

אלצהיימר ודמנציות אחרות

**הטיפול והתמודדות המטפלים
עם תשושי נפש בקהילה**

רחל ברנבאום עורכת

אלצהיימר

ודמנציות אחרות

**הטיפול והתמודדות המטפלים
עם תשושי נפש בקהילה**

רחל ברנבאום, עורכת



אשל, האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל
מיסודם של הג'וינט וממשלת ישראל

אלצהיימר ודמנציות אחרות
הטיפול והתמודדות המטפלים עם תשושי נפש בקהילה
עורכת: רחל ברנבאום

Alzheimer and other Dementias
Treating and Coping with Mentally Frail in the Community
Rakel Berenbaum, Editor

הוועדה להוצאה לאור, אשל:

פרופ' חוה גולנדר, יו"ר

שמואל באר

מרים בר-גיורא

חיה דימנט

פאני יוז

בן-ציון כרם

פרופ' ארנולד רוזין

ורה שלום

טוביה מנדלסון, מרכז הוועדה

עריכה לשונית: אלישבע מאי

עיצוב והדפסה: דפוס איילון

מזכירות ותיאום: סימונה דוד

הגהות והבאה לדפוס: חני הראל

מנהל ההוצאה לאור: טוביה מנדלסון

ספר זה מיועד לנשים ולגברים במידה שווה.

הודפס בירושלים, תש"ע, 2010.

© כל הזכויות שמורות לאשל,

האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל,
מיסודם של הג'וינט וממשלת ישראל ולעמותת מלב"ב.



9789657073575

מספר קטלוגי: 212837

תוכן העניינים

- 5 פתח דבר - פרופ' יצחק בריק.....
- 7 מבוא - מוטי זליקוביץ'.....
- 9 הקדמה - לאה אברמוביץ.....
- 11 רשימת משתתפי הספר.....

חלק ראשון

- 13 סוגי המחלות הדמנטיות והטיפול בהן - ארנולד רוזין.....
- 24 הערכה קוגניטיבית - צבי דוולצקי.....
- 38 סיוע לבני משפחה המטפלים בחולי דמנציה בתוך הקהילה - ג'קי דיאמונד.....
- 51 טיפול בהפרעות התנהגות בקרב זקנים עם דמנציה - יסכה כהן-מנספילד.....
- 62 תקשורת יעילה עם חולי דמנציה - דפנה גולן-שמש.....

חלק שני

- 73 - הפעלת חולי דמנציה - למה ואיך? - רחל ברנבאום.....
- 77 - טיפול קבוצתי באמצעות אמנות - איה זלוטוגורה.....
- 81 - טיפול באמצעות ריקוד - שושנה הירש.....
- 86 - קבוצות התעמלות לחולי דמנציה - דינה ברונר.....
- 90 - טיפול במוזיקה - תרתי דסתרי? - מרשה כהנא-פרנקל.....
- 92 - מה מתבשל במרכז היום? הפעלת חולי דמנציה באמצעות בישול - רחל ברנבאום.....
- 97 - טיפול רוחני לחולי דמנציה - יונתן רודניק.....
- 100 - הפעלה במחשב - האם זה אפשרי? - יהודית לנגה ושושנה ברן (ז"ל).....
- 108 - העולם המופלא של הסנוזלן - רנה יודקאווסקי.....
- 118 - טיפול בגינון - אחינועם בן-עקיבא מליניאק ודבי להב.....
- 129 - תרומתן של חיות מחמד לזקנים - דפנה גולן-שמש.....
- 150 - "בנערנו ובזקנינו" - פעילות בין-דורית לקשישים עם דמנציה - רחל ברנבאום.....

חלק שלישי

קבוצות תמיכה לחולי אלצהיימר בשלבים המוקדמים של המחלה -

155..... עפרה שגב, דפנה גולן-שמש ומלכה ויסבלום

162..... עבודה עם חולי דמנציה מתקדמת - לאה אברמוביץ

השלבים המתקדמים של מחלת האלצהיימר:

168..... גישה פליאטיבית ורב-מקצועית לטיפול - שלי א. שטרנברג

176..... הפרעות בתקשורת ובבליעה בקרב חולי דמנציה - מרים מנדל-לוי ושרון רון

191..... "זה לא קורה אצלנו": התעללות בתשושי נפש, חולי דמנציה - עדינה קצוף

195..... תמיכה בצוות המטפלים בתשושי נפש - עדינה קצוף

נספחים

199..... יותר מ-100 פעילויות שאפשר לעשות עם אדם חולה דמנציה

202..... שירותים בקהילה לעזרת חולי אלצהיימר ומשפחותיהם

204..... לקריאה נוספת

פתח דבר

העלייה המהירה בתוחלת החיים, המאפיינת את השנים האחרונות, מגדילה גם את הסיכון לחלות במחלה דמנטית. היום ידוע, שכמעט כל אדם חמישי מעל גיל 65 עלול לחלות במחלה דמנטית ובגיל 90 הסיכון מגיע לאחד משני זקנים. אלצהיימר ומחלות דומות הפכו, אפוא, להיות בעיה משמעותית ביותר, המחייבת התייחסות רחבה מבחינת מערכת השירותים.

הטיפול בחולים הסובלים מירידה קוגניטיבית, מגילויים של דמנציה וממחלת אלצהיימר קשה כמו הטיפול בזקנים סיעודיים ומוגבלים פיזית, ולעתים אף יותר. ההתמודדות עם מחלת אלצהיימר מציבה בפני החולים עצמם ובפני בני משפחותיהם ואנשי המקצוע המטפלים בהם אתגרים עצומים.

מיום הקמתה אשל פועלת לפיתוח שירותים חדשים לזקנים ובמקביל לאיתור דרכים חדשות ומקוריות לשיפור איכות הטיפול בזקנים. אחת הדרכים לכך היא פיתוח, הרחבה, העמקה והפצה של הידע והניסיון המצטברים בסוגיות שונות הקשורות בזיקנה.

במהלך ארבעים שנות קיומה אשל הוציאה לאור ספרים ופרסומים שונים המתמקדים במחלת אלצהיימר ובדמנציה בכלל. בשנת 1995 הפיקה אשל, בשיתוף עם עמותת מלב"ב, את החוברת "עבודה עם חולי אלצהיימר". מאז, עלה לדאבוננו מספר הזקנים החולים במחלה, אך במקביל, אף שהנסתר עדיין רב מהגלוי בנושא זה, נצבר ידע חדש, גובשו דרכי טיפול חדשות ופותחו, בישראל ובעולם, מסגרות טיפוליות מקוריות ונועזות. הספר "אלצהיימר ודמנציות אחרות - הטיפול והתמודדות המטפלים עם תשושי נפש בקהילה" הוא מהדורה מורחבת ומעודכנת, מועשרת בידע ומגובה בניסיונם האקדמי והמעשי של מחבריה. הספר מציג לאנשי המקצוע, למטפלים ולבני משפחה מידע וכלים חדשים להתמודד עם המחלה, לסייע לחולים בה ולהקל על סבלם.

הספר מבטא היטב את שליחותה של אשל ואת מטרותיה, שהן לפעול בדרכים שונות לקידום מצבם של הזקנים בישראל, לפתח תכניות ושירותים שיענו לצרכים המשתנים ולהבטיח את איכות החיים של זקנים עצמאים, מוגבלים פיזית ומוותשים נפשית. הוצאת הספר, יחד עם עמותת מלב"ב, מדגימה את עקרונות פעילותם של אשל ושל ג'וינט ישראל, המושתתים על שותפויות עם הממשלה, ועם מוסדות וארגונים, שמטרתם כמו בעניין זה, לדאוג לרווחת הזקנים במדינת ישראל.

פרופ' יצחק בריק
מנכ"ל אשל

מבוא

מהדורה ראשונה, הרבה יותר מצומצמת בהיקפה, של ספר זה יצאה לאור לפני כעשרים שנה, כאשר המודעות למחלת האלצהיימר הייתה מועטה. מאז השתנו פני הדברים ועם הגידול בתוחלת החיים גדל מספרם של החולים. למרות המודעות הגבוהה יותר למחלה היא עדיין מעוררת פחד בקרב רבים, ותחושת חוסר האונים ניכרת בקרב החולים ובני משפחותיהם בעת גילוי המחלה.

מטרת הספר היא לעזור בהסרת מסך הערפל ולהביא לידיעת הציבור כי גורמים מקצועיים, שהוכשרו לכך, מסוגלים לעשות רבות כדי לשפר את איכות חיי החולים ובני משפחותיהם על-ידי תרפיות ייחודיות לטיפול באלצהיימר ובדמנציה לסוגיה, ובכך לאפשר להם לנצל את מירב יכולותיהם.

בספר מופיעים מאמרים שהופיעו במהדורה הראשונה בנושאים כגון תרפיה באומנות, תרפיה בריקוד, תרפיה בהתעמלות, תרפיה במוזיקה ותרפיה באפייה ובבישול. במהדורה הנוכחית מתוארות שיטות תרפוטיות חדשות לטיפול בחולים. ביניהן תרפיה רוחנית, הפעלה באמצעות מחשב, תרפיה באמצעות הסנוזלן (טיפול בחדר רב-חושי), תרפיה בגינון, תרפיה בחיות ופעילות בין-דורית.

הספר יסייע לאנשי המקצוע ולמשפחות החולים בהבנת המחלה, והוא יציע דרכים להתמודדות עמה ועם התופעות המלוות אותה. בפרקים השונים נמצא מידע רפואי נרחב על המחלה, על הדרכים לאבחן אותה ועל הגישה הפליאטיבית שהינה גישה רב-תחומית-תמיכתית המלווה את החולים ואת בני משפחותיהם בכל שלבי מחלה.

במהדורה זו מוצגת גם בעיה חברתית קשה וכאובה, שעלתה לכתורות לאחרונה - ההתעללות בתשושי נפש. על כולנו להתייחס לבעיה זו ולטפל בה.

עמותת מלב"ב (מלכ"ר) מציינת בימים אלו 30 שנות פעילות. היא נוסדה על ידי פרופ' ארנוולד רוזין וגב' לאה אברמוביץ במטרה לתת מענה הוליסטי לחולים ולבני משפחותיהם. מדובר בעמותה המקצועית הראשונה בישראל לטיפול באלצהיימר ובדמנציה לסוגיה, המיישמת הלכה למעשה את התרפיות המוצגות בספר. מלב"ב, שזכתה בפרסים רבים על פועלה, שהקנה לה שם דבר בקהילה הגריאטרית בארץ ובעולם, מציעה רשת תמיכה נרחבת וסיוע לחולי דמנציה לסוגיה ולחולי אלצהיימר באמצעות מערך של שירותים ובאמצעות דרכי טיפול ייחודיות מתקדמות: רשת מרכזי יום ומועדוני זיכרון, תכנית לטיפול בית, קבוצות תמיכה למשפחות החולים ועוד.

כמנכ"ל עמותה ייחודית זו אני גאה להיות שותף לאשל, האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן מייסודם של הג'וינט וממשלת ישראל, בהוצאה לאור של ספר חשוב זה. יש דרכים להתמודד עם המחלה ולשפר את איכות חיי החולים ובני משפחותיהם. ספר זה מציג מסר זה בגישה תרפוטית חיובית, שלה שותפים גורמים מקצועיים ומשפחות רבות בישראל. אנו מקווים כי באמצעות הספר יבושרו המשפחות לתקווה, וייעזרו בו לשם התמודדות יום-יומית עם אלצהיימר ועם דמנציה לסוגיה.

מוטי זליקוביץ'
מנכ"ל מלב"ב

הקדמה

שיתוף פעולה ארוך שנים בין שני ארגונים העוסקים בזקנים - אשל ומלב"ב, הביא להוצאתו לאור של ספר זה, שהוא למעשה מהדורה מעודכנת ומורחבת של ספר בנושא, שהופק בשנות ה-80 (של המאה הקודמת) ואזל מהדוכנים.

אשל, אגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל, פועלת לקידום מעמדו של הזקנים, מתוך דאגה לרווחתם ויצירת תנאים לאיכות חיים ולזיקנה מוצלחת. אשל, עמותה ללא כוונת רווח, הוקמה ונתמכת על ידי הג'וינט וממשלת ישראל, כשחזונה להבטיח כבוד, בריאות טובה, פעילות, יצירתיות ועצמאות לכל זקן וזקנה בישראל. אשל פועלת במגוון רחב של תחומי פעולה, ברמה המקומית והארצית, ומפתחת שירותים מוסדיים וקהילתיים איכותיים וחדשניים בתחומים שונים: דיור, קידום בריאות, תקשורת, טכנולוגיה, הכשרה ועוד. השירותים מיועדים למגוון רחב של קבוצות יעד: מוגבלים פיזית וקוגניטיבית, עצמאים, עולים מחבר העמים ומאתיופיה, בני מיעוטים, עובדים במערכת השירותים השונים, מתנדבים וממלאי תפקידים בעמותות למען הזקן. אשל גם מעניקה סיוע מקצועי וייעוץ בפיתוח שירותים לזקנים לקהילות יהודיות ברחבי העולם.

מלב"ב, עמותה ללא מטרות רווח, נחשבת בין חלוצי המטפלים באוכלוסיית החולים הדמנטיים בארץ. במשך כ-30 שנה פיתחה מלב"ב גישה ייחודית להתייחסות לקשישים דמנטיים ולבני משפחותיהם. גישה זו, המדגישה את הכוחות והיכולות שנותרו בידי הנפגעים מדמנציה, שיפרה את ההתייחסות של המשפחות ושל המטפלים לאנשים הסובלים מירידה מנטלית, והאירה את הדרכים כיצד לבנות הערכה עצמית בקרב החולים על אף הפגיעה שחלה במצב בריאותם. היום מלב"ב מפעילה תשעה מרכזי יום לאנשים עם דמנציה, ברמות שונות של פגיעה ובשפות שונות (שתי מסגרות לדוברי רוסית ואחת לדוברי אנגלית). מלב"ב עוסקת גם בייעוץ ובטיפול פרטני וקבוצתי לחולים ולבני משפחותיהם באמצעות קבוצות תמיכה; מטפלת באנשים הנמצאים בבתייהם ואינם מסוגלים או מעוניינים לבקר במרכזי היום; מפעילה שירותים נלווים, כגון מרפאת מומחים לאבחון בעיות זיכרון, מיטות נופש, מרכז מידע; מפיצה את תכנת המחשב "סביון" המיועדת להפעלה קוגניטיבית של חולי אלצהיימר ומחלות דמנטיות וכן מפעילה מכון ללימודי הזיקנה.

זה שנים רבות מתקיים שיתוף פעולה בין אשל ומלב"ב, שאחת מתוצאותיו היא, כאמור, פרסומו של ספר זה.

עשרים שנה חלפו מאז הוצאת המהדורה הראשונה של הספר **עבודה עם חולי אלצהיימר** (שאף תורגם לאנגלית). בינתיים חלו התפתחויות חדשות בכל הקשור בטיפול בחולי דמנציה, פותחו גישות חדשות ונוספו פעילויות שלא היו מוכרות בעבר. מכאן עלה הצורך בהוצאת מהדורה חדשה, מורחבת, שעשויה לשפר את איכות חייהם של החולים ולהקל על המטפלים בהם, אנשי מקצוע ובני משפחותיהם.

הספר יעשיר את הקוראים בשלושה תחומים עיקריים:

1. **ידע:** ידע הוא אוצר, כוח ומשאב חיוני לא פחות משעות של מט"ב בית המגיעה לבית החולה דרך הביטוח הלאומי. באמצעות ידע האדם יכול לתכנן, להבין, להסביר ולהרחיב את מעגל סבלנותו ואת יכולתו להתמודד עם המחלה וקשייה מדי יום ביומו.
2. **הבנה:** הבנת המחלה והשלכותיה על האדם החולה מקלה על הטיפול בו. בהקשר זה חשובה התובנה, שלחולה אלצהיימר יש דרך מחשבה ייחודית, שאין טעם לפנות אל ההיגיון שלו, שאין ביכולתו לשנות את דרך התנהלותו ושתופעות של אי-שקט והפרעות התנהגותיות אינן נובעות מתוך רצון להקשות על המטפלים בו.
3. **שיפור איכות החיים:** המסר השלישי העובר מקריאה בספר זה הוא שאפשר לשפר את איכות החיים של אדם הסובל מדמנציה ושל בני משפחתו. בפרקים שונים בספר מתוארות שיטות טיפול חדשניות, המאפשרות לחולים להיות יצירתיים ותורמים על אף ההידרדרות במצבם, וכך לעבור את השלב הזה בחייהם בכבוד.

במהלך הספר כולו אנו מדגישים, ככל האפשר, את ההיבטים החיוביים הקשורים במחלה, וזאת כדי לאפשר לסביבה להיות מקבלת ומעודדת. חולי דמנציה קולטים את יחס הסביבה אליהם ויודעים להעריך כאשר היחס אליהם הוא חיובי. על המטפלים השונים להתייחס בכבוד אל החולים, להבין שפעם היו מתנהגים אחרת, היו להם תכונות אישיות אחרות, השקפות עולם ועדיפויות ומגיע להם הכבוד הראוי. זהו המסר המרכזי של הספר: ההתחשבות, החמלה, הכבוד, היחס האנושי, ההערכה והחמימות שאותם אנשים, שגורלם פגע בהם, זכאים להם.

כבר לפני אלפי שנים לימדו אותנו חז"ל, ששברי לוחות הברית הראשונים הוכנסו לארון הקודש יחד עם הלוחות החדשים שניתנו לעם ישראל. זאת אומרת, שגם השברים זכו למקום קדוש, בדיוק כפי שזכו לו הלוחות השלמים. כך גם אנו מחויבים להתייחס לאדם עם פגיעה בקוגניציה, עם שברי מחשבה, כפי שאנו מתייחסים לאנשים בריאים, כי אלה הם אבותינו, בוני הארץ ומייסדי האומה ואנו חייבים להם כבוד והוקרה.

לאה אברמוביץ

רשימת המשתתפים בספר

(לפי סדר הופעת המאמרים)

ארנולד רוזין, פרופ', מייסד מלב"ב והמכון הגריאטרי של בית החולים "שערי צדק" בירושלים. מנהל מרפאת מומחים לאבחון בעיות קוגניציה וזיכרון של מלב"ב. זוכה פרס "יקיר ירושלים".

צבי דוולצקי, ד"ר, מנהל המחלקה הגריאטרית ומרפאת הזיכרון, המרכז לבריאות הנפש, באר שבע.

ג'קי דיאמונד, BsocSc, מרכזת מרכז יום של מלב"ב, עובדת סוציאלית ומנחה קבוצת תמיכה למשפחות.

יסכה כהן-מנספילד, פרופ', ראש מכון הרצוג לחקר ההזדקנות והזיקנה וראש החוג לקידום בריאות בפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל אביב.

דפנה גולן-שמש, מ.א., עובדת סוציאלית מתמחה בגריאטריה ותרפיסטית בתנועה ובאמנויות, מנהלת שני בתי אבות, רכזת פורומים הקשורים בקשישים וחיות מחמד.

רחל ברנבאום, מ.א. בגרונטולוגיה, מרכזת מרכז מידע במלב"ב ועובדת בתחום למעלה מ-25 שנה.

איה זלוטוגורה, מרפאה באמנות.

שושנה הירש, מרפאה בריקוד.

דינה ברונר, פיזיותרפיסטית, BPT.

יונתן רודניק, עבד כתומך רוחני, בית החולים "שערי צדק" בירושלים.

מרשה כהנא פרנקל, MSW, RMT, עובדת סוציאלית, עבדה כמרפאה במוזיקה במלב"ב.

יהודית לנגה, O.T., מרפאה בעיסוק בתכנית טיפולי בית של מלב"ב, פיתחה תוכנת מחשב "סביון" להפעלה קוגניטיבית של חולי דמנציה.

שושנה ברן ז"ל, עבדה כמטפלת במחשב במרכזי יום מלב"ב.

רנה יודקאווסקי, MSW, עובדת סוציאלית גריאטרית, ניהלה חדר סנוזלן של מלב"ב בשכונת פסגת זאב בירושלים, מעבירה קורסים בנושא שיפור הזיכרון.

אחינועם בן-עקיבא מליניאק, מטפלת בגינון, מפתחת תכניות גינון טיפולי לאוכלוסיות בעלות צרכים מיוחדים, עובדת עם זקנים בתחום זה 13 שנים.

דבי להב, O.T., מ.א., מרפאה בעיסוק ומטפלת באמנויות, עובדת זה 28 שנים עם זקנים תשושי נפש.

עפרה שגב, פסיכולוגית, מנחה קבוצות תמיכה לחולי אלצהיימר בראשון לציון, עבור עמותת עמד"א.

מלכה ויסבלום, עמותת עמד"א.

לאה אברמוביץ, עובדת סוציאלית, יסדה את מלב"ב וריכזה את הארגון במשך יותר מ-25 שנה. מנהלת המכון ללימודי הזיקנה של מלב"ב, זוכת פרס "יקירת ירושלים" בעבור עבודתה למען קשישי ירושלים.

שלי א. שטרנברג, ד"ר, רופאה גריאטרית, מרפאת זיכרון, מלב"ב וקופת חולים מכבי.
מרים מנדל-לוי, M.Sc.(A), SLP(C), קלינאית תקשורת, מנהלת מיטב - מרכז ירושלים
להפרעות בתקשורת ובליעה.
שרון רון, M.Ed. SLP-CCC, קלינאית תקשורת, מנהלת מיטב - מרכז ירושלים
להפרעות בתקשורת ובליעה.
עדינה קצוף, עובדת סוציאלית פסיכיאטרית, עבדה כיועצת לצוות מלב"ב.

סוגי המחלות הדמנטיות והטיפול בהן

ארנולד רוזין

מבוא

עד לא מכבר היו בקרב הציבור הרחב וגם בין הרופאים כאלה שטענו שדמנציה (DEMENTIA) היא מחלה ללא מרפא ושאין תרופות להקל על הסובלים ממנה. כזה היה הרושם ובעקבותיו - תגובה של יאוש: הרמת ידיים. אולם, הודות למחקרים אינטנסיביים בעשרות השנים האחרונות, התרחבו הידע וההבנה לגבי מחלות אלו ונסללו דרכים המובילות לאבחון מדויק יותר של המחלה ולטיפול מועיל.

מחלות הדמנציה (שטיון בעברית)¹ מתבטאות בליקויים באורח החיים היום-יומי בגלל שינויים פתולוגיים (חולניים) ברקמת המוח ובתפקודיו בתחום הקוגניציה, ההתנהגות והנפש. הבעיות העיקריות המאפיינות את המחלה הן ירידה בכושר הזיכרון ובהתמצאות, האטה וקושי בחשיבה ובתפיסה ולעתים גם שינוי באישיות וסטיות נפשיות בהתנהגות. כתוצאה מליקויים אלה, מתפתחות רתיעה מעניינים ואדישות כלפי נושאים שעניינו את החולה עד כה ובולטת הפחתה במעורבותו החברתית. בעיות אלו אינן משקפות את תהליך הזיקנה הבריאה, אלא נגרמות על ידי מחלה, שפרטיה מתוארים בהמשך. הדמנציה שכיחה יותר בגיל המבוגר ועולה על 2% בקרב בני 65 ויותר מ-20% בבני 80 ומעלה.

בפרק זה נעמוד על הגורמים להתפתחות השינויים במוח, שעליהם מבוססים יסודות הטיפול במחלות הדמנציה ונציין כיוונים למחקר עתידי, המבטיחים התקדמות בטיפול במחלות אלה.

לעתים קרובות, הדמנציה מתפתחת בקצב איטי ובשלבים המוקדמים של המחלה האדם הסובל ממנה עדיין מרגיש טוב מבחינה פיזית. ייתכן אף שהאדם עצמו אינו מודע להידרדרות הקוגניטיבית, ובני המשפחה הם ששמים לב לשינויים משמעותיים בתפקודו ובהתנהגותו. אולם, במשך השנים הבאות רמת התפקוד של המוח יורדת והולכת, בקצב

1 בספר זה נשתמש במונח הלועזי DEMENTIA שפירושו DE = קיפוח או ירידה, MENTIA = התפקוד השכלי של המוח, דהיינו הקוגניציה. DEMENTIA - דמנציה - פירושה חסר נרכש במוח האדם, שתפקוד מוחו היה תקין עד הופעת סימני ירידה בכושרו וכאשר ההידרדרות מתרחשת כתוצאה מתהליך חולני.

איטי או מהיר. ההישרדות הממוצעת היא עד שבע שנים, אך מהלך המחלה יכול להיות קצר יותר או עד למעלה מ-15 שנה.

המחלות השונות של דמנציה

1. דמנציה ניוונית. במחלות אלו תאי המוח מתדלדלים, מתנוונים ומתים לכאורה ללא סיבה ברורה ולא כתוצאה משנית למחלה גופנית. מחלות מוח מסוג זה נקראות "דמנציה מחמת ניוון ראשוני" (primary degenerative dementia). המחלה השכיחה ביותר בקבוצה זו היא דמנציה ע"ש אלצהיימר, חוקר שב-1907 תיאר את דפוס מחלת הדמנציה שגילה בצעירים. כיום, מקובלת הדעה שהשינויים במחלת דמנציה של המבוגר דומים לאלה שתוארו על ידי אלצהיימר ולכן סוג זה של דמנציה נקרא על שמו.

בדיקת המוח מראה הצטמקות בנפח המוח ובמשקלו וכן שינויים במבנה המוח, שניתן להבחין בהם מתחת למיקרוסקופ. אלה כוללים היעלמות של התאים הייחודיים בחומר האפור (הנוירונים) ועיוות צורתם מעבר למצופה בגיל. כמו כן, נראה דלדול של החומר הלבן המעביר דחפים מאזור לאזור. ברקמת המוח מופיעים רבידים וגופיפים מורכבים מחומר מזיק בשם בטה-אמיליויד וחלים שינויים בתאי הרקמה במוח (Glial cells). במחלת אלצהיימר הנזק מתחיל באזורים האחוריים באונות הטמפורליות, אך במרוצת הזמן נפגעות גם האונות הקדמיות והפריאטליות, החולשות על ההתנהגות ועל הקואורדינציה של החשיבה.

סוג אחר של דמנציה ניוונית היא המחלה Diffuse Lewy Body Disease, שתוארה לראשונה בשנות ה-1980 (Burn, 2004). במוח מופיעים גופיפים ע"ש לואי, שבדרך כלל מאפיינים את מחלת הפרקינסון, אך בדמנציה הם מתפשטים בעיקר בקליפת המוח הדמנטי והפיזור שלהם הרבה יותר נרחב מאשר במחלה רגילה של פרקינסוניה. ממצאים אלה נתגלו בתצפית (בנתיחה לאחר המוות) בחולים עם דמנציה, שהייתה שונה במהלכה מזו של מחלת אלצהיימר. הגופיפים המיוחדים (Lewy Bodies) שונים מאלה המצויים במחלת אלצהיימר, וכן שונים הסימנים הקליניים (Horimoto et al., 2003). אף על פי כן סוגי התרופות דומים בשתי המחלות (McKeith, Del Ser, Spano et al., 2000). כמו כן, שתי המחלות יכולות להתקיים בו-זמנית במוח של הזקן (Ballard, 2004).

ישנן מספר מחלות דמנציה שבהן עצמת הניוון וההרס נמצאת מלכתחילה באזורים שונים מאלה של אלצהיימר. הדגש יכול להיות באונות הקדמיות (frontal lobe dementia) או באונות הקדמיות-מצחיות (fronto temporal dementias). בעבר נחשבו סוגים אלה של דמנציה כנדירים, אך בשיטות חדשות של בירורים אבחנתיים מסתבר, שהן שכיחות יותר ממה שנחשב עד כה, מפני שניתן להגדירן בצורה מדויקת יותר.

2. דמנציה וסקולרית. סוג זה של דמנציה נגרם בעיקר על ידי מחלת כלי הדם במוח (מחלה וסקולרית), המתבטאת בשטף דם או בחסימת העורקים הגדולים והבינוניים הגורמים לאזורי נמק הנקראים אוטמים (infarcts) (Gorelick, 2004). בנוסף לכך, יש סוג של נזק בכלי דם קטנים (microvascular) - עורקיקים שעברו תהליך של

ליקויים בדופנם וכתוצאה מכך נוצרים ומתפשטים חורים קטנים (אוטמים לקוניים) במקומות רבים ברקמת המוח. המצב הלקוני קשור עם יתר לחץ דם ממושך. ההפרעה הקוגניטיבית המתחוללת מהמחלה הפוגעת בכלי הדם במוח - הן דימום והן חסימה - נקראת "דמנציה וסקולרית". הנמק הנוצר באוטמים במקומות השונים מפריע לתפקודים מרובים כמו בקליפת המוח (cortex), בגלל הקיפוח המצטבר בזרימת הדם. תופעה זו של דמנציה וסקולרית נקראת "דמנציה מחמת אוטמים מרובים" (multi-infarct dementia).

3. דמנציה מעורבת. בגיל מבוגר עולה שכיחות הדמנציה הניונית, כגון אלצהיימר, וגם מחלות כלי דם במוח מצויות בשיעור גבוה יותר מאשר בגיל צעיר. שני מצבים אלה עלולים להתקיים בו-זמנית במוח הזקן. דמנציה מסוג זה נקראת "דמנציה מעורבת" (mixed dementia). יש לציין, שכיום גוברת הדעה שניוון וסקולריים קיימים לעתים קרובות באופן משותף בשני סוגי הדמנציה (Langa, Foster & Larson, 2004; Stewart, 2002).

4. קיימות סיבות שכיחות פחות להתפתחות דמנציה, כגון זיהומים במוח, חבלות בראש, גידולים והרעלות, למשל מתעשיית המתכות.

הפרעה קלה במצב הקוגניטיבי

הפרעה קלה במצב הקוגניטיבי (Mild Cognitive Impairment) מעוררת את השאלה: האם מדובר על שינויים צפויים לפי הגיל או האם ההפרעה מצביעה על תחילת דמנציה? כיום, מצב זה אינו מוגדר כמחלה, אך עם זאת, השם של התופעה מתייחס למודעות של האדם להידרדרות קלה בקוגניציה, בלי שהמבחנים משקפים את מחלת הדמנציה עצמה. במצב כזה נדרש מעקב מדי כמה חודשים, כי באחוז מסוים של החולים עלולים להופיע סימני דמנציה במשך השנים הבאות - כ-12% כל שנה. בדיקות המעקב עשויות לגלות שלא חל שינוי משמעותי בקוגניציה. אולם, אם אכן חלה הידרדרות שאינה מוסברת בהתחוללות של מחלה אחרת, אזי חשוב להתחיל טיפול תרופתי כבר בשלבים המוקדמים של הדמנציה.

שיטות הערכה ליעילות התרופות

בשנים האחרונות פותחו שיטות מהימנות ותרופות המעריכות את החסרים הקוגניטיביים מחמת דמנציה ואת חומרת הליקויים. הכלים שפותחו לצורך הערכה זו הם:

1. שאלונים הבודקים תחומים שונים של זיכרון, חשיבה, תפיסה, הערכת מרחב ואחרים, המשקפים תפקוד תקין של הקוגניציה. להלן דוגמאות אחדות: מבחן המיני-מונטל (Folstein, Folstein & McHugh, 1975; Alzheimer's disease assessment scale - cognitive subscale (ADAS-cog), (Mohs, Rosen & Davis, 1983) ; Clinician's interview based impression of change

plus caregiver input (CIBIC-plus); Global deterioration scale (GDS) (Reisberg, Ferris, de Leon et al., 1982).

הודות לשיטת הציונים ניתן להשוות בין שלבים שונים בדמנציה, כפי שמתואר בפרק הבא. כמו כן, על פי שיטות הערכה אלו אפשר לעקוב אחרי השינויים הקליניים והתפקודיים במשך תקופה מסוימת ולהשוותם עם אלה המתקבלים אחרי טיפול תרופתי (Reisberg, Doody, Stoffler et al., 2003; Sclan & Reisberg, 1992).

2. השוואות: בהערכת ההשפעה הניסיונית של תרופות חדשות, קיים תמיד צורך להשוות את קבוצת החולים המקבלים את התרופה עם אלה המקבלים פלצבו (אינבו - כדור המכיל חומר נויטרלי ללא השפעה תרופתית, כגון סוכר). שתי הקבוצות צריכות להיות דומות בגיל, במין, ברקע החינוכי והתרבותי וברמת הבריאות הגופנית וכן שוות בשלבי עצמת הדמנציה. בניסוי הנקרא "עיוור מבוקר כפול" לא ידוע לחולה או לרופא מי האנשים מקבלים את התרופה ומי האנשים בקבוצה מקבלים את האינבו. בשיטה זו מסולקים גורמים בלתי רלוונטיים שונים המשפיעים על פעילות התרופה, כגון מחלות שונות ושינויים סביבתיים שעשויים להשפיע על ביצוע המבחנים הקוגניטיביים. מספר הנבדקים בקבוצת הניסוי חייב להיות מספיק כדי להעריך את התוצאות על פי סטטיסטיקה מתאימה. כמו כן, זמן הניסוי צריך להיות בסדר גודל של חודשים או שנים ולא במשך שבועות אחדים (Rossler, Anand, Cicin-Sain et al., 1999).

3. שיטות הדמיה מקדמות בהרבה את הערכת המצב הדמנטי. זאת, על פי גילוי בתמונת המוח של שינויים אנטומיים וכן בשיטות הדמיה המיועדות לגלות שינויים במחזור הדם המוחי. בין הכלים המסייעים להדמיה נמנים טומוגרפיה ממוחשבת של המוח (CT Scan), הדמיה מגנטית (MRI) וצילומי המוח באמצעות איזוטופים העשויים לגלות במחזור הדם את השפעת הגירוי על אזורים שונים ואת תפקודם. הודות לדיוקן של שיטות הדמיה אלה ניתן לבצע הערכות כמותיות של השינויים החלים במוח מדי פעם ולהשוות את ההתמודדות של החולה במבחני קוגניציה לממצאים האובייקטיביים של ההדמיה.

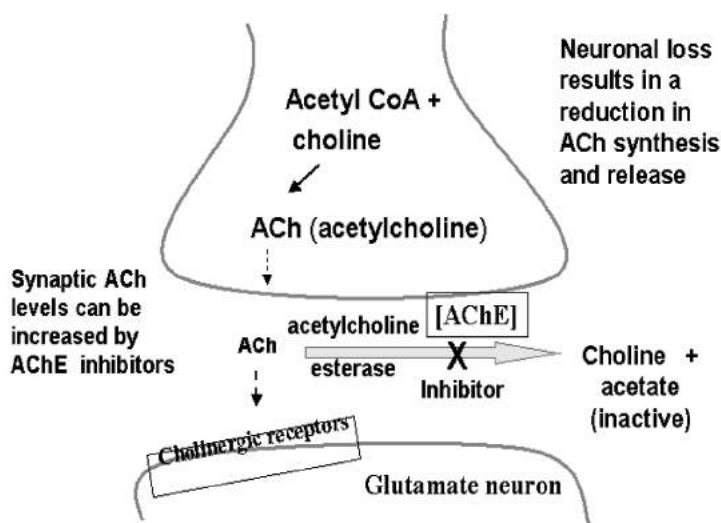
הרציונל לטיפול תרופתי בדמנציה

גילוי נזקים ייחודיים של תהליך הניוון במוח הדמנטי הביא את החוקרים לחפש פתרונות לליקויים אלה ולמניעתם. הפתרונות מתבססים על הגורמים המוכרים של תהליך הניוון:

1. המצאת תרופות: המצאת התרופות המצויות כיום מתייחסת לשינויים בפעילות חומרי מעבר בין עצב לעצב - טרנסמיטרים. בשנות ה-1980 פורסמו ממצאים מיקרוסקופיים במוח הדמנטי שהצביעו על חסר משמעותי באחד מחומרי הטרנסמיטרים - אצטילכולין - שאחראי על העברת הדחפים במערכת המתפקדת בהפעלת הזיכרון, ארגון החשיבה והתפיסה, תיאום פעולות מנטליות ותנועות, כולל מנגנון הדיבור. חוסר באצטילכולין פוגע קשות בתפקודים אלה במוח. האצטילכולין משתחרר מקצות העצבים, מפעיל את

הקולטן (receptor) על הנוירון הסמוך ומיד מפורק על ידי אנזים הנקרא אצטילכולין-אסטרזה (AChE). החוקרים הציעו דרך להגביר את פעילותו של האצטילכולין הנותר על ידי נטרול האנזים הזה ובכך לעכב את פירוקו של האצטילכולין (ראה התרשים של קצה נוירון וכיצד פועלת התרופה המעכבת את פעילותו של האצטיל-כולינאסטרזה [AChE]). הומצאו מספר תרופות שרוב פעילותן הייתה במוח ולא באיברים היקפיים, כגון השריר או הלב. כיום, שלוש התרופות מסוג זה הנמצאות בשימוש בישראל הן: Rivastigmine (Exelon), Aricept (Memorit) ו-Galantamine (Reminyl).

Cholinergic neuron in Alzheimer brain



התרשים הנ"ל מציג בתיאור גרפי קצה של עצב כולינארגי במוח, המראה סינתזה של האצטילכולין, שחרורו למרווח שבין העצבים ודוגמת קולטן שעליו הטרנזמיטר (החומר המעביר) אמור לפעול. התרשים מראה את מנגנון פירוקו המיידי של האצטילכולין באמצעות האנזים אצטילכולין-אסטרזה. במחלת אלצהיימר סינתזת האצטילכולין מוקטנת. עיכוב פעולת האנזים (מסומן ב-X בתרשים) עשוי להאריך את שהייתו של האצטילכולין במרווח שבין העצבים ועל ידי כך להגביר את פעילותו על הקולטנים שאליהם הוא מיועד.

על פי המידע שנאגר מממצאי ניסויים שנעשו בחיות מעבדה, בוצעו ניסויים קליניים, כדי לראות האם תרופות אלו תשפענה באופן חיובי גם על מוח האדם הניזוק במחלת אלצהיימר. על מנת להעריך את השפעת התרופות נבדקו היבטים רבים של הקוגניציה,

כולל זיכרון, התמצאות, חשיבה, תפיסה, הבנת המרחב - דהיינו הכישורים הידועים כנפגעים במחלת אלצהיימר (Johannsen, 2004). כמו כן, הוערך הצפי של מידת ההידרדרות הקוגניטיבית תוך פרק הזמן של הניסוי (6 או 12 חודשים) בכל אחד מהחולים - אלה שקיבלו את התרופה ואלה שקיבלו את הפלצבו (Sclan & Reisberg, 1992; Reisberg, Ferris, de Leon et al., 1982).

תצפיות על השפעת התרופה באלפי חולים נערכו בצורה מבוקרת המתוארת לעיל. בכל אלה שקיבלו את התרופות האלה בלט שיפור באחוז מסוים בהשוואה להידרדרות במצב קוגניטיבי של אלה שקיבלו את הפלצבו. עם זאת, נתגלה באחוז גדול (40%-60%) של חולים, שקצב הירידה הקוגניטיבית הואט באופן משמעותי. למעשה, חלה דחיית הירידה הצפויה במשך שנה עד שנתיים. האטה זו נמשכה כשלוש עד ארבע שנים (Rosler, Anand, Cicin-Sain et al., 1999; Farlow, Anand, Messina et al., 2000).

אחד הלקחים מתצפיות אלו הוא, שעצם מניעת ההתקדמות בהתפתחותם של סימני דמנציה מצביעה על השפעה חיובית של התרופה ולכן אין להפסיקה, אפילו אם לא נראה שיפור כשלעצמו (Lopez, Becker, Wisniewski et al., 2002; Adler, Brassen, Chwalek et al., 2004). כמו כן, בהערכת היעילות של Rivastigmine בוצע מעקב, במשך שישה חדשים נוספים, של מתן Rivastigmine בתום ניסוי עיוור כפול. נמצא שהשיפור במצב הקוגניטיבי אחרי 26 השבועות הנוספים בלט יותר באלה שההידרדרות הייתה מהירה יותר מאשר אצל אלה שהירידה הייתה איטית יותר, ולכן ה-Rivastigmine עשוי להועיל בחולים שהמצב הקוגניטיבי מידרדר במהירות (Farlow, Hake, Messina et al., 2001). קיימים גילויים המצביעים על האפשרות שה-Exelon פועל גם למיתון הנזק בתאי המוח, מלבד השפעתו על חומרי הטרנסמיטרים.

בשנים האחרונות נערכו ניסויים טיפוליים בתרופות אלו בדמנציה וסקולרית וחל שיפור בהאטת הירידה הקוגניטיבית (Passmore, Bayer, Steinhagen-Thiessen, 2005). גם נתגלה שיפור על ידי טיפול ב-Rivastigmine במחלת Lewy Body (McKeith, Del Ser, Spano et al., 2000).

התוצאות היו חיוביות באופן משמעותי בשני סוגי הדמנציה. פירוש הצלחה זו יכול להיות שיש מנגנון משותף לגרימת הנזק או שיש מעורבות של המערכת הכולינרגית על תפקודים אחרים של פעילות התאים במוח, מלבד עיכוב הטרנסמיטטר על ידי הכולין-אסטרזה (Cummings, 2000).

2. ממנטין (Memantine, Ebixa): תרופה חדשה זו הגיעה לשוק בישראל לאחר שנת 2000. פעילותה שונה מזו של התרופות הנ"ל והיא מיועדת להאט את הנזק המצטבר והמתמשך בתאי המוח, כתוצאה מעצם תהליכי הניוון. לדוגמה, אחת ההשלכות מתהליך הניוון היא ההפרעה בוויסות הסידן התוך-תאי. בעקבות הנזקים לניורונים, כמות הסידן הנכנס בהפעלה רגילה של התא מצטברת בו, הופכת להיות רעילה לחיותו וגורמת למותו של התא. הממנטין עשוי למתן את הקולטנים של גלוטמט (glutamate receptors).

להקטין את כניסת הסידן לתאים ולמנוע המשך הנזקים בהם (Lipton, 2004). הניסויים הקליניים בחולים שנבדקו בשיטות שתוארו לעיל הראו שקיימת האטה בירידת המצב הקוגניטיבי בהשוואה לחולים שקיבלו רק פלצבו (Reisberg, Doody, Stoffler et al., 2003).

3. שיפור יעילותן של התרופות: כיום, החוקרים משתדלים לייצר תרופות האמורות לשפר את החסרים הקוגניטיביים וגם לסייע למצבים נפשיים, שהם חלק ממחלות הדמנציה. בסקירות בקהילה נמצא, שעד 40% מהלוקים בדמנציה סובלים גם מדיכאון. מכאן ברור, שיש יתרון מובהק בתרופה הפועלת בו-זמנית על שני מצבים אלה (תרופה עם תכונות כאלו נמצאת כעת בפיתוח באחת מחברות התרופות והגיעה לשלב הניסויים הקליניים). כמו כן, יצירת תרופות חדשות לדמנציה מיועדת למתן את תגובות הלוואי הבלתי רצויות, כגון בחילות. יעד נוסף, חשוב ביותר, הוא לברר מדוע לפחות 30% של החולים הדמנטיים אינם מגיבים כלל למתן התרופות הנ"ל, הנמצאות בשימוש כיום. הכוונה לשפר את יעילותן, כדי להשפיע על 100% של מטופלים וגם להגביר את הרכיבים העשויים למתן את המשך תהליך הניוון ואפילו למנוע אותו.

טיפול תרופתי אחר המיועד לתקוף את מנגנוני הדמנציה

1. פעילות הבטא-אמיליויד: בטא-אמיליויד הוא חומר רעיל המיוצר בריבוי בגלל סטייה בפירוק האמיליויד הרגיל המצוי במוח. הוא נמצא בריבדים ע"ש אלצהיימר, ונוכחותו מפריעה לתפקוד תקין של העברת דחפים עם השפעה שלילית על חיות הנוירוניים. לפיכך, אחד מכיווני הטיפול הוא להקטין את תהליך הייצור של בטא-אמיליויד או לסלק את החומר שכבר נוצר. תוצאות בניסויים עם נוגדנים נגד הבטא-אמיליויד גילו הצלחה מסוימת בהקטנתו במוח, אך היו תוצאות לוואי בלתי נסבלות, כגון דלקת במוח. עם זאת, ניסוי של מתן נוגדנים אלה אישר שאכן כמות הבטא-אמיליויד ירדה בהקטנת מספר הגופיפים האמיליוידים, אך לא חל שינוי במצב הקוגניטיבי של הנבדקים (Holmes, Boche, Wilkinson et al., 2008). עם זאת, עדיו חוקרים בכיוון זה.

2. מצבי דלקת: אחת התגובות במוח לנזק ניווני היא השינוי בתאי רקמת ה-Glia המתרבים, כמו בתגובה למצב של דלקת. טיפול בתרופות אנטי-דלקתיות לא הצליח למתן או לשפר את הדמנציה, אך קיימת עדות ששיעור ההתרחשות וההתפתחות של דמנציה קטנות יותר אצל חולים שקיבלו תרופות אלו לאורך זמן בגלל מחלות דלקתיות גופניות. קיים מחקר רב בתחום זה של מעורבות תאים אלו בתהליך הדמנציה.

3. רדיקלים חופשיים: בעקבות פעילות פיזיולוגית ומטבולית הגורמת לתפוקת אנרגיה כגון בשריר או במוח, נוצרים חומרים כימיים המשתחררים מחמת פעילות זו, דהיינו "הפסולת", המכילה אטומי חמצן בלתי מושלמים שבהם חסר אלקטרון אחד. אלה נקראים "רדיקלים חופשיים" והם תוקפים תאים בריאים ברקמה וממיתים אותם. הגוף

מגיב להתפשטותם באמצעות אנזימים ייחודיים ההופכים את האטומים הבלתי מושלמים למים (H_2O). במוח קיימות מערכות עתירות חומצות שומן ופירוקן מפיק רדיקלים חופשיים בכמויות יחסית גדולות. בתהליך ניוון ברקמות וגם בגוף המזדקן קיימת הפחתה בכושרם וביעילותם של המנגנונים היסודיים האלה לסילוק הרדיקלים החופשיים. לפיכך, אחד הכיוונים של המחקר הוא ליצור חומרים נוגדי חמצון (anti-oxidants) היכולים להיכנס למוח ולספוג את עודף הרדיקלים האלה. מספר ניסויים במעבדה עם נוגדי חמצון בתרבות רקמה הצליחו למנוע את מותם של התאים שנחשפו לחומרים רעילים, הגורמים לשחרור הרדיקלים החופשיים. לעומת זאת, כיום אין עדות משכנעת לסילוק רדיקלים חופשיים בבני אדם על ידי נוגדי חמצון. נראה שיש עוד דרך ארוכה עד שניתן יהיה להפעיל מנגנון הגנה במוח האדם שיוריד את פעילות הרדיקלים החופשיים.

האתגרים העומדים כיום בפני החוקרים

קיימות גישות טיפול נוספות, בעקבות פעילויות חדישות ושגרתיות של תאי המוח. אחת מהן היא עידוד רכיבי הגידול של תאי עצבים (nerve growth factors). גישה אחרת מתבססת על הממצא של neurogenesis בחיות-ניסוי, שבתנאים מסוימים של נזק לניורונים, קיימים אמצעים המאפשרים יצירת תאי מוח חדשים. תגלית זו היא בניגוד לתיאוריה שתאי מוח הם חד-פעמיים ואין תחליף לתאים המתים מחמת נזקים. אולם, עדיין קיים פער בין הניסוי בחיות לבין המציאות באדם, אך לפחות נפתחה דלת חדשה לתקווה להאטת תהליכי ניוון במוח.

כיצד אפשר לדעת אם תהיה תגובה חיובית לתרופה? האם יש ממצא אובייקטיבי המגלה זאת? מספר מחקרים גילו, ששיפור בעקבות טיפול במבחנים קוגניטיביים היה קשור בהגדלת זרימת הדם באזורים הקדמיים של קליפת המוח. כמו כן, אצל אלה שלא חל בהם שיפור במשך החודשים הבאים הייתה ירידה בזרימת הדם באזורים אלה (Farlow, Hake, Messina et al., 2001; Vennerica et al., 2002; Nobili et al., 2002).

שיטה אחרת לבדיקת התגובה החיובית לטיפול ב-Exelon היא באמצעות המבחנים הניורו-פסיכולוגיים יחד עם בדיקת האלקטרו-אנצפלוגרם (Adler, Brassen, Chwalek et al., 2004).

טיפולים למצבים נלווים בדמנציה

ידוע, שבגיל מבוגר עלולות להיות מספר מחלות שונות ללא קשר ביניהן, מצב אשר נקרא co-morbidity. בחולה עם דמנציה, הרעה במחלות גופניות אחרות עלולה לגרום לנסיגה גם במצב הקוגניטיבי. לכן, הטיפול בכל מחלה עשוי להשפיע לטובה על המצב הקוגניטיבי (Fu, Chute, Farag et al., 2004). תופעה שכזו אחרת היא המצבים הפסיכוטטיים, כגון הזיות או פרנויה (חשדנות יתר), עבורם נדרש טיפול ייחודי. כיום, יש דור חדש של תרופות אנטי-פסיכוטיות, שניתן לשלב עם התרופות נגד דמנציה. תרופות

אלו יוצרות הקלה בסכיזופרניה והן גם מאוד יעילות במינונים מזעריים בטיפול בבעיות פסיכוטיות המתרחשות במחלת אלצהיימר או בדמנציות אחרות.

לסיכום, במאמר זה נסקרו ממצאים פתולוגיים אחדים, שנתגלו במחקר על מצבי דמנציה, המהווים בסיס לטיפול תרופתי. הוזכרו הכיוונים למחקר עתידי, המבטיחים התקדמות בטיפול במחלות אלו. התייחסות למישור החברתי חשובה ביותר בטיפול ממושך באדם הדמנטי. התפתחות של מרכזי יום בכל הארץ במשך 25 השנים האחרונות, כגון אלה של מלב"ב בירושלים, מהווה צעד חשוב קדימה בליווי ובניהול הטיפול בחולים עם דמנציה. מרכזים אלה מיועדים להעלות את איכות החיים של החולים ולתמוך במשפחתם.

מקורות

- Adler, G., Brassen, S., Chwalek, K. et al. (2004). Prediction of treatment response to rivastigmine in Alzheimer's dementia. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 75: 292-294.
- Ballard C.G. (2004) Definition and diagnosis of dementia with Lewy bodies. *Dementia and geriatric cognitive disorders* 17 (Suppl 1): 15-24
- Burn D.J. (2004) Cortical Lewy Body disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. 75: 175-8
- Cummings, J.L. (2000). Cholinesterase inhibitors: Expanding applications. *Lancet*, 356: 2024-5.
- Farlow, M., Anand, R., Messina, J. et al. (2000). A 52 week study of the efficacy of rivastigmine in patients with mild to moderately severe Alzheimer's disease. *European Neurology*, 44: 236-241.
- Farlow, M., Hake, A. & Messina, J. (2001). Response of patients with Alzheimer's disease to Rivastigmine treatment is predicted by the rate of disease progression. *Archives of Neurology*, 58: 417-422.
- Folstein M.F., Folstein S.E. & McHugh P.R. (1975). Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12:189-198.
- Fu, C., Chute, D.G., Farag, E.S., Garakian, J., Cummings, J.L. et al. (2004). Comorbidity in dementia: an autopsy study. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, 128:32-38.
- Gorelick, P.B. (2004). Risk factors for vascular dementia and Alzheimer's disease. *Stroke*, 35 (Suppl 1): 2620-2.

- Holmes, C., Boche, D., Wilkinson, D., Yadigarfar, G., Hopkins, C., Bayer, A.C., Jones, R.W. et al. (2008). Long-term effects of Abeta 42 immunisation in Alzheimer's disease: Follow-up of a randomized, placebo-controlled phase 1 trial. *Lancet*, 372:316-23.
- Johannsen, P. (2004). Long-term cholinesterase inhibitor treatment of Alzheimer's disease. *CNS Drugs*, 18: 757-68.
- Langa, K.D., Foster, N.L. & Larson, E.B. (2004). Mixed dementia: Emerging concepts and therapeutic implications. *JAMA*, 292: 2901-2908.
- Lipton, S.A. (2004). Paradigm shift in NMDA receptor antagonist drug development: Molecular mechanism of uncompetitive inhibition by Memantine [Ebixa] in the treatment of Alzheimer's disease and other neurological disorders. *Journal of Alzheimer's Disease*, 6 6 (Suppl) 61-74.
- Lopez, O.L., Becker, J.T., Wisniewski, S. et al. (2002). Cholinesterase inhibitor treatment alters the natural history of Alzheimer's disease. *Journal of Neurology Neurosurgery Psychiatry*, 72: 310-314.
- McKeith, I., Del Ser, T., Spano, P. et al. (2000). Efficacy of Rivastigmine in dementia with Lewy Bodies: A randomized, double-blind, placebo-controlled international study. *Lancet*, 356: 2031-6.
- Mohs, R.C., Rosen, W.G. & Davis, K.L. (1983). The Alzheimer Disease Assessment Scale. *Psychopharmacological Bulletin*, 19:448-50.
- Nobili, F. et al. (2002). Brain perfusion follow-up in Alzheimer patients during treatment with Acetylcholinesterase inhibitors. *Journal of Nuclear Medicine*, 43: 983-90.
- Passmore, A.P., Bayer, A.J. & Steinhagen-Thiessen, E. (2005). Cognitive, global, and functional benefits of Donepezil [Aricept, Memorit] in Alzheimer disease and Vascular Dementia: Results from large-scale clinical trials. *Journal of the Neurological Sciences*, 229-230: 141-6.
- Reisberg, B., Doody, R., Stoffler, A. et al. (2003). Memantine [Ebixa] in moderate-to severe Alzheimer's disease. *Journal of Medicine*, 348: 1333-41.
- Reisberg, B., Ferris, S.H., de Leon, M.J. et al. (1982). The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry*, 139: 1136-9.

- Rosler, M., Anand, R., Cicin-Sain, A. et al. (1999). Efficacy and safety of Rivastigmine in patients with Alzheimer's disease: International randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 318: 633-638.
- Sclan, S.G. & Reisberg, B. (1992). Functional assessment staging (FAST) in Alzheimer's disease: Reliability, validity and ordinality. *International Psychogeriatrics*, 4 (Suppl 1): 55-69.
- Stewart, R. (2002). Vascular dementia: A diagnosis running out of time. *British Journal of Psychiatry*, 180: 152-156.
- Vennerica, A. et al. (2002). Clusters of increment in regional cerebral blood flow observed in patients at 3 and 6 months that responded to Rivastigmine [Exelon]. *Neuroreport*, 13:83-7.

הערכה קוגניטיבית

צבי דוולצקי

מבוא

הזדקנות האוכלוסייה היא התופעה הדמוגרפית הניכרת ביותר במאה השנים האחרונות. הסיבות לתופעה זו נובעות מהעלייה בתוחלת החיים ומהירידה בשיעור הילודה והדבר בולט במיוחד במדינות המפותחות (The Centers for Disease Control and Prevention, 2003). תוחלת החיים בארצות הברית בשנת 2002 הייתה לנשים 79.9 שנים ולגברים 74.3 שנים, בהשוואה לתוחלת החיים בהודו שהייתה 63.2 שנים לנשים ו-64.6 לגברים. האחוז באוכלוסייה של גילאי 65 ומעלה בארצות הברית היה 12.4%, כאשר בהודו האחוז היה 4.9% בלבד. איטליה היא המחזיקה באחוז האוכלוסייה המבוגרת הגבוהה ביותר בעולם, המונה כ-18.1% מהאוכלוסייה הכללית. הגידול המשמעותי ביותר באוכלוסיית המבוגרים צפוי להתרחש במדינות המתפתחות, שם מספר המבוגרים מעל גיל 65 אמור לשלש עצמו עד שנת 2030.

חשוב לשים לב, כי בקרב האוכלוסייה המבוגרת שיעור הצמיחה המהיר הוא בתת-הקבוצה של מבוגרים מעל גיל 80, זוהי הקבוצה הצורכת את רוב השירותים הרפואיים. נוסף על דמנציות, מצבים כרוניים, כמו דלקת פרקים, עלולים לפגוע בכ-59% מהאוכלוסייה המבוגרת מעל גיל 65 בארצות הברית וזוהי הסיבה העיקרית למוגבלות (CDC, 2002). המוגבלות הנגרמת ממחלות אלו וכן ממחלות ניווניות אחרות גורמת לירידה בפעילות התפקודית היום-יומית וכתוצאה מכך גורמת לצורך רב יותר בטיפול ארוך טווח (Freedman, Martin & Schoeni, 2002).

