורישום של רמות חרדה שמקושרות עם לא לעשות דבר בדרך האוסידית. רוב האנשים מעדיפים את הגישה ההדרגתית, למרות שיש כאלה שמעדיפים לעשות הצפה. המטפל ההתנהגותי יעבוד עם הדייר כדי לייחד את גישת הטיפול בצורה שתעבוד הכי טוב עבורו. עשיית חשיפה ומניעת תגובה יכולה להיות עבודה קשה אז אנחנו מנסים לעבוד עם הדייר כדי לקבוע את קצב תהליך הטיפול. פקטורים שונים רבים נלקחים בחשבון כאשר שוקלים באיזה מהירות או איטיות צריכים לבנות הירארכיית פחד.

14. עלון חדשות : למרכז יש את המוניטין לטיפול במקרים הקשים ביותר של OCD. זו התוכנית להיכנס אליה כאשר שום דבר אחר לא עבד. איך אתם מביאים אדם שהוא לגמרי עסוק עם ריטואלים וקומפולסיות OCD-יים להתחיל E&RP ? האם אתם עושים את זה בהדרגה ? האם אתם מתחילים בזה מיד אחרי שנראה שהתרופות עוזרות ?

ג'נקי ואוסגוד-היינס : כמו בכל המשימות, כאשר יש הרבה פריטים ברשימה להשיג, זה צעד אחד בכל פעם. תרופות וטיפול התנהגותי קורים סימולטאנית. התנהגותית, אנחנו בדרך כלל מתחילים או עם הסימפטום שגורם הכי הרבה חוסר תפקוד או התערבות בחייו של המטופל, או אולי מתחילים איפוא שלמטופל יש הכי הרבה מוטיבציה לעבוד כדי להפחית. למטופלים שיש להם הרבה איזורים שמשפיעים על חייהם, אנחנו עשויים לבחור מספר איזורים כדי להתחיל לעשות את החשיפה ומניעת התגובה, ולשים את האיזורים האחרים זמנית בהמתנה לפני שנעבוד עליהם. בכל אופן, יחסית במהירות, אנחנו נתחיל לאחד יותר ויותר סימפטומים של OCD שנילחם בהם. ניהול תרופתי עובד בסמיכות לאיך שמטופלים נמצאים בעבודה ההתנהגותית שלהם, והתערבויות התנהגותיות יכולות להשתנות באופן תלוי למה שקורה עם התרופות של המטופל.

15. עלון חדשות : האם יש משך זמן קבוע לטיפול במרכז ? מה קובע את משך השהייה של מטופל בתוכנית ? האם יש זמן אופייני לשהייה במרכז ?

ג'נקי : כאשר פתחנו בהתחלה את המרכז, ניסינו להישאר עם טיפולי CBT ככל שהיינו יכולים. למעשה, היו לנו מטופלים שנשארו איתנו למעלה משנה. במהלך הזמן, שמנו לב שאם מטופלים לא הפכו פעילים אקטיבית בתוכנית ולא התחילו להשתפר בחודשים הראשונים שלה, שהם לא הולכים להיות מסוגלים להפיק תועלת מהגישה שלנו ולא משנה כמה זמן נחזיק אותם. לכן, מאמצים מוקדמים מנבאים שיפור ארוך טווח. אנחנו עכשיו בוחנים בזיהרות מטופלים מוקדם בתוכנית ומשחררים אותם אם הם לא מסוגלים או לא רוצים לעבוד עם תוכניות הטיפול שלנו. חלק מהמטופלים לא יעברו בהרשמה הראשונית; ואנחנו נכניס אותם להרשמה מחדש כאשר הם יהיו מסוגלים יותר לנהוג לפי תוכנית פרודקטיבית. זה ברור שהמטופל הוא האחד שקובע את משך הזמן כאשר זה נוגע להחלטה מתי הוא מוכן להשתפר. אם מטופל נמצא במרכז ל OCD בשביל משהו אחר (הורים או בן זוג, לדוגמא), היא או הוא לרוב לא משתפרים.

16. עלון חדשות : רוב תוכניות הטיפול האינטנסיבי שקיימנו איתם ראיונות הם בעלי משך זמן קבוע. למרכז ל OCD אין. מתי תוכנית מסתיימת בשביל מטופל ? מתי היא או הוא "מבריא" ? כאשר הם מתמחים בשליטה בסימפטומים ? כאשר הם לא מתקדמים יותר ?