שכיחות הדמנציה

השכיחות המדווחת של דמנציה בעולם המפותח היא בין חמישה לשמונה אחוזים בקרב האוכלוסייה מעל גיל 65 (Canadian Study of Health and Aging, 1994). כל חמש שנים נוספים חולים מעל גיל 65; שכיחות זו מכפילה את עצמה. מחקרים שונים הראו, כי בין 35 ל-47 אחוז מהמבוגרים מגיל 85 ומעלה יפתחו דמנציה. לעומת זאת, ישנן ראיות ראשוניות כי עלייה זו בשכיחות מתמתנת לאחר גיל 90. בארצות המתפתחות, השכיחות עשויה להיות נמוכה יותר, כאשר השיעור המדווח בהודו הוא 2.44% בקרב המבוגרים מעל גיל 65. אמנם, ייתכן ששיעור נמוך זה קשור בתוחלת החיים הקצרה יותר ובכמות הנמוכה של תת-הקבוצה של המבוגרים מגיל 80. משוער, כי ישנם כ-10 מיליון אנשים הלוקים בדמנציה ברחבי העולם וכי מספר זה גדל עם הזדקנות האוכלוסייה. מכל זאת אפשר לראות, כי בכל מקום שבו נבדקה המחלה, היא לבשה ממדי מגפה בקרב האוכלוסייה המבוגרת.

הגדרת הדמנציה

דמנציה היא תסמונת בעלת גורמים רבים, הפוגעת תחילה ביכולות הקוגניטיביות וכתוצאה מכך משפיעה על היכולת התפקודית של המטופל. ב-DSM-IV דמנציה מוגדרת כתסמונת המאופיינת בהתפתחות לקות קוגניטיבית משולבת, הכוללת ירידה בזיכרון ובנוסף לפחות אחת מההפרעות הבאות: אפרקסיה, אגנוזיה, אפזיה או לקות בתפקודים הניהוליים (אקסקזיטיביים) (American Psychiatric Association, 1994). על מנת שמטופל יוגדר כלוקה בדמנציה, חייבת להיות ירידה ברמת התפקוד שלו כתוצאה מהלקויות הקוגניטיביות.

כדי לאבחן את מחלת האלצהיימר, הסוג המצוי ביותר של דמנציה, יש לשלול גורמים אחרים. לפי הגדרת ה-NINCDS-ADRDA, המתייחס באופן ייחודי למחלת אלצהיימר (McKhann, Drachman, Folstein et al., 1984), המטופל מסווג כלוקה באלצהיימר באופן ודאי, מסתבר או אפשרי. מקרה ודאי של אלצהיימר מוגדר כאשר למטופל יש קריטריונים קליניים של המחלה ובנוסף התבצעה בו הוכחה היסטופתולוגית של המחלה על ידי ביופסיה של המוח או אוטופסיה (ניתוח אחרי המוות). מלבד למטרות מחקריות, נדירים המקרים אשר נכללים בקריטריון זה, מכיוון שהקלינאי לעתים רחוקות יצטרך אבחון פתולוגי.

מקרה מסתבר של אלצהיימר מוגדר כהידרדרות מתקדמת בשניים או יותר מהתפקודים הקוגניטיביים. בנוסף לכך, אין הפרעה בהכרה, המחלה התחילה לתקוף בין הגילאים 40 ל-90, ואין סיבות אפשריות אחרות להופעתה. סממנים נוספים התומכים באבחון של אלצהיימר הם התפתחות מתקדמת של אפרקסיה, אגנוזיה ואפזיה, לקות תפקודית והיסטוריה משפחתית חיובית. סימפטומים של הפרעות בהתנהגות עלולים להופיע בשלבים מאוחרים יותר של תסמונת זו.

מקרה אפשרי של אלצהיימר קיים כאשר התפרצות המחלה, הופעתה וההסתמנות הקלינית שלה, אינם בהכרח אופייניים למחלה, אך אין גורם אחר נראה לעין. למטופל אף עלולה להיות עוד מחלה מוחית, אשר אינה נחשבת כגורם לדמנציה. אלצהיימר אפשרי יוגדר במקרה שבו למטופל יש רק לקות מתקדמת בתפקוד קוגניטיבי אחד.

אבחנה מובדלת

טבלה 1 (בסוף המאמר) מציגה רשימה של הגורמים העיקריים לדמנציה. הגורם השכיח ביותר הוא אלצהיימר, עם שכיחות מדווחת של מעל 60% מתוך כל הדמנציות השונות (Lopez, Kuller, Fitzpatrick et al., 2003). הדמנציה הווסקולרית גם היא שכיחה (10%-15%). בנוסף לכך, ישנה התעניינות ייחודית בדמנציה עם גופיפי לואי (DLB); כמה מחקרים מדווחים על שכיחות של מעל 20% של גורם זה (Barker, Luis, 2002; Kashuba et al.).

דגש רב הושם בשנים האחרונות על מציאת גורמים הפיכים לדמנציה. ההיגיון לכך ברור, שכן אם יימצאו גורמים כאלה תיתכן אפשרות לטיפול (פעמים רבות על ידי התערבות קלה, כמו תוספת של ויטמין B12 או מתן הורמון חסר מבלוטת התריס). מצד שני, מחלות

הפיכות אפשריות אלו מתרחשות באופן פחות תכוף ממה שחשבו שהן מתרחשות והן אינן מגיבות טוב לטיפול. ב-1988 נעשה ניתוח-על (מטא אנליזה) על 32 מחקרים. הסתבר, כי רק 11% מתוך כמעט 3,000 מטופלים השתפרו, כאשר 8% השתפרו באופן חלקי בלבד ו-3% השתקמו באופן מלא. בין הגורמים השכיחים של הדמנציה בעלי שיפור חלקי או מלא נכללים: השפעה של תרופות, דיכאון, גורמים מטבוליים שונים (כמו חסר בוויטמין B12, רמת סידן גבוהה והפרעות בתפקודם של בלוטת התריס והכבד), הידרוצפלוס בעל לחץ רגיל, המטומה סאבדורלית וגידולים.

ניתוח-על מאוחר יותר, שנעשה על ידי אותו המחבר, מצא כי כאשר נמצאו 9% מהמקרים כמקרים של דמנציה הנגרמת מגורמים הפיכים אפשריים, רק 0.6% מתוכם באמת "התהפכו" (0.29% חלקית ו-0.13% מלא) (Clarfield, 2003). אף שדמנציה הנגרמת עקב הגורמים האלה היא הפיכה באופן נדיר, בכל זאת עלינו לטפל בכל גורם שנמצא, בהתאם למצבו של החולה.

נפוץ הוא הקישור בין לקות קוגניטיבית לבין סימפטומים של דיכאון. המונח הישן של "פסאודו-דמנציה" משמש כדי לתאר נוכחות של תסמונת של דמנציה יחד עם דיכאון. מטופלים אלה עלולים להראות בתחילה סימני שיפור ניכר, אף בקוגניציה, לאחר מתן טיפול תרופתי נגד דיכאון, אך לאחר תקופה של עד חמש שנים, רובם יחזרו וימשיכו לפתח דמנציה. בשל כך, לרבים מהמטופלים האלה יש דיכאון קליני יחד עם סימני אלצהיימר מוקדם ולכן נדרש מעקב לאורך זמן (Taylor, 1999).

הנוכחות של ירידה קוגניטיבית קלה [mild cognitive impairment (MCI)] ללא דמנציה היא בעלת חשיבות רבה. תלונות קוגניטיביות סובייקטיביות, במיוחד בקרב מבוגרים, שכיחות ביותר. כאשר תלונות אלו, כמו ירידה בזיכרון, מאוששות במבחנים קוגניטיביים אובייקטיביים, נעשית אבחנה של ירידה קוגניטיבית קלה, וזאת בתנאי ותפקודי היום-יום תקינים (Petersen, Smith, Waring et al., 1999). בערך 10% מחולים אלו יפתחו דמנציה תוך שנה, כאשר כמעט מחציתם יסבלו מדמנציה לאחר מעקב של חמש שנים. על כן, כל תלונה קוגניטיבית של מבוגר צריכה להיבדק ולקבל התערבות מתאימה אם יש צורך. למרות זאת, החשיבות של אבחנה וטיפול של ירידה קוגניטיבית קלה עוד זקוקה לביסוס (Petersen, Doody, Kurz et al., 2001). תכנית סיקור (Screening) על מנת לגלות דמנציה או הפרעה קוגניטיבית אינה מומלצת (Boustani, Peterson, Hanson et al., 2003).

תפקידו של הצוות במרפאה הראשונית

רופא המשפחה והצוות במרפאה הראשונית (מרפאת קופת חולים) צריכים להיות בשורה הראשונה בהערכה ובטיפול במטופלים המבוגרים, הסובלים מירידה קוגניטיבית ומדמנציה (Dwolatzky & Clarfield, 2004). רבים ממטופלים אלה חיים בקהילה ופוקדים מרפאות ראשוניות עם תלונות קוגניטיביות והפרעות התנהגותיות המקשות על המטפלים העיקריים (בדרך כלל בני משפחה).

רופא המשפחה, פעמים רבות, אינו מצויד כראוי בידע ובמיומנויות הנדרשות על מנת לערוך אבחנה ולתת טיפול ראוי. לעתים קרובות, דמנציה אינה מאובחנת או מתועדת בתיק הרפואי. למשל, במחקר שנערך במרפאה פרטית בארצות הברית, עד שני שלישים מהמטופלים הסובלים מדמנציה לא אובחנו כבעלי אבחנה זו. תסמינים קוגניטיביים עלולים להתפרש באופן שגוי כקשורים לשינויים הפיזיולוגיים "הרגילים" המיוחסים בדרך כלל להזדקנות.

הערכת הדמנציה

אנמנזה

חשוב להשקיע בפרטי האנמנזה ובתולדות המחלה. רשימת הסימפטומים הקוגניטיביים השכיחים מופיעה בטבלה 2 (בסוף המאמר). לעתים קרובות, המטופל אינו מסוגל לזכור דברים על אודות התסמינים והרקע הרפואי שלו. הפרעות ראייה ושמיעה עלולות להקשות על התקשורת עם החולה. אמנם, ידע נוסף יכול להילקט מהתיק הרפואי של המטופל, וכן ממשפחתו וממטפלו, אך עדיין, מקורות ידע זה ודייקנותם צריכים להתקבל במשנה זהירות, מכיוון שמעל ל-40% מהמידע עלול להתגלות כשגוי.

למרות חוסר האחידות של האפיונים והופעתם, לרבים מהגורמים לדמנציה יש סמנים אשר מסייעים להבדיל ביניהם. ישנה חשיבות לברר ולשאל באופן ייחודי על התפתחותם של הסימפטומים הקוגניטיביים והתקדמותם. למשל, באלצהיימר מוקדם, היכולת לשמר ידע חדש נפגעת בנוסף למגבלה הקשורה בזיכרון לטווח קצר. הפרעות בהתמצאות בזמן ובמקום עלולות להוביל לבעיות, כגון החמצת פגישות, או למקרים שבהם המטופל מתעורר בשעות המוקדמות של הבוקר על מנת להתארגן ליציאה לתיאטרון או לפגישה כלשהי. מצד שני, תנודות ברמת ההכרה שוללות לרוב אבחנה של אלצהיימר ומצביעות יותר על גורמים מטבוליים או הורמונליים, על השפעת אלכוהול או מחלת DLB (Zesiewicz, Baker, Dunne et al., 2001).

מידע לגבי זמן הופעת הסימפטומים עשוי, לעתים קרובות, לסייע להבדיל בין אלצהיימר בעל התפתחות הדרגתית לבין דמנציה וסקולרית, שבה הסימפטומים הקוגניטיביים מופיעים פעמים רבות באופן פתאומי. בלבול, ישנוניות או בעיית זיכרון, המופיעים לאחר נפילה או טראומה לראש, יעלו את ההשערה שמדובר בהמטומה סובדורלית. מהלך המחלה באלצהיימר הוא בדרך כלל ארוך ומתמשך. לעומת זאת, בדמנציה וסקולרית החמרה מדורגת אופיינית יותר (Rockwood, 2002). בזמן שמחלת אלצהיימר ו-DLB מתפתחות בקצב איטי יותר, מחלות כגון Creutzfeldt - Jakob disease או גידולים במוח מתפתחים לעתים קרובות באופן מהיר (Ballard, O'Brien, Morris et al., 2001).

סימפטומים הקשורים זה לזה עשויים לסייע בהבחנה בין הגורמים השונים לדמנציה. בעיות סמנטיות, כגון קושי במציאת מילים, יכולות להצביע על דמנציה פרונטו-טמפורלית או על סיבה וסקולרית. הפרעות בהליכה וחוסר ריסון, המופיעים יחסית בתחילת הירידה

הקוגניטיבית, עלולים להיווצר עקב הידרוצפלוס בלחץ רגיל. פרקינסוניזם מלווה בהזיות
ראייה ותנועות בקוגניציה ובהכרה הם סממנים ל-DLB (Zesiewicz, Baker, Dunne et al., 2001).

נתונים מתוך האנמנזה הרפואית עשויים לכוון את הקלינאי. לדוגמה, כריתת גידול
מהשד, אף לפני שנים רבות, עלולה להעלות אצל הרופא השערה שמדובר בגרורות
במוח. כריתת בלוטת התריס בעבר עלולה להעלות את ההשערה שמדובר בתת-פעילות
של בלוטת התריס. גורמי סיכון וסקולריים חשובים לא רק לדמנציה וסקולרית, אלא גם
למחלת אלצהיימר.

גם מצב רוחו של המטופל צריך לעבור הערכה. סימפטומים כגון איבוד עניין בפעילות
חברתית, ריכוז נמוך, נדודי שינה או איבוד התיאבון מעלים השערה לאבחנה של דיכאון.
אבחנה זו נכונה בעיקר אצל מטופלים אשר סבלו זה מכבר מאבדן. כמו שכבר נאמר,
דיכאון עלול להוביל ללקות קוגניטיבית או להיות קשור לשלבים ראשונים של אלצהיימר.
לעתים קרובות, מטופלים אלה יגיבו בצורה טובה לתרופות אנטי-דיכאונות.

חשיבות מיוחדת יש לקבלת תיאור מדויק של כל התרופות שהמטופל נוטל, כולל אלו
הנרשמות על ידי רופא, תרופות ללא מרשם, ויטמינים ותרכיבים הומיאופטיים וצמחיים.
מומלץ שהמטופל יביא עמו את כל התרופות בשקית על מנת להציג בפני הרופא.
התרכיבים השכיחים אשר משפיעים על הקוגניציה הם האנטיכולינרגיים (הכולל אפילו
סירופים נגד שיעול), תרופות הרגעה ונוגדי דיכאון. מטרת הסקירה של התרופות היא
לנסות לצמצם כמה שאפשר את השפעתן על הקוגניציה. יש להתייחס גם לשימוש
אפשרי באלכוהול.

חשוב לשלול גם את החשיפה לחומרים כמו עופרת או חומרים כימיים נוירוטוקסים.
בנוסף לכך, משמעותי אף לברר את רמת ההשכלה של המטופל, הן על מנת להעריך
את מבחני הקוגניציה והן כגורם סיכון לאלצהיימר, כאשר הישגים נמוכים ממקמים את
המטופל כבעל סיכון גבוה יותר לפתח את המחלה (Wilson, Bennett, Bienias et al., 2002).

בדיקה

בדיקה גופנית יסודית צריכה להתבצע אצל כל המטופלים. לחץ דם יימדד הן בעמידה
והן בשכיבה על מנת לשלול ירידה אורטוסטטית בלחץ הדם. קצב הדופק יכול להצביע
על פרפור עליות. חשוב למשש את כל הדפקים, ובמיוחד את הדופק הרקטי. בלוטות
לימפה מוגדלות וגוש באזור בלוטת התריס דורשים בירור נוסף. יש לשלול אי-ספיקת
הלב ושינויים בצבע (חיוורון או כחלון).

בדיקה נוירולוגית קפדנית מסייעת באבחנה. יש לציין, כי היעדר ממצאים נוירולוגיים חשוב
לא פחות מסימנים נוירולוגיים חיוביים. סימני צד תומכים בגורם וסקולרי או בגורם מוחי
ממוקם אחר. סימנים פרונטליים נמצאים בדמנציה פרונטו-טמפורלית ובאלצהיימר, אך
עלולים גם להיות נוכחים במצבים אחרים, כגון חבורה קשה למוח וכן בפגיעה וסקולרית
של האונה הקדמית.

צריך לשים לב להימצאותם של דיסקינזיה וכן של מיוקלנוס. ברדיקינזיה, רעד, וחוסר יציבה מעידים על מחלת הפרקינסון, מחלת גופיפי לואי או לעתים קרובות על תופעות לוואי של סם או של תרופה. יש להעריך את הראייה והשמיעה, משום שחוסר תחושת משפיע רבות על התפקוד הקוגניטיבי אצל מבוגרים.

הערכת המצב הקוגניטיבי

חשוב להעריך את המצב הקוגניטיבי, כאשר חלקו כבר נעשה בעת לקיחת האנמנזה הרפואית של המטופל. הערכה זו כוללת אומדן מצב ההכרה של המטופל, כושר ריכוז ורמת קשב. הערכת זיכרון כוללת את היכולת לזכור שמות ואירועים מהעבר, זיכרון קרוב והיכולת לזכור מידע חדש. ההתמצאות בזמן ובמקום חשובה, כמו גם השטף המילולי.

אחד המבחנים להערכה הראשונית של המצב הקוגניטיבי הוא מבחן המיני-מנטל (Folstein, Folstein & McHugh, 1975). כלי זה קצר ופשוט יחסית לביצוע, וכמו כן עבר בדיקת תוקף ומהימנות בסביבה קהילתית. ככלי ניפוי הוא משמש להערכה ולאנדיקציה טובה ליכולות הקוגניטיביות. למרות זאת, הכלי אינו רגיש מספיק להערכה של השינויים הקוגניטיביים הראשוניים. כמו כן, יש לערוך התאמה של הכלי לגיל ולרמה הלימודית של המטופל (Crum, Anthony, Bassett et al., 1993).

כלי הערכה נוספים פותחו על מנת להעריך תפקודים קוגניטיביים בקהילה (Burns, Lawlor & Craig, 2004). בגישה אל הלכות הקוגניטיבית, ציור השעון הוא אחד המבחנים הנפוצים ביותר בשימוש. המטופל מתבקש לצייר שעון, למקם את כל המספרים ולצייר מחוגים על פי שעה מסוימת (כגון 11:10). מבחן זה מעריך מגוון רחב של תפקודים קוגניטיביים וכן תפקודים ניהוליים (אקסקוטיביים), הוא קל מאוד לביצוע ומתקבל ברצון בקרב המטופלים (Shulman, 2000). על אף שמבחן זה רגיש וייחודי ברמה סבירה, הוא אינו שימושי במציאת שינויים קוגניטיביים ראשוניים. ישנן שיטות רבות להערכה של מבחן השעון, עם חשיבות מיוחדת במעקב אחרי מצבו של המטופל.

כלי הערכה רבים פותחו על מנת לגלות שינויים קוגניטיביים אצל מבוגרים, אולם בדיקה נוירו-פסיכולוגית מקיפה נשארת השיטה המקובלת והמדויקת ביותר להערכה קוגניטיבית. חשוב לציין, שבדיקה זו מתבצעת בדרך כלל רק במרכזים מיוחדים, כמו מרפאות זיכרון, משום שנדרשים אנשי צוות מיומנים וזמן רב לביצוע ההערכה. לאחרונה, פותחו מערכות ממוחשבות לביצוע הערכה נוירו-פסיכולוגית, שעברו בדיקות תוקף ומהימנות (Dwolatzky, Whitehead, Doniger et al., 2003). בקרוב, כלים אלה יוכלו להיות נגישים לרופאים במרפאות שלהם אף דרך האינטרנט. יש בכך כדי לקדם באופן משמעותי את ההערכה הקוגניטיבית אף במרפאות הראשוניות בקהילה.

הערכה תפקודית

כמו שכבר הוזכר, האבחנה של דמנציה מבוססת על ירידה ביכולת התפקודית של המטופל נוסף על ירידה קוגניטיבית. לכן, כל מטופל בעל לקות קוגניטיבית צריך לעבור בנוסף הערכה תפקודית. הבדיקה של פעילויות אינסטרומנטליות של היום-יום (IADL)

כוללת בתוכה הערכה של יכולת המטופל לעסוק במשימות של משק בית, כגון בישול, ניקיון, כביסה ושימוש בטלפון. נוסף על כך, נאסף מידע על יכולת המטופל לנהל כספים, לערוך קניות ולנהוג או להשתמש בתחבורה הציבורית. מספר כלים פותחו ועברו בדיקת תוקף ומהימנות על מנת להעריך את רמת התפקוד ב-ADL (Lawton & Brody, 1969). נוסף על אלה, צריכה להתבצע הערכה של תפקודי היום-יום הבסיסיים (ADL), כגון רחיצה, הלבשה, השימוש בשירותים ויכולת האכלה עצמית, וכן בדיקה של ניידות המטופל. אחד הכלים הנפוצים להערכת תפקודי היום-יום אצל מטופלים הסובלים ממגבלה נוירולוגית כרונית הוא ה- Barthel index, אך יש גם כלים נוספים בשימוש (Mahoney & Barthel, 1965).

הערכה פסיכיאטרית

הערכה פסיכיאטרית של מטופל עם ירידה קוגניטיבית צריכה לשלול מצב של דיכאון או של חרדה.

בהגדרה הקלינית של מחלת אלצהיימר לפי ה-DSM-IV לא מתוארים הסימפטומים ההתנהגותיים והפסיכולוגיים של דמנציה, אף על פי שסימפטומים אלה בולטים ומפריעים למטופלים של מטופלים אלה הרבה יותר מאשר הירידה הקוגניטיבית והתפקודית (Grossberg, 2002). הסימפטומים הנכללים תחת ההגדרה ההתנהגותית והפסיכולוגית הם: פרנויה ודלוזיות, הזיות, חרדה, דיכאון, תוקפנות, חוסר שקט, רגזנות, נדודים, בעיות שינה, אפתיה, חוסר זיהוי של אנשים, בעיות מיניות ושינוי בתיאבון. סימפטומים אלה יוצרים את הבסיס לכלים רבים המעריכים תחום זה (Reisberg, 1996; Auer & Monteiro, 1996).

בדיקות מעבדה

בדיקות מעבדה אשר יש לבצע במטופלים עם ירידה קוגניטיבית כוללות: ספירת דם, תפקודי בלוטת התריס, אלקרוליטים, סידן וגלוקוז. רק אם יימצאו ראיות קליניות אחרות יש לערוך בדיקות נוספות, לדוגמה, שקיעת דם, רמות תרופות, ויטמין B12, חומצה פולית ובדיקות מעבדה נוספות (Canadian Consensus Conference on the Assessment of Dementia, 1991).

הדמיה

המטרה העיקרית של ביצוע בדיקות הדמיה היא שלילת גידולים במוח, המטומה סובדורלית והידרוצפלוס בעל לחץ רגיל. מצבים אלה נדירים ובדרך כלל (אך לא תמיד) מספקים ביטויים קליניים המורים על קיומם. על פי ההמלצות של ועידת הקונצנזוס של קנדה, הדמיה על ידי CT צריכה להתבצע במידה שאחד או יותר מהקריטריונים הבאים קיימים (שם):

- גיל מתחת ל-60;
 - ירידה מהירה (לדוגמה, תוך מספר חודשים) ולא מוסברת של הקוגניציה או התפקוד;
 - דמנציה למשך פרק זמן קצר (מתחת לשנתיים);
 - פגיעת ראש משמעותית בעת האחרונה;
 - סימפטומים נוירולוגים לא מוסברים (לדוגמה, הופעה חדשה של כאב ראש חזק במיוחד);
 - היסטוריה של גידולים/ סרטן (במיוחד באזורים הידועים בשליחת גרורות למוח);
 - שימוש בחומרים נוגדי קרישה או רקע של הפרעה במערכת הקרישה;
 - היסטוריה של חוסר שליטה בסוגרים וכן בעיות הליכה בשלבים המוקדמים של הדמנציה (כמו שמוצאים במקרה של הידרוצפלוס);
 - כל סימן מקומי (לדוגמה, המיפרסיס או סימן בבינסקי);
 - הפרעות בהליכה.
- קריטריונים אלו עברו בדיקת תוקף ומאפשרים דיוק מקובל. כאשר יש צורך בהדמיה, במקרים רבים של דמנציה, לא נמצא שום עדיפות לבדיקת MRI על פני CT.

הערכה חברתית-סוציאלית

אבן פינה בהערכה הגריאטרית היא ההערכה החברתית של המטופל, הכוללת את המעמד שלו וכן את מעגל התמיכה סביבו. רבים מהמטופלים המבוגרים חיים לבד ולעתים קרובות אף נמצאים בבידוד חברתי או במצוקה כלכלית. כתוצאה מכך, רבים מהם סובלים מדיכאון, מתת-תזונה וממעקב רפואי בלתי מספיק. כתוצאה מכך, הם נוטלים תרופות באופן מועט או מוגזם, כאשר כל אלה עלולים להשפיע על מצבם הקוגניטיבי. ההערכה החברתית חייבת להיות חלק בלתי נפרד מהערכה של דמנציה.

תכנית הערכה מדורגת

ההערכה המורכבת והנכונה של דמנציה עלולה לערוך שעות רבות. מתוך הכרה, כי רופא המשפחה עובד לרוב בתוך מסגרת זמן מצומצמת, ישנם יתרונות רבים בשימוש בתכנית ההערכה המדורגת (Patterson, Gauthier, Bergman et al., 1999). רופא המשפחה יכול לבצע הערכה קוגניטיבית מלאה, תוך שמירה על מסגרת הזמן הרגילה שלו. במקביל, צוות אחר של המרפאה יכול אף הוא לבצע חלקים רבים מתוך ההערכה זו. רוב החלקים יכולים להתבצע במרפאה. יחסית מעט מהמטופלים יזדקקו להערכה נוספת או להפניה למרפאת זיכרון רב-מקצועית.

הערכה בשלבים

הערכת דמנציה על ידי גישה של שלבים מבוססת על ארבעה מפגשים. ההיבטים השונים של ההערכה נחלקים בין תחומים מגוונים, אשר את רובם יכול רופא המשפחה לבצע בעצמו.

פגישה ראשונה: אנמנזה ובדיקה

הפגישה הראשונה של המטופל מתקיימת אצל רופא המשפחה. לפני פגישה זו האחות תראיין טלפונית את המטופל או את המטפל שלו, על מנת לאשש כי תלונותיו של המטופל אכן קשורות בבעיות בקוגניציה. אם זוהי פנייתו הראשונה למרפאה המסוימת, והוא לא ביקר בה בעבר, האחות תבקש ממנו שיופיע לפגישה יחד עם כל המסמכים הרפואיים הזמינים שברשותו. כמו כן, המטופל נדרש להביא אתו את כל התרופות שהוא נוטל. המטופל חייב להיות מלווה על ידי בן משפחה או על ידי המטפל האישי. בפגישה זו הרופא צריך לערוך אנמנזה רפואית עדכנית, לבצע בדיקה גופנית, לבדוק אלו תרופות המטופל נוטל ולהזמין בדיקות מעבדה נצרכות.

פגישה שנייה: הערכה קוגניטיבית ותפקודית

בפגישה השנייה, מרפאה בעיסוק (אם יש) או אחות יערכו מבחנים המעריכים קוגניציה ותפקוד. כדי להבטיח שהמטופל ממצה את יכולותיו, יש לבצע פגישה זו בשעות הבוקר, לאחר ארוחה קלה ובסביבה שקטה ונוחה.

פגישה שלישית: שלילת דיכאון, שקילה, ביצוע בדיקת הדמיה והערכה סוציאלית

בפגישה השלישית, רופא המשפחה יבדוק אם אבחנה ייחודית זו קשורה לדיכאון. לצורך כך, ניתן להשתמש באחד מכלי ההערכה של דיכאון. נוסף לכך, יש להתייחס לכל בעיה התנהגותית ולבדוק את תוצאות בדיקות המעבדה. אם אובחן דיכאון, או אם אחת מתוצאות המעבדה אינה תקינה, יש לתת למטופל את הטיפול המתאים. רופא המשפחה צריך להחליט בפגישה זו אם צריך להזמין בדיקת הדמיה כמו CT. לאחר מכן, העובדת הסוציאלית תערוך ריאיון עם המטופל על מנת לקבוע את מידת הצורך בהתערבות סוציאלית כלשהי.

פגישה רביעית: אבחנה ותכנית התערבות

בפגישה הרביעית רופא המשפחה ייתן לבן המשפחה או למטפל האישי המלווה סקירה על ההערכה שהתבצעה למטופל. תכנית ההתערבות צריכה לכלול הן טיפולים רפואיים סימפטומטיים וייחודיים והן התייחסות לכשירות המטופל לנהל את ענייניו, תמיכה למטפל האישי והצורך לטיפול ממושך. עמותת אלצהיימר יכולה להיות לעזר רב לרופא המשפחה על ידי מסירת מידע על השירותים ועל קבוצות התמיכה הקיימות באזור.

מעקב

המטופלים אשר אובחנו כבעלי קוגניציה תקינה או MCI צריכים לחזור למעקב מדי שנה. בחולים אשר תוצאות המעבדה שלהם אינן תקינות יש לטפל בשלב ראשון ולהמליץ להם לחזור להערכה נוספת של המצב הקוגניטיבי כעבור שלושה עד שישה חודשים.

לסיכום, דמנציה, אשר אלצהיימר הוא הגורם המוכר ביותר שלה, היא תופעה קשה אשר משפיעה על מספר הולך וגדל של אנשים מבוגרים. בכל מקרה של קוגניציה לא תקינה צריכה להתבצע הערכה. הערכה משולבת, הכוללת אנמנזה ותיאור התלונות הקוגניטיביות של המטופל, בדיקה גופנית, מספר בדיקות קוגניטיביות ומעבדתיות, והערכה תפקודית וסוציאלית. כל אלה יאפשרו בדרך כלל לאבחן את המצב הקוגניטיבי

של החולה. הערכה זו יכולה להתבצע במסגרת המרפאה הראשונית על ידי השימוש בגישה מובנית, רב-פגישתית ורב-מקצועית.

טבלה מספר 1

הגורמים לירידה קוגניטיבית ולדמנציה	
מחלת אלצהיימר	מחלות נוירו-דגנרטיביות
מחלת גופיפי לואי (DLB)	
מחלת פרקינסון	
דמנציה פרונטו-טמפורלית (FTD)	
מחלת קרויצפלד-יעקב	
גידולים במוח	גורמים נוירולוגיים אחרים
הידרוצפלוס עם לחץ לא מוגבר	
המטומה סובדורלית	
דמנציה וסקולרית	גורמים וסקולריים
וסקוליטיס	
תת-פעילות בלוטת התריס	אנדוקריני
סוכרת	
עגבת	זיהומים
HIV	
מחסור בוויטמין B12, חומצה פולית	אחר
תרופות	
רמת סידן גבוהה	
אי-ספיקת כבד או כליות	

טבלה מספר 2

סימפטומים קוגניטיביים

- מתי הסימפטומים שלך הופיעו לראשונה?
- האם הסימפטומים הופיעו פתאום או בהדרגה?
- האם הסימפטומים מחמירים?
- האם את/ה שוכח/ת לאחרונה דברים שאותם את/ה בדרך כלל זוכר/ת היטב?
- האם את/ה שוכח/ת שמות של אנשים? האם זה כולל אף שמות של בני משפחה?
- האם יש לך קושי לזהות אנשים?
- האם את/ה שוכח/ת להגיע לפגישות או לאירועים חשובים?
- האם פעם איבדת את דרכך?
- האם את/ה מוצא/ת שקשה לך להתרכז בזמן קריאה או צפייה בטלוויזיה?
- האם את/ה שוכח/ת להעביר הלאה הודעות חשובות?
- האם את/ה מוצא/ת שקשה לך לזכור שמות של חפצים?
- האם נהייה קשה יותר לנהל את הקניות שלך? כספים? בישול?
- האם יצא לך לשרוף אוכל בתנור או על הגז?

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed., Washington D.C.
- Ballard, C., O'Brien, J., Morris, C.M. et al. (2001). The progression of cognitive impairment in dementia with Lewy bodies, vascular dementia and Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(5): 499-503.
- Barker, W.W., Luis, C.A., Kashuba, A. et al. (2002). Relative frequencies of Alzheimer disease, Lewy body, vascular and frontotemporal dementia, and hippocampal sclerosis in the State of Florida Brain Bank. *Alzheimer Dis. Assoc. Disord.*, 16(4): 203-12.
- Boustani, M., Peterson, B., Hanson, L., Harris, R. & Lohr, K.N. (2003). Screening for dementia in primary care: A summary of the evidence for the US preventive services task force. *Ann. Intern. Med.*, 138(11): 927-37.
- Burns, A., Lawlor, B. & Craig, S. (Eds.) (2004). *Assessment Scales in Old Age Psychiatry*. London, UK: Martin Dunitz.
- Canadian Consensus Conference on the Assessment of Dementia Committee. Assessing dementia: The Canadian consensus. Organizing (1991). *CMAJ*, 144(7): 851-3.
- Canadian Study of Health and Aging: Study methods and prevalence of dementia.(1994). *Can. Med. Assoc. J.*, 150(6): 899-913.
- CDC. Prevalence of self-reported arthritis or chronic joint symptoms among adults - United States (2001). *MMWR*, 51: 948-50.
- Clarfield, A.M. (2003) The decreasing prevalence of reversible dementias: An updated meta-analysis. *Arch. Intern. Med.*, 163: 2219-29.
- Crum, R.M., Anthony, J.C., Bassett, S.S. & Folstein, M.F. (1993). Population-based norms for the Mini-Mental State Examination by age and educational level. *JAMA*, 269(18): 2386-91.
- Dwolatzky, T. & Clarfield, A.M. (2004). Assessment of dementia in the primary care setting. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 4(2):317-325.

- Dwolatzky, T., Whitehead, V., Doniger, G.M., Simon, E.S., Schweiger, Folstein, M.F., Folstein, S.E. & McHugh, P.R. (1975). "Mini-Mental" The clinician. *J. Psychiatr. Res.*, 12: 189-98
- Freedman, V.A., Martin, L.G. & Schoeni, R.F. (2002). Recent trends in disability and functioning among older adults in the United States: A systematic review. *JAMA*, 288+ 3137-46.
- Grossberg, G.T. (2002). The ABC of Alzheimer's disease: Behavioral symptoms and their treatment. *Int. Psychogeriatr.*, 14 (Suppl 1): 27-49.
- Lawton, M.P. & Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9: 179-86.
- Lopez, O.L., Kuller, L.H., Fitzpatrick, A., Ives, D., Becker, J.T. & Beauchamp, N. (2003). Evaluation of dementia in the cardiovascular health cognition study. *Neuroepidemiology*, 22(1): 1-12.
- Mahoney, F.I. & Barthel, D.W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Md. State. Med. J.*, 14(2): 61-5.
- McKhann, G., Drachman, D., Folstein, M., Katzman, R., Price, D. & Stadlan, E. M. (1984). Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: Report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology*, 4: 939-44.
- Patterson, C., Gauthier, S., Bergman, H. et al. (1999). The recognition, assessment and management of dementing disorders: conclusions from the Canadian Consensus Conference on Dementia. *CMAJ*, 160 (12 Suppl): S1-15.
- Petersen, R.C., Smith, G.E., Waring, S.C., Ivnik, R.J., Tangalos, E.G. & Kokmen, E. (1999). Mild cognitive impairment. *Arch. Neurol.*, 56: 303-8.
- Petersen, R.C., Doody, R., Kurz, A. et al. (2001). Current concepts in mild cognitive impairment. *Arch. Neurol.*, 58(12):1985-92.
- Reisberg, B., Auer, S.R. & Monteiro, I.M. (1996). Behavioral pathology in Alzheimer's disease (BEHAVE-AD) rating scale. *Int. Psychogeriatr.* (8 Suppl) 3: 301-8.

- Rockwood, K. (2002). Vascular cognitive impairment and vascular dementia. *J. Neurol. Sci.*, 203-204: 23-7.
- Shulman, K.I. (2000). Clock-drawing: Is it the ideal cognitive screening test? *Int. J. Geriatr. Psychiatry.*, 15(6): 548-61.
- Taylor, M.A. (1999). Pseudo-pseudodementia. *Neuropsychiatry Neuropsychol. Behav. Neurol.*, 12(2): 81.
- The Centers for Disease Control and Prevention. Public health and aging: Trends in aging - United States and worldwide (2003). *JAMA*, 289: 1371-3.
- Wilson, R.S., Bennett, D.A., Bienias, J.L. et al. (2002). Cognitive activity and incident AD in a population-based sample of older persons. *Neurology*, 59(12): 1910-4.
- Zesiewicz, T.A., Baker, M.J., Dunne, P.B., & Hauser, R.A. (2001). Diffuse Lewy body disease. *Curr. Treat. Options Neurol.*, 3(6): 507-518.

סיוע לבני משפחה המטפלים בחולי דמנציה בתוך הקהילה

ג'קי דיאמונד

מבוא

הירידה הקוגניטיבית, ההדרגתית אך המתקדמת, הנגרמת על ידי דמנציה, מדרדרת באכזריות את האדם הסובל ממנה למצב של תלות חלקית, ולאחר מכן תלות מוחלטת באנשים אחרים. תהליך טרגי זה מציב דרישות ענקיות בפני בני משפחתו של החולה. עליהם להשתמש במשאבים הפנימיים ובכוחות שלרשותם על מנת לפתח דרכי התמודדות עם מצב של דחק כרוני (chronic stress) (Rankin, 1990). ההתמודדות עם דמנציה היא מסע ארוך וקשה לכל המעורבים בו. רוב המשפחות מעוניינות להשאיר את קרובם, הסובל מדמנציה, בביתו, ורובן מצליחות לעשות זאת לפחות כמה שנים, לאחר קבלת הדיאגנוזה הראשונית. לרוב בני אדם מוצאים בעצמם כוחות ויכולות המאפשרים התמודדות ותומכים בה. לעתים קרובות, מקור הכוח הוא מחויבות עמוקה לקרוב המשפחה הדמנטי וכוחה של האהבה. כמעט תמיד, התמודדות זו באה במחיר של כמויות גדולות של אנרגיה, המושקעות במציאות זו, הקשה והשוחקת, הן מבחינה פיזית והן מבחינה רגשית. אנשים עם דמנציה זקוקים לסביבה הנותנת תחושה של ביטחון ואמון. לעומת זאת, גם למטפלים מגיע לחיות את חייהם מעבר לתפקידם כמטפלים. מכאן, שחינוי למצוא את **האיזון** שבין צרכיהם של בני המשפחה המטפלים בחולה לבין אלה של החולה הסובל מדמנציה.

תפקידו של העובד הסוציאלי

מה ניתן לעשות על מנת להגיע להסדר טוב יותר, שבו תיוותר הן למטפל והן לסובל מדמנציה איכות חיים כלשהי? כיצד ניתן למצוא איזון שימלא את צרכיהם, המתנגשים לעתים קרובות, של שני הצדדים? איזה תפקיד יכולים למלא שאר בני המשפחה על מנת להקל על העומס המוטל על בן המשפחה המטפל העיקרי, שהוא לרוב בן המשפחה המתגורר עם האדם הסובל מדמנציה, שלקח על עצמו את עיקר האחריות לטיפול? כיצד ניתן להשתמש באנשים מבחוץ כדי להקל על העומס? מהו תפקידה של הקהילה? מהם השירותים הקיימים? האם שירותים אלה עונים על צרכיו של הלקוח הייחודי? ומהו המחיר? מי נותן סיוע כספי?

לכולנו יש כוחות וכישורי התמודדות, שאולי אף איננו מודעים להם. כיצד תוכל העובדת הסוציאלית להגביר את יכולתו של כל לקוח למצוא את כוחותיו הפנימיים ואת המשאבים החיצוניים מסביבו, ולהשתמש בהם? באיזו צורה תוכל העובדת הסוציאלית לסייע ללקוח לצאת ממצב משברי כאדם מחוזק?

אלו הן אחדות מהשאלות שיש לענות עליהן. ברור שהלקוח נמצא במשבר. תפקידנו כעובדים סוציאליים הוא להעצים את המשפחה, לגלות את הכוחות המשפחתיים, לאפשר לבני המשפחה לסייע זה לזה ובייחוד לתמוך במטפל העיקרי ולסייע לו.

הייחודיות שבכל מצב

כל אדם הסובל מדמנציה, כל מטפל וכל דינמיקה משפחתית הם סיפור בפני עצמו. הסימפטומים של המחלה משתנים מאדם לאדם וכל אדם הסובל מדמנציה מגיב בדרכו האישית והייחודית למה שקורה לו.

חוויות שונות של אנשים עם דמנציה

ר' יודעת שהיא איננה כתמול שלשום. "אני מרגישה שאני לא בסדר. אני לא האדם שהייתי בעבר." ר' מבקשת עזרה: "אל תעזוב אותי לבד. הישאר איתי", היא מתחננת. ס' היא ההפך הגמור. היא מנסה להמשיך כאילו לא קרה דבר, נפגעת מכל מי שמנסה לומר לה מה לעשות וכועסת אם מנסים למנוע ממנה לצאת מהבית לבדה. נדמה שהיא לא מודעת למציאות או מנסה להיאבק במציאות המתסכלת והמביישת, שבה היא אינה מסוגלת עוד לבצע, ללא עזרה, פעילויות הדורשות ארגון, כגון: בישול, טיפול בהגינה האישית שלה והתמצאות.

ר' וס' מציבות בפני המטפלים בהן מערכות של אתגרים וקשיים שונים לגמרי. אלו הן שתי דוגמאות בלבד לחוויות הסובייקטיביות הרבות והשונות הקיימות אצל הסובלים מדמנציה.

חוויות שונות של המטפלים

ק' פיתח סימפטומים של דמנציה כשהיה בשנות ה-50 המוקדמות לחייו. בכך הטיל על אשתו משא כפול: התמודדות עם השינויים שחלו בו והצורך לעזור לילדיו להתמודד עם אותם שינויים. אשתו, בשנות ה-40 המאוחרות לחייה, נאלצה לגדל את הילדים ולספק לבדה את כל צרכיהם.

ט' הוא פנסיונר ניצול שואה, אשר רעייתו, אהובת נפשו, החלה לשכוח דברים בהיותה בשנות ה-70 לחייה. הוא בן 80 ואומר שזה הדבר הקשה ביותר שאי-פעם קרה לו. אמה של נ' סובלת מאלצהיימר. נ' איבדה את בעלה לפני שלוש שנים, כאשר נפטר מסרטן. היא עובדת במשרה אחראית, שאותה היא אוהבת מאוד. כעת, עזב חברה לחיים של אמה, אשר היה איתה במשך 27 השנים האחרונות (אביה של נ' נפטר). נ' היא מעתה המטפלת העיקרית באמה. "אין לי חיים משלי", היא אומרת.

לא רק תנאי החיים שונים. לאנשים שונים ישנם כוחות ומשאבים פיזיים, כלכליים, רגשיים וארגוניים שונים, וגם השקפות עולם שונות. כך גם למשפחות.

בעיית הטיפול בחולה אלצהיימר שונה לרוב כאשר מדובר בבן זוג או בילדים בוגרים. בני הזוג מאבדים לאט לאט את חברם לחיים. הם אינם יכולים לשתף אותו בחוויותיהם, במחשבותיהם ובדאגותיהם, כפי שעשו בעבר. גברים חשים, ברוב המקרים, שאיבדו את עקרת הבית שלהם. מעתה עליהם לקחת אחריות על בישול ארוחות וניהול משק הבית.

נשים צריכות מעתה לנהל את הצד הכלכלי של חייהן. ישנן נשים, שבעקבות המצב הזה, לומדות לכתוב צ'ק בפעם הראשונה בחייהן. נשים אשר בעליהן היו תובעניים מאד ומתמיד, מתקשות לסבול את דרישותיהם המוגזמות, עתה, כאשר הן עצמן כבר אינן צעירות. סוג הקושי הרגשי שבני זוג חווים תלוי באופי הנישואים שהיו להם; לדוגמה, נישואים היררכיים לעומת נישואי שיתוף ושוויון, וכן גם באיכות היחסים שהיו להם בעבר. אך גם אם היחסים היו טובים, על בני הזוג להתמודד עם מצבים שמעולם לא ציפו להם. "הדבר הקשה ביותר בשבילי הוא חוסר השליטה של אשתי על סוגריה", סיפר ג' לחברי קבוצת התמיכה שלו.

לילדים בוגרים, המהווים מטפלים עיקריים, ישנם, ברוב המקרים, מקורות אחרים לדחק, הנובעים בדרך כלל מהמתח הנוצר מדרישות מרובות ונוגדות זו את זו של החולה, ומהצורך לעשות את המעבר הפסיכולוגי שבין ילד תלוי במבוגר לאדם מבוגר אשר מעתה הוריו תלויים בו. קינג, בונאצי וויין (King, Bonacci & Wayne, 1990) מציינים, שבכך נהרסת הפנטזיה של היות ההורה חי לעד, והילד הבוגר עומד פנים מול פנים עם היותו גם הוא בן תמותה. הם דנים במידה שבה הקלות או הקושי שעמם מתמודדים ילדים בוגרים אלה עם שלב חדש זה בחייהם, תלויים באיכות הטיפול שזכו לו מהוריהם, מהקרבה הרגשית או מהריחוק מההורה (שני המאפיינים מקשים מאוד על ההסתגלות למצב החדש) וחלוקת הסמכויות שהייתה במשפחת המקור. לדוגמה, ילדים בוגרים שעברו התעללות בידי הוריהם, יהפכו, קרוב לוודאי, למטפלים גרוועים בהוריהם, ואולי אף יתעללו בהם.

ילדים בוגרים, כאשר הם לוקחים על עצמם את הטיפול בהורה, נוטים יותר לפקח על הטיפול ולהאציל סמכויות טיפול לאחרים, תוך שימוש במטפלים שכירים. לעומתם, בני זוג נוטים יותר להיות מעורבים בטיפול עצמו.

החיים כמעט תמיד מציבים בפנינו אתגרים. ההתמודדות עם דמנציה היא אתגר ארוך טווח, בעל קשיים ייחודיים ומלא מתח. אנו זקוקים לתמיכתם ולעידודם של אחרים על מנת להתחזק. כיצד תומך העובד הסוציאלי בפונים וכיצד הוא מקל על התמודדותם? ובאותה עת, כיצד הוא מונע מהפונים לפתח בו תלות? למרות ייחודו של כל מצב, ישנן סוגיות משותפות שהכול עומדים בפניהן.

הסתגלות למציאות שונה

בעקבות השינויים שחלים בבן המשפחה החולה חלים שינויים משמעותיים בסגנון החיים של כל בני המשפחה.

צריך לחיות עם אדם הסובל מדמנציה כדי להבין מה פירושו של דבר. הראשון להבחין שמשוהו מאוד לא כשורה מתרחש הוא, לעתים קרובות, האדם עצמו. הוא עלול להיפך לחרד ולרגזן כתוצאה מכך. הוא עלול להבין שדברים שעשה בקלות בעבר נעשים קשים יותר לביצוע. ישנם אירועים של שכחה או של בלבול אשר בני המשפחה מייחסים לרוב להזדקנות, או מסבירים אותם לעצמם בדרך כלשהי. לעתים, בן או בת הזוג מסתירים את הבעיה (כדוגמת ננסי רייגן?) על מנת להגן על ילדיהם או למנוע בושות בפני חבריהם

או אנשים אחרים. לעתים קרובות, מגלים ילדים עד כמה המצב באמת גרוע רק אחרי מותו של בן הזוג "הבריא". לרוב לוקח זמן רב עד אשר יש לבני המשפחה אומץ להודות שמשוהו מאוד לא בסדר ולפנות לרופאים. קבלת אבחנה של דמנציה, של מחלת אלצהיימר למשל, מהווה מכה רצינית לכולם. יש לאנשים מושג קלוש בלבד מה פירושו של דבר. לאחר קבלת האבחנה מתחיל תהליך ההסתגלות הארוך והכואב למציאות החדשה. לעתים קרובות, אנו שומעים כיצד ציפו אנשים לשנות הגמלאות שלהם, כאשר לאחר חיים ארוכים של עבודה קשה ואחריות למשפחותיהם, יהיו להם סוף סוף הזמן והכסף לטייל בעולם, לנוח וליהנות ביחד מהתקופה הזו שאותה הרוויחו ביושר. האבחנה הזו מנפצת את החלום. "הוא היה אדם כזה טוב", אנו שומעים לעתים קרובות. "מה הוא עשה שזה מה שמגיע לו? מה עשיתי אני? האם לא סבלנו מספיק בחיים?" הן האדם הסובל מדמנציה והן בני המשפחה זקוקים לכל התמיכה שניתן להשיג. הטיפול בחולה דורש זמן וכוחות. הוא קשה מבחינה פיזית ופסיכולוגית, רגשית וכלכלית. לעתים קרובות, נאלצים המטפלים לזנוח חלק מהעיסוקים החביבים עליהם. נבחן עתה סוגיות ייחודיות אחדות, שיש לתת עליהן את הדעת על מנת להקל על הטיפול בדמנציה.

התמודדות עם מגוון רחב של רגשות שליליים

לבני אדם יש צרכים. עלינו לשרוד פיזית, אנו זקוקים לחברה, לאינטימיות, להרגשת שייכות; אנו זקוקים להערכה ולכבוד, ויש לנו צורך לבטא את עצמנו, להיות חופשיים לבחור את דרך חיינו ולעסוק בעיסוק בעל משמעות. רגשותינו הם מדד למידה שבה צרכים אלה מסופקים או מתוסכלים. כאשר צרכינו מסופקים אנו מרגישים טוב; כאשר הם נזנחים אנו מרגישים רע. סוג הרגשות שחשים בני זוג המטפלים בחולה עם דמנציה הם, לעתים קרובות, כאב ועצב, כעס ותסכול, אכזבה, אבדן, ייאוש, חוסר הדדיות, מתח ודחק, אשמה, הרגשת עול, ריקנות ובדידות. ילדים אף הם חשים חלק גדול מרגשות אלה. גם הם עלולים להרגיש מוצפים בדרישות מרובות מכיוונים שונים ובדאגות שמא מחלתו של ההורה היא תורשתית.

המטפלים, לעתים קרובות, סובלים מעייפות קשה, הן פיזית והן נפשית. איך מתמודדים עם כל הרגשות הללו? כאן יש לתשומות מצד העובדת הסוציאלית חשיבות רבה. על הלקוחות להבין שרגשות שליליים הם לגיטימיים לגמרי במציאות שלהם. על מנת להתמודד עם כל התחושות החזקות הללו, עליהם קודם כל להודות בקיומן. "הנה אני עם הכאב הזה, עם המחלה הזו. זה לא הולך להיות קל. זה הולך להיות קשה מאוד, אבל אני אצליח להתמודד עם זה ובמקומות שאוכל להקל על עצמי, אעשה זאת. כל כך הרבה מוטל על כתפיי הצרות. עלי לעזור גם לעצמי". עובדים סוציאליים יכולים לסייע ללקוחות שלהם להתמודד עם רגשותיהם ולעודד אותם להאמין בעצמם. רוב המבוגרים נאלצו כבר בעבר להתמודד עם קשיים, ואולי אף עם משברים, בנקודות מסוימות בחייהם. הדרך שבה התמודדו בעבר יכולה להראות להם את כוחותיהם וכישוריהם. אלה הם כלים הקיימים בתוכם ואשר ישרתו אותם במשבר הנוכחי, אף שהוא משבר כרוני. העובדת

הסוציאלית יכולה לעזור להם לזהות כוחות אלה. אנשים עשויים לגלות כי הם חזקים ובעלי יכולות הרבה מעבר למה שחשבו.

א' הייתה תמיד תלויה בבעלה. הייתה לו הרבה יותר אנרגיה מאשר לה, והוא תמיד הגן עליה. לעתים קרובות היא לא חשה בטוב והוא היה לוקח אותה למיטה. הכול החל להשתנות כאשר סימפטומים של דמנציה החלו להופיע אצל בעלה בתחילת שנות ה-60 לחייו. א' עברה תהליך קשה ביותר של הסתגלות, אך בהדרגה החלה ללמוד כיצד להסתגל ולהתחיל לטפל בו. "הוא היה בעל נפלא. אני חייבת לו המון". היא השתתפה בקבוצת תמיכה, תחילה באי-רצון, עד אשר ראתה שהדבר עוזר לה. ילדיה אף הם תמכו בה. הודות לעקשנותו של בנה, נרשם בעלה למרכז יום, דבר ששני בני הזוג התנגדו לו בעבר. להפתעת כולם, הבעל החל ליהנות מההשתתפות במרכז, ודבר זה הוריד חלק מהלחץ ממנה. א' למדה לקחת על עצמה את ניהול העניינים. היא תופסת את עצמה כעת כחזקה בהרבה מכפי שהייתה בעבר. א' נפגשת בצורה סדירה עם עובדת סוציאלית וממשיכה להשתתף בקבוצת התמיכה. יש לה יחסים טובים עם אחיותיה. היא עברה תהליך גדילה, שבו היא יכולה, בצדק, להתגאות.

כאשר האדם מקבל על עצמו את תפקיד המטפל מתוך בחירה ("אני חייבת לו המון...") הוא מרגיש הרבה יותר בשליטה. איש אינו בוחר בדמנציה, אבל עדיין יש לנו כמה אפשרויות בחירה, שעלינו לחשוב עליהן, באשר לדרך שבה נטפל באותו אדם. מצב של קורבנות, לעומת זאת, איננו מצב בריא, הן בעבור המטפל והן בעבור המטופל.

קבלת המציאות החדשה

ללמוד להתמודד לוקח זמן. מטפלים עוברים תהליך הסתגלות רגשי ומנטלי, אשר מוביל, כך אנו מקווים, לקבלה הדרגתית של העובדה שקיימת מחלה, שמוחו של קרוב משפחתם אינו פועל כבעבר. העובדת הסוציאלית יכולה לעודד תהליך זה. המטפלים לומדים בהדרגה לקבל את העובדה, שקרובם עושה את אשר הוא עושה, לא כדי להרגיז אותם או לשגע אותם, אלא פשוט מפני שהוא סובל מדמנציה ומוחו אינו פועל כפי שפעל בעבר. הם מבינים שהמקור להתנהגותו נעוץ בבלבול ובתסכול הנגרמים על ידי הסימפטומים של מחלתו (Kitwood, 1997).

דרך טובה להיזכר בסימפטומים אלה היא לחשוב על ארבעת ה-Aים:

- AMNESIA - חוסר זיכרון, במיוחד לטווח קצר;
 - APHASIA - קשיים בשימוש בשפה ובהבנתה;
 - APRAXIA - קשיים בביצוע מטלות פשוטות, כגון הלבשה או שימוש בשירותים, משום שהמסר מהמוח אינו עובר הלאה. חשוב להבין, שמנקודת המבט של האדם הסובל מדמנציה, מטלות אלה הופכות להיות מאוד מסובכות ומתסכלות;
 - AGNOSIA - קשיים בזיהוי פנים או עצמים פשוטים ובהבנה של השימוש שיש לעשות בהם, כגון: זהו סכין, משתמשים בו כדי לחתוך, האישה הזו היא אשתי.
- כאשר יש למטפלים הבנה טובה יותר של המחלה והם לומדים לא לקחת האשמות או התפרצויות רגזניות באופן אישי, ומודעים לכך שאין טעם להילחם במחלה, הדבר

עשוי לעזור להם להיות רגועים יותר ולטפל בחולה בצורה מתאימה יותר. בדרך של ניסוי וטעייה הם יוכלו למצוא דרכים יעילות ויצירתיות יותר להגיב לחולה. דרכים אלה עשויות, לעתים קרובות, לנטרל מצבים קשים. הדרך לקבלת המצב אינה רק הדרגתית, היא גם רצופה כאב גדול. ישנו הבדל עצום בין הידיעה השכלית שקיימת מחלה לבין השגת הבנה אמיתית וקבלה של מה פירושו של דבר בחיי היום-יום. פירושו של דבר, עימות עם אבדן של בן זוג לחיים או של הורה, עם קבלת העובדה שאותו בן זוג לעולם לא יחזור להיות מה שהיה, ועם העובדה שהיחסים בינך לבינו עברו שינוי קיצוני ובלתי הפיך. בוס ושות' (Boss et al., 1990) מתארים אישה, אשר הגיעה לקבלה של אבדנה והמשיכה לטפל בבעלה, שנעשה אלים יותר ויותר, ביתר קלות, מהרגע שהסירה את טבעת הנישואין שלה והחליטה שאינה נשואה עוד. עם שינוי התייחסותה זו, אותה אישה הייתה יכולה לחשוב על בעלה ביתר בהירות כעל ילד שאותו היא אוהבת, ואשר בו היא מטפלת, "התינוק המגודל שלה, בן השנתיים". היא דיווחה כי לאחר שהסירה את טבעת הנישואין, היו לה פחות קשיים בטיפול בו. היא הצליחה להציב גבולות ולטפל בו, לא כאשתו, אלא כהורה אוהב. שנה לאחר מכן, ביום שבו נפטר, החזירה האישה את הטבעת לאצבעה ואמרה: "כעת אני אלמנה ממש, לא אלמנה בהמתנה".