ג'נקי : אנחנו בדרך כלל מנסים להחזיק מטופל לא יותר משלושה חודשים. בכל אופן, מטופלים יכולים לפנות אליי אישית כדי להאריך את השהייה שלהם אם הם עדיין משתפרים ועובדים קשה. בשנתיים האחרונות, זה בלתי רגיל שמטופל נשאר מעבר לזמן של שלושה חודשים.

17. עלון חדשות : כמה מצליחה התוכנית שלכם ? כמה אתם מצליחים עם אינדבידואלים שיש להם OCD בינוני ? OCD מאוד חמור ? לגמרי משתק ?

ג'נקי ואוסגוד-היינס : אנחנו ללא הרף מעריכים את התוכנית ואת הפוטנציאל שלה לאנשים עם דרגות חומרה שונות של OCD ולתת-סוגים של OCD. כשמסתכלים על הנתונים של השנה וחצי שעברה, על פני כל האנשים שנכנסו לתוכנית, 27% אמרו שהסימפטומים שלהם השתפרו במידה רבה מאוד (דיווחו על ממוצע ירידה של 61% בציוני YBOCS וירידה של 70% בסימפטומים של דיכאון לפי BDI - האינדקס של בק), 42% אמרו שהשתפרו מאוד (דיווחו על ממוצע ירידה של 35% בציוני YBOCS ו 46% ירידה במבחן BDI), 28% אמרו שהם השתפרו מינימלית (דיווחו על ממוצע ירידה של 15% בציוני YBOCS ו 14% ירידה ב BDI), 3% אמרו שהם לא השתנו (למרות שדיווחו על ממוצע ירידה של 19% בציוני YBOCS ו 1% ירידה בדכאון עפ"י BDI) **נפחות מאחז אחד** החמירו קלות (דיווחו על עליה של 20% ב YBOCS ודיווחו על ציון בק שהוכפל). על פי קבוצות שונות אלה, לא היה שינוי משמעותי בציוני YBOCS או ציוני בק בהרשמה. כחלק ממחקר שלנו במרכז, אנחנו ממשיכים לחפש מנבאים להצלחה בטיפול. בכללי במהלך השנה וחצי שעברה, 76% של האנשים שנכנסו למרכז ל OCD דיווחו על לפחות 25% של ירידה בציון ה YBOCS שלהם מהכניסה עד לשחרור. (זה בערך שיפור באותה רמה כמו במחקרי תרופות שמטופלים מגיבים לתרופה).

18. עלון חדשות : אתם מקבלים הרבה מטופלים במרכז שקודם לכם סירבו לכל טיפול. איך אתם גורמים להם להגיע למרכז ?

ג'נקי : אני לרוב מדבר עם כמה מטופלים לפני כניסתם למרכז ל OCD. חלק מגיבים למידע ולעידוד שהם יכולים להשתפר. לפעמים אני מספר להם על מטופלים אחרים שנראו חסרי תקווה ושהצליחו להחזיר לעצמם בחזרה את החיים.

19. עלון חדשות : המרכז נמצא בשטחים של ביה"ח מקלין. מקלין הוא בית חולים פסיכיאטרי ישן ויוקרתי. מטופלים יכולים להיות מאושפזים בכוח למקלין. האם מטופלים מאושפזים בכוח למרכז ? או שזו תוכנית לגמרי התנדבותית ?

ג'נקי : כמו שצויין מקודם, התוכנית שלנו לגמרי התנדבותית ומטופלים רשאים לצאת בכל עת. 20. עלון חדשות : המרכז הוא "קוט'ג" לא מחובר בקרקע של מקלין. מה תנאי המגורים ?

מעונות סטודנטים, חדרים משותפים או בודדים ? האם מטופלים יושנים, אוכלים ומטופלים ב"קוט'ג" ? האם הם משתמשים במתקנים של מקלין ? האם הם יכולים לעזוב את ה"קוט'ג" והשטחים על פי רצון? האם יש להם זמן חופשי בערבים ובסופי שבוע שלא מעורב בהם טיפול ?

ג'נקי ואוסגוד-היינס : אנחנו קוט'ג חופשי על הקרקע של ביה"ח מקלין, שנראה במעט כמו קמפוס לימודים. רוב החדרים כפולים, אך יש לנו מעט יחידים ומעט משולשים. דיירים בעיקר אוכלים במרכז, בעיקר בגלל שזה הכי נוח כשמתחשבים בלוח הזמנים העמוס שיש למטופלים בקבוצות היומיות השונות של התוכנית. מצפים מהמטופלים להגיע לקבוצות במהלך היום אך בזמנים חופשיים המטופלים יכולים לעשות כרצונם, או להירגע בבית, לטייל החוצה למסעדות מקומיות או חנויות, או לסייר באתרים של בוסטון. בסופי שבוע, בעוד יש לנו מעט קבוצות, יש יותר זמן חופשי בלוח זמנים, ואנחנו מעודדים מטופלים לצאת החוצה ולהשתתף פעילויות יחידות או חברתיות נעימות.

21. עלון חדשות : מה גודל הצוות במרכז ? האם הם פסיכיאטרים, פסיכולוגים ותרפיסטים ? מה הפרופורציה בין הצוות למטופלים ?

דיאן דייבי : לכל מטופל מוצמד צוות טיפול, שמורכב ממטפל התנהגותי, פסיכיאטר ועובד סוציאלי כאשר כולם נפגשים ביחידות עם המטופל. בנוסף, בתוכנית יש אחיות שעוזרות למטופלים עם התרופות והדרישות הרפואיות שלהם, ויועצים שזמינים 24 שעות ביום כדי לעזור למטופלים לנהוג לפי תוכניות אינדיבידואליות.

22. עלון חדשות : האם המרכז מאויש 24 שעות ביממה? באיזה רמה מסופק טיפול ?

דיאן דייבי : התוכנית מאוישת 24 שעות ביממה, כל ימי השבוע. יועצים התנהגותיים, שהם בוגרי אוניברסיטאות ומאומנים לעבוד עם חולי OCD, כל הזמן זמינים לעזור למטופלים.

23. עלון חדשות : מה הרטינה הטיפוסית היומית של מטופל במרכז ?

ג'נקי ואוסגוד-היינס : לדיירים יש לוח זמנים עמוס במרכז. קבוצה ראשונה ביום מתחילה ב 8:30 בבוקר. בכל אופן, הרבה מטופלים כבר מאתגרים את הסימפטומים של הOCD שלהם מוקדם בבוקר עם צאתם מהמיטה בעצמם או בעזרתם של אחד מהיועצים שלנו. בכל יום בשבוע יש 7 או 8 קבוצות למרות שלא כל אחד הולך לכל קבוצה. על קבוצת השתייכות מחליטים עם המטפל ההתנהגותי שלך. יש 2 שעות קבוצות חשיפה ומניעת תגובה כל יום. יש מספר קבוצות ללמד מגוון מיומנויות התנהגותיות. יש לנו שתי קבוצות תרפייה קוגניטיבית, קבוצת רגיעה, קבוצת מוטיבציה, וקבוצות סימפטומים ספציפיים בשביל מטופלים שנאבקים עם סימפטומים OCD-יים, כמו למשל, דייקנות, פרפקציוניזם, מחשבות אלימות ומיניות מפריעות או הפרעת דימוי גוף (BDD). יש לנו קבוצות לעזור למטופלים עם בעיות משפחתיות ועם מעברים; ויש לנו גם קבוצות שעוזרות למטופלים להתעמל קצת ולתכנן פעילויות מהנות אל תוך חייהם. יש הפסקות מתוכננות לארוחות צהריים וערב. למטופלים יש מעט זמן חופשי בערבים ויותר זמן פנוי בסופי שבוע. במהלך הזמן הפנוי מטופלים יכולים לראות טלוויזיה ולהתערוך חברתית.

24. עלון חדשות : ה OCF נתן לאחרונה מילגת מחקר לצוות של חוקרים להעריך את הזמן היחסי האפקטיבי של ורסיה של E&RP מונחית-משרדית בתוך-הבית. איך טיפול מתאים לדיוור יכול להיות אפקטיבי למטופלי OCD אם ה OCD שלהם קשור לבית שלהם או מקומות אחרים מחוץ לבית חולים ?