הסתגלות מתמדת למציאות משתנה

קושי נוסף שעל בני המשפחה להתמודד עמו הוא העובדה שהמצב משתנה כל הזמן, ככל שהדמנציה מתקדמת. בכל פעם שחלה התדרדרות חדשה ישנו השוק המיוחד של אבדן, תחושת עצב והצורך להסתגל פעם נוספת. לפעמים ישנם הבזקים קצרים, כאשר פתאום ישנה הרגשה שהמצב השתפר, שהוא כמעט נורמלי, והתקוות עולות. זהו תמיד מצב חולף והוא מבלבל מאוד את המטפלים. "הוא נעשה עצל. הוא מתרגל לכך שאני עושה עבורו הכול, הוא לא חייב להיות כל כך פסיבי" - זוהי תגובה שכיחה של מטפלים ממורמרים. בעצם, אלה הם רק הבזקים רגועים המתאימים לדמנציה, ניצוצות של אנרגיה הבאים ממח המנסה, אך אינו מצליח, לפצות על נזק שנגרם. אולם, ישנם מצבים שבהם, בצורה פרדוקסלית, ההתמודדות נעשית קלה יותר בעבור המטפל, ככל שהדמנציה מחמירה. לדוגמה, כאשר החולה נעשה תובעני פחות או רגוע יותר.

נהוג לתאר את הדמנציה במונחים של שלושה שלבים: השלב הקל - Mild: כאשר מבחינים שמשווא אינו כשורה, אך האדם עדיין מתפקד לרוב; השלב הבינוני - Moderate: שלב הביניים הארוך, כאשר יש לאדם קשיים בתפקוד עצמאי שהולכים וגוברים, עד אשר הוא, בסופו של דבר, זקוק לפיקוח מתמיד. שלב זה מלווה לעתים קרובות בשינויים התנהגותיים, המהווים אתגר למטפלים, כגון חוסר מנוחה, בלבול קיצוני, התפרצויות זעם, דרישות בלתי הגיוניות, או עמדה לוחמנית וחוסר שיתוף פעולה; השלב המתקדם - Advanced: שבו האדם חסר כל יכולת לתפקד, פיזית וקוגניטיבית (Hamdy & Turnbull, 1998).

כל שלב מביא עמו אתגרים וקשיים. העובדים הסוציאליים נכנסים לתמונה בעיקר בשלב הביניים. כאשר מדובר בטיפול באנשים עם דמנציה, חשוב מאוד להבין, שאף שמוחם

אינו עובד כבעבר, הם אנשים עם צרכים ורגשות אנושיים; הם מבוגרים שהיו רגילים להיות עצמאים, לנהל בעצמם את חייהם. קרוב לוודאי, שהם חשים רוגז רב, כאשר בני משפחותיהם או אנשים אחרים אומרים להם, כל הזמן, מה לעשות. איש אינו אוהב להרגיש טיפס או לא מסוגל לעשות דברים. כמו כולם, גם הסובלים מדמנציה רוצים להרגיש שמעריכים ומכבדים אותם. חלק ממה שהופך את הטיפול בהם לקשה כל כך, הוא שעל המטפל להתחשב ברגשותיו של האדם הדמנטי. הוא צריך להיחפך למעין פסיכולוג שלו. אם הוא אינו מבין זאת, יש לכך לרוב, תוצאות שליליות ונוצרת הצטברות של מתח בין המטפל למטופל.

רכישת ידע על המחלה וטכניקות טיפול מתאימות

לעתים קרובות, המטפלים לומדים על המחלה ועל התגובות המתאימות לבן משפחתם החולה בה, בדרך הקשה של ניסוי וטעייה. רכישת ידע על אודות המחלה עשויה לעזור. כמו כן, חשוב שהמטפל יוכל להציב לעצמו "מטרות טיפול". למשל, הוא יכול לשים לב לכך שהוא כל הזמן אומר לבן משפחתו מה לעשות, ושהלה מתרגז מכך. שניהם, בסופו של דבר, זועמים ומרימים קול זה על זה. מטרתו של המטפל לעשות את הדברים בצורה שונה, על מנת לשפר את האווירה בבית, כדי שזאת תיטיב עם שניהם.

ד' עשתה בדיוק כך. היא הייתה במאבק מתמיד עם בעלה, אשר סירב לצאת מהמיטה וללכת למועדון, ואשר נאבק עמה גם בנושא הרחצה. לבעלה היה מאז ומתמיד אופי חזק, הוא היה אדם פעיל שמילא תפקידי מנהיגות בקהילה. הוא חש קושי בשל השינויים הקוגניטיביים שאותם חווה, אף שבניגוד לאשתו, הוא לא היה מסוגל לבטא קושי זה במלים. אשתו, שגם היא הייתה בעלת אישיות חזקה, נדרשה לזמן רב כדי ללמוד שוויכוחים עם בעלה או לחץ עליו רק גורמים להרעת המצב. היא התאמצה מאוד להבין את המחלה, נפגשה בצורה סדירה עם העובדת הסוציאלית, השתתפה בקבוצת תמיכה, קראה כל מה שאפשר אודות דמנציה, וחשבה רבות על שינוי התנהגותה. בהדרגה הבינה, שבעלה מסכים לקבל מאחרים מה שאינו מסכים לקבל ממנה. היא טלפנה כל בוקר לאיש צוות המועדון שלו, אשר דיבר עמו ושכנע אותו לצאת מהמיטה. וזה פעלו! היא גילתה, שישנם זמנים שבהם בעלה, באופן בלתי צפוי, כן רצה להתרחץ. אלה היו, לרוב, זמנים שבהם לא עלה על דעתה לרחוץ אותו, למשל, בשעות הלילה. אישה קשישה ודי תשושה זו, גילתה תושייה עצומה וכישורי התמודדות מדהימים, כאשר למדה לגשת לנושא הרחצה בצורה גמישה לגמרי, ו"לזרום" עם בעלה. כאשר הוא רצה להתרחץ, היא קפצה על ההזדמנות, ועזבה לשם כך את כל עיסוקיה. היו פעמים שבהם היא לא יכלה כבר להמתין לו שיעשה את הצעד הראשון, ומצאה דרכים ותירוצים שהתקבלו על ידו, כדי להכניס אותו לחדר האמבטיה ("בוא, תראה כמה חם ונעים כאן; קניתי סבון חדש, נפלא, כדאי לך להריח אותו"). ברגע שהוא כבר היה בחדר האמבטיה, היה לה קל יותר לשכנע אותו להתרחץ. ככל שמצאה יותר דרכים לשלוט במצב ולהקל על המתח ביניהם, היא עצמה החלה להרגיש טוב יותר. היא הבינה שבעלה ישתף פעולה הרבה יותר אם היא תיתן לו להרגיש כאדם בוגר ובעל שליטה. בהדרגה, היא הייתה מסוגלת לומר, שלדמנציה

הייתה תוצאה חיובית אחת והיא, שעתה ישבו היא ובעלה לעתים קרובות יחד ושיחקו ברמיקוב, דבר שמעולם לא מצאו לו זמן בימים כתיקונם! ילדיה היו אף הם מעורבים מאוד בטיפול באביהם. עידודם, תמיכתם ועזרתם חיזקו את אימם והשפיעו לטובה על יכולתה להתמודד, דבר שהיא הודתה בו בכל פה. היא הצליחה להמשיך וללכת להרצאה השבועית שממנה כה נהנתה, ובאופן כללי למצוא זמן גם לעצמה. קבלת עזרה משאר בני המשפחה והשימוש במשאבים בקהילה הם נושא חשוב ביותר, ונעסוק בו ביתר פירוט בהמשך.

אם ננסה לנתח מה הביא להצלחתה של ד' נראה, כי הסיבה העיקרית היא גמישותה. גמישות היא אחד הכלים החשובים ביותר למטפלים באנשים עם דמנציה. ד' נעשתה גמישה יותר בגישתה, כאשר החלה להבין את צרכיו הפסיכולוגיים של בעלה (הצורך בהרגשת שליטה). כמו כן, לאחר שהבינה את השינויים שהוא חווה בשל מחלתו (הקושי בביצוע מטלות פשוטות, בלבול בזמנים). כלי נוסף להתמודדות, שבו השתמשה, המסייע רבות למטפלים הוא הדמיון, היכולת להיכנס לנעליו של האדם השני ולחשוב על דרכים יצירתיות לעקוף בעיות. חוש הומור, היכולת לא לקחת דברים יותר מדי ברצינות ולראות את הצד המצחיק של מצבים שונים, עוזר גם הוא. אני לא בטוחה אם ד' הייתה מסוגלת לכל זאת לולא הבינה עד כמה חשוב שגם היא תמצא מענים לצרכיה שלה. היא נתנה לעצמה רשות ליהנות ולצאת ללא בעלה, והבינה שהוא בעצם מעדיף להישאר בבית. חשוב מאוד שיהיו למטפל דברים שהוא מצפה להם.

אנו חיים בעולם שניתן לכנותו "עולם ההיגיון והמציאות". אנו דבקים בעולם זה, מאחר שהוא מאפשר לנו לסדר את חיינו בהקשר של זמן ומקום. אנו לוקחים אותו כמובן מאליו, כנתון. אנשים עם דמנציה, לעומת זאת, מאחר שהם בדיס-אוריינטציה באשר לזמן ולמקום, הם בעלי זיכרון מועט או אפסי וחושבים בצורה מבולבלת, חיים בעולם פנימי שונה לגמרי מזה שלנו. זהו, לעתים קרובות, עולם של חוסר היגיון, למשל, אדם בן 90 יכול להיות משוכנע שאמו עדיין בחיים. הוא מסוגל לבקש ללכת הביתה, גם כאשר הוא בבית. הזמן אינו דבר רציף בעולם הדמנציה. הזמן יכול להיות ההווה ברגע מסוים, העבר ברגע אחר והעתיד ברגע נוסף. לזמן אין שום המשכיות... העבר עשוי להיות מוחלף בהווה. הזיכרון עשוי להיות קיים ברגע אחד ולהיעלם במשנהו. המוח עלול להתל באדם בצורה מכאיבה, כאשר הוא נתון בעולם הדמנציה. לפעמים, למשל, הוא הופך ילד או בן זוג מוכר ואהוב לאדם זר, שיש לפחד ממנו. ככל שאנחנו בעולם ה'אמיתי' אנחנו יודעים שזאת האימא שלנו, האישה שלנו או הבעל שלנו. האדם המצוי בעולם הדמנציה אינו יודע את ה'אמיתות' הללו (Allen, 2005).

ניסיון של שנים בעבודה עם אנשים שיש להם דמנציה מלמד, שפשוט אי-אפשר לגרום לאנשים כאלה לקבל את ה"מציאות" שלנו. לכן, מוטל עלינו, בעלי הקוגניציה הנורמלית לקבל את ה"מציאות השונה" הזו וללמוד להסתגל אליה. למטפלים רבים דבר זה קשה ביותר. יש צורך בכוחות מרובים ובהתבוננות פנימה על מנת להבין שעמידה על המציאות, כפי שאתה רואה אותה ("את בת 90, אמך נפטרה כבר לפני שנים רבות"), התפרצות בבכי או התעצבנות אינם עוזרים ולא יעזרו לעולם. כל אלה רק ירעו את המצב.

על המטפלים ללמוד להפסיק לנסות לשכנע את הסובל מדמנציה בעזרת ההיגיון. מה התועלת בלנסות ולהסביר לאשתך, העומדת על דעתה שעליה ללכת הביתה להוריה המצפים לה, שהיא כבר בבית. בשבילה "הביתה" איננו המקום הנוכחי, שבו היא אולי חשה שאינה במקומה, אלא בית אחר מהעבר, מילדותה, או מגיל הביניים שלה, מקום שיש בו זיכרונות נעימים. "תמיד טיפלת בהוריך יפה כל כך, את בת לתפארת", עשויה להיות תגובה טובה יותר. "תוכלי לעזור לי? אני ממש זקוק לכוס קפה. אני כל כך עייף. בואי נשב ונשתה קפה ביחד".

באותה מידה, אין שום תועלת באמירה לאדם דמנטי, שהוא כבר שאל את השאלה הזו, או שמשהו שהוא בטוח ששייך לו שייך למישהו אחר. מטפלים לומדים לא להתווכח. חלקם מגיעים להבנה שעליהם למצוא דרכים לגרום לבן משפחתם הדמנטי להרגיש בטוח ולהעלות את ערכו העצמי. כל זה קשה ותובעני מאוד, כאשר על כתפיו של המטפל כבר מוטל עול כבד כל כך. זה דורש סבלנות עצומה ואנרגיה רגשית רבה. אלה באמת דרישות גדולות מדי. הבעיה היא, שהתסכול, הדחק והמתח הנגרמים על ידי חוסר ההבנה והקבלה של מציאות שונה זו, הם גורעים בהרבה. המטפלים המתוסכלים ביותר הם אלה שעדיין לא קיבלו על עצמם את העובדה הפשוטה הבאה: עולם הדמנציה מוגדר על ידי הסובל ממנה. אנחנו בעולם ה'אמיתי' לא מגדירים אותו. אנו יכולים רק לקוות לחיות בתוכו בשקט יחסי, אם ורק אם נקבל את עולם הדמנציה הזה לפי התנאים של בעל הדמנציה. אם הוא 'רואה' ארנבת על הספה, הוא רואה אותה. אם את אינך אשתו, את אינך אשתו. אם עכשיו הזמן לארוחת הבוקר, עכשיו הזמן לארוחת הבוקר (גם בשעה שש בערב) (Allen, 2005). היוצא מן הכלל היחיד לחוק זה קשור לשמירת שבת. מניסיון בטיפול באנשים רבים, שסיירו להיכנס למכוניות ההסעה ולחזור לבתיהם, בטענה שהיום שבת, למדתי להדגיש בפניהם שוב ושוב שהיום איננו שבת, המועדון שלנו סגור בשבת. לפעמים זה עוזר, במיוחד אם המטפל הצליח לזכות באמונו של המטופל הדמנטי.

ללמוד להתחלק בעול

גם האדם המאוזן ביותר והמשפחה המתמודדת ביותר עלולים להישר תחת משא הקשיים והדרישות המלווים את הטיפול בחולה הדמנטי (Brody, 1985; Polember, 1965). כפי שהגדיר זאת בן משפחה המטפל בחולה דמנציה: "אני יכול להיות סבלני במשך שעה, אולי שעותיים, ואז בשעה השלישית אני מתפוצץ". ברור מאליו שזה כמעט בלתי אפשרי לטפל לבד בקרוב משפחה עם דמנציה. למרות זאת, ישנם מטפלים רבים המנסים לעשות זאת. בני זוג רבים, למשל, ממשיכים לנסות להגן על ילדיהם מכל העובדות הכואבות של הדמנציה. "יש להם מספיק על כתפיהם, מה כבר אפשר לצפות מהם?" העובדה ש"ילדים" אלה הם בוגרים אינה נראית להם רלוונטית. נכון, שהאחריות ועול הטיפול העיקריים נופלים על המטפל העיקרי, אולם עליו לקבל תמיכה רצינית וסיוע מהסובבים אותו. קבוצת התמיכה הטבעית שלו היא המשפחה. זהו ודאי תחום שבו יש מקום להתערבות של עובדת סוציאלית. דרוש לעתים מאמץ רב עד אשר המטפל מצליח להרשות לעצמו לא לעשות הכול בעצמו ולבדו. בני משפחה שונים

לוקחים על עצמם מטלות ייחודיות שונות, כגון ניהול כספים, טיפול בבעיות רפואיות, קניות, או סידורים ביורוקרטיים. כל זה עוזר וראוי להערכה, אולם יש לזכור שהמטפל העיקרי זקוק גם לזמן לעצמו והוא זקוק לעידוד ולהערכה. במסגרת פגישות משפחתיות, העובדת הסוציאלית יכולה ליצור מקום שבו בני משפחה שונים מרגישים נוח לבטא את רגשותיהם וחששותיהם, וממש להקשיב זה לזה. כאשר בני המשפחה מבינים בצורה בהירה יותר מה קורה לחולה הדמנטי שלהם ולמטפל העיקרי, יש לקוות שיוכלו לבנות יחידה תומכת. המטפל העיקרי וכל שאר בני המשפחה יכולים לדון במה כל אחד מהם יכול לתרום. זה המצב האידיאלי. ישנן משפחות "בריאות", שבהן בני המשפחה רגישים זה לזה ומעודדים זה את זה, גמישים ואף יצירתיים בהכנסת שינויים. הם מצליחים לגייס את האנרגיות האישיות שלהם להתמודדות משותפת ויעילה יותר כקבוצה. לעתים קרובות, יש להם חוש הומור המקל על המתח. אולם, יחסי משפחה רבים מסובכים בשל ההיסטוריה המשותפת של בני המשפחה והרגשות השונים שהיא מעלה בכל אחד מהם. יש ובני המשפחה נמצאים בתחרות זה עם זה במקום לתמוך זה בזה. לעתים ישנם הבדלי דעות קשים באשר לטיפול הרצוי באדם הדמנטי. יכול להיות חוסר רצון לשתף אחרים במחשבות וברגשות בצורה פתוחה או להתחייב לסייע בטיפול. האם ניתן לשים חלק מהעבר בצד על מנת להתמודד עם ההווה? העובדת הסוציאלית יכולה לסייע לכל בן משפחה להבין את רגשותיו המעורבים ולבטא תסכול, כעס ורגשות אשמה. רגשות אלה טבעיים ומתאימים למצב. היא יכולה גם לבטא הכרה בסדר היום השונה של כל פרט במשפחה ולסייע לבני המשפחה לטפל בנושאים, כגון גבולות, מה כל אחד מוכן לעשות ומה לא.

עזרה והקלה מחוץ למשפחה

ישנן דרכים אחדות להקל את משאו של המטפל העיקרי. במונחים של טיפול ישיר באדם עם דמנציה, ישנם מרכזי יום המספקים מסגרת חברתית מחוץ לבית. ישנם מטפלים בשכר היכולים לבוא אל הבית. ככל שהמחלה מתקדמת, האדם הדמנטי זקוק להשגחה מתמדת ולעזרה, בתחילה עם חלק מפעולות היום-יום, כגון הלבשה ורחצה, ולאחר מכן עם כולן. בשלבים מתקדמים של המחלה, על המטפלים להתמודד עם ירידה גוברת והולכת בשליטה על סוגרים, ואף עם קשיים באכילה עצמאית, ועם בעיות בשיווי המשקל, המשפיעות לרעה על הליכה עצמאית. יש צורך בטיפול של 24 שעות ביממה. אדם בוגר עצמאי ומתפקד, מתדרדר בהדרגה ליצור תלוי חלקית ולאחר מכן תלוי תלות מוחלטת באחרים. בן/בת הזוג של אותו אדם וילדיו, רואים בהדרגה שלא נותרה להם ברירה ועליהם לקחת אחריות גוברת והולכת על הטיפול הפיזי בו ועל בטיחותו. השחקנים בדרמה הטרגית הזאת הם אנשים בעלי רגשות וצרכים. הצורה שבה כל שחקן (האדם הדמנטי ובני משפחתו) מגיב רגשית לשינויים גדולים וקשים אלה (שנדונו לעיל), הופכת את העיסוק בהם למסובך ולשוחק הן למטפל והן למטופל. משום כך, נעשה שימוש בטיפול במטפל במטרה מלאה המתגורר עם המשפחה. בעבור רוב המשפחות, הדרך היחידה שבה ניתן לממן זאת היא לשכור עובד זר. בצורה זו יכולים בני המשפחה

עדיין לחיות את חייהם. ואולם, ישנן משפחות אשר אין להן המשאבים הכספיים לממן שירות מלא שכזה.

דמנציה היא מחלה יקרה. בארץ ישנן הנחות והקלות מס למשפחות המטפלות בקרוב משפחתן בבית. גמלת הסיעוד של המוסד לביטוח לאומי מממנת מקסימום 18.5 שעות טיפול בשבוע (נכון ל-1.08). עובדים סוציאליים של הרשויות המקומיות מסייעים למשפחות זכאיות (ישנם קריטריונים כלכליים וכאלה הקשורים למידת התלות של החולה) להרכיב סל טיפול הממקסם את משאביהם. למשל, כשלוש שעות של הגמלה מממנות שש שעות של טיפול במרכז יום (כלומר יום שלם). על המשפחות להוסיף לכך תשלום קטן. זו אינה הדרך היחידה שבה ניתן להשתמש בגמלת הסיעוד. היא יכולה לכסות שכר של מטפל בית, לממן חיתולים או שילוב של השניים. למשל, אדם יכול להשתתף במרכז יום במשך ארבעה ימים בשבוע (על המרכזים לעמוד בקריטריונים שונים על מנת להיות מוכרים לשם כך) ולהשתמש בשארית הכסף למימון חיתולים. או, לחילופין, ניתן להשתמש בכסף לכיסוי חלק מהוצאותיו של מטפל במשרה מלאה. על הדבר להיעשות באמצעות סוכנות של כוח אדם, הלוקחת לעצמה חלק מן הכסף בעבור השירות שהיא נותנת. המשפחה יכולה להחליט כיצד להוציא את כספי הגמלה. משפחות המקבלות גמלת סיעוד מרבית זוכות גם בהנחות משמעותיות במיסוי העירייה השונים.

הידע המצוי בידי העובד הסוציאלי באשר לשירותים השונים בקהילה מאפשר לו לבצע הפניות מתאימות, אשר יקלו על המשפחה, בהתאם לתנאים הייחודיים ולשלבים השונים של הדמנציה שבהם מצוי החולה. לעתים קרובות, ישנם מצבים שבהם ישנו צורך בהתערבות תרופתית. כאשר האדם הדמנטי סובל מהלוצינציות, למשל, יכול טיפול תרופתי מתאים להקל על הסבל, שדבר זה גורם לכולם. טיפול תרופתי יכול להקל גם על מגוון מצבים, כגון עוררות יתר מוגזמת או דיכאון קליני. לכל תרופה יש תופעות לוואי בלתי נעימות. לכן חשוב לבדוק בזהירות את המתרחש ולראות אם ניתן להשתמש בהתערבות סביבתית במקום בתרופות (ראה מידע אודות המחלה/טכניקות טיפול בעמודים הקודמים). ואולם, ישנם מצבים הגורמים לחץ כה רב, עד שחשוב מאוד להתערב בהם התערבות רפואית.

ר', אישה עם אלצהיימר מתקדם, גרה עם בתה, אשר לה שמונה ילדים בבית. הילדים הבוגרים עזבו את הבית כאשר נישאו. ר' מבקרת במרכז יום חמישה ימים בשבוע, והיא די נהנית שם, הודות למאמציו הכבירים של הצוות. בבית, היא רגזנית וכועסת בצורה קיצונית, והילדים פוחדים ממנה. הקטן שבהם, ילד בן חמש, גילה לאמו שהוא מתפלל לכך שהסבתא תחליט להתחתן ותעזוב את הבית! טיפול תרופתי, שגרם להרגעתה של ר', תרם רבות לאיכות החיים של משפחה זו.

חשוב מאוד שעובדים סוציאליים ורופאים המתמחים בדמנציה יעבדו יחד בשיתוף פעולה.

תפקיד העובד הסוציאלי הוא גם לסייע למשפחות לתכנן את העתיד, בכך שיעשו הערכה של מטרות, גבולות ומשאבים, על מנת להתמודד עם השלבים השונים של המחלה.

קבוצת תמיכה מספקת למטפל מקום בטוח להעלות סוגיות המציקות לו, ולהגיע להבנה טובה יותר של הצורה שבה הוא ממלא את תפקיד המטפל, וכיצד תפקיד המטפל מתנגש עם שאר התפקידים בחייו. זהו מקום שבו צרכיו ודאגותיו, יחד עם צרכיהם ודאגותיהם של מטפלים אחרים, עומדים במוקד עניינה של הקבוצה. מנחה הקבוצה נמצא שם על מנת להקל על תפקודו. הקבוצה היא מקום שבו אנשים אמורים להרגיש שתומכים בהם ולא שופטים אותם. דבר זה מאפשר לחברי הקבוצה לבטא את כאבם, את הקונפליקטים שלהם ואת קשייהם. מטרת התהליך הקבוצתי היא לעזור לאנשים להשיג מודעות עצמית טובה יותר, להיות מודעים לרגשות ולמחשבות שהטיפול בקרוב המשפחה שלהם מעורר בהם. אין נושא שהוא בחזקת טאבו. כל הרגשות וכל המחשבות לגיטימיות. רק כאשר המטפל מודע לקיומן, הוא יכול להתקדם. עם מודעות עצמית וקבלה עצמית רבה יותר, יכולים אנשים לבחון את תפקידם כמטפלים ולבדוק כיצד ניתן להשתמש בכוחותיהם בצורה יעילה יותר, על מנת להקל על חייהם ועל חייו של בן המשפחה הדמנטי. אנו שואפים לכך שהתהליך הקבוצתי יסייע למשתתפים לגלות את כוחותיהם ולהאמין בהם; שבכוחם לעמוד בפני קשיים אמיתיים ולהתמודד עמם; שלמרות הקושי, הם יכולים להמשיך ולטפל בקרוב הדמנטי וגם להמשיך ולחיות את חייהם. סוגיות חשובות רבות עולות בקבוצה ומעובדות בה, כולל זכויות המטפל (ראה להלן). קבוצת התמיכה היא אחד המקומות הבודדים, שבו מטפלים יכולים לשתף אחרים בצורה בדאגותיהם העמוקות ביותר.

זכויות המטפלים

יש לומר למטפלים, כי גם להם הזכות לחיים משלהם ולכך שחלק מצרכיהם יקבלו מענה. על המטפלים לזכור גם את עצמם ולא לשכוח את רווחתם. יש לעודד אותם לנסות ולהקל על עצמם ככל האפשר, לקחת פסק זמן לעצמם ולהשתמש בכל עזרה שניתן להשיג ואשר הם יכולים להרשות לעצמם. חשוב מאוד שימשיכו לעשות דברים הגורמים להם הנאה והם מצפים להם בשמחה. ככל האפשר, רצוי שמישהו אחר ישחרר אותם מהיבט מסוים שבטיפול בקרוב משפחתם, הנתפס על ידם כמעורר מתח באופן מיוחד. יש לעודד את המטפלים למצוא דרכים לבטא את עצמם; יש להזכיר להם שהם עצמם אינם חולים, ושהם עלולים, בקלות רבה מדי, להיגרר לתוך המחלה, שכן אם לא יהיו להם חיים משלהם ומוצא לרגשותיהם, הרי זה כאילו גם הם עצמם חולים.

לסיכום, מטרת ההתערבות של העבודה הסוציאלית היא **להעצים** את המשפחה, כך שתכיר **בכוחותיה** ותפעיל אותם, בצורה שתאפשר הן למטפל העיקרי והן לחולה להתמודד עם המצב בצורה הטובה ביותר. על המטפלים לקבל עידוד ורשות למצוא **איזון** בין צרכיהם וצרכיו של הקרוב הדמנטי. על מנת לעשות כן, יש צורך שהם יגדירו גבולות אישיים מציאותיים. העובדת הסוציאלית מסייעת לבני המשפחה להשיג מידע רב והבנה רבה יותר של הדמנציה. היא מיידעת אותם על אודות שירותים בקהילה שעשויים להקל על חייהם ועל חייו של קרוב משפחתם הדמנטי. זכותה של כל משפחה לקבל החלטות בעבור עצמה. המשפחה יכולה להשתמש בידע שיש לעובדת הסוציאלית על

אודות תנאי החיים והמשאבים הייחודיים לה (וכן על השירותים בקהילה), על מנת לבדוק את האפשרויות השונות ולסייע למשפחה לבנות תכנית טיפולית אישית המתאימה לה. משפחות החיות עם דמנציה נאלצות לחיות עם מחלה שנכפתה עליהם. ואולם, יש להן שליטה על הדרך שבה הן בוחרות להתמודד עם המחלה. חשוב שהמשפחות יחוו שהן נמצאות בשליטה, במצב שהוא מלא אתגרים.

גם לאחר שמשפחה כבר התארגנה ונמצאת בשליטה, החיים עם דמנציה נמשכים וממשיכים להיות קשים ושוחקים רגשית. ניתן לסייע למטפלים להגיע למודעות עצמית ולהכרה עצמית רבה יותר, להכיר ולעבד רגשות קשים ולהאמין בעצמם. עובדים סוציאליים יכולים לעזור למטפלים לחוש שמבינים אותם ותומכים בהם ועליהם להיות נגישים לפונים שלהם במשך כל המסע הארוך דרך שלביה השונים של הדמנציה.

מקורות

- Allen, J. (2005). Using validation therapy to manage difficult behaviors; <http://www.ec-online.net/Community/Activists/difficultbehaviors.htm>
- Boss, P., Caron, W., Horbal, J. & Mortimer, J. (1990). Predictors of depression in caregivers of dementia patients: Boundary ambiguity and mastery. *Family Process Sep.*, 29 (3): 245-254.
- Brody, E. (1985). Parent care as a normative family stress. *Gerontologist*, 25:19-29.
- Hamdy, R. & Turnball, J. (1998). *Alzheimer's disease. A handbook for caregivers*. St. Louis: Mosby.
- King, D.A., Bonacci, D.D. & Wayne, L.C. (1990). Families of cognitively impaired elders: Helping adult children confront the filial crisis. *Clinical Gerontologist*, 10(1): 3-12.
- Polember, M. (1965). Social work and family relationships in late life. In: *Social structure and the family*. Englewood Cliffs, New Jersey: Ethel Shanas, Prentice-Hall.
- Rankin, E.D. (1990). Caregiver stress and the elderly: A familial perspective. *Journal of Gerontological Social Work*, 15(1/2): 57-75.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered. The person comes first*. Buckingham: Open University Press.

טיפול בהפרעות התנהגות בקרב זקנים עם דמנציה²

יסכה כהן-מנספילד

מבוא

הפרעת התנהגות (אגיטציה) מוגדרת כ"פעילות מילולית, קולית או מוטורית שאינה התנהגות הולמת בנסיבות הנתונות, ואינה מוסברת על ידי הצופה בה על רקע הצרכים של האדם או בעיות הזיכרון שלו" (Cohen-Mansfield & Billing, 1986: 712). נקודת המבט של אדם עם דמנציה לעתים קרובות אינה ידועה. עם זאת, חשוב לנסות ולזהות אותה במטרה להציע התערבות נאותה.

הפרעות התנהגות בקרב זקנים עם דמנציה נחלקות לשלושה סוגים (Cohen-Mansfield, Marx & Rosenthal, 1989; Cohen-Mansfield, Werner, Watson & Pasis, 1995):

- התנהגויות אגרסיביות (פיזיות או ווקליות), כמו הכאה, בעיטה, נשיכה;
- התנהגויות פיזיות לא אגרסיביות, כגון: צעידה הלך ושוב, הליכה מתמשכת ללא מטרה, העברת חפצים ממקום למקום ללא צורך;
- הפרעות התנהגות מילוליות או קולית, כמו: חזרה על משפטים שוב ושוב, תלונות ללא הפסק או גניחות.

הפרעות התנהגות יכולות להופיע בקרב זקנים עם פגיעה קוגניטיבית (Koss, Weiner, Ernesto et al., 1997) ובקרב זקנים עם הפרעות פסיכיאטריות. עם זאת, הפרעות התנהגות בקרב זקנים עם דמנציה הנייחודיות, משום שהשכיחות שלהן קשורה להתפתחות הדמנציה עצמה (Cohen-Mansfield, Culpepper & Werner, 1995) וליכולות והמובליות הייחודיות המושפעות על ידי מהלכה. לדוגמה, התנהגויות מילוליות לא אגרסיביות שכיחות ביותר בשלבים האמצעיים של דמנציה, כאשר הכישורים המילוליים עדיין שמורים, אך היכולת להשתמש בהם ביעילות נפגעת; התנהגויות אגרסיביות, פיזיות וקוליות מופיעות בשלבים המאוחרים של הדמנציה, כאשר התקשורת המילולית נפגעת באופן חמור. השכיחות של התנהגויות פיזיות לא אגרסיביות, כמו הליכה הלך ושוב, עולה ככל שהמצב הקוגניטיבי יורד (Cohen-Mansfield, Culpepper & Werner, 1995). הפרעות ההתנהגות של אדם עם דמנציה שונות מסימפטומים פסיכיאטריים אחרים. לדוגמה, התנהגות אגרסיבית היא, לעתים קרובות, תגובה חד-פעמית לפעולה של אנשים אחרים שהאדם הזקן לא רוצה בה (למשל, אינו רוצה להתקלח כעת) או לא מסוגל להבין (לא מבין מה המטפל רוצה ממנו כשהוא לוקח אותו מחדרו).

2 מאמר זה מבוסס על: Cohen-Mansfield, J. (2002). Managing agitation in elderly patients with dementia. *Psychiatric Times*, 19(1): 77-78.

במטרה לפתח תכנית טיפול עקבית להפרעות התנהגות, יש צורך להבין את הגורמים להתנהגות (Cohen-Mansfield, Marx & Werner, 1992; Cohen-). הטבלה הבאה מסכמת תוצאות של מחקרים (Mansfield & Werner, 1995). שבדקו גורמים שכיחים להתנהגויות אצל אנשים עם דמנציה.

טבלה 3

הקשר בין מנבאים אישיותיים וסביבתיים לסוגים השונים של הפרעות התנהגות			
מנבאים	התנהגות מילולית	התנהגות פיזית לא אגרסיבית	התנהגות אגרסיבית
משתנים אישיים			
מין	נשים		גברים
קוגניציה	ליקוי קוגניטיבי מתון	ליקוי קוגניטיבי מתון/חמור	ליקוי קוגניטיבי חמור
בריאות	בריאות לא טובה/ כאב	בריאות טובה יחסית	
אפקט/רגש	דיכאון		
שינה	בעיות שינה	בעיות שינה	בעיות שינה
טראומה			טראומה בעבר
תפקוד חברתי	איכות ירודה של קשרים חברתיים		איכות ירודה של קשרים חברתיים
משתנים סביבתיים			
חברה	לבד	אנשים נוספים בסביבה	מכון יותר לצוות
מיקום	בחדר האישי של המטופל	מקום ציבורי/ מסדרונות	בחדר האישי של המטופל
פעילויות	חוסר פעילות		חוסר פעילות
זמן	ערב/לילה	לאורך כל היום	ערב, ארוחת צהרים
סביבה		תנאי סביבה רגילים	קר או רועש בלילה

עקרונות הטיפול בהפרעות התנהגות

הסיבה להפרעות התנהגות לא תמיד מובנת ולכן על המטפל לנסות ולזהות את הצרכים של האדם באמצעות תצפיות, קשר עם מוסרי מידע שונים, ניסוי וטעייה. גילוי צרכים יכול להיערך במספר שלבים. לדוגמה, אם נראה שהתנהגות עשויה להיות מוסברת על ידי דיכאון או הלוצינציות, יש לשאול מה גורם לדיכאון או להלוצינציות (הזיות משמען ראייה או שמיעה של גירויים שאינם נמצאים בסביבת האדם). סיבות משניות לדיכאון יכולות להיות שעמום ואילו הזיות יכולות להיות תוצאה של ליקוי חמור בראייה (Chapman, Dickinson, McKeith et al., 1999; Cohen-Mansfield, Taylor & Werner, 1998; Holroyd, 1998).

אלמנטים חשובים בהתערבות הם: מניעה, איפשור, וגמישות:

מניעה: פירושה התאמת הסביבה לצרכים של המטופל, כדי למנוע מראש הפרעות בהתנהגויות בניגוד להתערבות המשנה את הסביבה **לאחר** הופעת ההתנהגות. קשה יותר לשנות את ההתנהגות לאחר הופעתה מאשר למנוע אותה. דוגמאות לפעולות מניעה יכולות לכלול את השינויים הבאים: הבניית הסביבה במטרה להגביר את תחושת ההבנה וההתמצאות של האדם על מנת למנוע מצבים שבהם האדם מופתע ואינו מבין את ההתרחשויות - תחושות שעלולות לגרום להפרעות התנהגות. כמו כן, מכיוון שמצבי סבל או חוסר נוחות משקפים איכות חיים ירודה ומגבירים את הסיכוי לבעיות התנהגותיות, ניתן למנוע בעיות אלה על ידי שמירה על טמפרטורה סביבתית נוחה ודאגה לאבחון ולטיפול הולמים בכאבים. גם פעילויות ADL כרוכות, לעתים קרובות, במצבים שאינם נעימים לאדם עם הדמנציה ולפיכך שיפור דרך הסיוע ב-ADL יהפוך את ההתנסות לנעימה או לנסבלת מבחינת מקבל השירות. גורמים נוספים לבעיות התנהגותיות הם שעמום ובדידות. לכן, אספקת גרייה ומגע חברתי הם דרכי מניעה לשיפור סביבת החולה.

איפשור (accommodation): כאשר ההתנהגות הבעייתית מספקת את הצורך של הזקן עם הדמנציה ואינה מהווה סכנה לחולה או מעמסה קשה למטפל, אין סיבה להפסיק את ההתנהגות. ההנחה היא, שמטרת הטיפול היא לשפר את איכות החיים ולאפשר לאדם עם הדמנציה להתנהג באופן הנעים ביותר לעצמו ולסביבתו. דוגמה לכך - מתן אפשרות לאדם ההולך הלוך ושוב ללכת בגן מוגן (Cohen-Mansfield & Werner, 1998b; Namazi & Johnson, 1992). דוגמה נוספת היא של אישה זקנה שפרצה בצעקות ליד הדלת של חדר האוכל בבית האבות, מפני שרצתה להיכנס פנימה בזמן שחדר האוכל היה נעול... בזמנים שבהם בחדר האוכל לא נמצאים אנשים ולא מתקיימות פעילויות מן הראוי לאפשר לה להיכנס, וכך היא לא תיפגע או תגרום נזק.

גמישות: על המטפלים לגלות גמישות ולהתאים את השגרה היומית ואת הסביבה של האדם הזקן לתחביביו, לאישיותו, למוגבלויותיו הפיזיות וליכולות שנותרות תקינות. גמישות בזמני ארוחות, סוגי המזון, זמני השינה וסוגי הרחצה והתאמתם להעדפותיו ולהרגליו של הזקן - עשויים להפחית קונפליקטים ולמנוע התנהגויות חריגות. גמישות דרושה

כדי להתאים את הטיפול לאדם המסוים ולצרכיו. פעילויות ותעסוקה צריכות לענות על הצרכים הבסיסיים של המטופל למגע חברתי ולתעסוקה מאתגרת ומשמעותית. גמישות דרושה גם בהכוונת הטיפול לשימור תחושת הזהות של המטופלים. במחקרים קודמים תארנו את הזהות התפקודית של אנשים עם דמנציה, הכוללת זהות של תפקיד תעסוקתי (כמו מורה או רופא), זהות של תפקיד במשפחה (לדוגמה אב, בן), זהות הקשורה לעיסוקי פנאי (מטייל) וזהות המתארת תכונה או סמן חשוב לאדם (כגון, שייכות לכת חסידית, אחריות). זהויות אלו, שנבנו במהלך החיים, יכולות לשמש נושאי שיחה ואמצעי להפעלת אנשים עם דמנציה וכך לשפר את תחושתיהם ואת התנהגותם (Cohen-Mansfield, Golander & Arnhem, 2000; Cohen-Mansfield, Parpura-Gill & Golander, in press; Cohen-Mansfield, Parpura-Gill & Golander, 2006).

נוסף על כך, צריכות להילקח בחשבון יכולות קוגניטיביות, סנסוריות ומוטוריות עכשוויות, כמו גם היכולות של החולה להבין, להגיב ולעבד מידע (Cohen-Mansfield, 2000). חשוב להעצים יכולות סנסוריות, כמו שיפור הראייה על ידי התאמת משקפיים; שיפור השמיעה על ידי שימוש במכשירי עזר.

הערכת צרכים בסיסיים

ממצאי המחקרים והניסיון הקליני מעלים מספר דרכים להבנת הצרכים והרצונות של זקנים.

1. תקשורת: חשוב שהמטפלים יאזינו בתשומת לב לדברי המטופל ולבקשותיו, גם כאשר המידע אינו ברור. לעתים קרובות, האדם עם הדמנציה כן מתקשר, אבל המטפלים מתעלמים מהמידע מסיבות שונות, ביניהן:

- קיימת תפיסה שאנשים עם דמנציה לא מדברים בצורה הגיונית ולכן אין טעם להקשיב להם;
- ההתנהגות של האדם עם הדמנציה מנוגדת לתפיסת המטפלים בנוגע להתנהגות ראויה. לדוגמה, הם יתייחסו בביטול לבקשת האדם לשתות, כי הוא "שתה רק עכשיו";
- לאנשים עם דמנציה קשה לתת תיאור מלא לגבי מה מטריד אותם. לדוגמה, כאשר הם חווים כאב;
- המטפלים מקשיבים בדרך כלל לדברים הנאמרים באופן מפורש על ידי האדם עם דמנציה ולא למסרים החבויים. למשל, אדם עם דמנציה יכול לומר שקר בחוץ או שהמקום רטוב, כאשר הכוונה היא שקר לו או שהוא רטוב;
- כישורי התקשורת של המטפלים אינם מספקים. לדוגמה, המטפלים צריכים לוודא שאדם עם דמנציה יכול לראות אותם כאשר הם מדברים אליו ולהשתמש בשיטות תקשורת המותאמות לאנשים עם דמנציה (Cohen-Mansfield, 2000; Ripich, 1994; Ripich, Ziol & Lee, 1998).

2. תצפיות: תצפיות בזקן לשתיים-שלוש דקות מדי שעה, במשך מספר ימים והקשבה לכל ביטוי מילולי הם מקור למידע רב. תשומת לב מיוחדת צריכה להינתן לגורמים המשפיעים על הפרעות התנהגות, כגון: גורמים סביבתיים (גירויים המעוררים את ההתנהגות, חיזוקים להתנהגות) והשפעתם, אפקט, מגעים חברתיים והתנהגות מילולית (Cohen-Mansfield & Werner, 1995; Cohen-Mansfield, Werner & Marx, 1989).

3. חקירת מקורות מידע: מידע על כאבים שמהם סבל האדם בעבר ועל פעילויות מועדפות שהיו לו ניתן לקבל מאדם קרוב. המטפלים צריכים לשים לב לשינויים בהתנהגות וברגש של המטופל, להקשרים ולסיבות אפשריות לשינויים אלה. למשל, שינוי פתאומי בהליכה עלול להעיד על פגיעה המלווה בכאבים. ההתערבות צריכה לענות על הצרכים של ההתנהגות הנצפית (ראה טבלה). לדוגמה, אם האדם מבצע חזרות מילוליות כאשר הוא לבד, אפשרות אחת היא לאפשר לו להימצא בסביבה חברתית ואז לבחון אם חל שינוי בהתנהגות, מכיוון שהצרכים המרכזיים הגורמים להפרעות התנהגות הם של מצבי אי-נוחות, בדידות ושעמום. להלן תיאור של התערבויות שמתייחסות לגורמים אלה.

התערבויות בהתאם לגורמים להפרעות התנהגות אופייניות

מצבי אי-נוחות

מחקרים תיארו את הקושי בהערכת כאב בקרב חולים עם דמנציה והציעו אסטרטגיות חדשות (Feldt, 2000; Huffman & Kunik, 2000). השפעת עזרי שמיעה הודגמה בשני מחקרים, שבהם חולים, שהותאמו להם מכשירי שמיעה, הראו ירידה בהתנהגויות לא הולמות (Leverett, 1991; Palmer, Adams, Bourgeois et al., 1999). מספר גישות ננקטו על מנת לשפר שינה וכתוצאה מכך להפחית הפרעות התנהגות, כולל שימוש ב-bright light therapy (Mishima, Okawa Hishikawa et al., 1991; Okawa, Mishima, Hishikawa et al., 1994), שימוש במלטונין (Cohen-Mansfield, Garfinkel & Lipson, 2000), הגברת אימון גופני והפחתת הפרעות שינה (Alessi, Yoon, Schnelle et al., 1999). כאשר נעשה שימוש באור מוגבר בזמן הארוחות הראו החולים שיפור באכילה ובשתייה (Koss & Gilmore, 1998) והפחתה בהתנהגויות בעייתיות. נוסף על כך, מכיוון שריסון פיזי על ידי קשריה מגביר את הפרעות ההתנהגות (Werner, Cohen-Mansfield, Braun et al., 1989), הרי שהורדת המגבלות מפחיתה התנהגויות בלתי הולמות.

בדידות

הדרך הישירה ביותר להפחתת בדידות אצל חולה הסובל מהפרעת ההתנהגות היא תגבור קשרים חמים ואוהבים עם האדם הקרוב אליו ביותר. אולם, זה לא תמיד אפשרי, אם משום שהקרוב אינו נגיש או משום שאין אדם קרוב. לפיכך, נוסו מספר גישות אלטרנטיביות שאכן הפחיתו את רמת ההפרעות ההתנהגותיות. התערבויות אלו כוללות: אינטראקציה אחד על אחד עם מטפל חדש (Cohen-Mansfield & Werner, 1997), קלטות וידאו של חברי המשפחה (Cohen-Mansfield & Werner, 1997), קשר עם חיות מחמד (Churchill, Safaoui, McCabe et al., 1999; Rowe & Alfred, 1995), תרפיה באמצעות עיסוי (Fritz, Farver, Kass et al., 1995), ותרפיה של סימולציות נוכחות (Camberg, Woods, Ooi et al., 1999; Woods & Ashley, 1995), שבה בני המשפחה מקליטים את הצד שלהם בשיחת טלפון והשיחה מושמעת לאדם החולה כהדמיה לשיחת טלפון.

שעמום

סוגי ההתערבויות למניעת שעמום נחלקות להתערבויות המספקות גירויים, אלו המאפשרות המשך ההתנהגויות ואלו המספקות פעילות. התערבויות המספקות גירוי חושים כוללות מוסיקה המותאמת למטופל (Gerdner, 2000), תרפיית ארומה, תרפיה במגע או גרייה סנסורית (Cohen-Mansfield, 2001; Snyder, Egan & Burns, 1995). התערבויות המאפשרות את המשך ההתנהגות בתנאים סביבתיים, שבהם ההתנהגות תתקבל כהתנהגות נורמטיבית ולא כהפרעת התנהגות כוללות טיול מחוץ למוסד ושימוש בגינה טיפולית (Cohen-Mansfield & Werner, 1999), זמינות של ספרים וחבורות (Cohen- (1998b; Namazi & Johnson, 1992), המאפשרת למטופלים לקחת את הספרים ממקום למקום, לדפדף בהם ולהתעסק בהם במקום בחפצים אחרים, שהעיסוק בהם עלול להפריע או להזיק, וסינר פעילות, שהוא סינר שאליו תפורים כפתורים, מפתחות ופריטים אחרים, כך שהמטופל יוכל לשחק בהם במקום עם חומרים אחרים העלולים להזיק לו. הפעלה בפעילויות בונות עשויה להפחית או למנוע הפרעות התנהגות. בעבור אנשים מסוימים, חשוב לספק פעילויות בעלות משמעות, כמו לקפל מגבות או ללוש בצק. בדיקה של מה היו הפעילויות שגרמו לאדם בעבר הנאה (Teri & Logsdon, 1991) יכולה לסייע במציאת פעילויות מתאימות. רעיונות נוספים אפשר למצוא בספרות המקצועית על פעילויות מתאימות עבור אנשים עם דמנציה (Hellen, 1998; Russen-Rondinone & DesRoberts, 1996; Zgola, 1987).

לסיכום, ההתערבויות שהוצגו במאמר הן רק אחדות מהדרכים האפשריות לטפל טוב יותר באנשים עם דמנציה. הן כוללות מניעה, איפשור וגמישות. הטיפול באדם עם דמנציה כולל הבנה של צורכי המטופל ואפשרויות טיפול המבוססות על יכולותיו והעדפותיו. כל אלה דורשים שיקול דעת, התמדה ויצירתיות מצד המטפל.

- Alessi, C.A., Yoon, E.J., Schnelle, J.F., Al-Samarrai, N.R. & Cruise, P.A. (1999). A randomized trial of a combined physical activity and environmental intervention in nursing home residents: Do sleep and agitation improve? *Journal of the American Geriatric Society*, 47(7): 784-791.
- Camberg, L., Woods, P., Ooi, W.L., Hurley, A., Volicer, L., Ashley, J., Odenheimer, G. & McIntyre, K. (1999). Evaluation of simulated presence: A personalized approach to enhance well-being in persons with Alzheimer's disease [see comments]. *Journal of the American Geriatric Society*, 47(4): 446-52.
- Chapman, F.M., Dickinson, J., McKeith, I. & Ballard, C. (1999). Association among visual hallucinations, visual acuity, and specific eye pathologies in Alzheimer's disease: Treatment implications. *American Journal of Psychiatry*, 156(12): 1983-5.
- Churchill, M., Safaoui, J., McCabe, B. & Baun, M. (1999). Using a therapy dog to alleviate the agitation and desocialization of people with Alzheimer's disease. *Journal of Psychosocial Nursing*, 37(4): 16-24.
- Cohen-Mansfield J. (2000). Nonpharmacological management of behavior problems in dementia: The TREA model. *Alzheimer's Care Quarterly*, 1(4): 22-34.
- Cohen-Mansfield, J. (2002). Managing agitation in elderly patients with dementia. *Psychiatric Times*, 19(1): 77-78.
- Cohen-Mansfield, J. (2001). Nonpharmacological interventions for inappropriate behaviors in dementia: A review and critique. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9(4): 361-381.
- Cohen-Mansfield, J. & Billig, N. (1986). Agitated behaviors in the elderly: I a conceptual review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 34(10): 711-721.
- Cohen-Mansfield, J., Culppepper, W.J. & Werner, P. (1995). The relationship between cognitive function and agitation in senior day care participants. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 10: 585-595.
- Cohen-Mansfield, J., Garfinkel, D. & Lipson, S. (2000). Melatonin for treatment of sundowning in elderly persons with dementia-a preliminary study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 31: 65-76.

- Cohen-Mansfield, J., Golander, H. & Arnhem, G. (2000). Self-identity in older persons suffering from dementia: preliminary results. *Social Science & Medicine*, 51: 381-394.
- Cohen-Mansfield, J., Marx, M.S. & Rosenthal, A.S. (1989). A description of agitation in a nursing home. *The Journals of Gerontology*, 44(3): M77-84.
- Cohen-Mansfield, J., Marx, M.S. & Werner, P. (1992). Agitation in elderly persons: An integrative report of findings in a nursing home. *International Psychogeriatrics*, 4 (Suppl. 2): 221-241.
- Cohen-Mansfield, J., Parpura-Gill, A. & Golander, H. Utilization of self-identity roles for designing interventions for persons with dementia. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*. In press.
- Cohen-Mansfield, J. Parpura-Gill, A. & Golander, H. (2006). Salience of self-identity roles in persons with dementia: Differences in perceptions among patients themselves, family members and caregivers. *Social Science & Medicine*, 62(3): 745-757.
- Cohen-Mansfield, J., Taylor, L. & Werner, P. (1998). Delusions and hallucinations in an adult day care population. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 6(2): 104-121.
- Cohen-Mansfield, J. & Werner, P. (1995). Environmental influences on agitation: An integrative summary of an observational study. *The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders and Research*, 10(1): 32-37.
- Cohen-Mansfield, J. & Werner, P. (1997). Management of verbally disruptive behaviors in nursing home residents. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 52A(6): M369-M377.
- Cohen-Mansfield, J. & Werner, P. (1998a). The effects of an enhanced environment on nursing home residents who pace. *Gerontologist*, 38(2): 199-208.
- Cohen-Mansfield, J. & Werner, P. (1998b). Visits to an outdoor garden: Impact on behavior and mood of nursing home residents who pace. B. Vellas, J. Fitten & G. Frisoni (Eds.). *Research and Practice in Alzheimer's Disease* (pp. 419-436). Paris, France: Serdi.

- Cohen-Mansfield, J. & Werner, P. (1999). Outdoor wandering parks for persons with dementia: A survey of characteristics and use. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 13(2): 109-17.
- Cohen-Mansfield, J., Werner, P. & Marx, M.S. (1989). An observational study of agitation in agitated nursing home residents. *International Psychogeriatrics*, 1(2): 153-165.
- Cohen-Mansfield, J., Werner, P., Watson, V. & Pasis, S. (1995). Agitation among elderly persons at adult day-care centers: *The experiences of relatives and staff members*. *International Psychogeriatrics*, 7(3): 447-458.
- Feldt, K.S. (2000). Improving assessment and treatment of pain in cognitively impaired nursing home residents. *Annals of Long Term Care*, 8(9): 36-42.
- Fritz, C., Farver, T., Kass, P. & Hart, L. (1995). Association with companion animals and the expression of noncognitive symptoms in Alzheimer's patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(7): 459-463.
- Gerdner, L.A. (2000). Effects of individualized versus classical "relaxation" music on the frequency of agitation in elderly persons with Alzheimer's disease and related disorders. *International Psychogeriatrics*, 12(1): 49-65.
- Hellen, C. (1998). *Alzheimer's Disease: Activity focused care*. Woburn, MA: Butterworth-Heinemann.
- Holroyd, S. (1998). Hallucinations and delusions in Alzheimer's disease. B. J. Vellas, J. Fitten & G. Frisconi (Eds.), *Research and Practice in Alzheimer's Disease Intervention in Gerontology*. Paris, France: Serdi.
- Huffman, J.C., & Kunik, M. (2000). Assessment and understanding of pain in patients with dementia. *The Gerontologist*, 40(5): 574-581.
- Koss, E. & Gilmore, G.C. (1998). Environmental interventions and functional ability of AD patients. B. Vellas, J. Fritten & G. Frisoni (Eds.). *Research and Practice in Alzheimer's disease* (pp. 185-192). Paris, France: Serdi.
- Koss, E., Weiner, M., Ernesto, C., Cohen-Mansfield, J., Ferris, S., Grundman, M., Schafer, K., Sano, M., Thal, L.J., Thomas, R. & Whitehouse, P.J.

- The Alzheimers Disease Cooperative Study. (1997). Assessing patterns of agitation in Alzheimer's disease patients with Cohen-Mansfield Agitation Inventory. *Alzheimer Disease and Associated Disorders - An International Journal*, 11(suppl 2): S45-S50.
- Leverett, M. (1991). Approaches to problem behaviors in dementia. The Haworth Press: 93-105. In: *The mentally impaired elderly: Strategies and Interventions to maintain function* (E. Taira, Ed.). New York:
- Mishima, M., Okawa, M., Hishikawa, Y. et al. (1994). Morning bright light therapy for sleep and behavior disorders in elderly patients with dementia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89: 1-7.
- Namazi, K.H. & Johnson, B.D. (1992). Pertinent autonomy for residents with dementias: Modification of the physical environment to enhance independence. *American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders & Research*, 7(1): 16-21.
- Okawa, M., Mishima, K., Hishikawa, Y., Hozumi, S., Hori, H. & Takashi, K. (1991). Circadian rhythm disorders in sleep-waking and body temperature in elderly patients with dementia and their treatment. *Sleep*, 14(6): 478-485.
- Palmer, C.V., Adams, S.W., Bourgeois, M., Durrant, J. & Rossi, M. (1999). Reduction in caregiver-identified problem behavior in patients with Alzheimer's Disease post hearing-aid fitting. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 42: 312-328.
- Ripich, D.N. (1994). Functional communication with AD patients: A caregiver training program. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 8(3): 95-109.
- Ripich, D.N., Ziol, E. & Lee, M.M. (1998). Longitudinal effects of communication training on caregivers of persons with Alzheimer's disease. *Clinical Gerontologist*, Vol. 19(2): 37-55.
- Rowe, M. & Alfred, D. (1999). The effectiveness of slow-stroke massage in diffusing agitated behaviors in individuals with Alzheimer's disease. *Journal of Gerontological Nursing*, 25(6): 22-34.
- Russen-Rondinone, T. & DesRoberts, A.M. (1996). Success through individual recreation: Working with the low-functioning resident with dementia or Alzheimer's disease. *The American Journal of Alzheimer's Disease*, 11(1): 32-35.