ג'נקי ואוסגוד-היינס : זהו אחד מהאתגרים כשמטופל מגיע לתוכנית. ברוב הזמן, סימפטומים OCD-יים של הפרט משתרעים על מגוון של סיטואציות. זה מסייע בעצמו לעשיית משימות חשיפה ומניעת תגובה נחוצות כאן במרכז. תכופות, יש לנו מטופלים בקמפוס שיוצאים מהקמפוס עם חבר צוות כדי להתמודד עם מגוון סיטואציות שמעוררות את ה OCD שלהם. יש לנו גם מטופלים שמטיילים בשטחים השונים של קמפוס הבית חולים כדי לעשות את ה E&RP שלהם. אם מטופלים גרים בקירבת מקום, יש לנו חברי צוות שהולכים איתם לבית או למשרד שלהם כדי לעשות עבודת E&RP. למטופלים שלא גרים בקירבת מקום, אנחנו מבקשים להביא פריטים מהבית או פריטים מהמשרד איתם למרכז, או מבקשים מבני משפחה לשלוח להם דברים

ספציפים שהם בעייתיים בשבילם בכדי לעבוד במרכז. להרבה מטופלים ה E&RP ותהליכי "הרגלה" יכולים להכליל לסיטואציות שהם דומות. בכל אופן, הכללת טיפול לא קורית לכל המטופלים. יש מטופלים שה OCD שלהם מתעורר רק במקרים ספציפים או עם פריטים מסויימים שנמצאים רק בבית או במשרד. במקרים כאלה טיפול מבוסס-בית או מבוסס-משרד הוא בטוח הבחירה הטיפולית היותר טובה.

25. עלון חדשות : האם יש לכם תוכנית פחות אינטנסיבית במרכז ?

גינ'קי : יש לנו מספר מטופלים בטיפול יום במרכז. בכל אופן, זה ביסודה אותה תוכנית , אך מטופלים לא מעבירים את הלילה במרכז. זו לא תהיה תוכנית טובה למטופלים שריטואלים בבקרים מונעים מהם לצאת למקומות בזמן.

26. עלון חדשות : האם אתם והצוות במרכז עושים איזשהם פרויקטים מחקריים שמערבים את המטופלים בתוכנית ? מה הם ?

גינ'קי : מאוד נדיר שאנחנו עושים פרויקטים מחקריים במרכז ל OCD כי זו בעיקר תוכנית קלינית. בקליניקה ה OCD-ית של בית החולים הכללי של מסצ'וסטס, יש הרבה חוקרים והם לעיתים מגייסים מטופלים שמסכימים להשתתף מהמרכז ל OCD.

27. עלון חדשות : האם התוכנית המקומית מכוסה ע"י ביטוח פרטי, Medicare, Medicaid ?

דיאן דייבי : הרבה ביטוחים פרטיים מכסים טיפול במרכז ל OCD. טופס ההרשמה מבקש מידע על ביטוח וצוות התוכנית יעזור למטופלים לבדוק את הכיסוי בחברת הביטוח הספציפית. Medicare מכסה את עלות התוכנית ב-80%. בכל אופן, בגלל שה Medicare לא מכסה תשלומי חדר ומגורים, זה הופך לאחריות של המטופל. יש סולם נע לתשלומים האלה שמבוססים על הכנסות של המטופל. מסצ'וסטס Medicaid אכן מכסה את התוכנית, אך לא את תשלומי החדר והמגורים. Medicaid של מדינות אחרות בארה"ב לא מכסות את התוכנית כלל.

28. עלון חדשות : מה אפשרויות הטיפול האחרות שיש לכם לאינדבידואלים עם OCD ? תוכנית חלקית ? תוכנית תוך-משרדית שבועית ?

גינ'קי : חוץ מהתוכנית יום ומתוכנית דיור, יש לנו את הקליניקה של חולי-חוץ הגדולה בעולם בבית חולים הכללי של מסצ'וסטס. מתקיימות הערכות שוטפות וטיפולים כמו גם עשרות של פרויקטי מחקר מכוונים לקידום ההבנה שלנו ב OCD במונחים של סיבות, ביולוגיה וטיפול.

29. עלון חדשות : איך מטופל נכנס לטיפול במרכז ? האם הוא צריך להיות מופנה ע"י נותני

שירות ? האם הוא יכול לפנות עצמאית ? האם בן משפחה יכול לאשפז מישהו במרכז ?

דיאן דייבי וג'נ'קי : המטופל או הרופא המפנה יכול ליצור קשר עם מנהלת התוכנית, דיאן דייבי, ישירות ל Davey@ocd.mclean.org או 617:855-3279. היות והמרכז של ה OCD הוא לגמרי וולנטרי, הוא לא יכול לקבל אשפוזים של בני משפחה או אחרים. זה באמת לא הגיוני, היות והמטופל חייב להיות נלהב ובעל מוטיבציה כדי להפיק תועלת מהטיפולים כדי להרגיש טוב יותר.