- Snyder, M., Egan, E.C. & Burns, K.R. (1995). Efficiency of hand massage in decreasing agitation behaviors associated with care activities in persons with dementia. *Geriatric Nursing*, 16(12): 60-63.
- Teri, L. & Logsdon, R.G. (1991). Identifying pleasant activities for Alzheimer's disease patients: The pleasant events schedule-AD. *The Gerontologist*, 31(1): 124-127.
- Werner, P., Cohen-Mansfield, J., Braun, J. & Marx, M.S. (1989). Physical restraints and agitation in nursing home residents. *Journal of the American Geriatric Society*, 37(12): 1122-1126.
- Woods, P. & Ashley, J. (1995). Simulated presence therapy: Using selected memories to manage problem behaviors in Alzheimer's disease patients. *Geriatric Nursing*, 16(1): 9-14.
- Zgola, J.M.L. (1987). *Doing Things: A guide to programming activities for persons with Alzheimer's disease and related disorders*. Baltimore, MD.: The Johns Hopkins University Press.

תקשורת יעילה עם חולי דמנציה

דפנה גולן-שמש

הקדמה - תקשורת וחשיבותה

מילון וובסטר (1989) מגדיר תקשורת כ: "העברה או החלפה של מחשבות, דעות, מידע, בדרך של דיבור/ כתיבה/ סימנים". במילון הפסיכולוגי של הוצאת פנגווין (Reber, 1985: 153), תחת הערך "שפה" (language) כתוב גם, כי השפה היא האמצעי שבעזרתו אנו מקדדים את רגשותינו, מחשבותינו, הרעיונות והחויות שלנו. השפה היא המיוחדת שבהתנהגויות האדם.

התקשורת חיונית לכל היצורים החיים. בעלי חיים משתמשים בה בעיקר לצורכי הישרדות, אך לא רק. בקרב בני האדם סייעה התקשורת המילולית, המדוברת והכתובה והפכה לכלי חשוב להתפתחות האדם. התקשורת והקשרים הבין-אישיים שהיא מסייעת לקיימם הם צורך חיוני בעבורנו. תינוקות שגדלים בחסך חמור בשפה ובקשר - גדלים עם ליקויים קשים ביותר בהתפתחותם הפיזית והרגשית.

התקשורת משמשת את האדם בעבור:

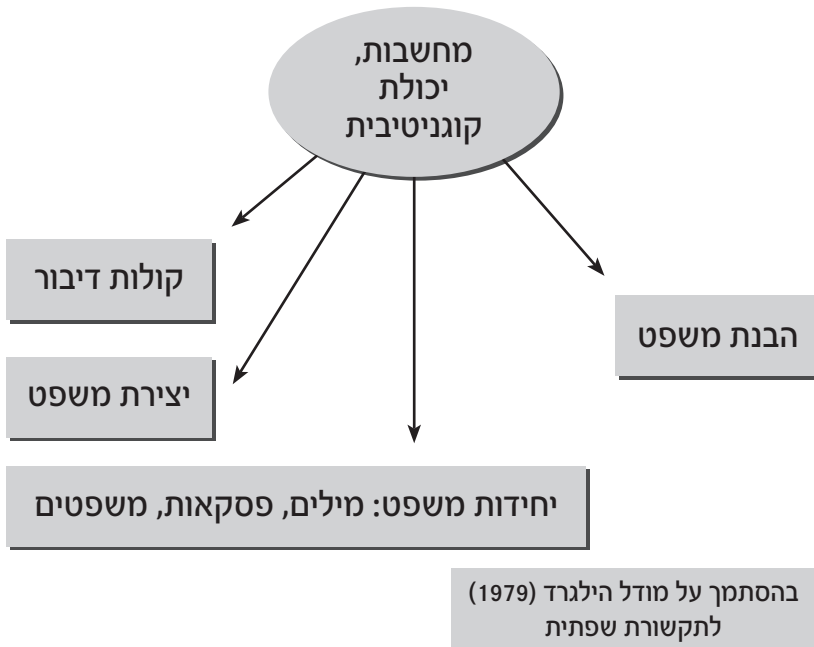
1. סיפוק צרכים והשגת מטרות;
2. החלפת רעיונות, רגשות ומחשבות;
3. יצירת קשר וקירבה בין אנשים לשם תחושת ביטחון, שייכות ואהבה.

בתהליך תקשורת קיימים לפחות שני אנשים ומתקיים תהליך של מסירת מידע וקליטתו. כאשר קיים ליקוי אצל אחד מהשניים, יש הפרעות בתהליך התקשורת. תקשורת משמשת לא רק לחילופי מידע, אלא גם ליצירת מגע רגשי ולהעברה של רגשות. לכן, הפגיעה בשפה ובתקשורת, שממנה סובל החולה בדמנציה, משפיעה על חייו ועל חיי המטפל בו ברבדים רחבים ועמוקים של חייהם המשותפים.

בפרק זה נעסוק בנושא התקשורת ובהשלכותיה על אנשים הסובלים מדמנציה. לתהליך המחלה ולירידה הקוגניטיבית שממנה סובל החולה יש השפעה ישירה וניכרת על השפה. הפרק יסקור את רכיבי השפה בהתאם להתפתחות המחלה, את הדרכים שבהן ניתן להתגבר על חלק מהקשיים, להמשיך ולקיים תקשורת וקשר עם האדם הפגוע. נעסוק הן בתקשורת מילולית והן בתקשורת לא מילולית. תקשורת לא מילולית היא הרצף של תנועות מוטוריות, תנוחות גוף, מחוות (ג'סטות) והבעות פנים המעבירות משמעות. תשומת לב מיוחדת תוקדש לכלים שבהם אפשר להשתמש כדי להעביר מסר ולקיים קשר. ככל שיורדת יכולתו של האדם הסובל מדמנציה לתקשר באופן מילולי, עולה חשיבות התקשורת הלא מילולית ותחושת הקשר והאמפתיה שניתן להעביר לו באמצעים לא מילוליים. מאחר שתרגותנו היא תרבות המרוכזת בשפה ובמילים, נעסוק בתחום זה של תקשורת לא מילולית ביתר הרחבה, תוך הדגשת יצירת קשר והעברת אמפתיה בכלים אלה.

הירידה בתקשורת לפי שלבי המחלה

אלצהיימר ופיק (Gauthier, 1996), שני חוקרים שחקרו בפירוט את מהלכי הדמנציה, תיארו מקרים של אנשים שסבלו מליקוי שפתי חמור. לאחר מחקרים רבים, הוכר הליקוי בשפה כסימפטום מרכזי של תחילת המחלה. ליקוי זה קיים בכל המקרים, בשלבים מתקדמים של המחלה. היכולת השפתית קשורה קשר אמיץ ליכולת החשיבה, כפי שמודגם בתרשים שלהלן:



הירידה ביכולת הקוגניטיבית של החולה פוגעת ביכולתו לפרש ולהעביר מסרים. תקשורת עם הזולת היא צורך בסיסי של האדם. הכרת הליקויים בשפה של האדם הדמנטי תקל להתגבר על המכשולים שהם מציבים. להלן תיאור כללי של תהליך הפגיעה בשפה שעובר החולה הדמנטי, על רקע מחלה מוחית ניוונית המתפתחת בהדרגתיות³; מחלה שהמעבר בין שלביה השונים אינו ברור וחד, אופי הפגיעה ביכולת התקשורת ובהתקדמותה של הפגיעה שונה מאדם לאדם, כמו גם בשאר תחומי התפקוד.

3 בשונה מפגיעה מוחית, כגון שבץ מוחי, הגורמת לנזק במרכזי התקשורת שבמוח ועלולה לגרום לנזקים תקשורתיים ייחודיים או נרחבים - נזק שנגרם באופן פתאומי ואופי התקדמותו אינו הדרגתי.

1. השלב הראשון של דמנציה

סימניה הראשונים של הירידה ביכולת התקשורת עקב דמנציה הם ירידה בדיבור השוטף והמדויק, קושי בשליפת מילים ושמות (אנומיה, דיסנומיה), הפחתת אוצר המילים ומונחים מסובכים וכן הופעת שגיאות בדיבור.

לעתים, אמירות נותרות ללא סיום או עם תחביר לקוי. בחלק מהממצאים נמצא, כי נעשה פחות שימוש בשאלות, בציוויים, בשימוש בגוף שני, וקיים אבדן של מושגים ושל מילים נרדפות. ניכר קושי לשלוף מילים או שמות של עצמים ושל אנשים מוכרים.

החשיבה הופכת דלה יותר וכך גם התקשורת. יכולת התקשורת עם אחרים ניזוקה, וכמוה גם היכולת להעברה או להשגת מידע, לאמירות מורכבות, לבחינת האמת ולהסקת מסקנות. כתוצאה מהירידה ביכולת החשיבה המופשטת אובדת גם היכולת לביטוי ולהבנה של תקשורת מורכבת.

הקושי בריכוז ובסינון גירויים מקשה על המעקב אחר שיחה, בייחוד אם היא מרובת משתתפים או אם קיימים גירויים רבים בחדר (טלוויזיה, למשל).

בשל המצב הקוגניטיבי והירידה ביכולות התקשורתיות, המלוות בהבנה (מלאה או חלקית) של האדם למצבו, הוא עלול להימנע מתקשורת עם הזולת, מכיוון שזו עשויה להיות מאיימת, מתסכלת ומביכה. כמו כן, בחלק מהמקרים פוחתים העניין והמוטיבציה של האדם לקיים קשר ותקשורת עם אחרים, אם בשל דיכאון ואם בשל תהליכי המחלה.

בשלב זה, המשפטים בדרך כלל תקינים, אך החולה מתקשה לעקוב אחר מספר משפטים ולדון בדברים שפעם עניינו אותו ולכן עושר השיחה ומשמעותה מצטמצמים. נראה שהחולים מתעניינים יותר בדברים יום-יומיים ופחות בדברים מורכבים ומופשטים יותר, שעניינו אותם בעבר. חשוב לציין, כי בשלב זה, החולים מסוגלים לקיים תקשורת, אך זו הופכת למצומצמת יותר.

2. שלב הביניים של דמנציה

בשלב זה, כמעט כל רכיבי התקשורת של האדם הדמנטי לקויים. הוא מתקשה בארגון חשיבה ורעיונות, בזיכרון של הרעיונות ששמע או שרצה להעביר, בזיכרון של מילים ושמות, ביכולת הבנה מופשטת וביכולת להבין רעיונות, לחבר מילים ומשפטים. כתוצאה מכך, נפגעת בצורה משמעותית התקשורת של האדם הדמנטי ועמו.

בעקבות הירידה ביכולות הקוגניטיביות (זיכרון, ריכוז, הבנה וחשיבה), הדיבור הופך מקוטע יותר ואסוציאטיבי, עם קושי לשמור מידע ולשמור על נושא ורצף השיחה (cohesion). האדם מתקשה לא רק לזכור את הנאמר לו, אלא גם להבינו.

ניכרת חזרתיות על משפטים או על רעיונות, הנובעת הן משכחת הנאמר קודם לכן והן מהרצון למלא את הקשר החברתי בתוכן. חזרתיות זו עשויה ליגע מאוד את הסובבים.

עם התקדמות המחלה, חוזר האדם לשפת אמו ומתקשה להיזכר ולהשתמש בשפות אחרות שרכש במהלך חייו. עם זאת, עדיין ניתן לזהות שמירה על המבנה התחבירי של המשפט הפשוט, יכולת הגייה ואמירת משפטים בעלי משמעות חברתית.

סיכום הבעיות השפתיות האופייניות לשלב הביניים:

- שימוש במילים סטריאוטיפיות;
- צמצום רעיונות;
- חזרה לשפת האם;
- חזרתיות רבה ביותר;
- דיבור על דברים שוליים רבים ללא קשר ביניהם, אסוציאטיביות;
- חוסר יכולת לתקשורת מופשטת;
- קיצור משפט או חלקיו;
- דלות באוצר המילים וקושי בשליפה;
- החלפת מילים במילים דומות או בצלילים דומים (פרפזיה), כגון אמי במקום אשתי, מרק במקום חרק.

ככל שיוורדת היכולת לתקשורת מילולית, נראה שמתחדדת הרגישות לשפת הגוף של בן הזוג לשיחה ונוצרת תלות גדולה יותר בקשר הלא מילולי. האדם הדמנטי רגיש יותר לטון קולו, לתנועותיו ולהבעותיו של שותפו לשיחה. כאשר הוא נתקל באי-הבנה של דבריו, הוא עלול להיות מתוסכל, נבוך ואף כועס, לסגת עוד יותר מתקשורת, כדי להימנע ממצבים אלה או אף להביע את תסכולו בתוקפנות.

3. השלב המתקדם של דמנציה

בשלב המתקדם של דמנציה, פוחתת מאוד היכולת התקשורתית של החולה ויש מעט מאוד הפקה ספונטנית של דיבור וכנראה גם מעט מאוד יכולת הבנה. לעתים, האדם עדיין מסוגל לענות על שאלות המופנות אליו, אך הוא בדרך כלל אינו יוזם תקשורת. שלב זה מתאפיין בירידה בשטף הדיבור, לעתים באקולליה (חזרה, כהד [echo] על מילים אחרונות ששמע) ובחזרתיות מרובה על אותן מילים בודדות או היגדים (בעלי או חסרי משמעות לשונית).

בחלק מהמקרים, האדם עדיין מסוגל לענות במילים בודדות על שאלות המופנות אליו, אך הוא אינו מסוגל לקיים שיחה.

לסובבים את האדם החולה, קשה ביותר המצב שבו האדם אינו מסוגל עוד להשתמש בשפה ובמקומה מופיעים צלילים חסרי משמעות שפתית. האדם עלול לשרוק, לצעוק, לבכות, להיאנח, לגנוח, לחרוק שיניים או להיות דומם לחלוטין.

מצב שפתי זה מסמן גם מצב כללי מתקדם של המחלה. חולים עם ליקוי ביכולת הביטוי הלשונית תוארו כבעלי פרוגנוזה גרועה מאוד לשרוד שנה אחרי הבדיקה הלשונית הגרועה (Gray-Davidson, 1996).

מיומנויות תקשורת עם אנשים הסובלים מדמנציה

הנחות יסוד

- אנשים הסובלים מדמנציה משמרים את רגשותיהם ואת יכולותיהם לחוות רגש, גם אם אינם יכולים להבין את הנאמר או לבטא את רצונם.
- הצורך בקשר ובתקשורת נשמר הרבה אחרי שהיכולת לתקשר באופן מילולי פוחתת.
- האחריות על התקשורת (המילולית והבלתי מילולית) מוטלת על האדם הבריא.
- האדם הדמנטי הוא אדם שחשוב ליצור עמו קשר ויחסי אמון ולהכיר את ייחודיותו, בהווה ובעבר.
- מודעות לבעיות תקשורת ושימוש בכלים של תקשורת לא מילולית חיוניים בטיפול באדם הסובל מדמנציה.

מיומנויות הדרושות למטפל

1. הקשבה פעילה
הקשבה מתוך הבנת מצבו של האדם הדמנטי ומתוך הכרת עולמו. הקשבה פעילה כוללת האזנה סבלנית, ניסיון להבין את הנאמר בעזרת רמזים והקשרים, שימוש בשאלות מבהירות, עזרה בהתבטאות וניסוח. חשוב מאוד ליצור אווירה מקבלת, התומכת בתקשורת, בתוך העברת מסר לאדם שאתה מעוניין בתקשורת עמו ומכיר בצרכיו המעשיים והרגשיים.
2. סגנון דיבור מתאים וחיובי
דיבור בהיר, פשוט ושול, מתן זמן לאדם להבין ולהגיב, ללא הרמת קול, מתוך סבלנות, נימוס וכבוד; שימוש במשפטים קצרים וברורים. במצבי אי-הבנה - שימוש בניסוח אחר ובמילים אחרות. הימנעות מהצגת שאלות שלמטופל עלול להיות קושי במתן תשובה להן, ניסוח שאלות אשר התשובה להן היא "כן" או "לא", הצגת אפשרויות בחירה קלות, שימוש בחוש הומור וצחוק משותף עם המטופל.
3. שימוש בתקשורת לא מילולית
יצירת קשר עין, הימנעות מהצפה בגירויים וברעשי רקע, שימוש במגע; התנהגות רגועה, תוך צמצום תנועות מיותרות, במטרה ליצור אווירה בטוחה ורגועה; היעזרות ברמזים מוחשיים; היכרות עם שפת הגוף של האדם וצפייה פעילה בשפת הגוף שלו, כדי להבין כיצד הוא חש ולהתאים את התקשורת לכך. רצוי להיעזר במגע קל ועדין המתאים לאדם.
4. מתן תוקף לדברי האדם
כיבוד מחשבותיו ורגשותיו של האדם והתייחסות אליהם כאל "האמת שלו". רגשותיו ומחשבותיו של האדם הסובל מדמנציה הם המציאות שלו ואליה עלינו להתייחס, ללא קשר אם הם "אמיתיים" או לא (פירוט בסעיף הבא).

גישת התיקוף (Validation)

גישת התיקוף מתייחסת לדבריו של האדם כאל האמת הסובייקטיבית שלו, גם כאשר דבריו לא נראים לנו נכונים לאור המציאות האובייקטיבית שבה אנו חיים. האדם הדמנטי, בשל הבלבול שבו הוא נמצא והפגיעה בהתמצאותו בזמן, במקום ובסיטואציה, רואה את המציאות בעיניים אחרות. הוא עשוי לחשוב, למשל, כי הוא עדיין עובד, כי גילו צעיר בהרבה מגילו האמיתי, כי הוריו או ילדיו מחכים לו.

קיימות גישות שונות להתייחסות לחוסר התמצאות שכזה. כאשר עוד ניתן, רצוי להשתמש בגישת "האוריינטציה למציאות", לפיה מנסים להיעזר ביכולת חשיבה הגיונית של האדם ולהחזירו למציאות. המטרה היא להבנות את הסביבה ואת דבריו אליו, כדי לסייע לו להתמצא במציאות הקיימת וכדי שהיא תהיה ברורה יותר בעבורו. כלומר, מטרת התיקוף היא לעזור למטופל להבין את המציאות סביבו.

אולם, ככל שמצבו הקוגניטיבי של האדם מידרדר עלולים להיות מצבים שבהם האדם חי במציאות אחרת, מציאות משלו. הניסיונות להחזירו למציאות שלנו נכשלים ועלולים להיווצר מצבים מתסכלים או מאיימים לאדם המבולבל. לעתים, הדבר מגיע לכדי צורך להיעזר בתרופות פסיכיאטריות, כדי לשלוט על רגשות כמו חרדה או למתן מחשבות. במצבים אלה, הגישה התקשורתית המתאימה היא זו המתייחסת לאותה מציאות מדומה כאל המציאות האמיתית בעבור החולה. התקשורת עמו צריכה לכבד את מחשבותיו ואת רגשותיו, גם אם הם אינם נכונים, לתת תוקף למחשבותיו ולרגשותיו ולהתייחס אליהם כאל "אמת של האדם".

יש הסבורים, כי יש לרדת לשורש הרגש ולבדוק מדוע, לדוגמה, האדם מתגעגע לאמו או רואה דמויות מתחת למיטה. האם זהו הדהוד של מצבים בין-אישיים או נפשיים לא פתורים מעברו? (Feil, 2002). האם זו תגובה למצבים של סביבה לא מתאימה או לליקויים חושיים בהווה? בכל מקרה, אם זה אפשרי, חשוב להכיר את עברו של האדם ואת עולמו הפנימי, על מנת להבין את ההקשר למחשבות אלו ואת תגובתו אליהן. יש לתקשר עמו מתוך כבוד גם אם מחשבותיו אינן נכונות. מטרת התקשורת במצבים כאלה תהיה להרגיע את האדם, לגרום לו להרגיש טוב עם עצמו ולא לעמת אותו עם חוסר הדיוק במחשבותיו, שכן דרך זו אינה יעילה, אלא גורמת לתסכול רב יותר, לסבל ולקונפליקט עם המטפל. כך, לדוגמה, אם האדם סבור שעליו להגיע לעבודה והשעה היא 02:00 לפנות בוקר (ואי-אפשר לשכנעו כי עכשיו לילה וכי הוא פרש לגמלאות כבר לפני 20 שנה), אזי ניתן אולי לשכנעו לחזור למיטתו באמירה, כי המפעל סגור היום בשל תקלה/ חג/ שביתה וכי יודיעו לנו מתי מפעילים שוב את המפעל, או שהמכונה עליה הוא עובד מקולקלת וכיו"ב. אישה המחפשת את ילדיה שצריכים לחזור מבית הספר עשויה להשתכנע להפסיק לנסות לחמוק החוצה מהדלת אם נוכל לשכנעה שילדיה כעת בטוחים אצל השכנה או אצל חמותה. אחר כך, רצוי להסיח את תשומת לבה מדאגה זו ולהפעילה באופן שתשכח את דאגתה.

הדבר החשוב ביותר בסוג תקשורת שכזה הוא העברת המסר שאנו מכבדים את האדם כאדם ומתייחסים אל מחשבותיו ורגשותיו ברצינות ובאמפתיה אמיתית. יש שיאמרו

שזוהי מניפולציה. בעיניי, זוהי הקשבה אמיתית לאדם מתוך הבנה עמוקה ואנושית של מחלתו, תעתועי מוחו וסבלו. איננו יודעים עדיין כיצד למנוע את המחלה או לרפאה, אבל ביכולתנו לנסות לצמצם ככל האפשר את הסבל של האדם ושל המטפלים בו.

תקשורת לא מילולית - שפת הגוף

כאשר מדברים על תקשורת בין אנשים מתכוונים בדרך כלל לתקשורת מילולית. היכולת לשמוע ולהבין דברים שנאמרים והכושר לנהל שיחה הם חשובים, אולם לאדם יש גם יכולת גבוהה לקיים תקשורת לא מילולית. אנו מביעים רגשות מורכבים וכוונות שונות בעזרת תנועות, מחוות והעוויות פנים. סימנים אלה הם "שפת הגוף" שהיא עתיקת יומין והשימוש בה בדרך כלל לא מודע. מחקרים שונים מצאו, כי הרכיב המילולי של שיחה מילולית הוא פחות מ-35% ואילו משקלה של התקשורת הלא מילולית הוא מעל 65% (פייס, 1981).

מקורותיה של שפת הגוף הם קדמוניים: "האדם, ההומוספייאנס, שכח זה מכבר שהוא חיה ביולוגית. זן של יונק, קוף חסר שיער שלמד ללכת על שתי גפיו התחתונות, בעל מוח מפותח וחכם. כמו כל מין אחר, אנו נשלטים על ידי חוקים ביולוגיים המפקחים על תנועותינו, תגובותינו, שפת הגוף וההעוויות שלנו" (פייס, 1981: 10).

התקשורת הלא מילולית של בני האדם ושל בעלי החיים מורכבת מרכיבים אלה:

- תקשורת חזותית, המתבטאת בשימוש בתנועות גוף ובהעוויות פנים;
- תקשורת קולית שעיקרה השמעת קולות;
- תקשורת כימית שהיא העברת ריחות וקליטתם;
- תקשורת מגע - המתבצעת על ידי מגע או על ידי העברת תנודות.

לשם העברת מסר מסוים מועברים, לעתים קרובות, מספר אותות תקשורתיים בו-זמנית (לב-ינאי וטרקל, 1997).

היום בני האדם מודעים פחות לאותות אלה, אך הם חשופים להם וקולטים אותם ברמה החושית, ככל בעלי החיים.

אחת ההגדרות המקובלות בספרות המדעית למושג "תקשורת" בקרב בעלי החיים היא זאת: "מעבר של מידע מבעל חיים אחד לשני על ידי שימוש במסרים או באותות. אותות רבים המשמשים לתקשורת הם פשוטים וישירים, אך קיימים גם אותות מורכבים מאוד המערבים יחסי גומלין מורכבים בין הפרטים המתקשרים" (לב-ינאי וטרקל, 1997: 31).

"היונקים העילאיים קוראים זה את פני זה ללא הרף ותרים אחר תנודות קלות המעבירות מסר של ידידותיות, מיניות, פחד או עוינות... הבעות הפנים משתפות לכל בני המין. הן מתפתחות באופן טבעי וללא למידה מיוחדת, והן כמעט שאינן משתנות לאורך החיים הבוגרים. גם התגובות על ההבעות האלה מולדות בעיקרן. רוב הבעות הפנים אינן מוגבלות למין אחד בלבד" (מוריס, 1992: 163).

האדם הסובל מדמנציה יכול פחות ופחות להיעזר בתקשורת המילולית והופך רגיש יותר ויותר לתקשורת הלא מילולית והרגשית. בשלב המתקדם של המחלה, הוא כמעט שאינו

יכול עוד להשתמש בתקשורת מילולית, בעיקר כמוסר מסר, אך גם כקולט המסר. האדם מסתמך יותר ויותר על האותות שהוא קולט בחושי הקדמוניים. לפיכך, על האדם הבריא להיות מודע הן לדרך שבה הוא מוסר מסרים והן לדרך שבה הוא קולט ומפרש את המסרים שמעביר לו האדם החולה.

התקשורת הלא מילולית עם האדם הדמנטי חשובה ביותר, בשל הליקוי ביכולות התקשורת המילולית שלו. עקב זאת, האדם הדמנטי נהיה רגיש יותר לרמזים לא מילוליים; הוא רגיש יותר לצליל, לקצב ולתנועות המלוות את המילים; הוא רגיש יותר גם לכעס ולעצבנות שהוא קולט מסביבתו. תגובתו עלולה להיות עלבון, נסיגה מקשר או אף תוקפנות כלפי מוסר המסר.

החוקרת Chase, שהייתה ממייסדות תחום התרפיה בתנועה (Chaiklin, 1975), סבורה, כי לעתים תכופות תקשורת מילולית משמעותית היא בלתי אפשרית או לא מספיקה. בתרבות המרוכזת סביב מילים, מצופה כי התקשורת היעילה תהיה בעיקרה מילולית. זאת, בעוד שהתרבות הרגשית היא תכופות בגדר 'טאבו'. בתרבות שלנו קיימת התעלמות מכך, שקיימות שתי רמות של תקשורת: מילולית ורגשית. כאילו אנשים אינם מודעים לכך שהם תמיד מתקשרים ברמה לא מילולית. אפילו אם הם נותרים שקטים מילולית, הם אף פעם לא מפסיקים לתקשר ברמה לא מילולית.

יונה שחר-לוי (2004), תרפיסטית בתנועה, כותבת בספרה **מהגוף הסמוי לסיפור הנפשי הסמוי**, כי התנועה הרגשית היא שפת הקשר הראשונית. שפת האם הראשונית של כולנו היא שפה גופנית-תנועתית-רגשית ולא שפה מילולית-סימבולית. תינוק לומד לייחס משמעויות רגשיות לדיבור הלא מילולי של הדמויות ההוריות. בהתאם לכך, הבעת אמפתיה לאדם הדמנטי, בהתאמה ליכולת התקשורת שלו, היא רכיב חיוני ביותר בתקשורת עמו ובקשר עמו, במיוחד ככל שמחלתו מתקדמת.

במצבים המתקדמים של המחלה, כאשר האדם כמעט שאינו מסוגל לתקשר באופן מילולי, קיימת נטייה להתייחס אליו כאילו אינו מבין דבר ואף אינו חש דבר. קיימת סכנה להתייחס לאדם זה כאל "לא-אדם". דווקא בשלב זה, התקשורת עם האדם מאתגרת ביותר. יונה שחר-לוי (2004) ופסיכולוגים נוספים, מתייחסים להתפתחות האדם מינקות. הם עוסקים בהתנסויות הגופניות הראשונות של האדם, אשר משפיעות על יחסו לעצמו ולעולם החיצוני. הקשר הראשוני, בעיקר עם גוף האם, הופך להיות זיכרון ראשוני של האדם שיקבע את קשריו עם עצמו ועם אחרים. שחר לוי מכנה זיכרון זה "תלכידי זיכרון". זיכרונות שאנו כמעט לא מודעים להם, אך משפיעים עלינו בכל גיל. ככל שהאדם הדמנטי מאבד תפקודים קוגניטיביים, הוא חוזר, לדעתי, לאותם תלכידי זיכרון בסיסיים. הוא משתוקק לחוש שוב את "המעטפת ההורית-החיקית" שהיא מרחב מוגן, הממלא תפקיד של נשיאה, הזנה והגנה. גם האדם הדמנטי, עדיין 'מדבר' באמצעות חילופי מתח שרירי, תזוזות, תנועות וקולות. האדם במצב המתקדם של דמנציה זקוק לסיוע "המעטפת ההורית החיקית", שתעטוף, תגונן ותווסת את זרם הגירויים מהחוץ פנימה, בדומה לעור. התקשורת של האדם הדמנטי מעטה. המטפל מכיר אותו ויכול לזהות אצלו תשדורות

גופניות מזעריות ומהן להסיק על מצבו, על אי-נחת וכאב לעומת שביעות רצון, המובעים בתנועותיות מזערית ולא רק שפתית ולספק לו הגנה ומעטפת.

כללים בסיסיים לתקשורת עם אדם הסובל מדמנציה

להלן מספר כללים בסיסיים של תקשורת לא מילולית נכונים לכל תקשורת, אך לתקשורת עם האדם הדמנטי בפרט:

1. **סילוק רעשי רקע:** יש לשים לב להשפעות אפשריות של גירויים נוספים, כגון טלוויזיה, תמונות, השתקפויות, חפצים נוצצים וצבעוניים, תנועת מאווררים.
2. שפת גוף המשדרת לאדם **הקשבה וריכוז בו:** הפניית הגוף אליו, הימנעות מתנועות מיותרות, **יצירת קשר עין**, שמירה על גובה גוף דומה (לא להתנשא מעליו או לגהור מעליו). שימוש בשפת גוף המשדרת פתיחות והקשבה (לדוגמה, לא לשבת בידיים שלובות מולו).
3. **כיבוד המרחב האישי סביב האדם:** יש להעריך לכמה מרחב אישי זקוק האדם סביבו. יש אנשים שאוהבים חיבוק אמיץ ויש שחיבוק כזה מרתיע אותם. בעת כניסה למרחב של שני מטר ויותר מהאדם, יש להתקרב באטיות ולא במהירות או בהפתעה, דבר שעלול להתפרש כהתקפה. בעת ההתקרבות לאדם שמכונס בעצמו ואינו בקשר עם הסביבה, חשוב להבטיח שהוא יחוש ויראה שמישהו מתקרב אליו, זאת על ידי קריאה בשמו, מגע קל ועדין. חשוב לא ליפול למלכודת, שבה הנטייה שלנו לא להתייחס לאדם שנראה לנו שאינו מגיב עוד לתקשורת מילולית או לסביבה. אדם כזה עדיין מרגיש ועשוי לחוש מאוים ממגע פתאומי ומכל עשייה טיפולית כלפיו. על המטפל לנקוט גישה המערבת את עקרונות התקשורת הלא מילולית ואת חושיו של האדם.
4. **מעקב מתמיד אחר שפת הגוף של האדם** כדי לאתר סימני מצוקה פיזית או רגשית, שהוא לא מסוגל להביע בדרך מילולית. מעקב אחר סימני הנאה יאפשר הגברת רגעי ההנאה, מתוך מודעותו של המטפל לגורמים להנאה.
5. **מתן אפשרות לחולה להביע תסכול וכעס** על ידי צעקות, קללות וכדומה. לעתים רצוי להצטרף אל החולה בדרך של "ראי" (mirroring), כלומר הצטרפות בקול ובקצב דומים, תוך הזדהות עם הרגשות המובעים בדרך זו. כך האדם עשוי לחוש פחות בודד, מובן יותר. לאחר מכן, אפשר בהדרגה לשנות את הקול לקול רגוע יותר ובקצב שונה.
6. **מגע קל ועדין**, מתוך בדיקה על ידי תצפית בשפת הגוף של החולה, שהמגע מתאים לו ולא מפריע. אנשים רבים יגיבו היטב גם לחיבוק "מכיל" וממתן, הנותן תחושה של ביטחון פיזי ו"ערסול" הורי. רצוי לנסות להכיר את האדם ולדעת אם תגובה מסוג זה תועיל לו או רק תגביר את מצוקתו. מומלץ גם מגע קל בלחי, בעורף, בצוואר ובזרוע...
7. **שימוש בסימנים חיוביים של תקשורת:** הנהון בראש לאות אישור, חיוך, קשר עין, נגיעה מעודדת, אך בהתאמה לאופי התקשורת הנמסרת על ידי האדם. הדבר חשוב בעיקר בשלב שבו שפת האדם אינה מובנת לקולט המסר.

8. **מרכז אישי** לפני קיום תקשורת עם אדם סוער: חשוב שהמטפל יוכל להיות חופשי מרגשותיו, מתסכולו ומעייפותו, כדי שיוכל להיות פנוי לתקשר עם האדם הדמנטי הסוער. לפי פייל (Feil, 2002), התהליך נמשך שלוש דקות וכולל:

- נשימות עמוקות;
- מיקוד חשיבה על נקודת הטבור בגופי, כנקודת ריכוז;
- שאיפה עמוקה דרך האף, מילוי הגוף באוויר, נשיפה דרך הפה;
- הפסקת כל דיאלוג פנימי והקדשת כל תשומת הלב לנשימה;
- חזרה איטית על התהליך שמונה פעמים.

תהליך זה יסייע למטפל לקיים תקשורת מתוך שליטה והבנה ולא מתוך היסחפות אחר תגובה רגשית וספונטנית שלו לתקשורת הסוערת של האדם הסובל מדמנציה. **לסיכום**, התקשורת עם האדם הסובל מדמנציה חשובה ביותר. האחריות על התקשורת וקיומה מוטלות על המטפל. לשם יצירת תקשורת עם המטופל, צריך המטפל להכיר את יכולותיו ומגבלותיו השפתיות והקוגניטיביות של החולה, המשפיעות על יכולתו לקיים תקשורת. בכל מצב, ניתן ואף חיוני להיעזר בתקשורת לא מילולית, המותאמת לאדם.

עלינו לזכור, כי **הצורך בתקשורת קיים גם כאשר היכולת לקיימה הולכת ונמוגה!**

מקורות

מוריס, ד. (1992). **תצפית על בעלי חיים, להתבונן ולהבין את עולם החי**

המופלא. אור יהודה: ספריית מעריב.

לב-ינאי, ד. וטרקל, י. (1997). **פרקים בהתנהגות בעלי חיים**. ירושלים: המרכז להוראת המדעים בשיתוף עם הסוכנות היהודית, האוניברסיטה העברית בירושלים.

שחר-לוי, י. (2004). **מהגוף הסמוי לסיפור הנפש הסמוי**. ירושלים: פרינטיב.

גולן-שמש, ד. תקשורת עם תשושי נפש. בתוך: **ערכה להדרכת מטפלים**: אשל האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל (ע"ר). בתהליך כתיבה.

פייס, א. (1981). **המשמעות של שפת הגוף**. אורטל אור-עם.

Chaiklin, H. (Ed.) (1975). *Marian Chase: Her papers*. American Dance therapy association.

Feil, N. (2002). *The validation breakthrough*. Baltimore: Health Professions Press.

Gauthier, S. (1996). *Clinical diagnosis and management of Alzheimer's disease*. London: Martin Duniz.

Gray-Davidson, F. (1996). *The Alzheimer's sourcebook for caregivers*. LA: Lowell House.

Reber, A. S. (1985). *The Penguin dictionary of Psychology*. England: Penguin Book.

Webster's encyclopedic dictionary of the English language (1989). N.Y.: Portland house.

תודה לגב' ניצה אייל ולד"ר גיתית קווה על הערותיהן.

הפעלת חולי דמנציה - למה ואיך?

רחל ברנבאום

מבוא

"לאמי יש דמנציה, מה אני יכול לעשות איתה? מה היא יכולה לעשות?" זוהי שאלה נפוצה, שאנשי מקצוע העובדים עם חולי דמנציה שומעים שוב ושוב. חלק זה של הספר, הכולל 11 תתי-פרקים, עוסק בנושא של הפעלת חולי דמנציה. אך לפני שניכנס לשאלות, כמו מה לעשות ואיך לעשות, עלינו לשאול את עצמנו - מדוע אנו טורחים כל כך להפעיל אדם עם דמנציה? הרי בדרך כלל, הסובל מדמנציה הוא כבר אדם זקן, שחי חיים מלאי פעילות. אולי הוא כבר עייף? מה זה משנה לנו אם הוא יושב כל היום בכיסא וצופה בטלוויזיה? למה להכריח אותו לקום ולהתלבש אם הוא רוצה לנוח במיטה כל היום? למה להכריח אותו לנעול נעליים ולצאת לטייל בגינה אם הוא מסרב? האם אנו מתייחסים אליו בכבוד או באכזריות? האם לא מגיע לו להחליט בעצמו מה הוא רוצה לעשות כל היום? הדמנציה פוגעת ביכולות רבות של האדם. אחת מהן היא היכולת ליזום תקשורת או פעילות (Bell & Troxell, 1997). זאת אומרת, שלא בהכרח שהחולה לא רוצה להיות פעיל, אלא שהוא כבול מליזום ולפעמים אף לא יודע איך להתחיל ולעשות את מה שבעבר נהנה לעשותו (Moeller & Kolanowski, 2006); הוא זקוק לעזרה כדי להשתתף בפעילות (Carlson & Foster, 2000), חשוב לו שהדברים יהיו משמעותיים בעבורו, יגרמו לו סיפוק והנאה ויתנו לו הזדמנויות של שליטה, בקיאות וחיוניות. אי-הפעילות עלולה לגרום לחולה לשעמום, המוביל להתנהגויות לא רצויות, כמו שוטטות, אכילת יתר, צעקות וכדומה. יש הטוענים, כי כאשר אנו מתאמצים למצוא הפעלות מתאימות ומעניינות למטופלים שלנו, ודואגים לשכנע אותם להשתתף בהן, אנו כביכול עושים את העבודה קלה יותר בעבורנו. עם זאת, חשוב לזכור, שהפעלת חולי דמנציה עשויה להשפיע לטובה על התנהגותם. מעבר לזאת, יש מוסדות ומרכזי יום המצליחים להפחית את מיונון של תרופות ההרגעה, בזכות תכניות ההפעלה הקיימות בהם (Marshall & Hutchinson, 2001).

מחלת הדמנציה גורמת לירידה בתפקודו של הסובל ממנה. אדם שאינו פעיל כל היום, שלא מקבל גירויים מהסביבה ולא עושה שום פעילות פיזית עלול להידרדר באופן מהיר יותר מקצב ההידרדרות המקובל של המחלה. הוא יסבל מ-excess disability (חוסר יכולת מואץ) (Zgola, 1999). כלומר, מי שהיה יכול להתלבש לבד אולי יפסיק לעשות זאת, מי שאכל לבד אולי יחדל לאכול בכוחות עצמו, מי שקרא דברים קלים אולי יפסיק

לגמרי לקרוא. הפעלה פיזית מונעת נפילות ומסייעת לאדם לשמור על כושר התנועה, על כושר השרירים, על שיווי המשקל, צפיפות העצם וזרימת הדם. יתרה מזאת, הפעלת אדם עם דמנציה עשויה להשפיע לטובה על בעיות נלוות של המחלה, כמו בעיות שינה, אכילה ועצירות. מי שעסוק כל היום - ישן טוב יותר בלילה, אוכל טוב יותר וסובל פחות מעצירות (Bowlby, 1993). אדם המשתתף בתכנית הפעלה מגוננת חי באיכות חיים ברמה טובה יותר מבחינה פיזית ונפשית. יש לו סיבה לקום בבוקר ולהתלבש, ואף שהכישורים שלו ירדו, יש עדיין דברים רבים שהוא יכול לעשות ואלה תורמים להרגשה נעימה יותר, לדימוי עצמי ולכבוד (Fazio, 1999). מכאן ברור, שרצוי להפעיל אנשים הסובלים מדמנציה. השאלה היא - במה ואיך? כל תכנית הפעלה צריכה לכלול הפעלות מגוונות, שיתנו את מרב הגירויים לכל החושים. בכל תכנית חשוב שיהיה שילוב של הפעלות גופניות, קוגניטיביות, יצירתיות ורוחניות. בדרך זו, נוכל אנו, המטפלים, להגיע לכל הכוחות הקיימים במטופלים שלנו (Nissenboim & Vorman, 1998; Sheridan, 1987; Tonarelli, 2008). הפעלה גופנית יכולה לכלול התעמלות, ריקודים, טאי צ'י, הליכה; הפעלות קוגניטיביות יכולות לכלול משחקי לשון וחשבון, האזנה לסיפורים, בחירה והבעת דעה; הפעלה רוחנית - פעילויות כמו כיצד ליהנות מהטבע (גינון), שירה ומוזיקה. יש חוקרים (Mendez, 2004; Miller & Hou, 2004) הטוענים, שככל שהיכולת השכלית יורדת, עולה המוכנות של אדם לפעילויות יצירתיות.

מציאת הפעילויות המתאימות לכל אדם עם דמנציה ולכל קבוצה של חולי דמנציה היא אחד האתגרים המעניינים ביותר הניצבים בפני המטפלים. ככל שנכיר את האנשים שאתם אנו עובדים, עולה הסיכוי לבניית תכנית הפעלה מתאימה. לשם כך, רצוי להיעזר בסיפור החיים של כל אחד בקבוצה. לדוגמה, אם מטופל עבד כאדריכל, אפשר להביא לו תמונות של בניינים מרחבי העולם ולדבר איתו על העיצוב שלהם. ברוב המקרים, אם אנו נהנים מהפעילות יש סיכוי רב יותר שגם המטופלים ייהנו. בכל מקרה, חשוב לזכור שגם לאנשים עם דמנציה יש זכות בחירה באיזו הפעלה להשתתף. במידת האפשר, יש להתייעץ עמם.

עצות כלליות למטפלים

1. תהליך הקשר הבין-אישי והאווירה חשובים יותר מהתוצאה.
2. ההפעלות צריכות להיות מתאימות לאדם מבוגר. פעילויות ילדותיות עלולות לעורר כעס, תסכול או שעמום. כל פעולה חייבת להתאים ליכולות של החולה. לדוגמה: אף שתפקוד החושים יורד עם הגיל רצוי לתת גירוי לכל החושים, כי חלק מהם מתפקדים כראוי.
3. מומלץ לגוון את הפעילות, לנסות מידי פעם פעילות חדשה.
4. לפעמים הדברים הקטנים והלא מתוכננים מראש הן ההפעלות המוצלחות ביותר; לפעמים מספיקה הישיבה יחדיו במנוחה.

5. השתתפות בכל פעילות צריכה להיעשות בהסכמה. לעתים, יש לתת קצת עידוד (לא אגרסיבי מדי), כדי לקבל הסכמה זו.
6. אפשר לעזור לאנשים, אבל לא לעשות בשבילם את מה שהם יכולים לעשות בעצמם. זאת, מתוך כוונה לתת להם עצמאות במידה האפשרית והרגשה שהם עדיין יכולים להיות יצירתיים.
- כאמור, חלק זה של הספר כולל מספר תתי-פרקים ובהם דוגמאות של הפעלות העשויות להיות פתח לעבודה עם חולי דמנציה. חשוב לזכור, שמוצגות כאן רק אפשרויות אחדות. בנספח לספר מופיעה רשימה של 101 רעיונות שאפשר לעשות עם חולי דמנציה. מכל מקום, על המטפל להשתמש ביצירתיות שלו, כדי לפתח תכנית טיפול לכל חולה ולכל קבוצה.

מקורות

- Bell, V., Troxel, D., Cox, T.M. & Hamon, R. (2007). *The best friend book of Alzheimer's activities* (Vol. II). Baltimore: Health Professions Press.
- Bowlby, C. (1993). *Therapeutic activities with persons disabled by Alzheimer's disease and related disorders*. Baltimore: Aspen Publishers.
- Carlson, D.M. & Foster, B. (2000). *Reaching communities with Alzheimer's education. A comprehensive train-the trainer manual*. Reno, Nevada: Eymann Publications.
- Fazio, S., Chavin, M. & Clair, A. (1999). Activity based Alzheimer care: A national training program. *American Journal of Alzheimer's Disease*, May-June 14 (3): 149-156
- Marshall, M. & Hutchinson, S. (2001). A critique of research on the use of activities with persons with Alzheimer's disease: A Systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing*, August 35 (4): 488-496.
- Mendez, M.F. (2004). Dementia as a window to the neurology of art. *Med. Hypotheses*, 63 (10): 1-7.
- Miller, B.L. & Hou, C.E. (2004). Portraits of artists: Emergence of visual creativity in dementia. *Arch. Neurol.*, June, 61 (6): 842-4.
- Moeller, J. & Kolanowski, A. (2006). Lessons learned when working with persons who have dementia. *Activities Directors Quarterly for Alzheimer's & Other Dementias*, 7(1): 4-9.

- Nissenboim, S. & Vorman, C. (1998). *Positive interactions program of activities for people with Alzheimer's disease*. Baltimore: Health Professions Press.
- Sheridan, C. (1987). *Failure-free activities for the Alzheimer's patient*. San Francisco: Cottage Books.
- Tonalreli, L. (2008). *Research based therapeutic Alzheimer's activities for groups and individuals in all stages of Alzheimer's diseases or other dementias* (2nd. Ed.). LA: Freiberg Press.
- Zgola, J. (1999). *Programming activities*. In: Zgola, J. *Care that works: A relationship approach to persons with dementia*. Baltimore: Johns Hopkins Press.

אתרי אינטרנט

www.care4elders.com

<http://www.activitytherapy.com/>

<http://www.thenaap.com>

טיפול קבוצתי באמצעות אמנות

איה זלוטוגורה

מבוא

התרפיה בהבעה וביצירה מפגישה את האדם עם חוויה המאפשרת נגיעה בעולמו הרגשי, הראשוני והספונטני. יכולת יצירתית שהייתה חבויה במהלך החיים פורצת ומקבלת הכרה ומעמד דווקא במקום שבו השפה המקובלת משתבשת או קיימת הגבלה אחרת (Abraham, 2004).

מטרות העבודה באמנות

המטרה העיקרית בעבודה באמנות עם חולי אלצהיימר היא לחזק את הדימוי העצמי שלהם. באמנות הדבר נעשה כאשר מאפשרים למטופל להביע עצמו וליצור בצורה בוגרת ועצמאית בחומרים שונים. בדרך זו הוא גם יכול ליהנות מתהליך העבודה וגם להיות גאה בתוצר (Seifert, 2000). אמנות מרחיבה את יכולת הביטוי האוטנטית של המטופל ואת התקשורת אתו וכן מעלה קונפליקטים בצורה בלתי מאיימת. תהליך היצירה עצמו מעודד הבעה ותקשורת בין המשתתפים למנחה (שתפקידו לתת תמיכה רגשית ומעשית לאורך כל תהליך העשייה).

מטרת הפעילות באמנות אינה ללמד ידע חדש, אלא לבנות על הקיים ולהתבסס עליו. לכן, חשוב להכיר את האדם שאתו אנו עובדים (Abraham, 2004).

דרכי העבודה

אפשר לעבוד בצורות שונות. הבחירה באיזו צורה לעבוד תלויה בגורמים שונים, כמו סוג הקבוצה (גדולה, קטנה, חלשה), מקום פיזי, תקציב ואישיות המטפל. המטפל צריך להכיר את עצמו, לדעת איך מתאים לו לעבוד ואיזה סוג עבודות הוא מעדיף להביא לקבוצה. ככל שהוא נהנה מהעבודה גם מטופליו ייהנו והאווירה בקבוצה תהיה נעימה יותר.

דרכי העבודה האפשריות הן:

1. עבודה פרטנית (אחד מול אחד);
 2. עבודה בקבוצות קטנות או גדולות, כל הקבוצה עוסקת בעבודה זוה;
 3. עבודה אישית עם כל אחד בתוך הקבוצה הגדולה. כלומר, כל אחד עובד במה שהוא בוחר, כשהעבודה מותאמת ליכולתו ולצרכיו.
- כאשר מטפל נפגש עם אדם חדש, עליו לערוך עמו היכרות, כדי לדעת איזה חומרים ועבודות להגיש לו.

מהם הקריטריונים לבחירת העבודה?

לשם כך, יש לבחון מספר נקודות:

1. **בחירה אישית של המטופל:** חשוב לאפשר לו, ככל הניתן, לבחור במה הוא רוצה לעסוק. בחירה זו מחזקת את הדימוי העצמי שלו. יש לוודא אם למטופל יש ידע קודם בסוג מסוים של אמונות או מלאכות יד ואז להציע זאת כאפשרות לבחירה.
2. **מוגבלות גופנית:** יש להתייחס בבחירה למוגבלות הגופנית של המטופל. בהתאם לכך, אפשר להכין למטופל עזרים שונים, שיקלו עליו לעבוד באמנות (למשל: לאנשים עם שיתוק - קיבוע העבודה לשולחן, כדי שהיא לא תזוז; עפרונות מיוחדים שקל להחזיקם; חומרים רכים למי שאין לו כוח בידיים; עבודות מיוחדות לכבדי ראייה).
3. **מוטיבציה וסבלנות:** לאנשים בעלי סבלנות נמוכה רצוי לתת עבודות קצרות עם תוצאה מיידית. כדי לעורר מוטיבציה, אפשר, למשל, להציג בפני המשתתפים עבודה יפה, גמורה, או להגיד שזאת עבודה שעושים כמתנה לנכדים.
4. **דימוי עצמי:** למטופלים רבים יש הרגשה שהם כבר "לא יכולים לעשות שום דבר, שהם לא שווים". יש להם פחד מכישלון. לכן, על המטפל למצוא עבודות שהם יצליחו לבצע וכך גם יחזקו את הדימוי העצמי שלהם.
5. **יכולת ההבעה של המטופל:** באמצעות עבודה באמנות אפשר לפתח אינטראקציה אחרת עם המטופל. מי שמתקשה בדיבור יכול להתבטא דרך הציור שלו.
6. **התאמת החומרים:** לדוגמה, מי שהיה חשמלאי מתאים לו לעשות עבודות שונות מאלו שתעשה מי שהייתה טבחית. רצוי לרכוש חומרים המתאימים לכל אחד.
7. **תקשורת חברתית:** היכולת של המטופל לעבוד בצורה פרטנית או קבוצתית. חשוב גם להחליט ליד מי ישב בקבוצה וכדומה.
8. **השלב ההתפתחותי בציור:** קריטריון זה קשור לציור המנדלה (הרחבה בנספח לרשימה זו).

דוגמאות

מטופל מדבר על בית הוריו, על המקום שבו גדל. הוא מנסה לצייר את הבית וללכת בעקבותיו. הוא מצייר שרטוט של ביתו ונזכר בחדר של סבתו, שישבה על מיטה גדולה. המטפל מנסה לעורר את רגשות המטופל, לשאול שאלות על הסבתא ולשקף את געגועיו לתקופה. המטפל עצמו יכול לתאר את חוויותיו שלו: "גם אני מתגעגע לסבתא שלי. אני זוכר שסבתתי הייתה..." השיחה יכולה לכלול קטעים מצחיקים על סבתות, למשל: תרופות סבתא, מנהגים ועוד.

מטופלת מספרת, שבצעירותה רקמה את הנדוניה שלה ודברים נוספים, אבל היום קשה לה להחזיק מחט ביד וגם קשה לה לראות. המטפל יכול להגיד שגם לו קשה לרקום, בגלל בעיות ראייה, אבל אפשר לצייר את צורות הרקמה ולהשתמש בצבעים של הרקמה. ביחד הם נזכרים בצורות ובצבעים של רקמות. המטופלת התרגלה לצייר וצוירה הם בעצם הרקמות שהיא הייתה נוהגת לרקום בעברה.

מטופלת אחרת נהגה בעברה לסרוג לכל המשפחה. זה זמן רב היא אינה סורגת. המטפל יכול לנסות להחזירה לסריגה על ידי דברי עידוד: "את יודעת, שהסריגה חזרה שוב לאופנה וכולם התחילו שוב לסרוג". אפשר להביא חוברת סריגה ודוגמאות של מוצרים שונים ולהתחיל לסרוג דברים פשוטים וקטנים, כמו צעצועים קטנים - מתנות לנכדים, צעיפים, תיקים, דברים פשוטים שבסופם מוצר. אפשר גם ליצור אווירה של קבוצת נשים סורגות בצוותא.

אפשר לצייר עם המטופלים מנדלות, התוצאה שמתקבלת - יפה ומכובדת. מטופל אחר, שלפני בואו למועדון סבל מבעיות שונות ובעיקר בעיות פסיכולוגיות סביב דימוי עצמי, כותב על עצמו:

האמנות והיצירה / חיים גול

מאז בואי למועדון גיליתי הרבה כישורים שלא ידעתי שיש בי. הכול בזכות המועדון. קיבלתי הרבה עידוד ותמיכה מהצוות הנפלא ובאמת התחלתי לפתח את התחום האמנותי שבי.

יש לי הרבה סיפוק מהתוצאות המרשימות, עד כדי כך שאינני מאמין שיש בי יכולות כאלה. דבר נוסף קרה לי, פתאום התחלתי להרגיש שהביטחון העצמי שלי משתפר ומתחזק. הפחד והתסכול שהיו לי נעלמו. אני מרגיש מאוזן ורגוע. למדתי להיות סובלני יותר לזולת, לכבד ולעזור לחברי המועדון. היכולת והרצון לבטא את עצמי בצורה מקורית וייחודית נתנו לי דחיפה לנסות את כוחי בדברים אחרים, כמו הפעילות במחשב. התחלתי להאמין בעצמי. המשפחה נותנת לי גיבוי מלא ואפילו מבקשת ממני לעשות יצירות לבתיהם, ואת זה אני עושה בשמחה.

אחרי שמתייחסים לכל הנקודות האלו, אפשר לבנות תכנית עבודה אישית או קבוצתית. במהלך העבודה יש להקדיש תשומת לב ליחסים שבין המטופל למטפל, לתרגול של להיות ביחד עם אדם אחר. דבר זה חשוב בעיקר למטפל. עליו להזהרות עם הסבל של המטופל, לשהות בתהליך שהוא עובר וללוות אותו, לשמור על קשר פנימי מסוים עם איכות התכנים והשמחה שהמטופל מביא עמו, אך גם להוסיף ממדים אחרים שחסרים; לשתף את המטופלים בדברים האלה ולפרש את הרגש העומד מאחורי הדברים; לחפש נקודות מפגש עם המטופל במקום שהוא נמצא כרגע.

עם התפתחות המחלה, יכולת ההבעה עלולה להצטמצם ואז יש מקום לעבור לעבודה החוזרת על עצמה, כמו הדבקות שונות, הנותנת תעסוקה ותוצאה דקורטיבית. זה גם זמן מתאים לציור המנדלה.

לסיכום, עבודה עם חולי דמנציה נעשית בנתינת דגש רב על תשומת לב למטופל ושיקוף רגשותיו. על המטפל לנסות להיות עם המטופל, לתמוך בו, לחזק אותו ולעודדו. מצד אחד, על המטפל לנסות להיות עם הסבל של המטופל, לשהות בתוך התהליך שהמטופל עובר, ללוות אותו, לשמור על קשר פנימי מסוים עם שמחה והומור; מצד שני, עליו להיות גם עם האיכות וההתנסות שהמטופל מביא, אך גם להוסיף ממדים אחרים. עליו לשתף את המטופל בדברים אלה, לפרש את הרגש העומד מאחוריהם ולחפש נקודות מפגש

עם המטופל במקום שהוא נמצא כרגע, לתת למטופל תחושה שמשהו קורה לנו עכשיו ביחד.

נספח: על מנדלות

המנדלה היא ציור תבניות בצירופים שונים וסימטריים סביב מרכז אחד. אופי הצירופים בכל התרבויות דומה מאוד. העקרונות של הצירופים הם סביב צורה מעגלית סגורה, בעלת מרכז, שמתייחסת אל הפריפריה, חוסמת ריבוע או חסומה בריבוע. ברוב המקרים, הצורה מתייחסת אל ארבעת הכיוונים.

אצל כל בני האדם מתחיל תהליך זהה בהתפתחות הציור, ללא תלות בתרבות שהם חיים וגדלים בה. גוסטב יונג (Jung et al., 1989), שהתנסה בעצמו בציור מנדלות, ראה במנדלה סמל למרכז, למטרה או "לעצמי" כאיכות נפשית. הוא הבין בכך, שהמנדלה משקפת את המכלול של ה"עצמי" והגיע למסקנה שהיא משתנה במצב של חוסר איזון וחוזרת לאיזון כאשר הקונפליקט מגיע לפתרונו.

יונג ראה בסמלים של התרבויות השונות מנדלות המשקפות את התרבות ומסמנות את התמצית הייחודית לה. לדוגמה, אצל הסינים, יין ויאנג משקפים את ההרמוניה והזרימה שבטבע; אצל היהודים, למגן דוד יש שורשים באדמה וראש בשמיים והוא מכיל את הפרופורציות של הטבע והאדם; הצלב של הנוצרים מבטא את גוף האדם (צלבים מופיעים גם באמנות ילדים). כשם שהמנדלה מבטאת את המאפיין הייחודי של החברה, כך המנדלה של הילד מבטאת את העצמי שלו.

קיים דמיון מדהים בין רצף ההתפתחות הטבעי של ציורי הילדים לבין תולדות ההתפתחות הגרפית של האדם, כפי שהיא מתועדת מאז ציורי המערות הפרה-היסטוריים. עיון מעמיק בתופעה זו ישכנע אותנו, שבדומה לחוק הביוגנטי הקובע, שכל פרט נושא על עצמו את קיצור תולדות המין כולו, כך נושא כל אחד מאתנו את קיצור תולדות האמנות - תולדות החשיבה בסמלים.

מקורות

- Abraham, R. (2004). *When words have lost their meaning: Alzheimer's patients communicate through art*. Westport CT: Praeger.
- Jung, C.G., Jaff, A., Winston, C. & Winston, R. (1989). *Memories, dreams and reflections*. New York: Vintage.
- Seifert, L. (2000). Customized art activities for individuals with Alzheimer type dementia. *Activities, Adaptation & Aging*, 24(4): 65-75.

טיפול באמצעות ריקוד

שושנה הירש

מבוא

השימוש בריקוד ובתנועות גוף בריפוי איננו תופעה חדשה. במשך מאות שנים הוכרו התכונות המרפאות של הריקוד והוא שימש אמצעי לריפוי מחלות ולמניעתן בתרבויות שונות בכל העולם.

תנועות גוף ועמדות גוף משקפות תחושות של בני אדם לגבי עצמם ולגבי אחרים. מצבים נפשיים מופיעים בהקבלות גופניות, כמו מתח שרירים, אופן נשימה ותנועה. בידע זה ניתן להשתמש לאבחון ולריפוי.

ריפוי בריקוד מוגדר כשימוש פסיכותרפי של תנועה כתהליך המקדם את השילוב הרגשי והגופני של היחיד (Schoop, Mitchell & Alto, 1974). הריפוי מתבסס על השקפה כוללת לגבי היחיד והוא מגלה את יחסי הגומלין בין הנפש לגוף בזמן מחלה ובבריאות. ריפוי בבריאות שם את הדגש על התהליך. המטפל מתרכז בהתנהגות התנועתית, כפי שהיא מתגלה ביחסים בינו לבין המטופל, בהתנהגויות של הסתגלות, של ביטוי ושל קשר. תנועות הגוף מספקות למטפל אמצעי להערכת המצב ולקביעת אופן ההתערבות. הטיפול כולל רכיבים אחדים: תנועה, קשר הדדי, נשימה והשלמת הדיבור השוטף והטיפול המקובל עם שטף תנועה בלתי אמצעי ופחות מוגן (אם כי ניתן גם לרפא באמצעות ריקוד בלבד). שינויים בדפוסי תנועה אישיים מצביעים על שינוי במצבו של המטופל.

הריקוד הוא התחום הבסיסי מבין האמנויות המשמשות לריפוי, כי הגוף עצמו הוא המבצע. זהו אמצעי טיפולי רב-עצמה ואישי במיוחד, וניתן להפעילו בכל העולם. בריקוד לוקחת חלק כל האישיות, ולכן הוא משמש לאנשים בעלי צרכים שונים כלי לביטוי עצמי, להבנה ולצמיחה.

טיפול בריקוד לזקנים

אי-פעילות, בידוד חברתי ואבדן הגמישות והניידות הן בעיות המשותפות לזקנים רבים, גם אם הם מתגוררים בקהילה וגם אם הם במסגרת מוגנת. שעת טיפול בריקוד יוצרת אווירה של ביטחון גופני ונפשי, שבה הזקן יכול להשיב לעצמו תחושה של ערך עצמי ושל חיוניות. גירוי פעיל של החושים באמצעות מגע, קול ותנועה עשוי להפחית אצל המטופל את המתח בגלל מגבלותיו ובכך לחזק בו את יכולת החישה. הרחבת טווח התנועה מפתחת את הרגשת החיוניות; הפעילות בסביבה קבוצתית תומכת יוצרת מודעות קבוצתית והרגשת שייכות. תחושות אלה מגבירות את האפשרות ליחסי גומלין, לתקשורת חברתית ולשיתוף.

זקנים נוטים להרגיש כעס על היותם בלתי יצרנים ועל הדחייה שהם חשים מצד ילדיהם ומקורביהם. קבוצת ריקוד מספקת להם סביבה ייחודית, שבה הם יכולים למצוא דרך לטפל ברגשות אלה בחברת זולתם.

טיפול בריקוד לחולים עם דמנציה

עם התפתחות הדמנציה נשאר החולה עם זיכרונות העבר ובו בזמן מיטשטש הקשר שלו למציאות ונעלם. גם מבחינה תנועתית החולה מבולבל - נמצא בקיפאון או באי-שקט מוטורי.

השימוש בטיפול בריקוד באוכלוסיות שונות נשען על האפשרויות הרבות שקבוצה טיפולית-ריקודית עשויה לתרום. מהתנסות אישית שלי עם קבוצת חולי אלצהיימר ודמנציות שונות עולה, כי גם אם אין מרפא למחלה ולא ניתן לעצור את ההידרדרות ההדרגתית, עשוי הריקוד לסייע לחולה במניעת מוגבלות עודפת (Excess disability) ולהנעים את חייו.

התנסותי מבוססת על שנים של עבודה עם חולי אלצהיימר ולאחר שנים רבות של עבודה טיפולית בריקוד עם קבוצות אחרות. כדי להגיע לאנשים שהזמן והמחלה מחקו מהם כמעט את כל היכולת והמוטיבציה לתנועה יזומה, החלטתי להשתמש בדרך הישירה ביותר - לא להרבות בדיבור, אלא במגע גופני ובליטוף, בעידוד מתמיד לעשייה ובעיקר במוזיקה המותאמת למוצא האתני והתרבותי של החולים. האמנתי, שבדרך זו אצליח להגיע אליהם ולעורר בהם מוטיבציה לשיתוף פעולה. ואכן, החלטה זו לא אכזבה אותי במשך כל שנות עבודתי, והגישה שפיתחתי קיבלה במשך הזמן יתר ביסוס ותוקף. הניסיון הראה, כי האווירה שנוצרה בדרך זו מאפשרת ליצור קשר עם החולה. התנועה והמוזיקה, ובעקבותיהם הקשב שנוצר בקבוצה, משנים את היציבה של הגוף ואת אופן הנשימה, את צבע הפנים ואת ההבעות. מכאן ניתן לעורר מגע בין המשתתפים, תחושת שותפות ויתר עניין במתרחש.

יצירת האווירה בשעת הטיפול

העיקרון המאפיין טיפול בריקוד הוא עבודה עם היחיד ועם הקבוצה בעת ובעונה אחת. לפעילות עם היחיד יש השפעה על הקבוצה ולהיפך. גיבוש הקבוצה נעשה באמצעות הפניות האישיות.

הגישה הטיפולית מתבססת על יחס של כבוד לאדם ולעברו ועל חתירה מתמדת למציאת הסיבה להתנהגותו של החולה בהווה, גם אם היא נעוצה בעברו וגם אם מקורה בתכונות אופי יסודיות. חשיבות רבה נודעת להתייחסות האישית, ליצירת קשר עין עם כל אחד מהחולים ולגילוי אמפתיה. אל לנו לשכוח, שהקבוצה מורכבת מיחידים, השונים לחלוטין זה מזה ברקעם ובצורכיהם.

בפועל, הדבר מתבטא כבר במפגש הראשון עם החולים ובכל פגישה ופגישה לאחר מכן. כל משתתף מתקבל בברכת "בוקר טוב" אישית, וככל האפשר בשפתו ובהתאם למצב רוחו. לכן, לפעמים נחוץ חיבוק ואפילו נשיקה, לפעמים די בלחיצת יד חזקה או

בליטוף, לפעמים עדיף מפגש מרוחק, בלי מגע, ואפילו השהיית המפגש עד שהחולה יהיה מוכן לכך. המחוות והמוזיקה מעוררות לעתים זיכרונות אישיים וחברתיים והבזקי הומור, המתבטאים בתגובה מילולית או בתנועה. אני קשובה לתופעות אלה ומשתדלת להיענות להן.

אף על פי שהיכולת הקוגניטיבית וההגנות של החולים נחלשות, הם חשים ביחסים של המטפלים אליהם ומגיבים בהתאם. אי-אפשר להולכים שולל ביחס לכך. מטפל שאינו מרגיש אמפתיה מעורר בחולים כעס, ההולך וגובר עד אשר אינו מסוגל לטפל בהם עוד. ה"בוקר טוב" האישי הוא אחד הביטויים לקשר האמפתי, המאפשר שיתוף ורצון לעשייה, קובע את מצב הרוח ויוצר תשתית אפשרית לריכוז.

הצלחת הטיפול מתבטאת גם בתופעה המפתיעה של היווצרות התקשרויות ארוכות-טווח בין החולים. פעם, למשל, הייתי עדה לאבל העמוק של החולים כאשר חבר קרוב מתוך הקבוצה נפטר. תופעה זו הצביעה על חשיבותו הרבה של הקשר הרגשי אצל חולים אלה ועל חיי רגש ערים.

תיאור שעת פעילות

אנחנו יושבים במעגל. אני בוחרת את המוזיקה לפי מצבם הנפשי והפיזי של החולים, ובליטוי המוזיקה אני עוברת שנית מחולה לחולה, ומברכת אותו שוב ב"בוקר טוב", במילים ובתנועות גוף. המשתתפים עונים לי אף הם בתנועות גוף, וכך מתחזק הקשר בינינו. כאשר אני שבה אל מקומי במעגל, עיניהם מופנות אליי. אני מציעה תנועות ברורות מאוד לשחרור שרירים ופרקים ותרגילי קואורדינציה קלים. לכל תנועה מוקצב זמן רב, עד אשר היא מובנת. כאשר מתרופף הריכוז של אחד המשתתפים, אני קוראת בשמו או נוגעת בו קלות והקשר חוזר. אמנם ההצעה התנועתית שלי מיועדת לכל הקבוצה, אך אני פונה באופן ברור לאדם מסוים, וממנו פונה לאחר. אם מישהו מציע תנועה שונה, אני מחקה אותו, אך חוזרת שוב להצעה התנועתית היסודית שלי. כך אני משיגה הרגשת נוחות אצל החולים ומבטלת לחצים שעלולים להתעורר אצלם. למשתתפים, אשר מסיבה כלשהי אינם שותפים בפועל, ניתנת מלוא הזכות להתנהג כרצונם - מטופל העוקב במבט בלבד משתתף אף הוא. לאחר תנועות חימום, שירה בקול של פזמון מוכר והקשת מקצבים פשוטים, המלכדים את הקבוצה ומזרימים אנרגיה, אני עוברת מישיבה למעגל עומד, הולך, רוקד ומתנועע. אנו מתחברים למעגל עוד בישיבה, כך שהעמידה נתפסת כמעבר אורגני ומוכן מאליו, והתנועה מורגשת כהמשך של קודמתה. כאן מתחיל החלק החופשי, הפחות מתוכנן, המודרך על ידי מצבי רוח ואלתורים.

מהמוביל נדרש קשב רב לרצונות או לדחפים של המשתתפים. יכול להיווצר, למשל, קצב חזק מאוד ומשותף, מלווה ברקיעות רגליים, בשירה או בקריאת שמם של המשתתפים בקצב או בנעימה קבועים. לאחר זמן מה המעגל יכול להפך למעין נחש, שבו כל משתתף מניח את ידיו על כתפי חברו. זהו מצב משרה ביטחון תנועתי וקירבה גופנית וגורם תמיד שמחה. אני שומרת כל הזמן על קשר עין עם חולים שאינם רוקדים מסיבות שונות (אינם

מסוגלים לקום בשל מצבם הגופני, אינם מעוניינים להשתתף או שפרשו מהפעילות כדי לנוח).

חשוב לאפשר הפסקה ומנוחה בהתאם לצורך. את המנוחה אני מנצלת ליצירת קשר אישי ומזמינה אחד מהחולים לרקוד אתי. ההזמנה והפרידה נעשות בתנועות גוף. רק חולים מעטים אינם נענים. בריקוד זה איני מלמדת, אלא קשובה לאנרגיות הזורמות מן החולה דרך ידיו, לנוקשות של שריריו ולהבעות הפנים שלו. אני קשובה לזיכרונות, אשר עולים כתוצאה מהתנועה ומהמוזיקה ומתבטאים בה, וכך נוצר בינינו קשר של הבנה. אנחנו מסיימים בישיבה, בתנועה שקטה ובפרידה אישית מכל חולה.

לסיכום, בבואי לראשונה לטפל בחולים דמנטיים האמנתי שהאפשרויות הגלומות בטיפול בריקוד ניתנות לניצול מרבי בתחום זה. העיקרון שיש לבסס את הפעילות על יצירת משותף בין היחיד לקבוצה נראה לי חיוני כבר בצעדי הראשונים. האמפטיה שחשתי כלפיהם הייתה כלי שאין לו תחליף, כדי להבין את החולה וליצור עמו את הקשר האישי, ההכרחי בעיניי. הכרת יסודות התנועה אפשרה לי לזהות את גבולות הכושר התנועתי של המטופלים ולהציע תנועות שהיו, לפי הערכתי, בגדר יכולתם. ברור היה לי, שיש להציג את התנועה בשקט ובאיטיות.

ברם, לפני שהכרתי את קשיי התפיסה של החולים, לא עמדתי על הצורך בהצגה חוזרת של התנועה ועל ההכרח להתאים את מידת החזרה של התנועה לתנאים המיוחדים של כל קבוצה ושל כל מפגש.

גישתי היא להתאים ולסגל את עצמי לחולים. לעולם איני באה עם תכנית ערוכה מראש, שאליה החולים נאלצים להסתגל, אלא עם פתיחות להעניק לחולים את הטיפול המתאים להם ביותר באותה עת. משום כך, איני מתבלבלת בהיתקלי לפתע בחולה שהתנהגותו בלתי צפויה.

עם זאת, במשך השנים התפתחה תבנית של שעת טיפול. מצאתי, בעיקרון, שמבנה ברור וסגור נוסך שקט וביטחון. מבנה כזה אין משמעותו חזרה מדויקת בכל מפגש, אלא שינויים תנועתיים המתבססים על תנועה מוכרת ושינויים במהירות התנועה או במוזיקה המלווה את התנועה. המבנה מוכר ויציב, והמשתנים הם האיכויות והתכנים.

התנהגותם המבולבלת של החולים עלולה לעורר רושם מוטעה באשר לחיי הרגש שלהם. אולם העבודה עמם מגלה, כי יש להם סולם רגשי ער ופעיל, שאליו נקשרים התכנים והאיכויות המועילים בטיפול. אלה מעוררים הדים מהעבר ואף מההווה, המחזקים את הצד החברתי של המטופלים, המתבטא בתגובותיהם ובהתקשרויות האישיות בקבוצה. יש לזכור, כי חולי דמנציה סובלים לעתים קרובות מקושי גופני ניכר, מבדידות ומניתוק סביבתי. מסגרת המועדונים והפעילויות שניתנות בהם מעניקות לחולים סביבה אוהדת וקשובה לצרכיהם, שבה הם פוגשים חברה הולמת וזוכים לגירויים מתאימים. שעת הטיפול בריקוד מספקת הזדמנות ואווירה, שעמן ניתן להם להתעלות ולהתגבר לשעה קלה על מגבלותיהם ולחוש סיפוק מהצלחה זו.

אני רואה בטיפול בריקוד מקצוע בין-תחומי. בשל אופייה של מחלת הדמנציה, כל הטיפולים, ובכללם הטיפול בריקוד, ממושכים. נראה לי, כי במסגרת המועדונים והפעילות במוסדות מוצא הטיפול בריקוד את מיטב ביטויו.

מקורות

Schoop, T., Mitchell, P. & Alto, P. (1979). Reflections and projections: The Schoop approach to dance therapy. In: *Eight theoretical approaches to dance movement therapy*. Edited by P. L. Bernstein, Dubuque, Iowa: Kendall Hunt, pp 31-49.

<http://www.adta.org/>

קבוצות התעמלות לחולי דמנציה

דינה ברונר

מבוא

אפשר אולי לסכם את השפעת המחלות הדמנציות השונות על החולה במילה אחת: נתק; נתק מהזמן ומהמקום, נתק מהסביבה ומהחברה הסובבת אותם ונתק של הסובבים אותם מהם. אם נזכור, שהתמצאות בזמן ובמקום היא העוגן שלנו במציאות, נוכל להבין את תחושת החרדה האיומה שבה שרויים חולי הדמנציה. אם נקבל גם שה"כאן" וה"עכשיו" שלהם שונים משלנו, ושעשוי להיות בהם היגיון שאינו תואם את שלנו, נוכל אולי להבין עוד יותר את התסכול הנורא שהם חשים, כתוצאה מכך שאינם מצליחים להסביר את עצמם לסובבים אותם.

אמנם, במפגש שלנו עם האוכלוסייה הדמנטית אנחנו יכולים להשתמש בהשאלה במושגים המושתתים על תפיסה הכרתית (קוגניטיבית), אלא שאל לנו לשכוח שעולמם שונה משלנו, ולכן עלינו לנסות להבינו בהקשרים שלהם ולכוון את הטיפול בהתאם.

בשנים האחרונות גוברת הנטייה לדחות ככל האפשר את אשפוזם של החולים הדמנטיים במוסדות סיעודיים. הספרות המקצועית מדווחת על המשבר שעובר האדם הדמנטי עקב אשפוז, משבר העלול להחמיר את מצבו ולזרז את קצב הידרדרותו (רבינוביץ, 1985; Zarit & Orr, 1985, Zarit). כתחליף לאשפוז מוקמים יותר ויותר מרכזי יום בקהילה, במטרה לתת לזקנים החולים מסגרת חברתית כלשהי ולהקל מעט על משפחותיהם, אשר נטל הטיפול המוטל עליהן קשה ביותר.

מה תורם מועדון או מרכז יום בכלל, וקבוצות התעמלות בפרט, לחולה הדמנטי, המבולבל והמנותק? אפשר להתייחס למועדון כאל שירות שמרטפות, ובכך לענות על צורכי החולה ומשפחתו. אך אנו, המטפלים, מאמינים, שניתן משעה לשעה ומיום ליום לשמר את איכות חייו של האדם הדמנטי, ואף לשפרה עד רמתו האישית הגבוהה ביותר. אחת הדרכים להשיג זאת היא התעמלות קבוצתית (Binder, 1995).

אופן ההפעלה

ההפעלה נמשכת 45 עד 60 דקות, ובדרך כלל היא נעשית כשהמשתתפים יושבים במעגל. התרפיסטית מדגימה את התרגילים ומבצעת אותם עם המשתתפים, תמיד ובמשך כל זמן הפגישה. מדי פעם היא עוזרת למשתתף זה או אחר, מתוך הקפדה לא להקדיש לאיש תשומת לב רבה מדי, כדי למנוע תגובות, כמו "למה את לא ניגשת אליי? או למה את עוזרת לו ולא לי?" תגובות אלה הן שכיחות בקרב אנשים שבחיי היום-יום אינם זוכים לתשומת לב מרובה.

המבנה של כל פגישה הוא פחות או יותר קבוע. פותחים בתרגילים לארבע הגפיים ולגו, ומלווים אותם במחזאות כפיים, ברקיעות רגליים ובהשמעת קולות. בין התרגילים מוקדש

זמן למנוחות קצרות ולתרגילי נשימה. בחלק מהתרגילים נותנים המשתתפים יד זה לזה. בחלק השני של הפגישה נעשה שימוש באביזרים צבעוניים: מקלות, חישוקים בגדלים שונים, שקיות חול, כדורים ומטפחות. לעתים, מסתיימת ההפעלה בתרגילים הנעשים בעמידה, כשהמשתתפים עומדים במעגל ואוחזים זה בידי זה. הפעלה כזו מותנית בסיוע של מדריכות, כיוון שהזקנים עלולים לאבד את שיווי משקלם וליפול. לעתים מלווה הפעילות בשירה.

כאמור, בזמן ההפעלה המדריכה מדגימה את התרגילים ומבצעת אותם עם הזקנים, נותנת קצב, עוברת בין המשתתפים, פונה אליהם בשמותיהם, משבחת אותם ומרבה לגעת בהם - בליטוף, בטפיחה על הכתף וכדומה. הזמן שבין התרגילים מנוצל לשיחות קצרות ולהתבדחויות. לעתים, השיחות מתייחסות לפעילות עצמה ולעתים לנושאים אחרים שהמדריכה או המשתתפים מעלים. המדריכה מעודדת את הנוכחים להשתתף, אך אין היא מאלצת איש לעשות זאת בניגוד לרצונו.

המטרה בהפעלה מסוג זה היא להפחית ככל האפשר את החרדות ואת התסכולים של החולים, להוציאם מהנתק ומהבידוד שבהם הם שרויים ולגרום להם הנאה באמצעות הגירויים והחווייה הקבוצתית שמספקת ההתעמלות. שיפור הקואורדינציה, הגדלת טווח התנועה וחיזוק השרירים הם בעלי חשיבות משנית בלבד במסגרת זו.

היתרונות של קבוצת ההתעמלות הם:

- ◆ בשעה שהזקן הדמנטי מתעמל בקבוצה, אין הוא רואה את עצמו, ובתום הפעילות אין בידיו כל "תוצרת", העלולה להצביע על אי-יכולתו לבצע את התרגילים כהלכה או באופן מדויק. כך נחסכים ממנו מבוכה, תסכול וחרדה, תחושות העולות בו לעתים כה קרובות והגורמות לו לסבל רב, בפרט בשלבים הראשונים של מחלתו.
- ◆ מאחר שההפעלה מבוססת כולה על חיקוי תנועותיה של המדריכה, המשתתף משוחרר מהצורך ליזום ולהחליט, פעולות שהוא מתקשה למלא.
- ◆ הסדר הקבוע (פחות או יותר) והמבנה האחיד של הפגישות מעניקים למשתתף פעילות ללא חידושים ושינויים, המעוררים בו בדרך כלל רתיעה רבה.
- ◆ לחולה הדמנטי, שהוא חסר סבלנות וכושר ריכוז, מתאימים הקצב המהיר של הפעילות והתנועותיות המרובה.
- ◆ רקיעות הרגליים, החבטות במקלות, תנועות ההיאבקות, השמעת הקולות והפעילות הגופנית הנמרצת מאפשרים לחולה לפרוק כעסים ותסכולים שהוא מתקשה לבטאם באופן מילולי.

מפליא לראות כמה מרץ יש לזקנים מופלגים ותשושי נפש המשתתפים בפעילות במועדוני מלב"ב, ובעיקר כשמשולבים בה אביזרים כמו כדורים, גלגלים או חישוקים. בשלב זה מצטרפים לא פעם זקנים שבתחילת הפעילות סירבו לקחת בה חלק (אולי האביזרים הצבעוניים ומשחקי הכדור מתקשרים לימי הנועורים הזכורים לטוב?) אם נוסף לכל אלה את ההשפעות הפיזיולוגיות והביוכימיות של הפעילות הגופנית, כמו האצת מחזור הדם, את החוויה של הדינמיקה הקבוצתית, את תחושת החברותא ואת ההזדמנות לתקשר עם אחרים, אם נמנה גם את שפע החיזוקים החיוביים והשבחים

שמקבל המטופל מהעובדים ואת הפנייה אליו בשמו, נראה שהזקן הדמנטי אכן זוכה לשעה קלה של שגרה קבועה ונוחה, שעליה מדבר רבינוביץ בספרו **גילו של אדם** (1985).

חוקרים מצאו, שמיד אחרי הפעלה גופנית חל שיפור בתפקוד הקוגניטיבי ובזיכרון אצל חולים דמנטיים (Diefeldt & Diefeldt-Groenendijk, 1977; Powell, 1974; Cott, Dawson, Sidani et al., 2002; Molly, Beershoten Borrie et al., 1988). בעבודות אחרות מדווח על ההשפעה שיש להפעלה גופנית קבוצתית על החיברות (הסוציאליזציה) באוכלוסייה זו (Duncombe & Howe, 1985; Sandel, 1974), על תחושת ההצלחה ושיעור הרצון של החולים, על הפגת מתחים ועל הרפיה (Menks, Sitter, Weaver et al., 1977; Junova, 1979; Allen, 1976).

לסיכום, מתצפיות במרכזי יום אפשר להצביע על ההיענות ועל ההשתתפות הרבה של החולים בפעילות, על חיוכים, על הערות מילוליות ועל התקשרויות בין המשתתפים לבין עצמם. עדויות אלו הן אולי ההוכחה, שאכן הצלחנו, בעזרת ההתעמלות הקבוצתית, להעניק לחולי דמנציה שעה קלה של הצלחה וקורות רוח.

מקורות

- רבינוביץ, מ. (1985). **גילו של אדם**. תל אביב: עם עובד, ספריית אופקים.
- Allen, K.S. (1976) A group experience for elderly patients with organic brain syndrome. *Health and Social Work*, 1(4): 62-69.
- Binder, E. (1995). Implementing a structured exercise program for frail nursing home residents with dementia: Issues and challenges. *Journal of Aging and Physical Activity*, 3(4): 383-395.
- Cott, C., Dawson, P., Sidani, S. et al. (2002). The effects of a walking/talking program on communication, ambulation and functional status in residents with Alzheimer's disease. *Alzheimer's Disease and Associated Disorders*, 16(2): 81-87.
- Diefeldt, H.F.A. & Diefeldt-Groenendijk, H. (1977). Improving cognitive performance in psychogeriatric patients: The influence of physical exercise. *Age and Aging*, 6(58): 58-64.
- Duncombe, L.W. & Howe, M.C. (1985). Group work in occupational therapy: A survey of practice. *The American Journal of Occupational Therapy*, 39(3): 163-170.
- Junova, H. (1979). Psychogymnastik in der Stationären Gruppenpsychotherapie. *Psychiat, Neurol. Med. Psychol.*, 31(7): 421-428.

- Menks, F., Sitter, S., Weaver, D. & Vanow, B. (1977). A psychogeriatric activity group in a rural community. *The American Journal of Occupational Therapy*, 31(6): 380-384.
- Molly, D.W., Beershtoten, D.A., Borrie, M.J., Crilly, R.G. & Cape, R.D.T. (1988). Acute effects of exercise on neuropsychological function in elderly subjects. *Journal of the American Geriatric Society*, 36: 19-33.
- Powell, R.R. (1974). Psychological effects of exercise therapy upon institutionalized geriatric mental patients. *Journal of Gerontology*, 29(2): 157-161.
- Sandel, R.R. (1974). Movement therapy with geriatric patients in a convalescent home. *Hospital and Community*, 29 (11): 738-741.
- Zarit, J.M., Zarit, S.H. & Orr, N. (1985). *The hidden victims of Alzheimer's disease: Families under stress*. New York: New York University Press.

טיפול במוזיקה - תרתי דסתרי?

מרשה כהנא-פרנקל

מבוא

הלוקים במחלת אלצהיימר סובלים משינויים במבנה המוח, הגורמים להידרדרות מתמדת בתפקוד הגופני וההכרתי (הקוגניטיבי) כאחד. עד כה לא נמצאה תרופה למחלה, ואף אין כל דרך להאט את קצב התפשטותה (Davis, Gfeller & Thaut, 1992). על פי ההגדרה של האגודה הארצית לטיפול במוזיקה בארצות הברית, טיפול במוזיקה הוא: שימוש מבוקר במוזיקה לטיפול, לשיקום, לחינוך ולהכשרה של ילדים ומבוגרים הלוקים בפגיעה גופנית, מנטלית או רגשית (Davis, Gfeller & Thaut, 1992). טיפול במוזיקה היא אחת מפעילויות הבחירה המוצעות לחולי אלצהיימר ולתשושי נפש במקומות המטפלים באוכלוסייה זו. נוכח האבדנים הגופניים והמנטליים הקשים שגורמת המחלה ואי היכולת לעצור את התהליך - כיצד ניתן להסביר ולהצדיק שימוש בשיטת הטיפול במוזיקה עם חולים אלה?

הפגיעה המוחית והקשרה למוזיקה

סיור מודרך קצר במוח האנושי יטיל מעט אור על סתירה זו. במוחנו שתי אונות (המיספרות): הימנית והשמאלית. בדרך כלל שולטת האונה השמאלית ותפקידה העיקרי הוא, ככל הנראה, לתת ביטוי לשוני הגירויים הנקלטים במוח, לתרגם את המציאות לצלילים יוצרי משמעות והיגיון ולתקשר עם העולם החיצוני באמצעות צפנים הגיוניים וניתוחים של הסובב אותנו. כלומר, אונה זו אחראית לכל רכיבי השפה (דקדוק, תחביר, סמנטיקה), לחשיבה, לקריאה, לכתיבה, לספירה ולחישוב. פגיעה באונה השמאלית גורמת למוגבלות בדיבור, בכתיבה, בספירה, בחישוב ובחשיבה ההגיונית.

לאונה הימנית תפקיד שונה לחלוטין. היא מאפשרת תפיסה כוללת של יחסים סבוכים, של דפוסים, של מערכות ושל מבנים, מכוח היכולת להבין ולזהות את השלם על סמך חלק קטן ממנו. למשל: אנו עשויים לזהות אדם על פי חלק קטן מפניו, או לזהות יצירה מוזיקלית אחרי שמיעת כמה צלילים בלבד. האונה הימנית מאפשרת שימוש לשוני, כגון: יצירת תסמוכות צליליות, מילים מורכבות, מבעים רב-משמעיים ומשחקי מילים שונים. היא אף מאפשרת תפיסה מדויקת מאוד ומיידית של כמויות ושל מערכים מרחביים מורחבים ושל היזכרות בהם וכן בתחושות וברגשות שליוו אותם.

התפיסה המוזיקלית נעשית באמצעות האונה הימנית, הפועלת באופן מתוחכם ביותר. היא מאפשרת לקלוט מנגינות, לזכור קטעים סימפוניים שלמים ואף לזכור את הרגשות המתעוררים בעקבות נעימות מסוימות במלוא עומקם ובבהירות רבה. פגיעה באונה הימנית גורמת להפרעות בתפיסה של דימויים, של דפוסים, של פרופורציות מרחביות ושל

מצבים. המוגבלות מתבטאת בקושי להעתיק צורות גיאומטריות, לזהות אנשים ולבצע פעולות המחייבות סדר פעולה מסוים, כמו התלבשות (Watzlawick, 1978). מניתוח התסמינים אצל חולי אלצהיימר עולה, שהפגיעה אצלם היא בשתי האונות, אם כי בדרגות שונות, ובעקבותיה חלה הידרדרות על פי תהליך צפוי וקבוע. אחד התפקודים הנפגעים אחרונים הוא התפיסה המוזיקלית. יש חולי אלצהיימר שיכולים לזכור ולשיר שירים על מילותיהם ומנגינותיהם. לדוגמה: חולה בשנות ה-70 המאוחרות לחייה, שזיכרונה לטווח הקצר נפגע לחלוטין, מסוגלת לשיר לבקשת המטפלים שירים שלמים מימי ילדותה. בזמן הפעילות במוזיקה אפשר לראות את המטופלים מלווים את המנגינות בקצב נכון ומדויק על כלי הקשה. למשל: מטופלת בת למעלה מ-80, מוגבלת באופן קשה בכל התחומים, מתעקשת לקבל מצלתיים בכל פעם שהפעילות עוסקת בקצב ומצליחה לבצע ליוויים מורכבים ביותר לכל המנגינות המושמעות. ודוגמה נוספת: בפגישות אנו מציעים למטופלים ללוות את קטעי המוזיקה בצעדי ריקוד. אחת המטופלות, אף היא בשנות ה-80 לחייה, קמה בכל אחת מפגישותינו ומבצעת סדרת צעדים מסובכת ביותר ותנועות גוף מורכבות, הזכורות לה עוד מימי ילדותה בטורקיה - כל זאת, בשעה שהיא איננה מסוגלת לבצע שום פעולה פשוטה ובסיסית מפעולות היום-יום.

לסיכום, ייתכן שטיפול במוזיקה אינו יכול לשקם, לחנך או להכשיר את החולים במחלת אלצהיימר ותשושי נפש בכלל, בגלל אופיה המיוחד של המחלה, שאינו מאפשר שיקום, חינוך או הכשרה. עם זאת, הטיפול במוזיקה מצליח בהחלט לספק לחולים הנאה גופנית של השתתפות בפעילות מוכרת ונעימה, לשמור על הריכוז שלהם לאורך זמן ארוך יותר, לגרות אסוציאציות וזיכרונות (גם אם רק לעתים רחוקות הם מובעים באופן מילולי), להפעיל חלקים רדומים ונוקשים בגופם ולקדם את איכות חייהם.

מקורות

Davis, W.B., Gfeller, K.E. & Thaut, M.H. (1992). *An introduction to music therapy: Theory and practice*. Iowa: C. Brown Publishers.

Watzlawick, P. (1978). *The language of change*. New York: Basic Books Inc.

מה מתבשל במרכז היום? הפעלת חולי דמנציה באמצעות בישול

רחל ברנבאום

מבוא

אמנם אין עדיין דרך בטוחה לעצור את ההידרדרות המנטלית האופיינית למחלת האלצהיימר או להחזירה לאחור, אולם נמצא, כי ניתן לעזור לחולים תשושי נפש אם מקפידים שיהיו במצב גרייה ומעורבים בפעילות מובנית. נראה, שאצל חולה עסוק ומגורה פוחתים מצב הבלבול, חוסר המנוחה וההתנהגות הבעייתית. הפעילויות הנעימות ביותר לחולים הן אלה שגרמו להן הנאה בעבר. המפתח הוא להתאים פעילויות אלה ואף לפשטן, כדי שהחולים יוכלו להמשיך לבצען, בתוך ניצול מיומנויותיהם (Tanner & Shaw, 1985). האחראים לתכנון צריכים למצוא פעילויות שתהיינה ברמת היכולת של הסובלים מדמנציה, אך לא ילדותיות מדי. מאמרים אין ספור נכתבו על טיפול בקשישים דמנטיים באמצעות מחול, תנועה או התעמלות (Wald, 1986; Bright, 1986), אך מעט בלבד נכתב על היתרונות שברפוי בבישול. במאמר זה, המבוסס בעיקר על ניסיוני בעבודה עם קשישים תשושי נפש, במסגרת מרכז היום למבוגרים של מלב"ב בירושלים, אנסה לתאר את המטרות, את היתרונות ואת השיטה שבהפעלה באמצעות בישול.

יתרונות השיטה

פעילות חברתית: לגבי רוב האנשים, האכילה היא לא רק דרך לתדלק ולחזק את הגוף, אלא גם פעילות חברתית הכרוכה במשמעות רגשית. כבר בהתנסותנו המוקדמת ביותר, כתינוקות יונקים, המזון מייצג אהבה ותזונה בחיינו. כשאנו מתבגרים, אנו ממשיכים להתמקד במזון ובמשמעותו על ידי קניית מצרכים, בישול והחלפת מרשמים, אכילה במסעדות והכנת תקרובות למסיבות (Powell & Courtice, 1983). לעתים קרובות מהווה המטבח מרכז לפעילות במשק הבית. הוא מקרין חום ומלא ריחות נעימים. הפעלה בבישול מציעה לחולים עם דמנציה יתרון חברתי נוסף - במסגרת הפעילות הם חייבים לעבוד עם אנשים אחרים, והדבר מקדם תקשורת ביניהם. כיוון שהכנת המזון אינה מחייבת תקשורת מילולית, פעילות זו מתאימה ביותר לאנשים המתקשים בדיבור. **העלאת זיכרונות:** הצלילים, הריחות והטעמים של המטבח מעוררים, לעתים קרובות, זיכרונות נעימים. הכנת מאכלי חג ומאכלים מסורתיים עשויה להיות מענגת במיוחד ולסייע ליצור קשר למורשת העבר ולעונות השנה. היכולת להיזכר וליהנות בתחושה המענגת חשובה במיוחד לחולים עם דמנציה.

גריית חושים: הבישול הוא מטלה המגרה את כל החושים: ריח, ראייה (צבע הפרי, סוג המזון), טעם, מישוש ושמיעה (קולותיהם של העובדים השונים). הבישול יכול לספק

גם נושאים לדיון - מה אנחנו יכולים לעשות מחומרים אלה? מה הוא הפרי או הירק המועדפים עליך? כיצד תבחר מלון טוב?

טיפול גופני או תעסוקתי: הבישול יכול להיות גם צורה של טיפול גופני או תעסוקתי. בצד יתרונו של הבישול כחלק משגרת היום-יום, זוהי פעילות שאנשים מכירים מעברם. **ביטוי של יצירתיות:** במסגרת התעסוקה, החולים ממלאים תפקידים משמעותיים ובוחרים בדברים שאינם רק לצורך הפעילות עצמה. לדוגמה: אחת הנשים לא אהבה לקצץ בצל ובחרה במקום זאת לחתוך משהו אחר. החולים יוצרים משהו בעל ערך, אשר אפילו אנשי הצוות יכולים להעריך אותו וליהנות ממנו. העובדים במרכז הקהילתי אוהבים את הימים שבהם אנו מבשלים, הן בשל הריחות הטובים העולים במשך ההכנה והן בשל המזון שאנו נותנים להם לטעום לאחר מכן. דבר זה, ללא צל של ספק, מסייע להעניק לחולים תחושה של ערך עצמי ויצירתיות.

ערכים תזונתיים: מלבד היתרונות החברתיים, הפסיכולוגיים והגופניים של הריפוי בבישול, יש גם יתרונות תזונתיים. יש מקרים שלמטפל אין זמן להכין ארוחות מזינות, או שהחולה הסובל מדמנציה שוכח לאכול, מחביא מזון, או שהוא אוכל אותו כשהוא מקולקל (Mace & Rabins, 1981). כאשר האוכל מוכן ונאכל באווירה חברתית, יש סיכוי רב יותר שהחולה אכן יאכל אוכל מזין. דבר זה חשוב ביותר, שכן תזונה גרועה עשויה להחמיר לא רק בעיות גופניות, אלא גם בעיות מנטליות.

תכנון ההפעלה

בעת תכנון פעילות של בישול על המטפל להבטיח שלכל חברי הקבוצה תהיה תעסוקה ושהמטלות יהיו בכל רמות התפקוד. יש לזכור, שהמטרה היא לעודד את המטופלים לעשות כמיטב יכולתם. המטפל אינו אמור לעשות את העבודה למענם, אבל אסור גם שהחולה ימצא את עצמו במצב מתסכל או מסוכן. יש להקפיד, כמוכן, לא לתת סכין בידיו של אדם שאינו יודע להשתמש בסכין. יש להקציב זמן רב, הן להכנה והן לאכילה, כך שלא תהיה אווירה של לחץ, אלא של שקט ונעימות.

מטבח מדומה

אין זה קשה ליצור מטבח מוגן. בעזרת כיור והאביזרים המפורטים להלן ניתן ליצור מאכלים רבים. בתוספת של כמה כירות חשמליות אפשר גם להכין מאכלים חמים.

האביזרים הדרושים			
סכינים חדים	מסננות	לוחות חיתוך	פומפיות
צלחות	סירים בגדלים שונים	מפת שולחן	קערות
קולפנים	סכו"ם	מפיות	סיגרים
מסחטה	צלחות מרק	מצקת	מגבות

בחירת רכיבי המזון

כאשר רוכשים את פריטי המזון עדיף לקנות פרות וירקות קטנים רבים, כך שכל מטופל יהיה מעורב בעשייה. רצוי שזו תהיה פעילות של עשייה אמיתית לכולם. יש משתתפים שאינם יכולים לחכות עד תום הפעילות ומתחילים לאכול בעוד האחרים עובדים - על המטפל לקנות כמות מזון שתספיק גם לכך (באחת הפעמים, כאשר ניסינו להכין סלט פרות, נאכלו כל הפרות עוד לפני שהגיעו לקערה, מפני שהם נראו לקבוצה כה מפתים ולא הצלחנו לשכנעם לחכות).

לפני תחילת הפעילות יש לבצע את כל ההכנות ההכרחיות אשר לא מבוצעות בידי החולים, כך שבמשך הפעילות עצמה המטפל יהיה פנוי לסייע להם ולפקח על מעשיהם.

תפקידים מתאימים למשתתפים

קיימים תפקידים רבים, שאפשר להטיל על המשתתפים. ההגבלה היחידה היא דמיונו של המטפל. למשל: הקצפה, בחישה, חיתוך, ציפוי, מריחה, מזיגה, ניעור, תיבול, עריכת השולחן, פריסת מפת שולחן, קיפול מפיות, מיון הסכו"ם, ניקוי השולחן, רחיצת הצלחות וייבושן, איבוק השולחן וטאטוא הרצפה.

התהליך

הפעילות מתחילה ברחיצת ידיים כללית. לאחר מכן מוצגים הרכיבים וניתן לפתוח בשיחה עליהם, כגון: איפה הם גדלים, מה צבעיהם, מה טעמיהם, האם הם נאכלו "במולדת הישנה", מה אפשר לעשות בהם, כיצד לבחור אותם? זה הזמן לדון בדברים הקשורים לאוכל, מרשמים מועדפים, זיכרונות של ריחות מטבח, עזרה במטבח, טקסים בעת הארוחות, בישול ותפקידי מגדר וכיצד הם השתנו. בהדרגה האנשים מקבלים על עצמם מטלות. לפעמים, יש צורך בשתי פגישות כדי שהמטפל ימצא את המטלה המתאימה ביותר לכל חולה (בקבוצתנו הייתה אישה אחת, שנהגה לאכול תמיד את כל הירקות בשעת חיתוכם. הבעיה נפתרה כשמצאנו ירק שהיא לא אהבה לאכול).

גברים שלא עבדו במטבח מעולם עשויים להסס תחילה, אך לאחר שכנוע קל הם בדרך כלל נהנים לעזור. תמיד יהיו מאכלים שיזכו להצלחה רבה יותר מאחרים. עם הזמן, הקבוצה תגלה את מאכליה המועדפים, הן להכנה והן לאכילה.

הצעת מאכלים

סלט גזר	
רשימת קניות	מטלות
גזרים	קילוף הגזר והתפוחים
תפוחים	גירוד הגזר והתפוחים
תפוזים	חיתוך התפוזים
	סחיטת התפוזים
חביתת ירקות	
רשימת קניות	מטלות
בצלים	חיתוך הירקות
קישואים	טיגון הירקות
עגבנית	ביקוע הביצים
ביצים	טריפת הביצים
חלב	הוספת החלב לתערובת
תבלינים	הוספת תבלינים
	טיגון הביצים עם הירקות
סלט פירות	
רשימת קניות	מטלות
תפוזים	קילוף תפוזים ובננות
בננות	חיתוך הפרות
תפוחים	ערבוב הסלט
אגסים	
פרות אחרים בעונתם	

מקורות

Bright, R. (1986). The use of music therapy and activities with demented patients who are deemed difficult to manage. *Clinical Gerontologist*, 6(2):151-154.

Mace, N. & Rabins, P. (1981). *The 36-hour day*. Baltimore: Johns Hopkins Press.

- Powell, L. & Courtice, K. (1983). *Alzheimer's disease: A guide for families*. New York: Da Capo Press.
- Tanner, F. & Shaw, S. (1985). *Caring: A family guide to managing Alzheimer's patients at home*. New York: The New York Alzheimer's Resource Center.
- Wald, J. (1986). Art therapy for patients with dementing illnesses. *Clinical Gerontologist*, 4(3): 29-40.

טיפול רוחני לחולי דמנציה

יונתן רודניק

מבוא

כל תכנית הפעלה, המיועדת לאנשים בגילאים שונים, צריכה לכלול פעילויות המעוררות את האדם מבחינה פיזית, שכלית, יצירתית וחברתית. אך נוסף על כך, התכנית חייבת לכלול גם תכנים הנוגעים לנפש האדם. דבר זה נכון לכל אדם, אך בעיקר לאנשים חולים. מתוך תפיסה זו, מתפתחת, בשנים האחרונות, מגמה של הכשרת אנשים כמטפלים רוחניים. מטפלים אלה מגיעים לעולם הרוחני של החולה בדרכים שונות, לאו דווקא דתיות, כגון: דרך הטבע - מלמדים אותו כיצד ליהנות מהיקום, דרך המוזיקה - משמיעים לו מנגינה נוגעת ללב, ועוד (Friedman, 2005).

רשימה זו מבוססת על הכשרתי כמטפל רוחני ועל ניסיוני עם חולי דמנציה במועדון של מלב"ב במרכז הרפואי "שערי צדק" בירושלים. הנחיתי שם קבוצה סביב פרשת השבוע, שבאמצעותה ניסיתי להתחבר להיבטים הרוחניים של החולים.

מהו מרחב רוחני?

כמו שבעת ימי השבוע, שנקבעו בבריאת העולם, גם המרחב הרוחני מכיל שבעה אלמנטים (Heschel & Heschel, 2005):

1. **טקס:** יצירת מסגרת של קדושה, מסגרת מוגדרת עם התחלה וסוף ועם סימנים מובהקים המאפיינים את המרחב הלימודי. למשל, השיחה שלנו, שהיא חלק משגרת המועדון, מתקיימת פעם בשבוע, בימי חמישי, בדרך כלל באותה שעה. אני מגיע במיוחד לקבוצה הזאת, ובכניסתי אל החדר אני זוכה לקבלת פנים חמה. המשתתפים יושבים במעגל ואני פותח במילים "שלום לכולם". אנחנו מתחילים בניגון של שיר הקשור לאותו שבוע ולפרשה שלו, ומסיימים בשירה של אותו השיר (יחד עם המילים). אני נוהג לקרוא מספר פסוקים, לפי טעמי המקרא, ולברך את ברכת "אשר בחר בנו" לפני הקריאה ומייד אחריה את ברכת "אשר נתן לנו תורת אמת". אני חש שהטקסיות הזאת מוכרת כבר לחברי המועדון, מיוחדת להם כיהודים ומקנה להם תחושה של משהו ידוע ועקבי. גם אנשים שאף פעם בעבר לא היה להם קשר עם תכנים אלה, נהנים מהמנגינות ומהתוכן. הקבוצה חשה ביחד אווירה של רוחניות ולמידה.

2. **זמן:** מבחינת המסורת, חלק מרכזי במשמעותה של השבת, בעבור יהודים, היא קדושת הזמן. הרב אברהם יהושע השל, בספר על השבת, מכנה את העניין הזה של קדושת הזמן בהקשר של יצירת ארמון בזמן (building a palace in time) (Heschel & Heschel 2005). לא תמיד ניתן להתחבר למקום פיזית ולא תמיד יש מודעות למרחב הפיזי, אבל הזמן מלווה אותנו מאז בריאת העולם. הזמן יכול להיות

גורם הממקם אותנו בחיים ומהווה לנו עוגן ב"ים סוער". לבן אדם עם דמנציה יש קושי בהתייחסות לזמן. המחלה גורמת לו לאי-התמצאות בזמן, החולה אינו חש אחריות להגיע בזמן לשום מקום. לכן, שיחה על פרשת השבוע יכולה להכניס סדר לשבוע שלו, שכן הוא מבין שיש משהו לפני שבת ואחרי שבת. כאמור, אנחנו מקיימים את שיחתנו תמיד באותו זמן - באותו יום ובאותה שעה בשבוע - וביום חמישי (אחד משני ימי החול בשבוע שבהם קוראים בתורה). הגיוני ומתאים להתייחס אל השבת ולהתכונן לקראתה על ידי לימוד תורה. התייחסות לפרשת השבוע ולחגים היא התייחסות לחיים על ציר של זמן.

3. סיפור: לכל אדם יש סיפור אישי. הסיפורים של הקשישים במרכז היום מדהימים ומלאי משמעות. חשוב מאוד להתייחס לסיפורים האישיים שלהם ולכלול אותם בתוך מסגרת הסיפור היהודי הגדול. דבר זה נותן משמעות יהודית רוחנית לסיפור האישי של כל אחד ואחת. לדוגמה, פרשת "לך-לך" מדברת על יציאת אברהם ממולדתו, אור כשדים, כדי להגיע לארץ ישראל. אפשר לקשר את זה לסיפורי העלייה של כל אחד בקבוצה. כשמדברים על עשרת הניסיונות של אברהם אבינו, אפשר לשאול את הקבוצה איזה ניסיונות היו להם בעבר ואיך הם התמודדו עמם.

מבחינה זו, אני מנסה להדגיש את הרצף הסיפורי מפרשת השבוע שלפני שבוע לפרשה החדשה ולהזכיר זאת בכל שיחה. כך אנחנו יוצרים המשכיות ונותנים תוקף יתר לסיפור של כל אחד מן המשתתפים. אני מנסה ליצור מסגרת מבחינת החוויה של הלימוד באמצעות התייחסות לשלושה שלבים: (א) איפה היינו (בסיפור); (ב) איפה אנחנו עכשיו (בסיפור); (ג) איפה אנחנו היום בסיפור האישי שלנו כיחידים וכקבוצה.

4. קשר ישיר: להכיר בנוכחות של האחר הנמצא אתך. בדרך זו אפשר ליצור תחושה של כבוד עצמי ושל מודעות להיותו של האדם אדם. מכיוון שבקרב המשתתפים ישנה מוגבלות מבחינת זיכרון ותחושת העצמי, בעקבות הזיקנה והדמנציה, חשוב להתייחס לכל אחד בקבוצה באופן ישיר, בקריאת שמות פרטיים ובמגע פיזית (לחיצת יד). בעבורי, מדובר כאן בהכרה בצלם אלוהים שבו נברא כל אדם. בכניסתי לקבוצה, אני משתדל להיות ער במיוחד להתייחסות הישירה הזאת ומקפיד לשמור עליה במהלך כל הפגישה, גם כאשר אני נפרד מהקבוצה בסיום הפעילות.

5. היבט רוחני: לפני כל פגישה אני לומד את פרשת השבוע, כדי להתרכז בנקודות ייחודיות העשויות להבליט היבט רוחני מסוים ולהאיר אותו באופן שמתאים לקבוצה. מטרותיי לעזור לקבוצה להתחבר אל התורה ולקבל ממנה השראה, תקווה ומשמעות. כאמור, ההתחברות הזאת חשובה במישור של זמן (עבר, הווה ותקופות השנה). אני מעוניין ליצור את ההתחברות הזאת גם במישור של המשפחה, של היחסים בתוך הקבוצה ושל המקום - ארץ ישראל. לדוגמה, בתורה נושאים רבים הקשורים לכל אדם. אפילו פרשיות שנראות לא שייכות לחיינו המודרניים, כגון פרשת הקרבנות, אפשר לקשר לחיינו בשיחה על משמעות ההקרבה לזולת או איזו השראה אנחנו מקבלים כשאנו מרגישים קרובים לאדם אחר.

6. חומר: כבני אדם אנחנו גוף ונפש. התפילה היהודית בעבור רפואה שלמה - רפואת הנפש ורפואת הגוף, מדגישה זאת היטב. כמו בכל לימוד, ובמיוחד עם אנשים המתקשים להתחבר לחיים סביבם, חשוב מאוד להתייחס גם לגוף וגם לנפש, כי קיים קשר ביניהם. התייחסות לגוף יכולה להגיע גם לנפש. כבסיס לשיחה, מומלץ להביא חפצים מוחשיים לקבוצה ולתת למשתתפים להתקרב אליהם ולמשש אותם. לדוגמה, כשדיברנו על חורבן בית המקדש או על החלום של יעקב, כשהוא ישן בחוץ על האדמה ולקח אבן ככרית, הבאתי אבן מבחוץ ועשינו סבב עם האבן, כך שהייתה הזדמנות לכל אחד ואחת לקחת אותה בידים, למשש ולהתחבר אל החוויה הלימודית דרך המגע. כך גם לגבי חפצים כמו שופר, אתרוג, טלית, נרות שבת, המעוררים תגובה אצל הקשישים.

7. מוזיקה: רצוי להתחיל כל מפגש עם מוזיקה ולסיים אותו באותה דרך. הניגון ביהדות נקרא "מוזיקה של הנשמה". אחת התובנות העמוקות שלי מעבודה עם חולי דמנציה היא, שמוזיקה באמת מהווה ערוץ אחר לתקשורת וגם כוח. היא מתחברת אל האדם והאדם אליה בממד אחר ושונה מן הדיבור. בכל קבוצה ישנם מספר אנשים שלא מדברים, אך כאשר הקבוצה מצליחה לשיר (עם מילים או רק עם מנגינה) הם ממש "מתעוררים" ומתחברים באופן חזק. ישנן מנגינות אוניברסליות, הנוגעות אל הלב של כל אחד ויש גם כן מנגינות המדברות אל אוכלוסייה מסוימת או אל עדות מיוחדות. כדאי לגוון ולבחור סגנונות שונים (שניים לפחות) של מוזיקה.

לסיכום, כמטפל רוחני אני עסוק במשך השבוע בניסיון להתחבר אל אחרים ומן המקום הזה לעזור להם להתמודד, לחפש משמעות ולהתחבר למי שהם כבני אדם שלמים. דווקא בזמן הזה של השבוע, כאשר יש לי הזכות להנחות את השיחה הזאת עם אנשים די מוגבלים במישור הגופני והמוחי, הממד הרוחני בולט במיוחד. עצם היותי חלק מן החוויה הזאת עוזרת לי להתמודד עם השבוע שלי.

מקורות

Friedman, D.A. (2005). *Jewish pastoral care: A practical handbook from traditional and contemporary sources*. Woodstock, V.T.: Jewish Lights Publishing.

Heschel, A.J. & Heschel, S. (2005). *The Sabbath*. New York: Farrar Straus Giroux.

www.Aish.com

הפעלה במחשב - האם זה אפשרי?

יהודית לנגה ושושנה ברן

מבוא

הפעלת קשישים וחולי דמנציה תורמת לשימור בריאותם הפיזית והנפשית. כיום, יש מודעות ציבורית נרחבת לנושא זה. הפעילות מתבצעת בדרך כלל במסגרות שונות, בעיקר בקבוצות לגמלאים במרכזי יום ובמועדונים. פעמים רבות קיימת בקרב אוכלוסיית הקשישים ירידה בתפקוד הפיזי והקוגניטיבי, שאינה בולטת בחיי היום-יום. התכניות הקיימות בקהילה מותאמות למצבים אלה וכן עונות על צרכים חברתיים-סוציאליים, על מתן תוכן לשעות הפנאי ועל העשרה קוגניטיבית.

כאשר קיימת ירידה בתפקוד הקוגניטיבי עקב מחלות, כמו: אירוע מוחי, דיכאון קליני או מצב של תת-תזונה, יש סיכוי טוב לשיפור ביכולות הקוגניטיביות, הודות לחיזוקם של חלקים בריאים במוח ותרגול קוגניטיבי (קהאלסה, 1999). לכן רצוי שקשישים ייחשפו לפעילות כללית עם דגש על תרגול קוגניטיבי.

יתרונות המחשב

ההתפתחות המהירה של עולם המחשבים מסייעת לנו להשתמש במחשב ככלי טיפולי בעבודתנו עם זקנים, בכלל זה עם חולי דמנציה. המחשב הוא כלי אוניברסלי ויוקרתי, המכבד את המשתמש בו. הוא זמין ואינו מעורר אסוציאציה שלילית בהתייחסות לגיל או לסוג אוכלוסייה. נהפוך הוא - הזקנים המשתמשים בו חשים גאווה ודימוי עצמי גבוה. ניתן להשתמש במחשב להנאה ולתעסוקה חיובית. המחשב יכול לספק מענה אינטלקטואלי ברמות שונות ולשמש כלי לביצוע תכניות טיפול קוגניטיביות, כמו גם לתקשורת, לאיסוף מידע, למוזיקה, לתמונות ועוד. ניתן להתאימו לצורכי הזקנים הן בתוכן והן בעזרים טכניים, כגון מקלדת מותאמת. בעזרת פונקציות אלה אפשר לעבוד על עידוד וחיזוק הזהות האישית. התרגול במחשב יכול להיעשות באופן פרטני או בקבוצה, לפי הצורך. לשתי הדרכים יש יתרונות, כפי שיוסבר בהמשך.

זקן הנמצא בביתו או שוהה במרכז יום, או בבית אבות, במרכז שיקומי או בכל מקום אחר יכול ליהנות מעשייה חיובית בעזרת המחשב, הן באופן עצמאי והן בעזרת מטפל או מנחה.

המחשב הוא כלי עזר המאפשר להשתמש בחומר מתועד, כתוב או בקטעי מוזיקה (ניגונים ושיירים), תמונות וכן בכל חומר אחר המסייע לחזק את הזהות האישית ואת הכבוד העצמי של המשתמש בו. לעובדה זו יש השלכה על היחסים בין הקשיש ובני משפחתו.

השימוש במחשב מאפשר לנו לעבוד עם חולי דמנציה על התפקודים הלקויים בדרך מהנה ומכובדת וללא לחצים. בדרך כלל, אנשים ניגשים לפעילות במחשב בשמחה, אבל

לעתים יש כאלה המסרבים ואפילו מפחדים מהמחשב. במקרים אלה נחוץ לקיים מפגש ליד המחשב, כדי לאפשר לקשיש להכיר אותו ולקבל הסבר פשוט על השימוש בו. ברוב המקרים, לאחר תחילת הפעילות, הקשישים נרגשים ושמים והמחשב הופך עבורם לכלי ידידותי.

הרציונל בטיפול קוגניטיבי לחולי דמנציה

כאשר מדברים על מחלת האלצהיימר ועל תפקוד קוגניטיבי יש נטייה לחשוב שהירידה היא בכל היכולות הקוגניטיביות והתפקודיות. גישה זו גורמת לעיתים להתייחסות כאילו האדם החולה למעשה אינו קיים. הניסיון מוכיח, שגירויים קוגניטיביים בתחומים מגוונים ותרגולים חוזרים מעודדים ומשפרים תפקודים שכליים, אשר משפיעים לטובה גם על תפקודים מוטוריים אצל זקנים וחולי אלצהיימר (Bowlby, 1998).

בעזרת שימוש בטכניקות לתקשורת ועל ידי הדרכה ברורה, בסביבה תומכת ומותאמת, ניתן ללמד אדם עם דמנציה לבצע פעילויות שונות באופן עצמאי.

החוקרת ניצה אייל (2005) מציינת, שקיימת גמישות של יכולות שונות העשויות להתבטא במיטבן בנסיבות מסוימות ולהצטמצם בנסיבות אחרות. כלומר, אם ישנם תנאים מתאימים לביטוי ולמיצוי היכולת, ניתן לקבל תוצאות טובות בביצוע המטלות. מצב זה נכון אצל קשישים בריאים ובמידה רבה גם אצל חולי אלצהיימר. לקשישים אלה אין הזדמנויות רבות בחיי היום-יום להתמודדות עם מטלות קוגניטיביות ולכן אין מידע מדויק לגבי היכולות שעדיין קיימות אצלם, אבל כאשר הם נחשפים למטלות, למשל דרך המחשב, אזי מתגלות היכולות.

הטיפול הקוגניטיבי מתבסס על מושגים וידע שנרכשו בעבר הרחוק. כלומר, על הזיכרון לטווח הארוך. לכן יש סיכוי טוב להצלחה בביצוע משימות המתבססות על ידע מהעבר. התחומים שבהם עוסקים בטיפול ואופי הטיפול משתנים בהתאם למקרים שלפנינו, משום שביטויי המחלה מושפעים גם מגורמים אישיים, מהיסטוריה אישית ומהעולם הפנימי של החולה. לדוגמה, מנהל חשבונות יגיב ביתר התלהבות והצלחה לפעילות חשבונת מאשר אדם שלא עסק בחשבון; מוזיקאי יגיב בחיוב לתכנים הקשורים במוזיקה, יותר מאשר אדם שלא עסק במוזיקה.

"לכל אחד מאתנו מאגר זיכרונות אישי, המיוחד לו בלבד. כך שהזיכרון הוא חלק בלתי נפרד מתחושת הזהות האישית, מההכרה שלנו מי אנו ומה מייחד אותנו מהאחרים. אני הוא אני בגלל הדברים שקרו לי והנשמרים בזיכרוני. אני הוא הסך הכולל של העבר שלי. זוהי תפיסת העצמי המתמשך והרצוף. הזיכרון מספק תשובה על השאלות מי אני ומה אני יודע" (אייל, 1994: 45).

ההתעניינות והעיסוק בתחומים רלוונטיים מן העבר מסוגלים להעצים את האדם, לחזק את ה"אני" ולתרום לדימוי עצמי חיובי יותר. הניסיון בתרגול קוגניטיבי עם חולי דמנציה מצביע על יכולת הלמידה שלהם (Bowlby, 1998). רואים שיפור בתפקודים, כמו זכירת מקום המחשב, הפעלת הלחצנים הנכונים בשעת הפעולה, הפעלת המקלדת,

סדר הופעת המסכים ועוד. שיפור ניכר גם במהירות התגובה, באיכות הקריאה וההבעה העצמית.

המפגש עם הקשיש ליד המחשב

לפני תחילת הטיפול רצוי לדעת מעט פרטים על החולה ועברו. מה היו תחומי העניין שלו, אירועים חשובים בחייו, עיסוקו ומצבו הנוכחי. כאמור, לא כל קשיש מסכים לגשת למחשב. ישנם כאלה המפחדים ממחשב ואחרים שכלל לא מתעניינים בו. במקרים אלה, אפשר להראות להם את המחשב בלי להשתמש בו. לאחר זמן, לנסות לשבת איתם ליד המחשב ולראות ביחד מה רואים על הצג. אפשר לחזור על פעילות זו מספר פעמים עד שהחששות מתמעטים. רצוי מאוד שהאדם המפעיל את הזקנים במחשב יכיר את התוכנות ואת הפונקציות של המחשב.

הטיפול נעשה בדרך כלל באופן פרטני. הקשיש יושב עם המטפלת. היא פנויה בעבורו בלבד. פעמים רבות זו הזדמנות בשבילה לקבל מידע ופרטים על בעיות וקשיים הדורשים התייחסות. הזקן מקבל את מלוא תשומת הלב. בעבורו זאת הזדמנות למצות את יכולותיו. ההפעלה הפרטנית מאפשרת למטפלת להתאים את נושא התרגול, את הקצב ואת משך המפגש לצרכיו של כל מטופל. כמו כן, קיימת אפשרות ללמדו להגיע לשלבים של עצמאות בהפעלת התוכנה. במהלך הלימוד, למטפלת יש הזדמנויות רבות לתת חיזוקים חיוביים. המטופלים מתעודדים נוכח הצלחתם, חל שיפור במצב הרוח שלהם ובביטחון העצמי. פעמים רבות, תוך כדי חשיפה לגירויים במחשב, מתגלות יכולות קוגניטיביות ומוטוריות שלא היו ידועות עד כה. יש ריכוז טוב יותר, תקשורת מילולית עשירה יותר, התקדמות בפתרון תרגילי חשבון, חיזוק הזיכרון הוויזואלי ותגובה מהירה יותר. כל אלה מעודדים מאוד את המטופל ומחזקים אותו.

הדגשים טיפוליים

1. **רווחה נפשית, איכות חיים:** זמן הפעילות היא שעת איכות למטופל וגם לסביבתו. הישיבה בצוותא ליד המחשב חייבת להיעשות באווירה נעימה ונינוחה, המאפשרת למטפלת לתקשר (ברמה כלשהי) עם הקשיש. הפעילות מתמקדת בנושא המעניין את המטופל, אך חשוב להדגיש כי היא משותפת למטפלת ולמטופל. בדרך זו מפחיתים מתח או מפחד מכישלון.
2. **ניצול הכישורים הקיימים על מנת לבצע מטלות:** התאמת תכנית העבודה חייבת להתבסס על מידע בדבר מצבו הנוכחי של המטופל, עיסוקו בעבר ותחביביו. לכן חשוב ביותר לקבל מידע זה לפני תחילת המפגש הראשון. העובדת הסוציאלית והמשפחה הן בדרך כלל המקור לקבלת פרטים על החולה. לעתים, אפשר לקבל מידע חשוב גם משיחה עם הקשיש עצמו, טרם תחילת הפעילות. אם אין מידע, אפשר לנסות הפעלה בתחום כלשהו, לפי שיקול דעתה של המטפלת, אך יש להיזהר שלא להביא את המטופל לידי תסכול ממשימות שאינן לפי יכולתו.

3. **סביבה שקטה ונעימה לצורך ריכוז מרבי:** כל גירוי מהסביבה פוגע בריכוז ועלול לפגום ביעילות הטיפול. לכן, חשוב לעבוד מלכתחילה במקום שקט.
4. **מתן אפשרות למשתמש להפעיל את המקלדת בעצמו:** מומלץ לנסות זאת, כמובן אם המשתמש מסוגל לכך. אפשר להדביק מדבקות עזר על המקשים. פעולה זו נותנת למטופל תחושה של שליטה על החלטותיו.
5. **הסבת תשומת לבו של המטופל למה שמופיע על המסך:** רצוי להסב את תשומת לבו לפרטים המופיעים על המסך ולהסביר לו במילים פשוטות את המוצג. פעולה זו היא גירוי חזותי ושמיעתי ומסייעת לריכוז.
6. **הערכת רצונו של הזקן לבצע מטלה מסוימת:** עצם הניסיון של הזקן לחשוב ולבצע מטלה היא מטרה בפני עצמה, היות שתהליך הריכוז, הקשב והחשיבה מתחילים מיידית. על המטפל להביע את הערכתו לזקן על ניסיונו לעשות פעילות מסוימת מול המחשב.
7. **מתן חיזוקים:** רצוי לתת חיזוקים בשלבים השונים של ביצוע המשימה ובהשלמתה, כדי לחזק את הביטחון העצמי של המטופל וליצור מוטיבציה. גם פתרון חלקי הוא חיובי או תשובה הנאמרת בעל פה, ללא הקלדה.
8. **מתן תחושת הצלחה בסיום הפעילות:** סיום המפגש צריך להיות בנועם וברוגע, כדי שיישאר "טעם של עוד" ויהיה סיכוי טוב לפגישה נוספת ביום אחר.
9. **התייחסות למצבי הרוח של החולים:** לעתים קרובות, יש בקבוצה אנשים שאינם משתתפים בפעילות או כאלה שנכנסו למצב של אגרסיביות וכעס. הם מפריעים למהלך התקין של הקבוצה. הניסיון מלמד, שהעברתם מהמסגרת הקבוצתית לפעילות פרטנית במחשב (בחדר צדדי) מוציאה את החולה הבודד מבדידותו ומרגיעה את החולה האגרסיבי מכעסו.

רעיונות להפעלה במחשב

הפעילות במחשב חייבת להיות בהתאם לרמה, לשפה ולעניין האישי של המטופל. להלן מספר הצעות:

1. **תוכנת מחשב "סביון":** התוכנה עוסקת בנושאים בסיסיים, כמו: שפה, חשבון, צורות. העבודה בתוכנה מגרה את הזיכרון לטווח הארוך ולטווח הקצר. השימוש במקלדת מתרגל מיומנות מוטורית וקואורדינציה. התוכנה פותחה על ידי מרפאה בעיסוק לבני "גיל הזהב", הסובלים מירידה קלה בזיכרון והיא מותאמת במיוחד לעבודה עם קשישים הלוקים בדמנציה.
- אפשר להרחיב את הפעילות לכיוונים נוספים המתפתחים תוך כדי הפעילות, לפי העיקרון של "המטפל המאפשר". בכל הפעולות האלה נדרשות מהמטפל מקצועיות וזהירות רבה, כדי לממש את מרב היכולת של המטופל. אך חשוב, כאמור, לתת לחולה הרגשה טובה של הצלחה וחיזוק הביטחון העצמי.
2. **סיפורי חיים:** המטפלת מעודדת את המטופל לספר את סיפור חייו. לתאר אירועים, חוויות, מעשים שעשה. אם הוא מסוגל להקליד - הוא עושה זאת בעצמו, אם לא -

- המטפלת מקלידה ולאחר מכן הם קוראים ביחד את הסיפור. הגירוי הוא של הזיכרון לטווח הארוך, מתוך חיזוק ה"אני" והביטחון העצמי.
3. **משחקי חשיבה או משחקים מאתגרים** אחרים ליחיד או לשניים: ההתאמה צריכה להיות בקצב המשחק, בתוכן ובעיצוב.
4. **התבוננות בתמונות** מהאינטרנט, תמונות היסטוריות או אף תמונות משפחתיות: התמונה מעודדת העלאת זיכרונות, היא אמצעי להבעת רגשות, לתרגול יכולות קוגניטיביות, כמו דיבור ושימוש בשפה.
5. **שימוש במעבד תמלילים** לצורך כתיבה, קריאה, שעשועי לשון.
6. **פעילות מוזיקלית**, הקלטות אירועים, מנגינות מבית אבא, שירים אהובים וכן שמיעת סיפור קצר, דקלום או כל חומר אחר המוקלט במחשב והוא בעל משמעות לקשיש. לאחר ההאזנה אפשר לשוחח על הנשמע וליהנות משעת איכות.

פעילות בקבוצה

עד כה דובר על פעילות פרטנית. אולם קיימת גם האפשרות לעבוד במחשב (עם מקרן, ברקו) באופן קבוצתי, במסגרות כמו מרכזי יום או בתי אבות. לצורך הפעלה כזאת רצוי ניסיון בהפעלת קבוצות. להלן מספר דוגמאות להפעלה קבוצתית:

1. **פעילות עם תמונות:** ניתן להשתמש בתמונות הקשורות לאירועים שהיו בקבוצה או בתמונות אישיות של משתתפי הקבוצה. אפשר לעבוד על זיהוי האנשים או לפתח דיון קבוצתי על נושא המוצג בתמונה, לדבר על רגשות וכו'.
 2. **שימוש במעבד תמלילים:** פעילות המאפשרת שיתוף כל חברי הקבוצה ומתן הזדמנות לכל אחד לומר את דברו. לדוגמה, תרגיל של אסוציאציות. שואלים שאלה, למשל, "מה מזכירה לכם המילה 'ים'?" המדריכה מקלידה את התשובות של המשתתפים באותיות גדולות. אפשר להשתמש בצבע להדגשה או לכל מטרה אחרת (אם יש חבר בקבוצה המסוגל להקליד כדאי לבקש זאת ממנו). בשלב הבא אפשר להציע לחברי הקבוצה לקרוא את תשובותיהם (תוך נקיטת זהירות לגבי האנשים המתקשים בקריאה או שאינם מסוגלים לקרוא).
- דוגמאות נוספות: המדריכה מבקשת מכל אחד מהחברים להתבונן סביב ולומר מה הוא רואה. המדריכה מקלידה את הנאמר או שאחד מחברי הקבוצה מקליד. לאחר מכן קוראים את הכתוב; כל חבר אומר את שמו ומה הדבר האהוב עליו ביותר. המדריכה מקלידה את הנאמר או שאחד מחברי הקבוצה מקליד. לאחר מכן קוראים את הכתוב. אפשר להפעיל את הקבוצה בנושאים רבים, שבהם עוסקים גם באופן פרטני. השימוש במחשב בעזרת המקרן (ברקו) בפעילות קבוצתית, נוח ונעים גם לזקנים וגם לידודות למטפלים.

דוגמאות להמחשת ההפעלה והשגת המטרות הטיפוליות

- ש' בשנות ה-80 לחייו. במשך שנים רבות היה ראש ישיבה בארצות הברית והעמיד תלמידים רבים. היה בעל קשרים ציבוריים ועסק בענייני הקהילה. דובר עברית ואנגלית. נמצא בשלב מתקדם של דמנציה. בדרך כלל עייף ונוטה להירדם, אינו מתעניין בשום דבר. בזמן ערות הוא חברותי וחיובי לסביבה. התחלנו לעבוד אתו בתוכנה "סביון". הוא הצליח בתרגילי חשבון פשוטים, אך לא גילה עניין להמשיך. עברנו למעבד תמלילים, כדי לכתוב דברי תורה או סיפורים מעברו, אבל גם בזה הוא לא התעניין ולא רצה להמשיך. המפעילה, שאינה שולטת בעברית, הציעה לו לתרגם עבורה מילים מאנגלית לעברית המופיעות ב"סביון". הדבר מצא חן בעיניו מאוד והוא עושה זאת בהתלהבות. הוא חזר לעיסוקו המהותי - הוראה - תפקיד שעסק בו שנים רבות בעבר והיה משמעותי בעבורו. המפעילה אכן למדה מילים חדשות. כך נוצר קשר חיובי ופעילות פורה. בפעילות זו ניצלנו כישורים קיימים מהעבר, אפשרנו לו לחזור לדימוי העצמי שלו כמורה וכמלמד. ידיעת שתי השפות ותרגום מאחת לשנייה היו חלק מעבודתו בהוראת תלמידים. הוא הרגיש נוח ובטוח בתפקיד זה ונהנה מאוד.
- א' ילידת אנגליה. שנים רבות הייתה מורה לאנגלית ולספרות. מבולבלת מאוד. אינה מתמצאת בזמן ובמקום. דיבורה שוטף ואוצר המילים שלה עשיר ומגוון. בפעילות מול המחשב הייתה חסרת סבלנות לחלוטין. המטפלת גייסה את כישוריה המילוליים של הקשישה על מנת להעשיר את אוצר המילים במאגר התוכנה. א' "עזרה" למטפלת בכך שהפכה ליועצת לשונית והעשירה את אוצר המילים. בכל פעם שהוזמנה למחשב הסכימה בשמחה.
- הפעילות במחשב סיפקה לה עשייה משמעותית, בתוך ניצול התפקוד הטוב בתחום המילולי.
- א' ניצולת שואה יחידה ממשפחתה. סובלת מנקיפות מצפון על שהותירה את אמה מאחור עת יצאה לישראל נגד רצון אמה. הייתה תלמידה חרוצה ומוכשרת בצעירותה והצטיינה תמיד בחשבון. אוהבת לספר בשבחה של אמה ולכתוב סיפורים אודותיה ולתעדם במחשב. נראה שההתרפקות על הימים הטובים של פעם יוצרת אצלה תחושות חיוביות ונעימות. התיעוד גורם לה סיפוק רב וייתכן שבמידה מסוימת מהווה פיצוי על רגשות האשם כלפי האם. לכן חשה סיפוק עצום בתיעוד סיפורים על אמה וגילתה מוטיבציה רבה בעבודה על המחשב.
- ט' סובל מאפזיה מוטורית. מתקשה בהבעה ואינו מוצא את המילים המתאימות. היה שנים רבות בצבא קבע ומתמצא בפוליטיקה הישראלית. למרות מצבו, הוא אינו נרתע מלבוא למחשב. בתרגילי לשון הוא מצביע על התשובה הנכונה. כמו כן, הוא נהנה להתבונן בתמונות של אנשים ידועים מהפוליטיקה המופיעים על הצג ונהנה ביותר לזהותם. הדבר מעודד אותו לספר, למרות המוגבלות הקשה שלו, על תפקידיו בעבר ועל אירועים בחייו. המחשב בעבורו הוא כלי ביטוי מילולי ואמצעי להצגת ה"אני" לסביבתו ולאנשים עמם נמצא בקשר.

- צ' התחילה להרגיש קשיים בזיכרון. במיוחד הפריע לה שאינה מסוגלת לחשב חשבונות, משום שהייתה מנהלת חשבונות בדרגה גבוהה. היא החלה לעבוד בתוכנת "סביון" בביתה באופן עצמאי. תחילה בתרגילים פשוטים בחשבון ואחרי כן מסובכים יותר. מצבה השתפר וגם מצב רוחה. במשך הזמן התרחבה הפעילות גם לחלקים אחרים בתוכנה - צורות וזיכרון. השיפור בביצוע המטלות וההתקדמות בדרגות הקושי הוסיפו לחייה אופטימיות וביטחון עצמי.
- ד' היה עורך דין במשך שנים רבות. הוא עבר אירוע מוחי קשה, קיבל שיתוק בצד ימין עם אפזיה מוטורית. קרא מילים באופן חלקי בלבד ולא הצליח לקרוא מילה בשלמותה. הדיבור לא היה ברור כלל. מצב רוחו קודר ומדוכא. חסר מוטיבציה, חסר סבלנות ולא רגוע. זיהה את בני משפחתו. היה קשה לאבחן אצלו יכולות קוגניטיביות. המטפלת החלה לעבוד אותו במחשב בתוכנת "סביון", בחלק הלשוני. תחילה גילה חוסר סבלנות והפעילות הייתה לזמן קצר. לאט לאט התרגל למחשב, שיתף פעולה והחל ליהנות. ראינו שיפור בקריאה ובהבנה. במשך הזמן השתפרה גם התקשורת המילולית שלו. הוא הצליח להביע מילים ולומר משפטים קצרים. הסיפוק שלו רב והשמחה גדולה. בני המשפחה מחזקים אותו והוא זוכה לעידוד רב.
- ת' משתתף ותיק באחד המועדונים. אהב תמיד את העיסוק בפתגמים, בחידוני תנ"ך ובתרגילי לשון. באופן פתאומי אבד לו החשק לעסוק בדברים אלה והוא נכנס לדיכאון. הסיבה הייתה מחלת אשתו, שאושפזה במצב קשה וכעבור זמן קצר נפטרה. מצבו של ת' הידרדר. הוא נעשה מבולבל וחסר חיות. יום אחד הציעה לו המפעילה לספר מעט על אשתו. המפעילה שאלה אותו שאלות פתוחות אודות היכרותו הראשונה עם אשתו. הוא התחיל לספר סיפור ארוך, שכולו תועד במחשב. העיסוק בנושא שחרר אותו מהמועקה והחזיר אותו למחזזות העבר הנעימים. הוא הקפיד שהדברים יתועדו במדויק ואף הסכים לשתף את חבריו בקבוצה בסיפור חייו. הוא קרא בפניהם את הסיפור שהודפס מהמחשב. פעולה זו עזרה לו מאוד לצאת מהדיכאון היות שכולם התעניינו בו ודיברו אותו.
- א' פרופסור לרפואה ומרצה באוניברסיטה. סבל מירידה בזיכרון ומפרקינסון קשה, שגרם בין היתר לקושי רב בדיבור. משום כך לא הייתה אתו תקשורת מילולית במשך תקופה ארוכה. הדבר העיב מאוד על המשפחה. התחלנו לעבוד במחשב בחשבון ובלשון. נתגלו יכולות טובות בשני התחומים. דבר שעודד אותו ואת בני המשפחה. החיוך חזר אליו בכל פעם שהגיע הזמן לעבוד במחשב. ההצלחה במילוי המשימות השפיעה על הדימוי העצמי שלו ועל הכבוד העצמי. התוצאה הייתה שיפור ניכר בתקשורת מילולית בינו לבין בני המשפחה.
- ב' אישה בגיל 90, משכילה. נהגה לקרוא ספרים. בגלל מוגבלות פיזית הייתה מרותקת לכיסא גלגלים. סבלה מדיכאון והפסיקה כל פעילות. התחלנו לעבוד במחשב בתוכנת "סביון" בחלק הלשוני - חשבון וזיכרון. בכל פגישה היא התקדמה ופעלה ביתר עצמאות. נהנתה מכל רגע ומצב הרוח הכללי שלה השתפר מאוד. בעקבות כך עלתה גם איכות החיים שלה.

• א', אישה צעירה, אינטלקטואלית. כתבה ספרים ועסקה בתרגום. נמצאת בשלב הראשוני של הדמנציה ומודעת לעובדה שהיא שוכחת מדי פעם. המחשב היה כלי עבודתה כל השנים. בהפעלה השתמשנו במעבד תמלילים וורד, שבו היא שולטת. עשינו תרגילי חשיבה דוגמת שבץ-נא ושעשועי מילים, "חי", "צומח", "דומם" ועוד משחקי חשיבה. א' התחילה להרגיש שוב שליטה על המחשב ונהנתה מהצלחתה לפתור מטלות. הדבר הרגיע אותה ואת בני ביתה. האווירה בבית חזרה להיות נינוחה יותר.

תיאורים אלה ממחישים עד כמה חשוב ויעיל להעניק לחולי הדמנציה גירויים קוגניטיביים מתאימים. הפוטנציאל הרחב הטמון בשימוש במחשב ככלי טיפולי הוא עצום. המטפלים ובני המשפחות יכולים לנצל להשגת התקדמות בתפקודים רבים, לשיפור המצב הנפשי ולהעלאת הדימוי העצמי. זמן העיסוק במחשב הוא שעת איכות טובה לקשיש הדמנטי. המטפלת, המפעילה את הקשישים, נדרשת לסבלנות רבה, לב חם ויצירתיות, על מנת לנתב את הטיפול בדרך חיובית ולאפשר לזקן הרגשה טובה ורווחה נפשית.

לסיכום, הניסיון שנרכש בעבודה טיפולית באמצעות המחשב מוכיח, שניתן להשיג שעות איכות ומטרות טיפוליות, בהן שיפור תפקודים קוגניטיביים, בדרך ידידותית לקשיש ולמטפל כאחד. המחשב מספק אפשרויות נרחבות, שניתן להתאימן לצרכים שונים של הקשישים.

מומלץ להשקיע משאבים ומחשבה בכל מקום שבו שוהים קשישים, כדי לנצל את המחשב ולאפשר להם ולתשושי הנפש ליהנות מאיכות חיים משופרת.

מקורות

אייל, נ. (2005). לא מאבדים את הראש. **דורות**, אוגוסט, 21-18.

אייל, נ. (1994). מסע אל הזיכרון. תל אביב: ספריית מעריב.

קהאלסה, א. ס. (1999). **המוח - זיכרון וחשיבה. כיצד לשפר את יכולת המוח ולהאריך את ימיו**. ירושלים: כתר.

Bowlby, C.I. (1998). *Therapeutic activities with persons disabled by Alzheimer's disease and related disorders*. New York: Aspen Publishers.

העולם המופלא של הסנוזלן

רנה יודקאווסקי

מהו סנוזלן?

דמיינו כר נוצות על ענן, רשרוש שקט של גלי האוקיינוס, ניחוחו המרגיע של הלבנדר. ברוכים הבאים לסנוזלן.

סנוזלן הוא מינוח הולנדי, צירופן של שתי מילים שפירושן "חרור ונמנום". כוונתו לתחושה העצלה והרגועה, שיוצרת התרפיה בסנוזלן, אשר מורכבת מחוויה חושית, המעוררת את החושים הבסיסיים, מתוך גירוי מסוים גם של היכולות הקוגניטיביות (Pinkney, 1999). תכליתה של הסביבה החושית היא לתת לפרט את הזמן, המקום והאפשרות ליהנות מהסביבה שבה הוא נמצא בקצב המתאים לו, בהיותו חופשי מציפיותיהם הלא ממשיות של אחרים (Pinkney, 1999). מטרתו של הסנוזלן להגביר את רווחתו של המטופל ואת יכולת התקשורת שלו על ידי שיתופו בתהליך מהנה המובן לו באמצעות חושיו (Staal, 2004).

תפיסה זאת נוסדה בהולנד בשנת 1974 על ידי אד ורהול ועמיתיו, על מנת להוות מענה עבור הסובלים מירידה מנטלית משמעותית. בשנת 1993, ייבא מישל שפירו, מבית איזי שפירא ברעננה, את השיטה לארץ לטיפול בילדים הסובלים מקשיים חמורים בהתפתחותם. כיום, קיימים יותר מ-120 חדרי סנוזלן ברחבי ישראל (Shapiro & Bacher, 2002). מרכזי מלב"ב, המטפלים בקשישים בקהילתם, היו המוסד הראשון בירושלים לעשות שימוש בטכניקה זו בקרב אוכלוסיית הקשישים. כיום, כמו במדינות רבות בעולם וביניהן ארצות הברית, קנדה, הודו, מדינות אירופה ויפן, גם ברבים ממוסדות הטיפול בקשישים ברחבי הארץ קיימים חדרי סנוזלן. חדרים מסוג זה, עבור הסובלים מדמנציה, נמצאים בבתי אבות, במרכזי יום, בבתי דיור מוגן, ביחידות שיקומיות ופסיכו-גריאטריות.

כיצד נראים חדרי סנוזלן?

חדר סנוזלן מכיל מגוון רב של ציוד טכנולוגי מודרני, המיועד לייצר גירוי חושי-פסיבי. הדרך הטובה ביותר להבין את דרך פעולתו של חדר סנוזלן היא על ידי התנסות אישית. אנסה לתאר תחושה זאת על ידי תיאור החדר שבו עבדתי.

תהליך הכניסה לסנוזלן מתחיל בליווי המטפל את המטופל אל חדר הטיפול היחידני. עם כניסתו, נשמע צליל המרגיע של פעמוני הרוח והמטופל רואה נופים פסטורליים המצוירים על הקיר שמולו. החדר עצמו קטן, נוח וחמים ובו כורסה או נדנדת עור נוחה וגדולה. התאורה עמומה ומגיעה מאור השמש החודר מבעד לחלונות. וילונות הבד הלבנים המשתפלים מן התקרה נראים כעננים ויוצרים תחושת פקעת בטוחה. מנורת / צינור הבועות החשמלית הגבוהה, הניצבת בפינת החדר, מחליפה את צבעיה, כאשר בשתי המראות הפינתיות משתקפת בבואתה כפול ארבע. בפינתו האחרת של החדר,

מקרה בעל 200 סיבים אופטיים הנשפכים מהקיר אל היושב בכורסה, היכול לעצבם לפי רצונו. מנורה קטנה, הניצבת על שידה, מוסיפה אור חמים לאווירה. דלת הכניסה לחדר הסנוזלן מכוסה בצידה הפנימי בתמונות של שמיים כחולים וענני נוצה לבנים. באוויר, ריחם של שמן הלבנדר וקרח ידיים וניל המיועד לעיסוי ידי המטופל. ניתן להשתמש גם במכונת ארומתרפיה ליצירת ריחות נוספים. צלילם הרך של המים, הגלים וציוץ הציפורים המתנגן יוצרים מרגוע אוטופי. הדובי הקטיפתי והלבן הנמצא גם הוא בקרבת המטופל על שידת הלילה מספק את המגע העדין לאלה הזקוקים לו. חפצים נוספים, המיועדים לגירוי חוש המישוש, הם לוח המגע המעוצב בצורות שונות, חרוזי אמבטיה, תחרה ומקל גשם פרווטי הממולא בחרוזים ובאורז. כאשר הופכים את המקל מצד אל צד נשמע קול של טיפות גשם. ניתן להוסיף ציוד טכנולוגי, כגון מקרנים, כריות רוטטות וכו'. עיצובו של חדר סנוזלן, המיועד לשימושם של מבוגרים, שונה מעיצובו של זה המיועד לילדים. כאן אין מזרונים על הרצפה או כדורים להתגלגל עליהם. המבוגרים אינם חולצים את נעליהם, הם יושבים בצורה פסיבית יותר ומביטים על סביבתם יחד עם המטפלת הנמצאת בחדר. בעבור אלה הנהנים מכך, ניתנת האפשרות גם לרקוד בחדר.

מטרות הסנוזלן

מטרות הסנוזלן הן לספק סביבה מעניינת ומגרה העשויה להעלות את מודעות המטופלים ולגרום להם לחקור אותה; להעניק תחושת ביטחון, אשר מאפשרת התרגעות נפשית ופיזית במקום חופשי ומהנה. מטרת העל היא לספק חוויה חופשית מהפחד לעשיית טעויות (Pinkney, 1999).

חיונית הבנתו של המטפל, כי אין כאן משימות שאותן יש להשלים. המטופל אינו חייב לעשות דבר. ניתן להזמין את המשתתף לשבת, לאפשר לו לחוות את התחושות ולהירגע. צפוי, כי בפגישה הראשונה יציגו המטופלים שאלות הנוגעות לחדר, ועל כן ניתן לפתוח את הפגישה בהצגה קצרה של החדר ואביזריו. דרך עבודתו של המטפל היא באמצעות צפייה במטופל, אשר מספק לו רמזים באשר לכיוון ההתקדמות. לדוגמה, אם המטופל חוקר את סביבתו, על המטפל לאפשר לו את הזמן הנחוץ לו לשם כך. אם ברצונו לשוחח, המטפל יקשיב ויעודדו לכך. ניתן לשלב גירויים תחושתיים שונים, כגון עיסוי ידיים, ארומתרפיה או מקל גשם פרווטי. דמיון מודרך ותמונות מהזיכרונות הם שני כלים נוספים בעלי עצמה, אשר במידה שמתאימים למטופל, עשויים להיות חיוניים בטיפול. משך פגישה מומלץ נע בין 20 עד 30 דקות, אך זה תלוי בכל מקרה, בצרכיו האישיים של המטופל ובמשאבי המקום.

מיהו מטפל מאפשר?

מטפל חם ומקבל, המגלה עניין במטופל ומתחשב ברצונותיו, הוא רכיב בלתי נפרד ביצירת גירוי תחושת. הקשר שנוצר בין המטפל למטופל אינו פסיבי. בעוד המטפל "קורא" את המטופל, מפרש המטופל את דקויות ההתנהגות של המטפל. מטפל מאפשר הוא זה אשר מאמץ גישה לא מנחה וחסרת אג'נדה מובנית. אין ציפיות שבהן המטופל אמור

לעמוד. יש לאפשר למטופל להיות הוא עצמו ולחוש קבלה בלתי מותנית. המטפל מנסה להבין את המטופל מנקודת ראותו ומשקף את התקשורת המילולית והלא מילולית הנוצרת עמו (Shapiro & Bacher, 2002). מטפל הסנוזלן מגיע בדרך כלל מאחד המקצועות הטיפוליים, ביניהם: עבודה סוציאלית, ריפוי בעיסוק, פיזיותרפיה, ריפוי בדיבור, סיוע, סיעוד. קיימת חשיבות רבה להכרת שיטת הטיפול ולתיאוריה העומדת מאחוריה. המטפל נשאר עם המטופל לאורך כל זמן המפגש. בסיומו, הוא מעלה את תגובותיו של המטופל על הכתוב בטופס הערכה.

תאוריית הסנוזלן

טיפול בסנוזלן מבוסס על ההשערה, כי התנהגויות לא מתאימות הנצפות בקרב הסובלים ממוגבלויות התפתחותיות עשויות להיות סימפטום להפרעה בעיבוד התחושות. על פי התיאוריה, אם נספק את הגירוי החסר או נפחית מגירוי הנחוה כבלתי נסבל, עשויה לקטון ההתנהגות הלא מתאימה (Shapiro & Bacher, 2002). בקרב חולי דמנציה, קיימת לעתים התעלמות מסממן החסך התחושתי, אשר מהווה אספקט חשוב בהתנהגות המבולבלת. הקשר בין חסך תחושתי לבין בריאות נפשית מתועד היטב. בשנת 1969 התייחס לכך ריכמן בציינו זאת כגורם המוביל לתפקוד לקוי. ב-1983 זיהה החוקר מרקוס גם הוא גירוי תחושתי כחינוי להחזרת האדם הסובל מרגסיה לתקשורת עם סביבתו. באמצעות גירוי המערכת הרטיקולרית מסנן המוח את גורמי הגירוי ומכין את האדם לפעולה. אנו יודעים כי תהליך זה עשוי להיות מנוצל גם בקרב הסובלים מדמנציה, שכן המערכת הלימבית, השולטת בדחפים הבסיסיים וברגשות, היא אחת האחרונות המושפעות מהמחלה (Pinkney, 1999). התנהגות מבולבלת מופיעה בקרב חולי דמנציה בשלושה תחומים: למידה, זיכרונות ורגשות. בלמידה, לא נטמע מידע חדש, ולכן המטופל אדפטיבי פחות ונמנע יותר ויותר מסיטואציות לימודיות. ליקוי בזיכרון, ובייחוד לטווח הקצר, מוביל להעדפת שיחות על אירועים הממוקדים בעבר. ההישענות על זיכרונות מאפשרת לחולה לשמר כישורים חברתיים ורמה מסוימת של הבנה. תחושות של תסכול ואי-התאמה מתגברות עקב אבדן הכישורים הקוגניטיביים. מה שעלול להביא לשינויים תכופים במצב הרוח ובתחושות של חוסר שליטה (Pinkney, 1999). סנוזלן, אשר אינו דורש תפקוד של הזיכרון ומכיר במגבלותיו של החולה הדמנטי, מקדם את עצמאותו. בשימוש בסנוזלן יש לשים לב במיוחד להיבטים של בלבול, במיוחד בשימוש במודל של אינטגרציה תחושתית ותיאוריית יחסי האובייקט. שתי גישות אלה דנות בתגובות הפרט בעקבות גירוי תחושתי וחוויה סובייקטיבית. תיאוריית יחסי האובייקט דנה בתפיסות וביחסי המטופל עם סביבתו, הן האנושית והן החומרית. תוצאת יחסים אלה היא התפתחות ההתנהגות ומערכות היחסים. על כן, על ידי יצירת סביבה בעזרת סנוזלן אנו עשויים לספק לחולה הדמנטי חוויה ייחודית, המתוכננת להשגת תגובה מסוימת (Pinkney, 1999).

הסנוזלן ובריאות נפש

כמצוין על ידי פינקני (Pinkney, 1999) לסנוזלן תועלת רבה בבריאות הנפש, משום שהוא:

1. **מפחית את לחצי הסביבה:** מאפשר חוויה חופשית מכישלונות, בתוכה גם הנפש וגם הגוף נחים. הסנוזלן מספק מנוחה קצרה מרעשי הפעילות או מהסביבה הביתית מלאת דחק.
2. **מאפשר כניסה רכה להתרגעות:** מטופלים רבים בעלי בעיות בריאות נפש מעורבים מאוד בהתנהגותם התת-מודעת. בעבור אלה, הנמנעים מהשתתפות בהתרגעות קונבנציונלית, מהווה הסנוזלן אפשרות מפצה.
3. **יוצר גירוי מדורג:** הסנוזלן מספק פעילות ממקדת. עובדה זו חשובה במיוחד בעבור אלה אשר להם מודעות מופחתת של העולם החיצוני. הדגש המושם בו על הנאה מושך יותר מאשר תרפיה קונבנציונלית.
4. **מספק פסק זמן:** פינה שקטה עבור אלה הלומדים לנהל את הלחצים בחייהם. כיום, מוכרת השיטה במגזר הפרטי כטכניקה מתאימה לאלה העובדים בסביבה מלחיצה. השיטה יעילה בצוות המרגיש שחיקה.
5. **מאפשר זמן פרטי:** אף שסנוזלן אינו מתוכנן מלכתחילה להיות חדר שיחה, טמון בו הפוטנציאל לעודד את המטופלים לוונטילציה. אינטימיות הסביבה מאפשרת לחלוק ומהווה מקום בטוח לפגישות ייעוץ.
6. **מפתח קרבה:** סביבה זאת מתאימה לביסוס קשר טיפולי עם המטופל, המרגיש בטוח, לא מאוים ולא בטיפול.
7. **מאפשר התערבות בזמני משבר:** בעבור אלה החווים משבר, הסנוזלן יכול להיות מקום בטוח להחזרת השליטה. עם הירידה במתח, מתחיל המטופל לעשות שימוש בדרכי התמודדות חלופיות.
8. **מספק גירוי חושי:** הצורך לגירוי חושי חיוני עבורנו על מנת להתרכז. הסנוזלן מאפשר גירוי עדין של כל אחד מחמשת החושים ועל כן מהווה רמה בסיסית של סטימולציה בעבור מטופל, החווה עומס על חושיו.
9. **משפר את יכולת הריכוז:** בעבור מטופל הסובל מבעיות בתחום בריאות הנפש, הריכוז עלול להיות משימה קשה. הסנוזלן ממקד בהדרגה את המוח ומקרר את הפרט אל סביבתו. תהליכי מחשבה מואטים, המשולבים בפעילות הסנוזלן, מאפשרים למטופל להתקדם בקצב המתאים לו.

סקירה מחקרית קצרה

אף שמחקר אמפירי בסטימולציה רב-חושית הוא עדיין מינימלי, 90% מהמחקר הקיים, נכון לעכשיו, תומך בהיותה של השיטה גם תרפויטית וגם יעילה. ממצאים אלה מועצמים על ידי הדיווחים הלא מחקרניים המצדדים בגירוי חושי ובשימוש בו בקרב קשישים (Chitsey, 2002).

בסעיף זה נביא תקציר של ממצאים שהתקבלו ממחקרים עדכניים אשר נעשו בקרב חולי דמנציה בכל הקשור לטיפול בחדר הסנוזלן (Staal, 2004). מופאט ואחרים (Moffat, 1993) ערכו את מחקר הגישוש הראשון על שיטת הסנוזלן בקרב חולים בדמנציה. המשתתפים במחקר הראו מצב רוח משופר, שימת לב רבה יותר לסביבתם ורמות גבוהות יותר של רוגע. נטייה חיובית קלה לירידת הדחק נרשמה בקרב הצוות, אשר הצטרף למטופל למשך הפגישה. מחקר מדוקדק יותר נערך על ידי בייקר ואחרים (Baker, Dowling, Wareing et al., 1997) ובו ממצאים על שיפורים התנהגותיים של מטופלים, התנהגות מילולית רבה יותר, דיבור ספונטני והעלאת זיכרונות. חוקרים אלה ציינו גם שיפור בהתייחסות לאחר, מבט אקטיבי, מצב רוח חיובי ועלייה ברמת הפעילות. מחקר זה, אשר נעשה על מטופלי חוץ, הציג העברה של היבט חיובי במצב הרוח ושיפור בהתנהגות גם בבית החולה. הולטקאמפ ואחרים (Holtkamp, Kragt, Dongen et al., 1997) התנהגות במהלך הטיפול בסנוזלן, זאת לעומת התנהגותם בתנאי חדר סטנדרטיים. פינקני (Pinkney, 1999) חקר היבטים בתהליך תרפיית הסנוזלן, המחזקים את הממצאים החיוביים הקודמים בדבר תפקוד משופר יותר של חולים בתחומי מצבי רוח ורגש. החוקרים ספול, לין ופרמטון (Spaull, Leach & Frampton, 1988) מציינים, כי שיטת הסנוזלן תרמה לשיפור ביצירת קשרים בינאישיים, עניין בסביבה ומבט אקטיבי במהלך הטיפול. כמו כן, נרשמה ירידה בהתנהגות הלא מתאימה לאחר הטיפול. הופ (Hope, 1998) בדק את העדפות המטופלים לסוג הגירוי ומצא, כי צינור הבועות, ענף הסיב האופטי, התאורה הסולרית והמוזיקה התחבבו על מרבית המטופלים. עם זאת, יותר ממחצית המטופלים לא נהנו מציוד אשר יצר תגובות מישוש. וארינג ואחרים (Wareing, Colman & Baker, 1999) מצאו תוצאות חיוביות בנוגע למצב רוחו של המטופל, תשומת לב לסביבה ורגיעה באמצעות מחקרים על אובייקט אחד. מחקר פיילוט, אשר נערך על ידי ואן דיפן ואחרים (Van Diepen, Baillon, Redman, et al., 2002) גילה, כי רמות החרדה והאגיטציה ירדו בקרב מטופלי הסנוזלן. בשימוש בסולם אחר, מצאו כי ניקוד האגיטציה לאחר טיפול בחדר הסנוזלן נמוך יותר בהשוואה לפעילות היזכרות. ניטור קצב הלב הראה, כי הסנוזלן מסוגל לייצר הן עניין בסביבה וסטימוולציה, אשר התבטאו בקצב לב מואץ, והן רגיעה אשר באה לידי ביטוי בהאטת קצב הלב.

סנוזלן נמצא גם יעיל בטיפול בתופעת "שקיעת השמש" / "דמדומים", או אגרסיביות גוברת של חולים בדמנציה ככל שמתקרב היום אל סופו. ביקור מתוזמן בסנוזלן עשוי להקל על החרדה בקרב הסובלים מכך (Gandy, 2004).

מחקר מעניין נערך על ידי ואן וירט (Van Weert, 2004), שבדק את השפעת הסנוזלן על מטפלים עיקריים. מטפלים, בעלי כישורים בטיפול בסנוזלן, שולבו במחלקות פסיכו-גריאטריות. התוצאות הראו עלייה ניכרת במוכנות בקרב המטפלים העיקריים להביט על המטופלים, מגע רגיש וחיוך במהלך שעות טיפול הבוקר. כמו כן, הייתה עלייה ניכרת בהתנהגות חיובית ובמקביל ירידה בהתנהגות שלילית. מטפלים עיקריים אלה הצליחו

להגיע לגישה ממוקדת יותר בחולה. כמו כן, שיפרו את תחושת הסיפוק הכוללת שלהם מעבודתם והיו שבעי רצון מאיכות הטיפול שנתנו ומהקשר עם החולים. ניתוח תוצאות אלה הראה השפעה חיובית משמעותית על תפיסת לחצי הזמן והבעיות, תגובות לדחק ועייפות רגשית. הדיירים במחקרים הראו שינויים חיוביים בתחומים אלה: איכות חיים או רווחת חיים, מצב רוח, התנהגות מסתגלת והתנהגות אגרסיבית.

שופילד ודיוויס (Schofield & Davis, 1998) ערכו מחקר בקרב אנשים הסובלים מכאב כרוני, ומצאו כי חלק מהחולים חוו ירידה ברמות הכאב ושיפור בתחושה הכללית ובהרגלי השינה (Chitsey, 2002).

קיימת עדות לשימוש בסנוזלן במקום תרופות פסיכיאטריות. ביחידה הפסיכו-גריאטרית של "כפר שאול" בירושלים מטופל בחדרה גבוהה ביקש לנסות את שיטת הסנוזלן טרם יינתנו לו תרופות מרגיעות. המטפל נענה לבקשה זאת, ולאחר הפגישה לא היה צורך במתן התרופות. המטופל כתב מכתב תודה לצוות המשתמש בטכניקה זאת. עם זאת, ברור כי בתחום זה קיים צורך במחקר נוסף.

המחקרים הקיימים אינם מספיקים ולחלקם מגבלות שונות. סטאל (Staal, 2004), סבור כי ניתן לשפר את המחקר על השפעת סנוזלן על קשישים באמצעות הערכת שלב הדמנציה שבו הם נמצאים, בניית סולמות במהלך מחקרי תצפית, חישוב מהימנות פנימית, שילוב תיאורים מדויקים של מערך המחקר והמשך השימוש במערכים קבוצתיים רנדומליים. עם זאת, קיימות עדויות כי סנוזלן הוא טיפול יעיל לקשישים הסובלים מדמנציה.

מלב"ב ערך מחקר פיילוט קטן, אשר מטרתו להעריך את ההשפעה הפוסט-טיפולית של סנוזלן. חברי צוות התבקשו לציין שיפורים או הרעה במצב המטופלים בשישה תחומים שונים לאחר טיפול בסנוזלן. ברוב המקרים, נרשם שיפור בתחומים של מצב רוח, רוגע וקשרים בין-אישיים. שליש מהמקרים הראו שיפור בתקשורת. בתחומים של דריכות ואגרסיביות - כמעט שלא נרשם שינוי.

כיצד מגיבים המטופלים?

באופן כללי מצאנו, כי אנשים חשים בטוחים לשוחח בחדר הסנוזלן. הם מבטאים את רגשותיהם לגבי אבדנים, הזדקנות, לחצי הבית, בני זוג, נושאים משפחתיים, ילדות, טראומות השואה ועוד. לתהליך זה השפעה תרפויטית מזככת. רבים חשים בנוח לבכות בחדר וחווים מגוון רגשות. הם נוטים להיפתח יותר מאשר במהלך פעילויות קבוצתיות אחרות. תשומת הלב הניתנת במפגש אחד על אחד חיונית לתהליך ומסייעת לחלק מהחולים ליזום תקשורת. דוגמה לכך היא מטופל לא ורבלי במיוחד, אשר טפח על כתף המטפלת וכיוון אותה לעבר החדר.

חלק מהמטופלים מעדיפים לנמנם ואחרים לחקור את החדר. הם עשויים לשאול שאלות לגבי הציוד הנמצא בו. הוא מעורר את סקרנותם והם אף עשויים להיות ורבליים. חלקם נהנים ממגע בחפצים השונים, אחרים מעדיפים להסתובב בחדר ואף לרקוד עם המטפל. חלק מהמטופלים נהיים דרוכים יותר משהיו בחדרים האחרים. אחת המטופלות אמרה

למטפלת, כי ההשפעה שיוצר הסנוזלן מלווה אותה לאורך כל שעות היום. היא אמרה, כי היא מרגישה רגועה יותר אחרי השהות בחדר.

להלן תגובות אחדות של מטופלים:

♦ "צינור הבועות עודד אותי. כל פעם שאני נכנס לכאן זו חוויה חדשה. אני מרוויח משהו כל פעם".

♦ "אני מועשר על ידי חוויית הסנוזלן".

♦ "כשאני יושב כאן, אני חש מסופק".

♦ "אני מרגיש נינוח בחדר".

♦ "טוב להרגיש נורמלי".

♦ "המוזיקה שינתה את מה שהרגשתי".

♦ "הרגשתי רגוע יותר כשיצאתי מהחדר".

♦ "אחרי דקה אחת כאן, אני שוכח את המהומה ויכול לנוח".

♦ "החדר גורם לי להרגיש נפלא".

♦ "טוב לדעת שיש מקום נחמד, שבו אנו יכולים ליהנות".

♦ "אני בעולם אחר".

♦ "איזו עבודה היא עשתה איתי... נכנסתי לחדר, פתחתי את הפה והכול יצא".

♦ "ריח גן עדן".

♦ "הבועות והמוזיקה מזכירים לי את ביתי ליד הים".

המראות שבחדר מעוררות לעתים תגובות מעניינות. רבים מדברים אל "האיש שבמראה". חלקם אף מזהים את עצמם. מטופל אחד, אשר לא הגיב ורבליט ולא השתתף בשום פעילות נכנס לחדר. המטפל יצר עמו קשר עין והחזיק את ידו. המטופל הצביע לעבר צינור הבועות, הביט במטפל והרים את אגודלו לאות "או-קי". זו הייתה דוגמה נפלאה לתקשורת לא מילולית. הצוות לא היה מודע כי המטופל מסוגל לסוג כזה של תקשורת במקרה אחר של אדם מנותק הסובל מדמנציה מתקדמת, הצליח המטפל ליצור תקשורת מילולית ולא מילולית בחדר הסנוזלן. הוא עמד עמו ליד הבועות והמראות ושאל מספר שאלות. המטופל הניד את ראשו, משך בכתפיו ואף אמר "אני חושב שכן". מאוחר יותר, כשנשאל מטפלו הסיעודי אם הייתה זו תגובה טיפוסית לגביו, תשובתו הייתה שלא.

כמו כן, היו תוצאות מובהקות במקרה של מטופלת אשר נהגה לצעוק בקול רם בשפה זרה. הצוות לא הבין למה התכוונה, ניסה להרגיעה באמצעות תשומת לב אחד על אחד ועיסוי ידיים בתוך חדר הפעילות הקבוצתית. כשהתקבלה ההחלטה לנסות את חדר הסנוזלן התלוו אליה שני אנשי צוות. כשנכנסה לחדר, כמעט מיד הפסיקה את צעקותיה, החלה להביט סביבה והגיבה חיובית למגע ובחיבה אל הצוות. היא נשארה שקטה ורגועה במהלך הפגישה, בעודה מגיבה באופן המתאים לכל גירוי.

תוצאה מפתיעה נוספת התקבלה במהלך עבודה עם אדם הסובל ממחלה נדירה המזכירה אלצהיימר, אך עם סימפטומים שונים. הוא לא השתתף בפעילויות קבוצתיות ובילה רוב הזמן בהליכה הלך ושוב במסדרון. לא דיבר וכמעט שלא יצר קשר עין. המטפלת בסנוזלן, בניסיון לעניין אותו, שאלה למספר ילדיו ושמותיהם. הוא יצר קשר עין

ופירט בפניה מיד את שמות ילדיו, כאילו שציטט מידע משונן היטב. המטפלת ההמומה לא ידעה כי הוא יכול להעביר סוג כזה של מידע.

השימושים הנוספים של סנוזלן

במלב"ב נעשה שימוש בסנוזלן בקרב אנשי צוות ומתנדבים החווים שחיקה. אחת המתנדבות דיווחה על תחושה טובה יותר למשך ימים לאחר טיפול אחד בסנוזלן. היא סבלה מדיכאון וטענה, כי זה היה הטיפול הטוב ביותר שקיבלה אי-פעם. במקרה אחר של עובדת אשר סבלה משחיקה, ערכה המטפלת דמיון מודרך ובכך אפשרה לה זמן מנוחה ורגיעה. היא חשה טוב יותר אחריו ויכלה להמשיך לעבוד בצורה יעילה יותר.

במלב"ב נוסה גם טיפול בסנוזלן בחולה דמנציה ובבת זוגו. טיפול זה היה יעיל במיוחד בעבור בת הזוג, כשראתה את בעלה, אשר סבל מפרקינסון, רגוע, מחייך ונהנה. בעבור משפחות המבקרות את קרוביהן בבתי אבות, ביקור בחדר סנוזלן יכול להיות מועיל ומהנה הרבה יותר מביקור קצר ורגיל בחדר הרגיל.

ניתן להשתמש בסנוזלן גם בעבודה עם קבוצות קשישים אם החדר מרווח מספיק. ערכנו פגישה אחת עם שני מטופלים. האינטראקציה הייתה משמעותית במיוחד, כאשר שתי המטופלות חלקו ביניהן את טראומות השואה. האחת תיארה את חוויתה כילדה במחבוא, בעוד השנייה דיברה על הדרך שבה הצילה ילדים בזמן המלחמה. הרגש ותחושותיהן זו כלפי זו היו מוחשיים ומאוד מרגשים. הן נגעו זו בידה של זו ובכו. למרות ההבדלים בשפה, הן הבינו זו את זו.

לסיכום, על ידי גירוי החושים, מסייע הסנוזלן לקשר מחדש את החולה בדמנציה לעולם שהשאייר מאחור (Knippel, 2004). באמצעות סיפוק חוויה מהנה, מסייע הסנוזלן להפחית התנהגות א-סוציאלית, משפר זיכרון, מצב רוח, כישורים ורבליים ויכולות ריכוז. על פי המחקר, תועלתו של הסנוזלן ביצירת סביבה המעודדת מערכת יחסים משמעותית בין הצוות למטופלים, מקדמת רגיעה, מפחיתה דחק פסיכולוגי ושחיקת צוות. תועלת נוספת היא בכך שהמטופלים נינוחים, חשים תחושת אושר מוגברת ועניין, פחות עצב ופחד, עלייה ברמות החברתיות והעניין, וירידה בהתנהגות משבשת וברמות החרדה (Chitsey, 2002).

חווית ההעצמה והחיזוק מסייעת ליצור משמעות חיובית בחיי המטופלים. חולה דמנציה, שאינו מסוגל להסביר את הסיבה להתרחשות דברים מסוימים, יכול לשוחח באופן חופשי על מוזיקה מהנה ואורות במהלך המפגש. כמו שד"ר סטאל אומר: "זה כמו לקחת ילד קטן לדיסנילנד" (Staal, 2004).

לסיום, מובא כאן ציטוט מער צעיר המאושפז במחלקה האונקולוגית במרכז הרפואי שניידר, כאשר נשאל למשאלתו, אמר: "שהוריי יבואו עמי לחדר הסנוזלן, כדי שיראו כיצד נראה גן עדן".

- Baker, R., Dowling, Z., Wareing, L. et al. (1997). Snoezelen: Its long-term and short-term effects on older people with dementia. *British Journal of Occupational Therapy*, 60(5): 213-219.
- Chitsey, A. M., Haight, B. K. & Jones, M. M. (2002). Snoezelen: A multisensory environmental intervention. *Journal of Gerontological Nursing*, 28(3): 41-50.
- Gandy, S. E. (2004). *Snoezelen rooms may offer benefits for those with dementia*. By Alzinfo.org
- Holtkamp, C., Kragt, K., Dongen, V., Rossum Van, E. & Salentijn, C. (1997). Effecten van Snoezelen op het gedrag van demente ouderen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 28: 127-128.
- Hope, K. (1998). The effects of multisensory environments on older people with dementia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 5: 377-385.
- Knippel, J. (2004). *Better living through Snoezelen at Beth Israel New York*. New York: New York Press.
- Moffat, N., Barker, P., Pinkney, L., Earside, M. & Freeman, C. (1993). *Snoezelen: An experience for people with Dementia*. Chesterfield: Rompa 1-35.
- Pinkney, L. (1999). *Snoezelen: A sensory environment used by people who are elderly and confused*. <http://www.sohp.soton.ac.uk/neuro/SENSORY.htm>
- Schofield, P. & Davis, B. (1998). Sensory deprivation and chronic pain: A review of the literature. *Disability Rehabilitation*, 20 (10): 357-366
- Shapiro, M. & Bacher, S. (2002). *Snoezeling controlled multi-sensory stimulation*. Israel: Beit Issie Shapiro.
- Spaull, D., Leach, C. & Frampton, I. (1998). An evaluation of the effects of sensory stimulation with people who have dementia. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 26(1): 77-86.
- Staal, J. (2004). *Assessment of stimulus preferences in Snoezelen therapy for the elderly with dementia* <http://www.worldwidesnoezelen.com/content/view/195/>

- Van Diepen, E., Baillon, S.F., Redman, J., Rooke, N., Spencer, D.A. & Prettyman, R. (2002). A pilot study of the physiological and behavioural effects of Snoezelen in dementia. *The British Journal of Occupational Therapy*, Vo. 65 (1): 61-66.
- Van Weert, J. C.M. (2004). *Multi-sensory stimulation in 24 hour dementia care: Effects of Snoezelen on residents and caregivers*. <http://www.worldwidesnoezelen.com/content/view/337/207/>
- Wareing, L., Colman, P & Baker, R. (1999). Multi-sensory environments and older people with Dementia. *British Journal of Occupational Therapy*, (5) 12: 624-629.

טיפול בגינון

אחינועם בן-עקיבא מליניאק ודבי להב

מבוא

טיפול בצמחים היה מאז ומתמיד אחד העיסוקים המקנים לאדם רוגע, שלווה, פורקן, סיפוק ויצירה. כל אלה מתקיימים בזכות המפגש עם הצמיחה והגדילה, שהם מנת חלקו של הצמח ואשר מבוססים על יחס של תלות וגומלין בין אדם לצומח. בטבע מתקיים מצב של "יציבות דינמית": זהו מצב שמצד אחד מקיים מסגרת המספקת יציבות, קביעות ומחזוריות ומצד שני מביא עמו חופש, תנועה, התפתחות ושינוי. קיומם של שני כוחות אלה מאפשר מערך טיפולי ייחודי אשר ממנו צומח אדם הנמצא בקשר עם הסביבה.

צמחים הם יצורים חיים המגיבים לטיפול ומקבלים אותנו כפי שאנו, ללא שיפוטיות וביקורת. הצמחים מעודדים השתתפות, מגרים את החושים, מגבירים חיוניות, מעוררים תקווה והמשכיות. עיסוק עם הצומח הוא עיסוק מקובל, חשוב, מועיל ואמיתי, המאפשר לקחת חלק פעיל ומועיל במעגל החיים ובעל נראות הקושרת בין העוסק לגינה. מעבר לכך, עיסוק עם הצומח מאפשר תחושת חיבור, לעתים אף חיבור לחלקים הבריאים מתקופות הקודמות למשבר או למחלה. הגינון מספק פעילות פשוטה ומהנה אשר אין בה מקום לכישלון וכל אחד יכול לקחת בה חלק (Tyson, 1998).

תרומת הפעילות

לפעילות עם צמחים יש תרומה והשפעה על כל מישורי התפקוד של האדם: **במישור הפיזי:** הפעילות משפרת קשר עין-יד, מיומנויות מוטוריות גסות ועדינות, שיווי משקל, קואורדינציה, גמישות, טווח תנועה וחוסן פיזי.

במישור הקוגניטיבי: הפעילות מאפשרת למידת מושגים, העשרה והרחבה, שכלול יכולות של זיכרון ושיפוט.

במישור החברתי: הפעילות מעודדת שיתוף פעולה, תקשורת בין-אישית, נתינה וקבלה. **במישור הרגשי:** הפעילות מאפשרת ביטוי אישי, העלאת דימוי וביטחון עצמי (Simson & Strauss, 1997).

- תהליך "הצמיחה האישית" באמצעות גינון יכול להתקיים בשלוש דרכים שונות:
1. כתגובה לשהות פסיבית: השהות בחוץ, אם היא בשיבה, בטיול או בהתבוננות, מעוררת תחושות של רגיעה, שלווה והפחתת לחצים.
 2. באמצעות פעילות אקטיבית: דרך העשייה הפעילה מוגברת תחושת השליטה, המסוגלות, האחריות וההערכה העצמית.
 3. באמצעות אינטראקציה ושילוב בחברה: מושגת תחושת שייכות, חיבור למציאות חיצונית, יצירה, חיזוק קשרים משמעותיים ותרומה לחברה.

תרומת הגינון לאדם המבוגר

בעבור האדם המבוגר, עיסוק עם צמחים מאפשר פיצוי על אבדן כלשהו שהוא חווה: אבדן פיזי, אבדן של תפקידים וקשרים חברתיים, הפרת האיזון בנתינה ובקבלה והפחתת היכולת בהשפעה ושליטה בחייו (מדמוני, 2006).

תהליך ההזדקנות מציין מחד גיסא, תנועה כלפי מטה - התכנסות, האטה, הינתקות והיסגרות - מעין חזרה לאדמה. מאידך גיסא, הצמח מביא עמו תנועה מנוגדת: תנועה עם הרבה כוח, פריצה מהאדמה, צמיחה, התעוררות והמשכיות.

המפגש בין שני כוחות אלה מגרה כוח האצור בקרב כל אדם. זהו כוח החיות. זוהי אנרגיה אשר נמצאת אצל האדם כל עוד נשמתו באפו ואשר מימושה מביא לרווחה נפשית, חברתית ופיזית.

עיסוק עם צמחים מאפשר לזקן חיבור לשלושת מצבי הזמן:

1. **חיבור לעבר:** דרך זיכרונות, של מקום גינה ובית, אנשים, זמן, תקופות בחיים.
2. **חיבור להווה:** דרך עשייה, טיפול, אחריות ולקיימת תפקיד, המספקים תחושת חיוניות ושייכות, השגחה ומעקב.
3. **חיבור לעתיד:** הגינון מספק תקווה, המשכיות ותכנון לעתיד (בן-עקיבא מליניאק, 1999; וולאס 2006; Wells, 1997).

תרומת הפעילות בגינון לזקנים תשושי נפש

הפעילות הגננית יכולה לתת מענה לאדם תשוש נפש, אשר בעקבות השינויים חלה אצלו ירידה כללית (סלומון, 2002):

ברמה התפקודית ישנה ירידה בתפקודים היום-יומיים: ירידה בעצמאות; האדם הופך להיות פעיל פחות תלוי יותר בסביבתו.

ברמה הקוגניטיבית ישנה ירידה הדרגתית בזיכרון, בעיקר של הטווח הקצר. ישנן הפרעות בחשיבה, קושי בהתמצאות, בשיפוט ובתכנון תנועה.

ברמה ההתנהגותית קיימת תחושה של ירידת ערך עצמי, חוסר ודאות ואי-שליטה בחיים. לעתים, מופיעים סימנים לאי-שקט, אפתיה ודיכאון, אשר באים לידי ביטוי בשוטטות ובתוקפנות.

התרומה מפעילות בגינון לזקן תשוש הנפש נעשית באמצעות עשייה וחוויה משמעותית המורכבת מפעילות פשוטה ומוכרת, אשר במהלכה גירוי חיצוני מעורר פעולה אוטומטית (לדוגמה, הורדת עלים יבשים מצמח, השקיה, מילוי תערובת שתילה בעציצים). בפעילות זו אין כמעט כישלונות, היא מאפשרת מתן ביטוי אישי וחיבור תרבותי, מספקת חוויה חושית של הרחה, טעימה, מישוש, האזנה וראייה. זוהי פעילות אשר בדרך כלל מתקיימת בחוץ ומאפשרת הירגעות ו/או עוררות.

פעילות בגינון מאפשרת לזקן לחוות חוויות מלאות ושלמות למרות מצבו "הלא שלם". הוא מקבל תפקידים, מבצע משימות, אחראי לתוצרים ולתפוקה. הפעילות מפחיתה אי-שקט, ממקדת את האדם ומסייעת לחיבור לעצמי שלו. היא משמשת מעין איזון חוזר

במצב של ניתוק, תלישות, אי-שקט וחוסר מיקוד, שבו נמצאים לא מעט זקנים תשושי נפש.

הפעילות מאפשרת מתן ביטוי ליכולות ולמיומנויות שמורות וקיימות יחד עם חוויית למידה יישומית חדשה.

מכאן, אפשר לראות בפעילות בגינון כלי המאפשר שיפור באיכות החיים של הזקן תשוש הנפש דרך ארבעת המדדים הבאים:

1. **השתתפות:** השתתפות פסיבית ואקטיבית מגבירה את תחושת ההשתייכות והשייכות.

2. **עצמאות:** פעילות פשוטה ומוכרת המאפשרת למלא תפקידים ולבצע משימות.

3. **כבוד:** פעילות נורמטיבית המניבה תוצרים ומוצרים בעלי נראות והשפעה על הסביבה.

4. **הגשמה עצמית:** פעילות המאפשרת בחירה, גיוון, ביטוי עצמי ויצירתיות.

עקרונות העבודה בגינון עם תשושי נפש

בעת העבודה בגינון עם תשושי נפש מומלץ:

- להשתמש בעוצמות של המשתתף.
- להשתמש באופן חזרתי באותה פעילות.
- לקיים טקסים בתחילתה של הפעילות ובסופה.
- לפרק את הפעילות לשלבים ולבצע כל שלב בנפרד.
- ליצור הזדמנות לעבודה משותפת.
- להדגים את הפעילות ולהשתמש במילות פועל.

התאמת הפעילות לתשושי נפש בשלבים השונים של המחלה

זקנים הנמצאים בשלב הבלבול הקל: יכולים לבצע כל פעולה פיזית גסה. ניתן לקיים פעילות המורכבת ממספר שלבים, לפתח נושא ולהעשיר את התחום הקוגניטיבי, להעלות זיכרונות ולפתח שיחה הנלווית לפעילות. העשייה יכולה להתקיים באופן עצמאי עם השגחה והכוונה.

זקנים הנמצאים בשלב הבלבול הבינוני: מומלץ לקיים פעילויות עם דגש חברתי - שיחה, משחקים. פעילויות הגינון יהיו פשוטות ויכללו שלב אחד בעשייה. מומלץ להשתמש בצמחים ובזרעים גדולים.

זקנים הנמצאים בשלב הבלבול הקשה: העבודה תתקיים בקבוצות קטנות (שלושה עד ארבעה איש) או באופן פרטני. הפעילות תהיה פסיבית יותר ותתמקד בעיקר בגרייה חושית באמצעים הקשורים בעולם הצומח.

סביבת הפעילות

הגן מספק מקום שתבנית ההשתנות שלו היא איטית וידועה מראש ובכך הוא משרה תחושת ביטחון והישרדות. מחקרים רבים מאששים את ההנחה, כי שהות בגן עשויה להפחית התנהגויות מסוימות, כמו אי-שקט, דיכאון, פחד וחרדה ולעודד מצב של רוגע, חיוניות ושלווה.

הגינה, שהיא למעשה ניסיון מלאכותי לחיקוי הטבע ולעיצובו, מספקת מקום שתבנית ההשתנות שלו היא איטית וידועה מראש, ובכך משרה תחושת ביטחון והישרדות. במיוחד תקף הדבר בעבור תשושי הנפש, שכל עולמם הוא מערבולת ובלבול. בעבורם הגן מספק עוגן למצב של נוכחות.

בתכנון הגינה ניתן ליצור מרחב המאפשר חוויה משמעותית לשהיה בה, כשמעצם ההימצאות בה, הוא יוצא ממנה באופן שונה מזה שנכנס אליה. חוויה זו יכולה להתקיים בשני אופנים:

באופן פסיבי: מעצם השהות בסביבה מנחמת, מקבלת, עוטפת ומערסלת מתרחשת הטבה בעיקר בתחום הרגשי.

באופן אקטיבי: הגינה היא מקום שבו ניתן לפעול לבד ובקבוצה. מעצם לקיחת חלק בתכנון, בבנייה ובאחזקת הגינה, מתרחבת תחושת המסוגלות, ההנאה והסיפוק והשייכות החברתית.

הגינה אמורה לתת מענה לצרכים השונים של משתתפיה, צרכים רגשיים, חברתיים ופיזיים במכלול גן שונים של ישיבה, הליכה, עבודה וגרייה חושית.

לפי בק וגילסטר (Beck & Gilster, 1997) ניתן להשתמש בדגם הפרדס הקדום על מנת לתכנן סביבה התורמת להרגשה טובה ולשימור הזיכרון בעבור חולים עם דמנציה. גינה זו היא חצר סגורה המזכירה פרדס ואשר מכילה ארבעה אלמנטים: גדר, מים, חיפוי ואלמנט מוגבה. בכך הופכת הגינה לסביבה מוגנת, נטולת סכנות, המספקת מקום לשהות בחוץ, לפעילות גינון, לספורט, להירגעות ולגירוי הזיכרונות והחושים. הגינה הטיפולית מורכבת משני מכלולים:

- **ליבת הגן:** זהו האזור המרכזי, המאפשר התכנסות ופעילות משותפת. באזור זה תהיה צמחייה עונתית פורחת ומתחלפת במשטחי עבודה שונים, שתאפשר השתתפות אקטיבית של הזקנים בפעילות.
 - **היקף הגן:** מכיל בעיקר אזורים ויזואליים וצמחייה רב-שנתית, ההשתתפות בו מעטה יותר ומתקיימת בעיקר ברמה פרטנית.
- בתכנון הגינה יש לקחת בחשבון רכיבים תכנוניים ועיצוביים, כמו חומרים, צורה, גוונים, תפקודים, חיבורים וקשרים.
- הגינה הטיפולית היא כמו פזל המורכב מחלקים שונים. לכל חלק תפקיד משלו, אך התמונה השלמה גדולה מסך חלקיה, הכוללים:
- **אזורי מנוחה וטיול,** שבהם שבילים, ספסלים ורחבות.
 - **אזורים אסתטיים,** שבהם דשא, ברכות מים וערוגות נוי.
 - **אזורי התכנסות,** שבהם פרגולה ופינת בישול.

- **אזורי אחסון**, בהם כלים וחומרים, מקור מים ואזור לקומפוסט.
 - **אזורי פעילות**, שבהם משטחי עבודה מסוגים שונים וחממה טיפולית.
- ככל שבגינה יש מגוון גדול של אזורי פעילות ומשטחי עבודה, היא מעניינת יותר, נגישה ומוותאמת לתשושי נפש ברמות תפקוד שונות.
- את משטחי העבודה, שבהם מתקיימת הפעילות הגננית, ניתן לחלק לשלוש קטגוריות:
- **הגינה הפתוחה**: משמשת צורה בסיסית ומסורתית לעבודת הגינון. בדרך כלל זמינה, מוכרת ומתאימה לאנשים עם יכולות פיזיות שמורות, דוגמת תשושי נפש במצב בלבול קל.
 - **חממה טיפולית**: משמשת סביבת עבודה מקצועית, פופולרית ומתאימה ביותר לגידול צמחים, ומהווה מקור של נחת וגאווה למשתמשים בה. החממה היא מעין חדר עבודה מוגדר ומתאימה לכל קבוצה של תשושי נפש.
 - **משטחי עבודה מוגבהים**: רק בשלושת העשורים האחרונים הובן הערך של הגבהת הקרקע, המאפשרת פעילות גננית לאנשים עם מגבלות פיזיות. למעט יתרון זה למשטחי העבודה המוגבהים יתרונות נוספים, הן אסתטיים והן שימושיים. משטחי עבודה אלה מאפשרים נגישות של כל אוכלוסיית תשושי הנפש לגינה ומשמשים גורם מחבר בין פנים הבניין לבין חוץ הבניין.
- בבניית משטחים אלה יש לקחת בחשבון תכנון התואם שימוש, חומרים ועיצוב. ישנם שלושה סוגים של משטחי עבודה מוגבהים:
- **ערוגות בנויות**, שבהן העבודה נעשית בדרך כלל בעמידה.
 - **אדניות מוגבהות נייחות**, שבהן העבודה נעשית בעמידה ובישיבה.
 - **אדניות מוגבהות ניידות**, שבהן העבודה נעשית בעמידה ובישיבה.
- בעת תכנון גינה טיפולית יש להתייחס לשלושה עקרונות: ביטחון, נוחות והשתתפות.
- **ביטחון**: הגינה או החצר חייבות להיות מקום בטוח ולייצר תחושת ביטחון. זאת על ידי הקפדה להרחקה של אלמנטים מסוכנים, כמו צמחים קוצניים ורעילים, מכשולים וחומרים מסוכנים. כמו כן, הסביבה חייבת להיות קלה להתמצאות ובעלת מרכיבים חיצוניים המהווים מוקדי התייחסות ברורים.
 - **נוחות**: תחושת הנוחות מתקבלת כתוצאה מהקפדה על שבילי הליכה רחבים ומעגליים, שילוב של רמפות, מאחזים ומעקות אשר מאפשרים הליכה בגינה ושהייה נינוחה, הגנה מפני שמש ורוחות, הצללה, נגישות למשטחי העבודה השונים, ספסלים ופינות ישיבה.
 - **השתתפות**: תחושת ההשתתפות מתקבלת על ידי תחזוקה וטיפול שוטף בגינה - ניקיון עישוב, השקיה והכנת מוצרים במוקדי פעילות שונים. כל זאת, בסביבה המעוררת גרייה חושית וזיכרונות אישיים וקולקטיביים.
- להלן דוגמה להשפעת הגינון על מטופלת הסובלת מדמנציה**
- ל' היא אישה בת 87, המתגוררת בתל-אביב. ילידת פולין, עלתה לארץ עם הוריה בגיל תשע.

ל' היא אלמנה זה 20 שנה. לל' בן, הגר בצפון הארץ, אדם עסוק מאוד. לפני 15 שנה, נפטרה בתה, שהתגוררה בארצות הברית. ל' גרה בבית פרטי ובו גינה גדולה. בעבר נהגה לטפל בגינה ולטפחה, אך כיום הגינה מוזנחת. לפני כעשר שנים התחילה ל' בתהליך של דמנציה, שבא לידי ביטוי בירידה בשפה ובזיכרון, ובשיכחה. כיום, מוגדר מצבה של ל' - בלבול בינוני. היא זקוקה לעזרה חלקית בתפקוד היום-יומי, סובלת ממחשבות שווא המופנות בעיקר כלפי המטפלת הפיליפינית שלה ומגיבה בחוסר סבלנות כלפי החברים האחרים במרכז היום, שבו היא מבקרת זה כשבע שנים. ל' משתתפת בפעילויות שונות במרכז, אך בעיקר נהנית מקבוצות העשייה המאפשרות ביטוי של היכולות שלה ולא מצריכות כשרים מילוליים. מבין פעילויות אלה קשורה ל' במיוחד לפעילות בגינון, שם היא מאוד פעילה. בתחילת הפעילות, ל' מנקה את הערוגות מעשבים, מעלים יבשים ומלכלוך. בסוף הפעילות, היא יוזמת את פינוי השולחן וניקיון, החזרת כלי העבודה והחומרים למדף ואיסוף האשפה. ל' מתרגשת מאוד מהעשייה. כאשר היא מגיעה למרכז היום נסערת באי-שקט ועם מחשבות שווא, היא נלקחת לגינה ונרגעת לאחר זמן קצר. שם היא מרגישה שייכות ואחריות. היא זוכרת דברים שנעשו בגינה, מתרגשת מתהליכי הצמיחה והפריחה וגאה מאוד בתוצאות.

מקורות

- בן-עקיבא מליניאק, א. (1999). **עניין של צמיחה**, ירושלים: הוצאת אשל.
- וולאס, ס. (עורכת) (2006). **תרפיה באמצעות גננות בקרב האוכלוסייה המבוגרת**, קריית ביאליק: הוצאת אח.
- מדמוני, ע. (2006). צמיחה מאוחרת. **חיים אחרים**, גיליון 123.
- סלומון, ל. (2002). פעילות בגינון עם אוכלוסיית תשושי נפש. **חי צומח** גיליון מס' 8.
- Beck, M. & Gilster, S.D. (1997). The paradise garden: A model for designing for those with dementia and Alzheimer's disease. *Journal of Therapeutic Horticulture*, Vol. 3: 45-52.
- Pollock, A. (2001). *Designing gardens for people with dementia*. Scotland: University of Stirling.
- Simon, S.P. & Strauss, M.C. (1997). *Horticulture as therapy: Principles and Practice*. New York: The Food Products Press.
- Stoneham, J. & Thoday, P. (1994). *Landscape design for elderly and disabled people*. New York: Garden Art Press.

Tyson, M. (1998). *The healing landscape, therapeutic outdoor environments*, New York: McGraw-Hill.

Wells, S. E. (1997). *Horticulture therapy and the older adult population*. New York: The Haworth Press.

<http://www.ahta.org>.

נספח

דוגמאות לפעילות בגינן וחומרים מהטבע

להלן חמש דוגמאות לפעילויות של גינן וחומרים מהטבע המתאימות לעבודה עם זקנים דמנטיים בשלושת מצבי הבלבול.

חלק מהפעילויות הן קבוצתיות וחלקן פרטניות, הנעשות במסגרת קבוצתית. לכל הפעילויות ניתן לעשות דירוג של רמות הקושי, כך שהן תתאמנה לאוכלוסיות נוספות מעבר למצוין.

כל פעילות מדגישה תחום אחר של הנושא, כאשר מטרת העל של כל הפעילויות היא יצירת מפגש חברתי, המאפשר פעילות משמעותית של עשייה המעניקה למשתתפיה חוויה של סיפוק, הנאה, הצלחה ותחושת ערך עצמי.

1. פעילות גננית

שם הפעילות: כך הולכים השותלים.

נושא הפעילות: הכנת ייחורים.

מטרות הפעילות: יצירת גירוי לפעילות מוטורית.

אוכלוסיית היעד: זקנים דמנטיים, במצב בינוני וגבוה.

חומרים, כלים ועזרים לפעילות: תערובת שתילה, קערות, כפות שתילה, עציצים קטנים, מזלפים, הורמון השרשה, ייחורים של צמח המתאים לריבוי בעונת הפעילות (ירקה, פוטוס זהוב וסוקולנטים מתאימים כל השנה).

הכנות מיוחדות: איסוף חומר ריבוי ושמירתו בקירור או במים.

תיאור הפעילות:

פתיחה:

♦ עושים סיבוב בגינה, מריחים, נוגעים. אם יש צמחי אם לחומר ריבוי, קוטפים ענפים לייחורים.

♦ חוזרים לשולחן ההתכנסות ומשוחחים על עונת השנה, מה גדל עכשיו, מה גדל בבית ההורים.

מהלך הפעילות:

♦ הסבר על הפעילות: המפעיל מראה את הצמח, מסביר בקצרה, מעודד ביטוי של המשתתפים אודות הצמח ומאפשר להריח אותו ולגעת בו.

♦ כל משתתף מקבל עציץ קטן וממלא אותו בתערובת השתילה, שנמצאת בקערה, בעזרת כף שתילה או ביד.

♦ המפעיל מדגים את הכנת הייחור (טבילה בהורמון השרשה, נעיצה בתערובת והידוק קל).

♦ כל משתתף מכין ייחור או יותר.

♦ כל משתתף משקה את העציצים.

♦ מי שמסוגל, לוקח את העציצים שהכין לשולחן הגידול.

סיום:

♦ מפנים את הכלים ואת החומרים ומנקים את השולחן.

♦ המפעיל חוזר על הפעילות שנעשתה, מעודד את המשתתפים לבטא תחושות ורגשות הקשורות בפעילות.

♦ שתיית תה משותפת.

2. העלאת זיכרונות

שם הפעילות: היו זמנים.

מטרות הפעילות: מתן הזדמנות לבחירה אישית וליצירת גירוי להעלאת זיכרונות.

אוכלוסיית היעד: זקנים דמנטיים ברמת בלבול בינונית.

חומרים, כלים ועזרים לפעילות: מבחר של תבלינים, פירות, פרחים, קליפות עצים ותמונות, כלי עבודה של הגינה.

הכנות מיוחדות: להשמיע את השיר "היו זמנים".

תיאור הפעילות:

פתיחה:

♦ החומרים מסודרים על השולחן בצורה אסתטית.

♦ המפעיל מספר על הפעילות: "היום נדבר קצת על מה שהיה פעם..."

מהלך הפעילות:

♦ המפעיל לוקח פריט ושואל את המשתתפים בעזרת שאלות מנחות: מי מכיר, מי השתמש, מה הצמח מזכיר מבית ההורים או מבית הכנסת.

♦ כל משתתף בוחר פריט ומספר עליו.

סיום:

♦ המפעיל מסכם: "היום העלנו זיכרונות..." הוא חוזר בתמציתיות על הסיפורים.

♦ המשתתפים והמפעיל שרים את השיר "היו זמנים".

3. גרייה חושית

שם הפעילות: הגן הקסום.

מטרות הפעילות: לספק חוויה של גירוי חושי והנאה.

אוכלוסיית היעד: זקנים דמנטיים ברמה של בלבול קשה.

חומרים, כלים ועזרים לפעילות: חומרים צמחיים.

תיאור הפעילות:

פתיחה: על השולחן מונח חומר צמחי מסוג אחד, למשל עציץ של רקפת, זר כלניות.

מהלך הפעילות:

♦ המנחה מעביר את הצמח בין המשתתפים, כאשר כל אחד מריח, ממשש, טועם ומעביר לשכנו.

♦ המנחה מעודד שירה משותפת הקשורה בצמחים (למשל, את השיר "ולס להגנת הטבע"), בשילוב הפעלה תנועתית.
סיום: ניתן לסיים את הפעילות בשתיית חליטת צמחי תה וסיבוב בגינה.

4. בישול

שם הפעילות: על טעם ועל ריח.
מטרות הפעילות: לעודד תחושת סיפוק וערך עצמי באמצעות קטיף ובישול התוצרת מהגינה.

אוכלוסיית היעד: זקנים דמנטיים במצב של בלבול נמוך.
חומרים, כלים ועזרים לפעילות: מזמרות או מקטפות, קרשי חיתוך, סכינים, קערות, כלי אוכל וחומרים הנדרשים למתכון.
הכנות לעשות סיבוב בגינה לראות מה מוכן לקטיף ולדאוג ליתר החומרים.
פירוט הפעילות:

פתיחה:
עושים סיבוב בגינה וקוטפים תבלינים וירקות המוכנים לקטיף (למשל, בקיץ עגבניות שרי ובזיליקום, בחורף פטרוזיליה, בצל ירוק).
חוזרים לשולחן ההתכנסות ומשוחחים על סוגי מזונות שנאכלים כיום ושמוכרים מהעבר.

מהלך הפעילות:
♦ המפעיל מתאר איזה סוג של מאכל תכין הקבוצה במפגש. הוא מתאר את מרכיביו ואת מוצאו התרבותי (למשל, סלט עגבניות שרי עם בזיליקום וגבינת פטה או סלט טבולה עם בורגול, פטרוזיליה, בצל ירוק ונענע).
♦ כל משתתף מקבל כלים וחומרים למשימה (חיתוך, קילוף, סחיטה, קיצוץ, תיבול, ערבוב) ומבצע אותה.
♦ כל החומרים מועברים לתוך קערה אחת.

סיום:
♦ מפנים את הכלים והחומרים ומנקים את השולחן.
♦ מחלקים כלי אוכל ואוכלים את המאכל שהוכן.
♦ סיכום הפעילות.

5. פעילות בין-דורית - ילדים וזקנים

שם הפעילות: ארץ ישראל פורחת.
מטרות הפעילות: יצירת מפגש בין-דורי באמצעות הכנת סידורי פרחים לשולחנות חדר האוכל.
אוכלוסיית היעד: זקנים דמנטיים, במצב של בלבול בינוני וילדים.
חומרים, כלים ועזרים לפעילות: מגוון צמחים לא קוצניים, מקטמות, קעריות פלסטיק ספוגים רטובים במים.

הכנות: יש להכין את הזקנים למפגש עם הילדים, לוודא שהילדים עוברים הכנה למפגש עם הזקנים. יש לחתוך את הספוגים בגודל המתאים.

פירוט הפעילות:

פתיחה:

- ◆ קבלת פנים לילדים, הסבר על הפעילות המשותפת וחלוקה לזוגות.
- ◆ עושים סיבוב בגינה. הילדים קוטפים צמחים המתאימים לסידור פרחים.
- ◆ מסדרים את הצמחים מהגינה בתוספת הצמחים שהוכנו מראש על השולחן בצורה אסתטית.

- ◆ המפעיל מספר על הפעילות: "היום נעשה סידורי פרחים ביחד עם הילדים".

מהלך הפעילות:

- ◆ הסבר כללי על הפעילות: על הכנת סידור הפרחים.
- ◆ כל זוג מקבל קערית ספוג ומקטמה.
- ◆ כל זוג מכין סידור פרחים, כאשר הזקן בוחר את הצמח, הילד חותך את הגבעול וביחד ממקמים את הצמח בסידור.

סיום:

- ◆ מפנים את שאריות הצמחים ומנקים את השולחן.
- ◆ מכינים תערוכה של סידורי הפרחים.
- ◆ כל זוג נכנס למבנה וממקם את סידור הפרחים על שולחן בחדר האוכל.

תרומתן של חיות מחמד לזקנים

דפנה גולן-שמש

מבוא

"מאז שיש לי את לולה אני מרגישה שזה באמת גיל הזהב!", אמרה א' ביום הולדתה ה-92. לולה הוא תוכי מסוג קוקטל, שא' מגדלת בחדרה בבית האבות. כששברה א' את הירך, רצתה לחזור לבית האבות במהרה, כי "לולה מחכה לי".

טיפול בעזרת בעלי חיים מתאים לזקנים, מכיוון שלבעלי חיים יש יכולת בלתי נדלית של קבלה, הערצה, תשומת לב, מחילה ואהבה בלתי מותנית (Bustad, 1983). בעל החיים אינו שופט את האדם ואינו משווה את תפקודו בהווה לתפקודו בעבר. בעל החיים מקבל את האדם כמות שהוא, ללא ביקורת, ויכול להעניק לו שלוה, חום וחברה. יש האומרים, כי בעל החיים הוא ילד שאינו מתבגר: הוא מעניק לאדם המבוגר הזדמנות לחוות מעין "הורות שנייה", לדעת שהוא חשוב למישהו, שקימו של יצור אחר תלוי בו והוא מהווה מקור המפנה אל היצור החי אנרגיות וזמן פנוי. בעל החיים מסיח את דעת בעליו מצרותיו ומהתמקדות בעצמו, שכן עליו לדאוג לבעל החיים שלו (בריקל, 1982) אצל קיזחאק, (2000). פעילות במחיצת בעלי חיים מצמצמת את השלכותיה השליליות של הזיקנה ומשפרת את הסיכויים להזדקנות מוצלחת (Brickel, 1985).

"בריאות" מוגדרת על ידי ארגון הבריאות העולמי כמצב של רווחה שלמה מבחינה גופנית, נפשית וחברתית ולא רק כהיעדר מחלה ונכות בלבד (World Health Organization, 1985). בריאות היא יכולת להסתגל לסביבות משתנות, לגדילה ולהזדקנות, להחלמה מפגיעה, לסבל ולקבלה שלמה של המוות.

מטרתו של מאמר זה להדגים את יכולתם המופלאה של בעלי חיים לשמור על בריאותם הפיזית והנפשית של אנשים זקנים, צלולים וכאלה הסובלים מדמנציה. יכולתם של בעלי חיים לתרום לשיפור איכות חייו של האדם בכלל והקשיש בפרט נבדקה ואושרה מבחינה מחקרית. המחקרים יוצגו להלן לפי קטגוריות של מישורי השפעתם: המישור הפיזי, התפקודי והחברתי-רגשי-נפשי. המאמר יתייחס למגוון דרכי עבודה עם זקנים ובעלי חיים וילווה בדוגמאות.

השפעתם של בעלי החיים על בריאותם הגופנית של אנשים זקנים

אנשים זקנים המגדלים חיות מחמד שורדים יותר מאשר זקנים בודדים, ללא בעלי חיים. פרידמן ועמיתיה (Friedman, Katcher, Lynch et al., 1980) בדקו שיעורי הישרדות שנה לאחר אירוע לב. הם מצאו, כי מתוך 53 אנשים שעברו אירוע לב והיו להם חיות מחמד, 39 נותרו בחיים בשנה שלאחר מכן לעומת 17 בלבד מתוך אלה שלא

היו להם חיות. הממצא לא היה תלוי במצב הבריאותי של הנבדקים. החוקרים התחשבו בכך, שטיול עם כלב עשוי להיות הגורם המכריע לגבי תוצאות אלו ולכן הוציאו את בעלי הכלבים מהמדגם.

במחקר אחר (קיוזאק, 2000), שכלל 488 בתי אב באזור הכפרי של צפון קליפורניה, נמצא הבדל משמעותי בין בני 65+ המגדלים חיות מחמד לאלה שאינם מגדלים, בדיווח אישי על מצב הבריאות:

מדד הבריאות	ללא חיות מחמד	בעלי חיות מחמד
סרטן	3.9%	1.8%
יתר לחץ דם	28%	20%
בעיות לב	14%	5%
כאבי ראש	25%	14%

בק (Beck, 1994) מצא ירידה בטריגליצרידים ובכולסטרול של אנשים שהם בעלי חיות מחמד.

אנדרסון בדק 5,700 נחקרים באוסטרליה ומצא השפעה מיטיבה של חיות מחמד על לחץ הדם של בעליהן (Anderson, 1990 אצל Barker, 1999).

האריס ושות' (Harris et al., 1993) מצאו, כי ליטוף בעלי חיים מוריד דופק ולחץ דם בקרב זקנים הרתוקים לביתם. מחקרים אחרים (Beck & Katcher, 1983; Katcher, Friedman & Meislich, 1979) הראו השפעה טובה על הבריאות של ליטוף חיה, במיוחד אם היא חיית המחמד הפרטית של האדם. המדדים שנבדקו היו לחץ דם והרפיה. ליטוף בעלי חיים מעורר, כנראה, שחרור אנדרופינים במוח, המפחיתים חרדה ומשככים כאבים (קראוז, 2007).

זקנים בעלי חיות מחמד מבקרים פחות אצל רופאים (Rogers, Hart & Boltz, 1993) ופחותות תלונותיהם על בעיות בריאות משניות, כגון כאבי ראש, עצירות, אלרגיה, כאבי גב, שפעת, בעיות ריכוז ומיחושים שונים. סיגל (Siegel, 1990) מצא הפחתה בשיעור 21% של פניות לרופא בקרב קשישים, שיש להם חיות מחמד ביחס לאלה שאין להם חיות. מחקר חלוץ ירושלמי הדגים גם הוא, כי בעלי חיות מחמד סובלים פחות ממחלות קשות, נוטלים פחות תרופות ומבקרים פחות אצל רופא. רמת חיוניותם גבוהה יותר וכן בריאותם הנפשית טובה יותר (מלאך ושנן, 1997). ייתכן כי אחת הסיבות לנתונים אלה נובעת מכך שמלכתחילה, יותר אנשים בריאים יגדלו חיות מחמד.

יתרונות מוטוריים, סנסוריים וקוגניטיביים-תקשורתיים

הבעלות על חיות מחמד מהווה תמריץ לפעילות מוטורית: טיפול בבעל החיים, הולכתו, קניית מזון בעבורו והכנתו, טיפוחו של בעל החיים. זקנים החיים לבדם בביתם עשויים

להיות במצב שבו הם חשים כי אין להם סיבה לקום מהמיטה ואין להם צורך לקיים סדר יום. נוכחותה של חיית מחמד ומילוי צרכיה, עשויה להפוך לתמריץ לקימה מהמיטה וליציאה החוצה. חוקרים מצאו, כי זקנים שברשותם בעלי חיים הולכים יותר לטייל בפארק, מדברים יותר על פעילויות בהווה ומדווחים פחות של חוסר שביעות רצון ממצבם החברתי, הפיזי והרגשי. רוג'רס ושות' (Rogers, Hart & Boltz, 1992) מצאו, כי בעלי כלבים יצאו להליכות פי שניים יותר מאלה שלא היו להם כלבים. עצם הביטחון שמקנה הכלב לבעליו עשוי להגביר את נכונותו לצאת החוצה.

הצורך לטפל בבעל חיים מהווה "עוגן" בתוך סדר היום של האדם הזקן ויכול לסייע לארגון סדר היום מסביב למילוי צרכיו של בעל החיים, במיוחד כשמדובר בכלב הזקוק להולכה החוצה (רבינוביץ', 2000; שליו, 1996; Cusack & Smith, 1984).

הקשר עם בעלי חיים מאפשר חשיפה למגוון רחב של גירויים ובהם קול, מגע, טקסטורה, ריח ותנועה (Baun & McCabe, 2000; Beck, 2004). הדבר חשוב בעיקר לזקנים במצבים מתקדמים של דמנציה, שעמם קשה ליצור קשר באופן מילולי. מקרים רבים שבהם מטופלים אדישים הם גילו עניין חדש בחיים לאחר שביקרו אצל כלבים. כמה מטופלים, ששתקו במשך חודשים רבים, החלו לדבר לאחר ששהו במחיצת בעלי חיים; מטופלים שלא רצו לצאת מן המיטה ולהשתתף בפעילויות נעשו ניידים וערניים משהגיעו הכלבים (Cusack & Smith, 1984).

בריאות נפשית ורווחה נפשית, רגשית וחברתית של זקנים

הבדידות והדיכאון המלווים את הזקנים הם תופעה קשה ביותר עמה עליהם להתמודד. רוקח (Rokach, 1990) התייחס למצב זה וכתב, כי תכופות יש לבדידות השלכות שליליות על מצבים כגון דיכאון וחרדה, דימוי עצמי נמוך, התנהגויות הרסניות כלפי העצמי, אלוהולוזים ואף התאבדות במקרים קיצוניים. בעל חיים יכול לתת פתרון נפלא כדי להתגבר על מצוקת הבדידות. קשה לאדם לדבר לעצמו. המצב שונה לחלוטין כאשר האדם מדבר עם חיית המחמד שלו. אנשים דיווחו, כי במחיצת חיית המחמד שלהם הם מרגישים בטוחים ומרוצים יותר וחשים פחות רגשות קשים, כגון דיכאון וערך עצמי נמוך (Cusack & Smith, 1984; Sable, 1995). בעל החיים מחזק את הדימוי העצמי של האדם הזקן, מעניק לו תפקיד חברתי חדש, יוצר הסחת דעת מצרות, מפתח אחריות חדשה נוסף על הפגת הבדידות וכן נותן נושא לשיחה (Banks & Banks, 2001; Ebenstein & Worthan, 2002). לוינסון (Levinson, 1978), מחלוצי תחום הטיפול בעזרת בעלי חיים סבור, כי זקנים המגדלים חיות חשים כוח, שליטה, הישגיות וגדילה אישית, חיזוק האישיות וירידה בחרדת המוות. מחקרים רבים מאששים את ההנחה, כי אנשים הסובלים מדיכאון החלימו ממנו טוב יותר ובמהירות רבה יותר לאחר שטופלו בעזרת בעלי חיים. ככל שזה נראה פרדוקסלי, חיות מחמד יכולות להפוך את החברה לאנושית יותר, כי הם עונים על צרכים שאינם מסופקים על ידי המבנה

החברתי הקיים. חיות מחמד משדרגות את איכות החיים, מקרבות אותנו לטבע, מספקות לנו רעות ומדגישות את העובדה, כי יש לקבל בעלי חיים כשותפים רצויים בחברתנו (Levinson, 1978).

במחקר שארך כשנה ואשר כלל כאלף נבדקים, מצא סיגל (Siegel, 1990), כי בעליהם של בעלי חיים פנו פחות לרופא וכי הצטברות של מאורעות היוצרים דחק לא הייתה קשורה בעלייה בפנייה לרופאים, כפי שהייתה בקרב מרואיינים חסרי חיות מחמד. לדברי המרואיינים, חיות המחמד מספקות להם חברה (75% מהמרואיינים), מרגיעות אותם ומקנות להם תחושת ביטחון (25%) ותחושה שהם אהובים (21%). בולין (Bolin, 1987) מצא פחות תלונות על בעיות בריאות בנוכחות חיית מחמד וגאריטי ושות' (Garrity, et al., 1989) מצאו פחות דיכאון אחרי מות בן זוג. סרפל (1990), אצל קיזאק (2000) מצא, כי תחושת הביטחון של אנשים גוברת כאשר יש להם חיות מחמד, בייחוד אם מדובר בכלב, ללא קשר לגודלו או לסוגו.

בעלי החיים נותנים לנו תחושת אינטימיות, קירבה וקביעות. חיות הבית עשויות לשמש בתפקיד של תחליף לבני אדם. אלמנים ואלמנות יכולים להפנות אליהם חלק גדול מהזמן ומהאנרגיה הנפשית שהוקדשו קודם לכן לבן הזוג המנוח (Veevres, 1985). בעל החיים עשוי לשקם את תפקידיו הישנים של האדם הזקן וליצור בעבורו תפקידים חדשים (Brickel, 1985). הוא עשוי לשמש תחליף למשפחה, לבן זוג או אף לילד וכן לשמש כהיסח דעת טיפולי. באחד ממכתביו כתב פרויד, בהקשר לכלבו, כי על אף כל ההבדלים בהתפתחות האורגנית ישנה אותה תחושה של קירבה אינטימית, של אחדות בלתי מעורערת... ברית של ידידים מאחדת בין שנינו... נוכחותם של בעלי חיים בקרב אנשים, בעיקר אנשים בודדים, מעלה את תחושת האושר והאופטימיות שלהם, את הדימוי העצמי, מעודדת אותם לפעילות ומחזקת את תחושת השליטה בחיים ואת תחושת היותם בעלי משמעות. בעבור רבים מהזקנים מספק בעל החיים תחושת נחיצות, בעיקר לנוכח התחושה הכללית, כי הם "עשו את שלהם" ואינם נחוצים עוד לבני משפחתם או לחברה. חיית המחמד שלהם זקוקה להם ותלויה בהם. בכך מתאפשר המשך התפקיד החברתי של ה"הורה". ליטוף הכלב מעלה את רמת הורמון האוקסיטוצין הן אצל הכלב והן אצל האדם המלטף אותו. רמה גבוהה של הורמון זה מציתה חום ודאגה הורית.

הפסיכיאטר מק'קולון (McCullon) מצוטט על ידי קיזאק בספרה, בעקבות שיחות אישיות שערכו ב-1984) סבור, כי לבעלי חיים תרומה רבה בעידוד חוש ההומור, הצחוק והמשחק ובשיפור תחושת החשיבות העצמית של האדם. בעלי חיים גורמים לבני אדם לחוש כי יש משמעות לחייהם... הם אינם מדגישים את חסרונות האדם ואינם מאלצים אותו לראותם... מק'קולון ביקש מאמו לבדוק את תגובותיו של אביו לכלבו. היא מצאה, כי האב צחק פי ארבע באותו סופשבוע שבילה עם הכלב. על כך הגיב: "לכלב לא היה איכפת שאבי כבד שמיעה. בחברתו של בעל חיים חש אבי כאדם שלם". חוקרים אחרים (Beck & Katcher, 1983) מציינים את היתרון שבתקשורת עם בעלי חיים, שעמם ניתן לתקשר באופן לא מילולי, דבר המקל ביותר על אנשים המתקשים לתקשר מילולית.

רבים מהזקנים (והאוכלוסייה הכללית) מדברים אל חיית המחמד שלהם ורואים בה בת-שיח. זקנים רבים מציינים שחברם היחיד הוא כלבם!

חוקרים אחרים (Mugford & M'Comisky, 1975) בדקו זקנים החיים בקהילה שיש להם: (1) כלוב עם תוכן - לזקנים בעלי טלוויזיה; (2) צמח ביגוניה - לזקנים בעלי טלוויזיה; (3) כלוב עם תוכן - לזקנים חסרי טלוויזיה; (4) צמח ביגוניה - לזקנים ללא טלוויזיה; (5) קבוצת ביקורת - זקנים שלא קיבלו דבר - בעלי טלוויזיה; (6) קבוצת ביקורת - זקנים שלא קיבלו דבר - חסרי טלוויזיה. כעבור חמישה חודשים נמצא, כי חל שיפור משמעותי במצב החברתי והנפשי בקרב האנשים שקיבלו תוכנים וכי יחסם לאחרים וכן לבריאותם הנפשית השתפר. הסתבר, כי הם נתנו לתוכנים שמות פרטיים והתוכנים הפכו נושא לשיחה עם בני משפחה, חברים ושכנים, שהחליף דיבור על עבר ועל חולי... הטלוויזיה לא הייתה גורם משפיע. לא נמצאו הבדלים בין קבוצת הביגוניה לקבוצת הביקורת.

קשרים חברתיים ובעלי חיים

בעלי החיים מהווים "שובר קרח" חברתי - גורם לשיחה ואינטראקציה. יותר אנשים יפנו לקשיש הנמצא בפארק עם כלבו וידברו עמו מאשר לקשיש היושב לבדו על הספסל. החוקר אנדריסקו (Andryscio, 1983) עלה במעלית בבית אבות באוהיו 10 שבועות לבד ו-10 שבועות עם כלב. כאשר היה לבד במעלית, כמעט ואיש לא דיבר עמו. כאשר היה במעלית עם הכלב הוא השתתף באינטראקציות חברתיות רבות, שנמשכו גם כשהיה ללא הכלב (Ebenstein & Worthman, 2001; בריקל, 1979 אצל קיזאק, 2000). עצם הבעלות על כלב מגדילה את ההזדמנות של האדם לפגוש אנשים אחרים, משום שהוא יוצא מהבית פי שתיים יותר מאשר זקן שאין לו כלב (Rogers, Hart & Boltz, 1993). תדמיתו של אדם הנראה עם בעל חיים נתפסת כחיובית יותר מאשר תדמיתו של זה ללא בעל חיים (Cusack & Smith, 1988). הדבר חשוב ביותר לזקנים אשר סובלים מסטיגמה חברתית שלילית ומתקשים ביצירת קשרים עם החברה הכללית.

בריקל (Brickle, 1981) מצא, כי נכדים יבואו לבקר את סביהם ביתר רצון אם בסביבתם (בבית או במרכז היום או בבית האבות) יש בעלי חיים.

תרומתן של חיות מחמד לרווחתם של דיירי בתי אבות ושל חולי דמנציה

מחקרים שונים הראו, כי לחיית מחמד השפעה חיובית על הזקן הנמצא בבית אבות בזכות תחושת הביתיות שבעלי החיים משרים, הביטחון, שבירת שגרת היום והורדת המתח סביב מעבר לבית אבות או למחלקה סיעודית (מלאך ושנן 1997; קרן, להב ופויורמן 1997).

חוקרים אחרים (Banzinger & Roush, 1983) מצאו, כי קשישים בבית אבות, שקיבלו מתקן להאכלת ציפורים הנתלה על החלון, חוו מידה רבה יותר של שביעות רצון,

סיפוק מהחיים ושליטה בהם ורמות גבוהות יותר של פעילות מאשר דיירים שלא קיבלו מתקן כזה.

מחקר בבית חולים גריאטרי שנעשה בשתי מחלקות לדיירים סיעודיים, שאינם מתקשרים מצא, כי כלבה שהייתה שם עוררה שמחת חיים רבה, צחוק, שביעות רצון, חוש הומור, ערנות, הנאה וגישה קלילה לחיים ואף הגבירה את הדחף לחיות. נוסף על כך, הכלבה שיפרה את היחסים בין הדיירים לבין עצמם ובין לבין הצוות (Salmon & Salmon, 1983).

בריקל (Brickel, 1981) מצא, כי שני חתולים שגרו בבית אבות עודדו את יחסי החברות בקרב הקשישים וכי החיבה והרכות שהופגנו כלפי החתולים התפשטו גם לדיירים האחרים ולצוות.

במחקר אחר שערך בריקל (Brickel, 1985) בבית אבות סיעודי הוא בחן קשישים בריאים שסבלו מדיכאון. הנבדקים חולקו לשלוש קבוצות: טיפול רגיל, טיפול באמצעות כלב וקבוצת ביקורת שלא קיבלה טיפול. הטיפול הקבוצתי התקיים פעמיים בשבוע בהנחיית החוקר, משך שלושה שבועות. בתוך הקבוצה יכלו המשתתפים ליצור קשר עם הכלבה ובתום כל פגישה המטפל ביקש מחברי הקבוצה לשמור על הכלבה לזמן מה. ממצאי המחקר היו, כי בשתי הקבוצות חלה ירידה מובהקת ברמת הדיכאון לאחר הטיפול. נמצא כי בטיפול הקבוצתי מספר יחסי הגומלין החברתיים היה כפול כאשר הכלבה הייתה נוכחת. המטופלים חשפו מידע בעל אופי אישי ביותר כאשר ליטפו את הכלבה ופנו אליה לתמיכה כאשר חשו מתח.

גם צ'רצ'יל ושות' (Curcill, Safaoui, McCabe et al., 1999) מצאו, כי נוכחות כלב בבית אבות תרמה למספר האינטראקציות והפחיתה את אי השקט האופייני לחולי דמנציה בשעת בין הערביים.

ביקור שבועי של גורי חתולים וכלבים בבית אבות סייע לשיפור תחושת הסיפוק מהחיים, הבריאות הנפשית, הכישורים החברתיים, העניין החברתי, התפקוד הנפשי והקוגניטיבי והדיכאון של הדיירים. זאת, לעומת קבוצת ביקורת בבית האבות, שאותה ביקרו מבקרים ללא בעלי חיים ואשר לא הראתה שינוי בתחומים אלו (פראנס, 1982 אצל קיוזאק, 2000).

רופא שהקים רשת בתי אבות, הנקראת Eden Alternative, שבהם משולבים ילדים, בעלי חיים וצמחים, מצא ששילובם יחד תורם רבות לאיכות חיי הדיירים (Thomas, 1996). גישה זו תרמה, לדבריו, להורדת אי השקט של הדיירים הסובלים מדמנציה ובזכותם הם צורכים פחות תרופות פסיכיאטריות, שיעור התמותה ירד, כמות הפעילות והתקשורת גברו וכך גם הדימוי העצמי.

מחקר שנעשה בבית אבות באוסטרליה מצא, כי נוכחות כלבה בבית האבות העלתה את מספר האינטראקציות החברתיות (Winkler, Fairnie, Gerceovich et al., 1989). החוקרים מצאו, כי נוכחותו של כלב קבוע בבית אבות עדיפה על פני נוכחותו של כלב מבקר. הכלב הקבוע סייע בהורדת מתח, דיכאון, כעס, עודף מרץ ובלבול.

רוב המוסדות הם בהכרח סטרייליים ומבודדים מן הסביבה החיצונית. החיים בהם מתנהלים על פי סדר יום צפוי מראש, קבוע, שגרתי ומשעמם. בעלי חיים הנמצאים בהם מסיחים את דעתו של הדייר מהשגרה הקפדנית של המוסד ומנעימים את זמנו. בנוכחותם הלא תובענית והמרגיעה הם מעניקים הזדמנות לתת ולקבל אהבה, מעוררים זיכרונות על זמנים טובים יותר. שיפור ניכר נמצא בעיקר בקרב חולים שלקחו חלק פעיל באחריות ובטיפול בבעלי החיים. כמות המגע בבית אבות גדלה פי שלוש או ארבע בפעילות שבה היו בעלי חיים לעומת פעילות אחרת.

סקר של קרוב ל-300 מאמרים ומחקרים אשר עסקו באסטרטגיות טיפוליות לא תרופתיות בקרב חולי אלצהיימר, מציין במסקנותיו, כי אסטרטגיית טיפול בעזרת חיות מחמד הוכחה באופן מובהק כבעלת השפעה להפחתה בהתנהגות אגרסיבית, גרמה לפחות אי-שקט, הפרעות בשינה ושוטטות. כמו כן, מתגלה השפעה חיובית על אינטראקציה חברתית ויכולת לטיפול עצמי (Forbes, 1998). מחקר אחר מצא, כי רמת התקשורת המילולית הייתה גבוהה יותר ואיכותית יותר בנוכחות כלב במחלקה סיעודית ובכך אף השתפרו תפקודי היום-יום (Fick, 1993). בעלי החיים מגבירים את כמות המגע הפיזי של דיירים במחלקות לאנשים הסובלים מירידה קוגניטיבית פי שלוש או ארבע יותר מכל פעילות אחרת, כולל פעילות פיזית (Ptak, 2002).

חולי אלצהיימר החיים בקהילה ושבביתם יש חיית מחמד היו רגועים יותר וסבלו פחות מהתקפי חרדה ותוקפנות לעומת חולים שלא חיו עם בעל חיים או שלא נחשפו אליהם באופן קבוע (Hart, 2000). מחקר נוסף על חולי אלצהיימר שהתגוררו בבתיאם מצא, כי תדירות הופעתן של בעיות התנהגות הייתה נמוכה אצל חולים שחיו עם חיית מחמד לעומת חולים ללא חיית מחמד. כמו כן, תרמה חיית המחמד ליצירת אווירה רגועה יותר בבית. חולים שהיו פרקי זמן ארוכים עם חיה היו פחות אלימים מילולית ופחות חרדים בהשוואה לחולים ללא קשר עם חיות מחמד (Odendaal, 2000) ואילו מחקר אחר מצא, כי נשים הסובלות ממחלת אלצהיימר היו באופן משמעותי רגועות יותר ובפחות אי-שקט לאחר התערבות טיפולית בעזרת חיית מחמד (Zisselman, Rovner & Shmueli, 1996).

שיפור דרמטי במיוחד, בעקבות קשר עם בעלי חיים, נמצא בקרב דיירים דמנטיים בבית אבות, שהיו חסרי מעש, בהו בחלל והיו מנותקים מהמציאות. בביקוריה של כלבה במסגרת טיפול קבוצתי קבוע, הגיבו כלפיה בליטוף, במלמול ובתזוזה פיזית. חוקרים אחרים מצאו, כי צריכת מזונם של חולי אלצהיימר במצב מתקדם, המאושפזים בבית

אבות, גדלה לאחר צפייה באקווריום וכי חלקם היו רגועים יותר (Edwards & Beck, 2002) אחרים, שהיו רדומים מדי, היו ערניים יותר לאחר הצפייה.

עבודה בפועל עם זקנים ובעלי חיים בבתי אבות ובמרכזי יום

1. רקע

א. פעילות עם בעלי חיים לעומת טיפול בעזרת בעלי חיים

דלתא, הארגון האמריקני העוסק בקידום הקשר בין אנשים לבעלי חיים, הגדיר את שני המושגים: טיפול בעזרת בעלי חיים ופעילות עם בעלי חיים (Gammonley, Howie, Kirvin et al., 1997). בארץ קיים לעתים בלבול בין המושגים הנתפסים כחופפים. להלן הגדרה שתסייע להבדיל בין שני המושגים ובין המפעיל בעזרת בעלי חיים למטפל בעזרתם. הדרישות הלימודיות מהמטפל בעזרת בעלי חיים טרם הוגדרו על ידי משרד הבריאות ולכן, אין עדיין הרשאה למטפל להיקרא "מטפל בעזרת בעלי חיים", אלא מסייע לרווחת האדם בעזרת בעלי חיים.

תרפיה בעזרת בעלי חיים - Animal Assisted Therapy (AAT)

ההתערבויות מכוונות להשגת שיפור באיכות החיים של האדם, מתוך שימוש בברית אדם-חיה כחלק אינטגרלי מהתהליך הטיפולי.

החיות המשתתפות ומפעיליהן חייבים להיות מאומנים ולהתאים לקריטריונים ייחודיים. מטפל מוסמך, העובד בתוך טווח הפרקטיקה של מקצועו (כגון פסיכולוג, עובד סוציאלי, מרפא בעיסוק), מציב מטרות טיפוליות, מכוון את האינטראקציה בין המטופל לבעל החיים, מודד התקדמות לקראת השגת המטרות הטיפוליות ומעריך את התהליך. באמצעות האינטראקציה של המטופל עם בעלי החיים המטפל משיג מידע על האדם ומתכן פעילויות נוספות להשגת שינוי או להגברתו.

פעילויות הנעזרות בבעלי חיים - Animal Assisted Activities (AAA)

פעילויות המכוונות לשפר את איכות החיים של האדם הנעזר באמצעות הברית המיוחדת אדם-חיה.

החיות ומפעיליהן חייבים להיות מאומנים ומתאימים. הפעילויות יכולות להיות בעלות ערך משמעותי לאדם, אבל הן לא מועברות על ידי מטפל מוסמך.

ב. כללים בסיסיים לעבודה עם בעלי חיים (לפי Gammonley, Howie, Kirvin et al., 1997)

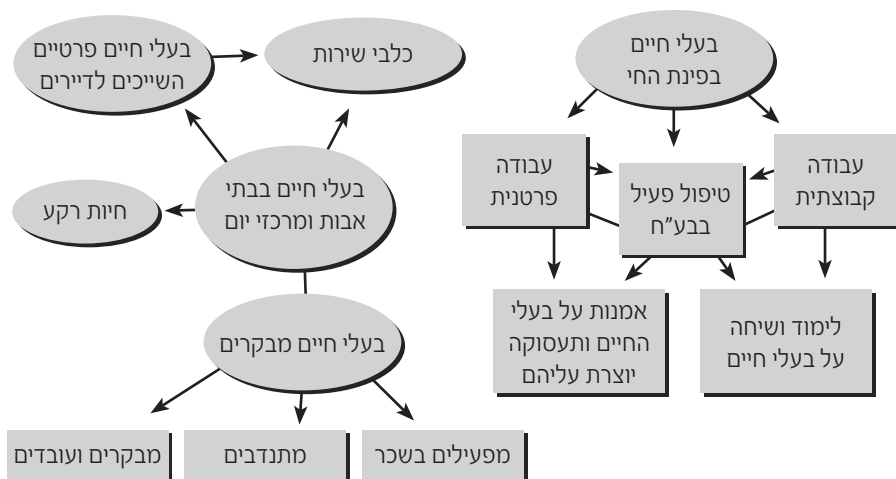
1. אין לחייב שום אדם (לקוח, צוות, אורח) להיות במגע עם בעל חיים.
2. לקוחות יסוננו ויבדקו שאין התוויות נגד לעבודה עם בעלי חיים.
3. הזכות לסרב להיות בקשר עם בעלי החיים תכובד תמיד.
4. אין להשאיר אף פעם לקוח או אורח לבד עם בעל חיים.
5. זכויות בעלי החיים יכובדו ויובטחו בכל עת. הדבר כולל טיפול אנושי, הגנה מלחץ בלתי נחוץ וסביבה, זמינות למים ולמזון ומקום לפעילות גופנית.

ג. התוויות נגד עבודה עם בעלי חיים (מתי לא לעבוד בעזרת בעלי חיים)

1. פגיעה קשה במערכת החיסונית.
 2. אלרגיה לבעלי החיים.
 3. בעיות עור או נשימה.
 4. פחד או רתיעה מבעלי החיים.
 5. סיכון בעלי החיים על ידי האדם בשל חוסר שיפוט או יכולת.
 6. היעדר נכונות של הצוות והנהלה.
- יש להתיעץ עם הצוות המטפל, הרפואי-סיעודי והסוציאלי לפני תחילת עבודה עם בעלי חיים.

ד. דרכי עבודה בפועל עם זקנים בבתי אבות ובמרכזי יום

העבודה בפועל עם זקנים בבתי אבות ובמרכזי יום יכולה להיעשות במגוון דרכים. דרכים אלו מוצגות בתרשים הבא:



ה. בעלי חיים בבעלות פרטית של הדיירים בבית האבות

במספר מצומצם של בתי אבות בארץ יש פינות חי קטנות. עם בתי האבות המוכרים לי ניתן למנות את בית אבות "שירלי" בדימונה, בית אבות "רקנטי" בפתח תקווה, הדיור המוגן "נופים" בירושלים, "גלי האופרה" בתל אביב ו"בית השמש מגדיאל" בהוד השרון (לצורך הגילוי הנאות אציין ששני האחרונים נמצאים בניהולי). קבלת דיירים לבית אבות עם חיות המחמד שלהם היא חיונית. לאור כל המחקרים שהוצגו, ברור כי העילה של כניסה לבית אבות אינה מחייבת פרידת האדם מחיית המחמד שלו וכי חשוב לאפשר לאדם הנכנס למסגרת של טיפול ממושך להמשיך את הקשר שיש לו עם בעל החיים שלו. היכולת להמשיך את הקשר הקיים עם בעל החיים, למרות עזיבת הבית, היא משמעותית ביותר לאדם, בעיקר בשלב זה של חייו, שבו בעל החיים יכול לשמש בעבור הזקן כתחליף לילד, כסמל מעמד, כידיד או כבן לוויה. הקשיש חווה אבדן תפקידים ודימויו העצמי נחלש. בעבורו, עשוי קשר עם בעלי חיים לשקם את תפקידיו הישנים ואף ליצור תפקידים חדשים (Brickel, 1985).

מספר מקומות של דיור מוגן בארץ כבר מאפשרים לדיירים לבוא עם חיות המחמד הפרטיות שלהם, כל עוד אלו אינן מפריעות לסביבה והדייר יכול לטפל בהן בעצמו. בין אלה מצויים "בית בכפר", חלק קטן מהבתים של "משען", "גלי האופרה" בתל אביב ו"בית השמש מגדיאל" בהוד השרון. היכולת לחיות בבית האבות עם בעל החיים הפרטי של הדייר, גם כשהוא סיעודי ולא יכול לטפל בו בעצמו, היא זכות גדולה, שיכולנו לאפשר בבתי האבות שבניהולי, לשלוש דיירות ערירות. כלבן היה כל עולמן. הוא מילא את מקומה של המשפחה המורחבת ובעיקר את מקומו של ילד שלא היה להן. המחשבה על פרידה מהכלב, בשל הצורך לקבל טיפול סיעודי בבית אבות, הייתה בלתי אפשרית. אחת הדיירות הגיעה אלינו אחרי אשפוז ממושך, במצב סיעודי ולאחר שאיבדה את יכולתה לדבר. כשנודע לי שיש לה כלב, ביקשתי מבני משפחתה להביאו (הם התכוונו למסרו ל"צער בעלי חיים"). כשהבאנו לה את כלבה - השתנו מראה פניה ומצב רוחה: היא חיבקה את הכלב, ליטפה אותו ומצאה בו נוחם רב. דיירת אחרת, שסבלה מדמנציה עם בעיות התנהגות, שוכנעה לצאת מחדרה בזכות הכלב, לאחר שאמרנו לה שצריך להוציאו החוצה לעשיית צרכיו.

מספר דיירים הגיעו לבתי האבות שלנו בחברת בעלי החיים הפרטיים שלהם, בעיקר כלבים וכן כנרית. בכל המקרים, תרמה נוכחות בעלי החיים להסתגלותם של בעליהם לבית האבות ונמנע הפירוד קורע הלב מחיית המחמד האהובה עליהם, רק בשל חוסר יכולתם לדאוג למילוי הצרכים שלהם ושל בעלי החיים שלהם. קליטת דיירים תשושים או סיעודיים בחברת בעלי החיים דורשת היערכות ומאמץ של צוות העובדים בבית האבות. המאמץ גדול בעיקר במקרה של כלבים הזקוקים להולכה לטיול מספר פעמים ביום. קשיים נוספים התגלו במקרה של קשר סימביוטי במיוחד בין אישה ערירת לכלבתה. שתיהן היו מתקשות להיות בנפרד זו מזו אפילו בעת מקלחת (של האישה או של הכלבה).

רעות משמעותית יכולה להיות גם בקשר שנוצר עם בעלי חיים, כגון חתולים, ציפורים ואף דגים. חתולים הנמצאים בבית מקנים לו אווירה ביתית ונינוחה. היכולת ללטף חתול המתפנק עליך מאפשרת רגעים של נחת ומגע נעים. חתולה פרסית מבוגרת הובאה ל"גלי האופרה" ואומצה, לפי בקשתי, על ידי אחת הדיירות. היא חיה עימה בחדרה ומספקת לה עניין רב וחברה. החתולה דעתנית ובלתי צפויה במעט. הקשר ביניהן חזק ונותן עניין רב לדיירת, שכן עליה גם להגיב להתנהגותה (הלא תמיד חברותית) של החתולה. יש ימים שבהם החתולה מוענשת על התנהגותה והיא לא מאפשרת לה להיכנס לחדרה, ואז החתולה נכנסת דרך החלון. כאשר היה צורך לספר את החתולה בשל קשרים בפרוותה, הייתה הדיירת עצובה על המראה העלוב של החתולה. כאשר הדיירת הייתה מאושפזת בבית חולים, החתולה הייתה במצוקה קשה.

דיירת אחרת, שהוזכרה כבר, מגדלת תוכי מסוג "קוקטל" בחדרה, אותו קיבלה לאחר שערץ 8 בטלויזיה עקב בסרט "שלום לולה, להתראות פלאקי" אחר הקשר שהתפתח ביניהן. נוסף על הקשר המיוחד וההדדי שנוצר בינה לבין התוכי, ממנו מפיקים שניהם הנאה רבה, נהנתה הדיירת מהשתתפותה בסרט, שהתאפשרה בזכות אהבתה לבעלי החיים. ביום הולדתה ה-92 היא הצהירה לפני המצלמה שעכשיו, משיש לה את הציפור, היא חשה שאכן זהו "גיל הזהב!"

תהליך עיבוד רגשי נעשה עם דייר ב"גלי האופרה", יחד עם סטודנטית לעבודה לרווחת האדם בעזרת בעלי חיים, שסייעה אף היא להסתגלותו לבית האבות באמצעות שיחות עמו. תחילה, לקחה הסטודנטית את הזקן לצפות בכלוב הציפורים בחצר ואף דאגה לכך, שבהיעדרה הצוות ייקח אותו לצפות בכלוב. הדבר שיפר את מצב רוחו ואת תחושת האמון לצוות במקום. הקשר בינה לבינו התהדק לאחר שהיא לקחה אותו לשפת הים, להאכיל יונים. דייר זה גידל יונים בביתו במשך שנים רבות. היא ביקשה ממשפחתו להביא לבית האבות את הציפור שגידל בחדרו. הוא שוחח עם הסטודנטית על קשייה של הציפור שלו, הנמצאת בכלוב - בדומה לו. שניהם הגיעו בלית ברירה לבית האבות בשל מצבו הרפואי. האפשרות לדבר על קשייה של הציפור סייעה לו לעבד את האבדנים שהוא עצמו חווה עם המעבר לבית האבות. בבית האבות הוא קיבל מעמד של "מומחה" בענייני בעלי חיים. בכל פעם שהגיעה קבוצת סטודנטים הוא נהג להרצות לפנייה על הציפור שלו. מעמדים אלו תרמו רבות הן לדימויו בעיני עצמו ובעיני אחרים והן לשביעות רצונו מחייו.

דייר הסובל ממחלת אלצהיימר הוצא בצו של שופט מביתו, משום שחי בהזנחה, בעזובה ובזוהמה קשים, מבלי יכולת לדאוג לצרכיו הבסיסיים וכל זאת, יחד עם חתולים רבים וכלב. העובדה שבבית האבות היו בעלי חיים רבים סייעה לו להסתגל למקום. הוא נוהג לשבת וללטף חתול משך רוב שעות היום, "לגנוב" למען החתולים מזון ולפזרו בחצר ואף לישון עם אחד מהחתולים. ניסיון להביא את הכלב לבית האבות כדי שיחיה עמו נכשל בשל אופיו של הכלב (כלב כנעני), אשר שמר על הזקן ותקף כל מי שהתקרב אליו. ייתכן שהשמירה על המשכיות הקשר שהיה לו עם חתולים סייעה לו להמשיך את סגנון חייו

הקודם בבית האבות ולהסתגל למקום מבלי לחוות משבר עקב היקרעותו הדרמטית מביתו.

אחד הקשיים בטיפול בבעלי החיים הפרטיים של הדיירים נובע מהמחויבות המוסרית להמשך הטיפול בהם, כאשר מצב בעליהם מידרדר או במקרה של פטירת הדייר לפני בעל החיים. פטירת בעל החיים לפני הדייר מתקבלת על ידו, בדרך כלל, כ"דרך הטבע", כל עוד הוא סמוך ובטוח שבעל החיים טופל כראוי עד מותו. ב"גלי האופרה" חייתה גברת עם כלבת הפודל שלה. הדיירת הייתה סיעודית וכלבתה הייתה יושבת בחיקה, בכיסא הגלגלים שלה. הדיירת הייתה ערירית והעובדה שכלבתה הייתה עמה אפשרה לה ליהנות מחייה בבית האבות. היא הייתה גם מוקד "עלייה לרגל" של אנשים, שנהגו לפנות אליה ולדבר עמה על כלבתה. היחסים בין השתיים היו סימביוטיים מאוד ושתייהן לא יכלו לסבול פרידה של יותר ממספר דקות זו מזו, אפילו לא בעת המקלחת של אחת מהן. כשחלתה הדיירת, הבטחתי לה כי נטפל בכלבתה גם לאחר מותה. הכלבה חוותה אבדן קשה מאוד עם מותה של הדיירת. היא נפטרה שנתיים אחריה, בשיבה טובה, לאחר שאומצה על ידי שכנים טובים, שבביתם חייתה עם קבוצת כלביהם המקבלים שאריות מזון מבית האבות.

2. קשר פרטני עם בעל חיים

מדהים לראות כיצד דיירים במצבים רפואיים קשים ובמצבי דמנציה מתקדמים ביותר נהנים מקשר עם בעל החיים, ממגעו ומליטופו ולעתים הם אף מגיבים אליהם הרבה יותר מכפי שהם מגיבים לבני אדם, אפילו לבני משפחתם. אחד הדיירים כלל אינו מגיב לסביבתו ואפילו לא לילדיו. אולם, כשהונח על חזהו ארנבון, ידו נעה ללטפו ודמעות זלגו מעיניו.

דיירת שתמיד התנגדה לבעלי החיים ולא הסכימה שישומו אותם בקרבתה, היא היום, לאחר כארבע שנים של התנגדות, אחת המשתתפות הפעילות ביותר בקבוצת בעלי החיים, נהנית לדבר עליהם וללטפם.

3. עבודה קבוצתית עם בעלי חיים מפינת החי ואחרים

עבודה קבוצתית, המתקיימת בבית אבות "גלי האופרה", פעם בשבוע, עם דיירים סיעודיים ובעלי חיים, מצליחה ביותר. בעלי החיים לא רק מעודדים את הדיירים לבוא לקבוצה, ללטפם ולטפל בהם, אלא הופכים גם לנושא השיחה. הדיירים נהנים ללמוד על עולמם של בעלי החיים וגם לעשות השוואות והשלכות מחייהם לחיי בעלי החיים וההיפך.

נושא גלגוליהם של הפרפרים, לדוגמה, הפך מרתק גם בפן הזואולוגי שלו, תוך כדי מעקב אחר התגלמותם של פרפרים ועד לשילוחם לחופשי והבעת רצונות אישיים: לו הייתי פרפר הייתי... (נוסע לסין, עף הביתה). השיחה על בעלי החיים מאפשרת גם העלאת זיכרונות ומציאת קווים משותפים בין הדיירים לבין עצמם, ואת הדומה והשונה

בינם לבין בעלי החיים. לדוגמה, נושא ההסוואה של בעלי חיים התפתח לשאלה כיצד הסו עצמם דיירים, ניצולי שואה, והתחבאו מהנאצים. נושא השיקום של חיות בר וחיות מעבדה התגלגל לשיחה על שיקומם של ניצולי השואה בבואם ארצה. נושאי חיזור בין בעלי חיים הושוו לחיזור בין בני אדם וסייעו להעלאת זיכרונות בנושא ההתחברות של הדיירים לבני זוגם והקמת משפחותיהם. בזכות הקבוצה השתפר הקשר בין הדיירים לבין עצמם, בינם לבין הצוות המנחה את הקבוצה ואף השתנתה והשתפרה תדמיתם בעיני הצוות המטפל, שגילה בהם צדדים נוספים שלא הכיר קודם. הדיירים עצמם מדווחים, כי המפגש השבועי סייע לשיפור מצב רוחם ושבירת השגרה של חייהם. דיירים לקחו על עצמם משימות קבועות לקראת הקבוצה. לדוגמה אחד מדווח חדשות, שהיו במהלך השבוע ושנגעו לבעלי חיים. ביוזמתו, הוחלט להשתתף בבחירת הציפור הלאומית הישראלית ותוכננו בחירות עם קלפי, שבהן השתתפו כל דיירי בית האבות. קבוצה דומה התקיימה עם דיירים הסובלים מדמנציה במצב מתקדם. תכניה של הקבוצה היו שונים, אך תרומתה הייתה בהנאה שהיא מסבה לדיירים ובקשר שסייעה ליצור בינם לבין עצמם ובינם לבין הצוות.

פעילות הקשורה בבעלי החיים - אמנות ותעסוקה יוצרת בעבור בעלי החיים ועליהם

יצירת ריהוט לבעלי החיים הנמצאים בפינת החי, כגון מקומות מסתור, קינים, כלי אוכל, משחקים, גירויים וקישוטים, הם דרך נוספת שבה פינת החי יכולה להיות מקור השראה והנעה (מוטיבציה) לדיירים היוצרים יצירות שונות עבור בעלי החיים. פעילות זו עשויה להיות בעלת ערך שיקומי רב. יש דיירים המסכימים לעסוק בפעילויות תעסוקה ויצירה כשהיא מיועדת לבעלי החיים ואיננה "סתמית" רק לשם העשייה. ניתן לשכנע דיירים להפעיל ידיים הזקוקות לפעילות, לדוגמה, על ידי הכנת חפצים שונים לבעלי החיים או חיתוך ירקות בעבורם, הכנת אוכל, סירוק בעל החיים, ניקוי סביבת מגוריו, אימונו עם משחקים וכדומה. דיירים אחרים נהנים מציור של בעלי חיים, מרקמה בצורה של בעלי חיים, מהכנת פרטי לבוש בעבורם, מהכנת שלטים הקשורים לבעלי החיים, ועוד. אחת הדיירות ב"גלי האופרה" נהנית לצאת לטיולים עם כלבים שאינם שלה. היא אינה רוצה להחזיק כלב משלה, אך נהנית מאוד להוציא לטיול כלבים של אחרים. כך, אותה דיירת יוצאת לטיולים רבים וארוכים יותר מאשר הייתה עושה ללא הכלב.

פינות חי בבתי אבות ובמרכזי יום

רצוי מאוד כי לכל מרכז תהיה פינת חי משלו. הדבר עדיף על פני הבאת בעלי חיים לצורך "חוג". היתרונות של פינת חי ובעלי חיים הנמצאים במקום הם בכך שנוצר קשר קבוע ומתמשך בינם לבין הדיירים. ניתן לבקר את בעלי החיים בכל שעה משעות היום, לטפל בהם, להתייחס אליהם, לעקוב אחריהם ולקבל מהם תמיכה ברגעי מצוקה רגשית. בקרבם של אנשים הסובלים מאיכות שינה נמוכה אפשר לשים בעלי חיים הפעילים בלילה. כאשר בעלי חיים נמצאים בבית האבות, יכולים הזקנים לקבל אחריות חלקית או מלאה על הטיפול בהם ובכך להמשיך ולקיים תפקידים חברתיים של טיפול באחר, שהתרוקנו מתוכן בתהליך ההזדקנות. הדיירים יכולים לקיים מעקב שוטף וארוך אחר בעלי החיים ומחזור חייהם ובעיקר - להיות באינטראקציה מתמדת עמם, שתשפיע, כפי שנכתב לעיל, על איכות חייהם.

חסרונותיה של פינת חי במקום נעוצים בעיקר בשאלות ארגוניות: האם יכול הארגון לדאוג לטיפול שוטף בבעלי החיים, הכולל לא רק את האכלתם, אלא גם את ניקיון סביבתם ודאגה להם בעת חוליהם? האם מוכן הארגון לדאוג לתקציב שוטף שיכסה את ההוצאות הכרוכות בכך, כולל ההוצאות הבלתי צפויות והטרחה הכרוכה בטיפול בבעל חיים חולה? כיצד מונעים גניבת בעלי חיים, כיצד מגנים עליהם מפני התאכזרות של אנשים או התנהגות חסרת שיפוט במקרים של אנשים החולים בדמנציה? כיצד מתמודדים עם יחס שלילי מצד הזקנים, משפחותיהם והצוות המטפל? השאלה הבסיסית היא בדיקת נכונותו של הארגון לשאת בעול הטיפול הנאות בבעלי החיים, האחריות על הטיפול בהם בכל ימות השנה, כולל בחגים ובסופי שבוע (ישנם בעלי חיים שניתן להשאיר יממה ללא טיפול או השגחה), גם כאשר בעלי החיים חולים וגם כאשר הממונה על הפינה חולה.

אלו שאלות שלא קל לענות עליהן ולהתמודד עם הבעיות שהן מעלות. חשוב מאוד להתייחס אליהן לפני שמחליטים לפתוח פינת חי.

אם הוחלט לפתוח פינת חי, מומלץ על פיתוחה האיטי וההדרגתי, כדי שתישמר שליטה על איכות הטיפול בה ועל רווחת בעלי החיים שבה. בכל מקרה, יש להתייעץ עם אנשי מקצוע, הן בעת תכנונה והקמתה של הפינה והן בעת אכלוסה. יש לבחור את בעלי החיים הנכונים והמתאימים לבית האבות, הן מבחינת סוג בעל חיים והן מבחינת בחירת הפרט עצמו: גודלו, אופיו, המידה שהוא מורגל לבני אדם ועוד. בקביעת התקציב הנדרש יש להביא בחשבון גם את התקציב הנדרש לטיפול וטרינרי שוטף וחריג, שהוא חיוני בכל מקום שיש בו פינת חי.

הצוות העובד צריך לקבל תמיכה והסבר לגבי חשיבות הכנסת בעלי החיים וההתמודדות עמם וכן לקבל תמיכה אישית במקרים של חשש או רתיעה. בתכנון הפינה יש להביא בחשבון שיהיה קל לתחזקה ולנקותה על מנת שלא תיהפך להיות מטריד.

רצוי כי פינת החי תהיה קרובה לדיירים ולמבקרים ותאפשר להם גישה נוחה. הפינה תורמת לחינוכותם של חלק מהדיירים. הם נהנים להתבונן, לגעת, להאכיל וללמוד על בעלי החיים. מיעוטם אף מוכן לקבל אחריות על חלק מבעלי החיים ועל הטיפול בהם. אחרים נהנים להתבונן בהם או לצפות בהם עם בני משפחתם - בעיקר הצעירים שבהם. פינת החי במקום עשויה להוות גורם משיכה לנכדים ולנינים, המתקשים להתמודד עם המפגש עם אנשים זקנים.

חוגים עם בעלי חיים בבתי אבות ובמרכזי יום

מתוך הכרה ביכולתם של בעלי חיים לתרום כה הרבה לאיכות החיים של הדיירים, ובשל הקושי והאחריות שבגידול בעלי חיים במקום, נוקטים חלק מבתי האבות ומרכזי היום גישה של הבאת "חוג חי" לבית האבות או למרכז היום. המפגש עם בעלי החיים הוא נפלא (העבודה מודגמת בצורה נפלאה בסרט שהפיק אשל תקשורת ונקרא "חיית המחמד והזקן"). בהבאתו של חוג כזה חשוב לדאוג, כי בעלי החיים לא יסבלו מטלטולי דרכים וכי הם ישובו בתנאים נאותים. מעבר לנושא צער בעלי חיים, חשוב לשמור על רווחתם של בעלי החיים, כדי להבטיח את בריאותם והתנהגותם הנאותה. מסיבות אלו ואחרות, הגישה הרווחת בעולם העבודה והסיוע בעזרת בעלי החיים היא, כי עדיף שבעלי החיים יתגוררו במקום. העברתם ממקום למקום חושפת אותם למגוון חידקים ומחלות שהם עלולים להעביר. חלקם מובאים על ידי מפעילים ממרכזי גידול. אותם מפעילים לא תמיד מכירים באופן אישי וקרוב את בעל החיים, שאותו הם מביאים, ולכן גם לא יזהו אצלו סימני מחלה או מועקה. מכל מקום, רצוי לבחור בעלי חיים שהטלטה פחות מפריעה להם (לכן לא מומלץ להביא עופות). לא כדאי לטלטל זוחלים בחורף בשל מערכת הדם הקר שלהם. בכלל, לגבי זוחלים, חשוב שיהיו תחת פיקוח הדוק למניעת העברת מחלות מעיים.

אם המעון מחליט לעבוד עם חוג שכזה, חשוב שיוודא כי בעלי החיים נמצאים בפיקוח וטרינרי שוטף וצמוד וכי מפעיליהם מאומנים ומוסמכים לעשות את אשר הם נדרשים לו. מומלץ לבדוק היכן למדו, מה למדו ומה אורך תכנית הלימודים שבה קיבלו את הסמכתם. תחום העבודה עם בעלי חיים לרווחת האדם טרם הוסדר סופית במשרדי החינוך והבריאות וקיים הבדל בין מסלולי ההכשרה השונים והמוסדות המכשירים.

מתנדבים עם כלבים או בעלי חיים אחרים

בפרויקט ניסיוני המתקיים בירושלים, בסיוע אשל, נעשה ניסיון להביא מתנדבים לבתי אבות יחד עם בעלי החיים שלהם (בעיקר כלבים). המטרה היא ליצור קשר פרטני בין המתנדב, כלבו והדיירים בבית האבות האוהבים כלבים ובעלי חיים, אך נבצר מהם להיות בקשר עימם. פרויקט מסוג זה הוא מבורך ויש לנסות לפתחו במקומות נוספים ברחבי הארץ.

כלבי מחמד

כה הרבה נאמר כבר על הכלב - חברו הטוב של האדם. מכלל בעלי החיים הכלבים והחתולים הם הקרובים ביותר לאדם וחיים עמו או בקרבתו עשרות אלפי שנים. קארס (Caras, 2001) כתב, כי כלבים אינם שלמות חיינו, אך הם הופכים את חיינו לשלמים!

באופן קבוע נמצא עמי כלבי "נייס", שהוא שנאוצר ננסי. הכלב קטן, בעל מזג טוב, שחושב שהוא נועד לכך שילטפו אותו. בקבוצת תמיכה לחולי אלצהיימר בתחילת הדרך, שאני משתתפת בהנחייתה, הוא יושב לאחרונה בחיקה של אחת החולות הצעירות. זוהי אישה צעירה, המתקשה להתמודד עם העובדה שהיא חולה במחלת אלצהיימר ואשר פגיעתה בולטת ביכולתה להתבטא מילולית. בפגישות האחרונות היא יושבת עם הכלב בחיקה, כתינוק. היא נהנתה לפנק אותו, הייתה הרבה יותר ערנית ודיברה יותר בחופשיות. הכלב מלווה אותי גם בפגישות ובביקורי בית ושם הוא עוזר ביצירת קשר, בהפגת מתח וכנושא לשיחה. הנחתו של הכלב בחיקם של חולים חסרי שקט מסייעת להרגיעם; הנחתו בחיקם של אנשים ירודים עוזרת לקבל מהם תגובה ועצם חברתו עוזרת ביצירת קשר ושיחה עם מרבית האנשים.

כלבי שירות

החוקרים אלן ובלאשוביק (Allen & Blascovich, 1996) ערכו מחקר להערכת ערכם של כלבי שירות עבור אנשים עם ליקויי ניידות. ממצאי מחקרם מדהימים: נמצאו השפעות משמעותיות ביותר בתוך שישה חודשים מיום קבלת כלב השירות במדדים של רווחה נפשית ודימוי עצמי, תחושת שליטה בחיים ואינטגרציה חברתית בקהילה. כל הנחקרים הראו שיפור במידת ההשתתפות בלימודים ו/או בעבודה חלקית. אצל כולם הייתה ירידה דרמטית בהוצאה הכספית על עזרה בשכר.

נציג להלן פיתוח ישראלי: כלבי סיוע לחולי אלצהיימר (גולן שמש, בן-יוסף ורבינוביץ', 2003). מדובר בפיתוח ישראלי, ראשון מסוגו בעולם, שבו אומנו כלבים להחזרת חולה אלצהיימר (בתחילת המחלה) הביתה, בלילך לאיבוד, דבר שעלול לסכן את חייו. הפרויקט פותח על ידי יריב בן-יוסף, מהמרכז לכלבי שירות בתרפיה. נוסף על האימון המיוחד של הכלב, הוא נתמך בעזרת ציוד אלקטרוני מתוחכם, המופעל באמצעות נביחה ומאפשר איתור הכלב עם מלווהו. כלב השירות - Alzheimer's Aid Dog מאפשר לחולה האלצהיימר, בשלבים הראשונים למחלתו, לחיות חיים מלאים ופעילים ללא חשש שילך לאיבוד כתוצאה מהירידה ביכולתו להתמצא במרחב. המשתתף הראשון, העובד עם כלבת השירות לחולי אלצהיימר, אמר: "הכלבה העניקה לי איכות חיים. שוב אינני עוד אסיר בביתי שלי... זה הדבר הטוב ביותר שקרה לי מאז שחליתי..." הכלבה הוכשרה לא רק להחזירו הביתה, אלא גם להובילו הביתה בבטחה, מתוך הימנעות ממכשולים פיזיים. החולים הנעזרים בכלבים נופלים פחות כאשר הם עם הכלבים. הכלבים לומדים להכיר את בעליהם ומתריעים בפניהם ובפני בני משפחותיהם על מצבי בלבול גוברים או על מצבים רפואיים. אחת הכלבות, העובדת עם חולת אלצהיימר, סירבה יום אחד, במפתיע,

לצאת עם בעליה וזו עברה התקף אפילפטי (הראשון בחייה) דקות ספורות אחר כך. יכולתם של כלבים להתריע לפני מצב אפילפטי היא יכולת נוספת שבה נעזרים בכלבי שירות, המאומנים במיוחד לכך. כלבים אומנו גם לנתק גז פתוח, דבר שקורה לחולי דמנציה רבים.

ב"בית השמש מגדיאל" עובדת כלבת שירות מגזע רועים אוסטרלי שאומנה גם היא על ידי יריב בן-יוסף. תפקידה לקרוא לעזרה בעת מצוקה נשימתית או נפילה של דייר, באמצעות נביחה או על ידי הפעלת כפתור מצוקה בחוטמה. בנוסף, היא עובדת מדי יום יחד עם המסייעת בעזרת בעלי חיים ומעט גם בחדר הפיזיותרפיה. תפקידה לא רק להציל חיים אלא גם להוסיף חיים, דינמיות ורוח טובה לכל השוהים בית האבות: דיירים, עובדים ומשפחות. היא תופסת כדור שהדיירים זורקים לה, קופצת לחישוק שהם מחזיקים, יושבת על כיסא לידם ומאפשרת להם לטפל בה ובפרוותה ולהאכילה; היא מלקקת חלק מהדיירים ובכך מעוררת אותם ואת תגובותיהם; היא מקבלת בשמחה רבה את הצוות העובד במקום ובני משפחה ובכך מקלה על הביקורים בבית האבות ומסייעת לשיפור מצב הרוח של העובדים. כלבים שעברו הכשרה דומה עובדים גם בבתי אבות אחרים וגם בבתייהם של אנשים הסובלים מדמנציה או מפגיעות ראש, כדי להזעיק עזרה בזמן נפילה, להביא חפצים ולעזור במעברים מכיסא גלגלים למיטה (ראו גם באתר: www.aadogs.com).

לסיכום, ניתן לשפר את איכות חייהם של קשישים רבים, בבית, במרכז היום ובבית האבות בעזרת הקשר המופלא שיכול להיווצר בינם לבין בעלי החיים. קשר זה יכול להתקיים עם קשישים צלולים וגם עם כאלה הסובלים מדמנציה. הקשר עשוי להיות בעזרת בעל חיים קבוע, אישי, בעזרת חיית מחמד או ליטוף המובאת לאדם על ידי מפעיל שהוסמך לכך ובעזרת כלבי שירות שאומנו במיוחד לסייע לאדם הסובל ממוגבלויות.

בעלי החיים המסייעים יכולים להיות כלבים, חתולים, ארנבונים ומכרסמים אחרים, ציפורים ואף דגים. גם זקנים הנרתעים תחילה מקשר עם בעלי חיים עשויים להפיק מהם הנאה רבה. כך גם לגבי הצוות העובד עם הזקנים ובני משפחותיהם.

כדי שכל אלה יוכלו ליהנות מהקשר המופלא עם בעלי החיים חשובה פתיחות לנושא מצד הצוות המקצועי, בני המשפחה וכמובן - מצד הזקנים. אני מקווה, כי מאמר זה ייצור עניין, סקרנות ופתיחות לנושא ויסייע בקידומו.

מקורות

גולן-שמש, ד. בן-יוסף, ש. ורבינוביץ', מ. (2003). פיתוח ישראלי: כלבי סיוע לחולי אלצהיימר. **חיות וחברה**, גיליון 23.

מלאך, ה. ושנן, י. (1997). יחסי אדם-חיות מחמד, השפעות על בריאות פיזית ונפשית בעת הזיקנה. **סקרים וסקירות בגרונטולוגיה**, 103: 7-11.

עמית, א., טבק, נ., ברגמן, ר. ואלפרט, ר. (2002). ידע, דעות וגישות של צוות מטפל אודות טיפול בעזרת חיות מחמד במחלקות לתשושי נפש - סקר חלוץ, פורום (מס. 13-14) האחיות הפסיכו-גריאטריות, 84-88.

קיוזאק, א. (1988). מפגשים טיפוליים עם חיות מחמד. הוצאת אח, קריית ביאליק.

קראוז, צ. (2007). עיתון רובע בני דן, 5.

קרן, פ., להב, ד. ופזרמן, ט. (2005). משמעות הקשר בין חולי אלצהיימר לחיות מחמד. חיות וחברה, 28, קיץ 30-34.

רבינוביץ', מ. (2000). מפגשים טיפוליים עם חיות. קריית ביאליק: הוצאת אח.

שלי, א. (1996). המרפא הפרוותי. תל אביב: צ'ריקובר.

Allen, K. & Blascovich, J. (1996). The value of service dogs for people with severe ambulatory disabilities. A randomized controlled trial. *Journal of American Medical Association*, 275 (13): 1001-1006.

Andryscio, R.M. (1983). In: Cusack, K.D. *Pets and the elderly: The therapeutic bond*. New York: The Hawoeth Press.

Banks, M.R. & Banks, W.A. (2002). *The effects of animal-assisted therapy on loneliness in an elderly population in long term care facilities*. *Journal of Gerontology Medical Sciences*, 57A (7).

Barker, S.B. (1999). *Therapeutic aspects of human companion animal interaction*. *Psychiatric times*, Feb.

Banzinger, G. & Roush, J. (1983). Nursing homes for the birds: A control-relevant intervention with bird feeders. *The Gerontologist*, 23: 527-536.

Baun, M.M. & McCabe, B.W. (2000). *The role animals play in enhancing quality of life for the elderly*. In: A.H. Handbook on animal-assisted therapy: Theoretical foundations and guidelines for practice. San-Diego: California. Academic Press.

Beck, A. & Katcher, A. (1983). *Between pets and people*. New York: Pedigree Books.

Beck, A. (1994). *The health benefits of human-animal interactions*. *Antrozoos* 7 (2).

Bolin, S.E. (1987). *The effects of companion animals during conjugal bereavement anthrozoos*, 1: 26-35

- Brickel, C.M. (1981). *A review of the roles of pet animals in psychotherapy with the elderly*, *International Journal of Aging and Human Development*. (12-2).
- Brickel, C.M. (1985). *Initiation and maintenance of the human-animal bond: Familial roles from a learning perspective*. In: Sussman, M.B. (Ed.). *Pets and the family*. New York: The Haworth Press.
- Merritt, R. & Barth, M. (2000). *A thousand hounds - The presence of the dog in the history of photography 1839 to today*. Koln: Taschen Pub.
- Curchill, M. Safaoui, J. McCabe, B.W. & Baun, M.M. (1999). *Using a therapy dog to alleviate the agitation and desocialization of people with Alzheimer's disease*. *Journal of Psychosocial Nursing*, 37(4).
- Cusack, O. & Smith, E. (1984). *Pets and the elderly: The therapeutic bond*. New York: The Haworth Press.
- Cusack, O. & Smith, E. (1988). *Pets and mental health*. New York: The Haworth Press.
- Gammonley, J., Howie, A.R., Kirvin, S. et al., (1997). *Animal assisted therapy - therapeutic interventions*. Renton, WA: Delta Society Pub.
- Ebenstein, H. & Worthman, J. (2001). The value of pets in geriatric practice: A program example. *Journal of Gerontological Social Work*, 35 (2).
- Edwards, N.E. & Beck, A.M. (2002). Animal-assisted therapy and nutrition in Alzheimer's Disease. *Western Journal of Nursing Research*, 24(6).
- Fick, K. (1993). The influence of an animal on social interaction of nursing home residents in a group setting. *American Journal of Occupational Therapy*, 47(6): 529-533.
- Forbes, D.A. (1998). Strategies for managing behavioural symptomatology associated with Dementia Alzheimer's type: A systematic overview. *Canadian Journal of Nursing Research*, 30(2).
- Friedman, E., Katcher, A. H. Lynch, J.J. & Thomas, S.A. (1980). Animal companionship and one-year survival of patients after discharge from a coronary care unit. *Public Health Reports*, 95: 307-312.
- Garrity, T.F., Stallones, L. Marx, M.B. & Johnson, T.P. (1989). *Pet ownership and attachment as supportive factors in the health of the elderly*. *Anthrogos* 3 (1). Summer: 35-44.

- Harris, M.D., Rinehart, J.M. & Gerstman, J. (1993). Animal-assisted therapy for the homebound elderly. *Holistic Nursing Practice*, 8(1): 27-37.
- Hart, L.A. (2000). Psychosocial benefits of animal companionship. In: Fine, A. *Handbook on animal assisted therapy: Theoretical foundations and guidelines for practice*. San Diego: Academic Press: 81-97.
- Katcher, A.H., Friedman, E., Meislich, D. & Goodman, M. (1979). Physiological response of people to petting their pets. *American Zoologist*. 19: 915.
- Levinson, B.M. (1978). Pets and personality research. *Psychological Reports*, 41: 1031-1038.
- Mugford, R.A. & M'Comisky, J.G. (1975). *Some recent work on the psychotherapeutic value of cage birds with old people: Pet animals and society*. London: Bailleire Tindall.
- Odendaal, J.S.J. (2000). Animal assisted therapy - magic or medicine? *Journal of Psychosomatic Research*, 49: 275-280.
- Ptak, A.L. (2002). *Studies of loneliness: Recent research into the effects of companion animals on lonely people*. Delta society web.
- Rogers, J., Hart, L.A. & Boltz, R.P. (1993). The role of pet dogs on casual conversations of elderly adults. *The Journal of Social Psychology*. 133 (3): 265-277.
- Rokach, A. (1990). Surviving and coping with loneliness. *The Journal of Psychology*, 124: 39-54.
- Sable, P. (1995). Pets, attachment and well-being across the life cycle. *Social Work*, 40 (3): 334-340.
- Salmon, P.W. & Salmon L.M. (1983). *Who owns who? Psychological research into the human pet bond in Australia*. In: Katcher, A.H. & Beck, A.M. *New perspectives in our lives with companion animals*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Siegel, J.M. (1990). Stressful life and use of physician services among the elderly: The model role of pet ownership. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58 (6): 1081-1086.
- Thomas, W.H. (1996). *Life worth living, The Eden alternative in action*. Acton, Massachusetts: Vander Wyk & Burnham.

- Veevers, J.E. (1985). The social meanings of pets: Alternative roles for companion animals. In Sussman, M.B. (Ed.). *Pets and the family*. New York: The Haworth Press, pp. 11-30.
- Winkler, A., Fairnie, H., Gerceovich, F. & Long, M. (1989). The impact of a resident dog on an institution for the elderly: Effects on perceptions and social interactions, *The Gerontologist*, 29 (2): 216-623.
- Zisselman, B., Ronver, B.M. & Shmueli, Y. (1996). A pet-therapy intervention with geriatric psychiatry in patient. *American Journal of Occupational Therapy*, 50 (1): 47-57.

אורקולי

סרט של ערוץ 8, בבימויה של יעל קיפר: **שלום לולה, להתראות פלאקי**.
סרטים של אשל הפקות, המרכז האורקולי: **חיית המחמד והזקן והקץ לבדידות**.
ניתן לקבל מאשל סיוע ועזרה במימון תכניות העשרה בעזרת בעלי חיים (למרכזים ציבוריים בלבד).

אתרים

כלבי שירות לחולי אלצהיימר, יריב בן-יוסף, המרכז לכלבי שירות ותרפיה

www.aadogs.com

בעלי חיים בפינת החי - המרכז לטיפול בחיות אקזוטיות, אבי קרן-צבי

www.keren-zvi.co.il

פרויקט חיות וחברה, המחלקה לזואולוגיה, אוניברסיטת תל אביב

<http://animalsoc.tau.il>

צרו קשר

Shemesh.opera@gmail.com

"בנערינו ובזקנינו"

פעילות בין-דורית לקשישים עם דמנציה

רחל ברנבאום

מבוא

אנו חיים בחברה אשר יש בה חלוקה על פי גיל: ילדים הולכים לבית ספר, מבוגרים הולכים לעבודה וקשישים הולכים למרכזי יום, כך שאין הזדמנויות רבות לפגישה בין הדורות ולמעשה נותר נתק ביניהם. הבעיה חמורה יותר אצל קשישים עם דמנציה. ילדים ונוער, על פי רוב, לא בוחרים בעצמם לבקר במרכז יום לקשישים ובוודאי שלא במרכזי יום לקשישים עם דמנציה ולא ייקחו יוזמה לבקדם בבתייהם. עם זאת, חשוב לדעת, שיש הרבה מן החיוב בפגישה בין ילדים ובני נוער לבין קשישים עם דמנציה (Cohen, 2000; Bowlby-Sifton, 2000). ברשימה קצרה זו נתאר את היתרונות וכיצד לתכנן פעילויות מסוג זה, המציבות אתגר מיוחד בפני הצוות. שכן, מצד אחד עליו לתכנן פעילות שמתאימה לרמת הקשיש (לא קשה מדי בעבורו, כדי לא ליצור רגשות של תסכול, אך לא קלה מדי, כדי לא לעורר שעמום). מצד שני, הפעילות חייבת לעניין גם את הדור הצעיר השותף בה.

מטרות הפעילות

מבחינת הקשישים: בניית קשר חיובי בין בני הנוער לקשישים גורמת לעלייה בהשתתפות בפעילויות, שיפור התקשורת, שיפור הריכוז וכישורים חברתיים, ירידה ברמת האדישות והפסיביות ובהתנהגויות בלתי רצויות; הפעילות יוצרת שינוי לטובה במצב הרוח, שיפור יכולת ההבנה וההקשבה להוראות. באופן כללי, המפגש מחזיר לקשישים את ההרגשה שמישהו מתעניין בהם ושהם יכולים לתרום מניסיונם לאנשים אחרים (Ward, Kamp, 1996 Newman, &).

מבחינת הדור הצעיר: המפגש עם אוכלוסיית הקשישים גורם להם להבין את האחר ואת המוגבל, יוצר סובלנות כלפי אנשים עם מוגבלויות, רצון לתרום והבנה מעמיקה יותר של הזיקנה. הם מקבלים חום ואהבה מהקשישים, ללא כל שיפוטיות (Deutchman, 2003).

תכנון הפעילות

כשמארגנים פעילות המיועדת לשתי קבוצות שונות עם צרכים שונים, יש להשקיע מחשבה רבה, כדי שכל המעורבים ירגישו שהם נהנים מהקשר ומפיקים תועלת. לדוגמה, בפעילות בין-דורית קיים סיכוי שהילדים יירתעו מהתנהגות הקשישים, כגון צעקות, האכלה וכו'. מאידך, הרעש וההמולה של הילדים עלול לבלבל את הקשישים ולהכניס אותם לאי-שקט. החוקרת סיפלדט (Seefeldt, 1987) מצאה השפעה שלילית על

ילדים, שהשתתפו בתכנית בין-דורית. מאחר שאין זו הכוונה, יש להשקיע מחשבה בתכנון, בביצוע ובהערכה מתאימה של הפעילות. מרכז יום, המתכנן תכנית בין-דורית, חייב ראשית ליצור קשר עם האחראים על גני ילדים, בתי ספר, או תנועות נוער, שמהם מגיעה אוכלוסיית הצעירים שישתתפו בתכנית. מומלץ לקבוע איש קשר מכל ארגון, שיהיה אחראי לתאם את הפעילות. אנשי הקשר יעבדו ביחד על הכנת המפגש, הדרכה לקראתו ותכנונו המפורט, כדי להבטיח שכל המעורבים ייהנו מהפעילות (Lewis, 2006). חשוב לציין, שההשתתפות בתכנית היא בחירה מצד שני הצדדים. אין לחייב שום איש לקחת חלק בתכנית, שאין הוא רוצה להיות שותף בה. עם זאת, פעמים רבות יש לעודד את הילדים ולדרבן אותם להשתתף בתכנית, בגלל הפחד הטבעי מלהשתתף בדבר שאינו מוכר וחדש.

בזמן ההכנה מומלץ לשים לב לנקודות הבאות:

סביבה: יש להקפיד שהמקום יהיה בטיחותי ושיעודד קשר בין הדורות. לדוגמה, להושיב את הקבוצה בצורה מעורבת, ילדים וקשישים ביחד, ללא הפרדה. כמוכן, יש לוודא שבזמן ביקור הילדים אצל הקשישים לא ייוצר מצב שיגביר את סכנת הנפילה של הקשישים.

ציוד: אם הפעולה דורשת ציוד מיוחד (למשל, ציוד אפייה או בישול) יש לוודא שהוא יהיה בטיחותי לשתי האוכלוסיות ויעודד תקשורת ושיתוף פעולה ביניהם. לדוגמה, לפעולת אפייה יש לתת קערה וכף לכל זוג קשיש וילד, כדי שהם יוכלו לעבוד ביחד - אחד יחזיק את הקערה והשני יבחוש (Lewis, 2006). מומלץ לקחת בחשבון שימוש בסכין חד (למשל, לחיתוך פרות לסלט) עלול להיות מסוכן לחלק מהקשישים וגם לילדים.

צורת ההפעלה: רצוי להחליט על שלבים מסוימים החוזרים על עצמם בכל מפגש. חזרה על הרגלים מועילה לקשישים וגם לילדים צעירים. למשל, בתחילת המפגש אפשר לערוך סבב של ברכות שלום לכל משתתף ולאפשר לכל אחד להציג את עצמו ולומר משהו על עצמו או על נושא מסוים. בסוף המפגש מומלץ לקיים טקס פרידה, לשיר שיר מסוים החוזר על עצמו בכל מפגש או ללחוץ ידיים לשלום טרם נפרדים.

תפקיד הצוות: יש לקבוע מראש חלוקת עבודה בין הצוותים המלווים את הפעילות. חלק גדול מהצלחת התכנית תלוי בעידוד של הצוות את המשתתפים לקיים קשר ביניהם (Lewis, 2006).

הכנת הילדים: יש להכין את הילדים מראש, לפני שהם נפגשים עם הקשישים ולדבר איתם על נושא הזיקנה בכלל (הצדדים החיוביים והקשיים) ועל ניסיון החיים של הקשישים. השיחה חייבת להיות מותאמת לגיל הילדים. ישנם ספרי ילדים מומלצים, העשויים לסייע בהכנה זו. למשל: נועם מחפש זיכרונות (פוקס, 2002), מאחורי חדרים חשוכים (סער, 1997). רצוי להדריך את הילדים כיצד להציג עצמם בפני הקשישים, איך לדבר עם קשישים (להרים את הקול, אבל לא לצעוק). מומלץ שהמורה או איש קשר ממרכז היום ייפגשו עם הילדים בכיתה על מנת לתרגל איתם דברים אלה, כדי שירגישו נוח במפגש עם הקשישים.

הכנת הקשישים: יש לדבר עם הקשישים על הביקור ולשתף אותם בהכנות, ככל שהדבר אפשרי. בעניין זה, ראוי להדגיש, כי הצוות חייב להיות ער לכך, שקשיש אלים או בעל נטיות מיניות לא יהיה במגע ישיר עם הילדים.

יש מקרים, שקשר מתפתח בטבעיות בין הילדים לקשישים. אבל, סיכויים רבים יותר להתפתחותו של קשר חיובי קיימים, כאשר הילדים והקשישים עושים משהו ביחד. העבודה המשותפת היא זרז להתפתחות קשר. לדוגמה, הילדים והקשישים יכולים להכין ביחד כרטיסי ברכה לראש השנה או משלוח מנות לקראת פורים. הם יכולים לעסוק בפעילות של אפייה. אפשר להסתכל ביחד בקטלוג של בגדים או רהיטים ולבחור את הדברים המוצאים חן בעיניהם. אפשר לשחק משחקים ביחד, אחד על אחד או בקבוצות קטנות, לדוגמה, דומינו תמונות, זריקת עיגולים על מקלות, זריקת כדור. על הצוות לעודד את המשתתפים במהלך הפעילות ולהציג אפשרויות לפיתוח קשרים. חייבים לשים את הדגש על התהליך ולא על התוצר, על הקשרים ולא על הציוד (Epstein, 2006). פעולה מוצלחת נמדדת על פי קשר עיניים, שיחה וצחוק בין הקשישים לילדים. מומלץ לתכנן פעולה נוספת למקרה שהפעולה המתוכננת לא זורמת כמו שרצינו. מקובל לומר, שילדים מסתכלים קדימה ואנשים זקנים מסתכלים אחורה. לכן, כשנותנים לשתי קבוצות הגיל האלו לשבת יחד, לעסוק בפעילות משותפת ולדבר על מה שעשו ביחד ייפתחו אצל שתי הקבוצות מרחבים חדשים, קוגניציה וקשר חברתי (Epstein, 2006).

יש הטוענים שהמוגבלויות של דמנציה מקשות על יצירת קשר בין הקשיש לילדים. חוקרים מסוימים (Deutchman, Bruno & Jarrot, 2003) מצאו, שגם קשישים עם ירידה ביכולות הצליחו להשתתף בפעילויות בין-דוריות ולהפיק מהן תועלת. הם הראו שתכנון אלו השפיעו לטובה ברמה משמעותית על ההרגשה של הקשישים ועל התנהגותם. הקשישים הביעו רגשות חיוביים כאשר היו בחברת הילדים. החוקרים מצאו, שפעילות כמו מלאכה, שירה, קריאת סיפורים ועבודה במחשב היו הפעילויות המצליחות ביותר. נוסף על כך, מומלצים משחקי כדור שולחן, שיזור פרחים, תליית כביסה, דומינו תמונות, כרטיסי תפירה, מר גמיש, חיפוש דברים בתוך תיק (Lewis, 2006). הילדים יכולים להכין חלק מהמשחקים מראש, לפני המפגש עם הקשישים, למשל דומינו תמונות, כרטיסי תפירה. מחקרים אחרים (Camp, Judge, Bye et al., 1997) הראו, שאנשים עם דמנציה קלה עד בינונית יכולים לעזור לילדי הגן בפעילויות מונטסורי.

במרכז "דור אחד" (One Generation) בקליפורניה, תכננו ובנו מרכז לקשישים עם דמנציה ליד מעון יום לילדים קטנים. היום מבקרים 65 קשישים במרכז היום ו-86 ילדים בגילאים שישה חודשים עד שש שנים במעון. רוב הפעילויות מתקיימות בנפרד. עם זאת, כל יום יש לפחות פעילות בין-דורית אחת או באגף של הקשישים או בזה של הילדים. הפעילות מתבצעת בקבוצות קטנות בנות שישה עד עשרה זוגות והיא נמשכת 30 עד 60 דקות. הפעילויות שהם עשו ביחד ושזכו להצלחה הן: הקשיש קרא לילדים סיפור, הם הסתכלו ביחד באנציקלופדיה מוארת, הרכיבו פאזלים, אכלו וניהלו שיחות, הקשישים טפחו על הגב של הילדים, כדי להרגיע אותם בזמן המנוחה.

גם בארץ אנו מייחסים חשיבות לפעילויות בין-דוריות. לדוגמה: בנינו ערמ"מ מחויבות אישית" באים לבקר קשישים ולקיים אתם פעילות משותפת; לאשל יש פרויקט, שבמסגרתו משוחררים מהצבא מתנדבים במרכזי יום לקשישים ומקבלים מלגות לימודים. במרכזי מלב"ב מתקיימות פעילויות בין-דוריות, ביניהן: ארבעה ילדים מכיתות ד'-ה' מגיעים מדי שבוע לעבוד עם הקשישים ביחד באמנות ובהתעמלות; נוער דובר רוסית מגיע למרכזי היום ומסייע לקשישים, יוצאי מדינות רוסיה, לכתוב את סיפור חייהם. הבנות שהגיעו מפרויקט "נעלה", השוהות בארץ בלי הוריהן, אמרו שהקשישים הם כמו הסבתא והסבא שלהם שנותרו בחו"ל. לקראת חגים, ילדי גן ובנות אולפנא מגיעים למרכזי היום לשיר שירים ביחד עם הקשישים; אימהות מהשכונה מביאות את התינוקות שלהן לחיך לקשישים. אין ספק, שהילדים מאירים את היום לקשישים ואפילו האנשים המבולבלים ביותר שואלים את הילדים "מתי תבואו שוב?" רצוי שהפעילות תתקיים בתדירות גבוהה כמו פעם ביום, אבל גם פעילות של פעם בשבוע או אפילו פעם בחודש היא חיובית.

לסיכום, אם יש מטרות ברורות ואם התכנון, ההכנה, הביצוע והמעקב נעשים כראוי, הרי שפעילויות בין-דוריות תורמות תרומה נכבדה לילדים, לקשישים ולחברה כולה. הקשישים נהיים פחות אפתיים, התנהגותם נורמטיבית יותר ויש להם הזדמנות לשתף בניסיונם ובחוכמת חייהם את הדור הצעיר. הילדים לומדים לכבד את הזקנים, להתייחס בסבלנות ובסובלנות אל האחר ורוכשים הרגלים של תרומה לחברה. התגמול החשוב ביותר בעבור הילדים הם החום והאהבה שהקשישים מרעיפים עליהם ותודתם האמיתית על הפעילות המשותפת.

ספרי ילדים מומלצים

סער, א. (1997). **מאחורי חדרים חשוכים**. תל-אביב: כנרת.
פוקס, מ. (2002). **נועם מחפש זיכרונות**. ירושלים: אורים.

מקורות

- Bowlby-Sifton, C. (2000). *Maximizing the functional abilities of persons with Alzheimer's disease and related disorders*. In: Interventions in Dementia care: Toward improving quality of life. Powell Lawton, M. & Rubinstein, R. (Eds.). New York: Springer.
- Camp, C.S., Judge, K.S., Bye, C.A. et al. (1997). An intergenerational program for persons with dementia using Montessori methods. *Gerontologist*, 37 (5): 688-692.
- Deutchman, D., Bruno, K. & Jarrot, S. (2003). *Young at Heart Intergenerational activities involving persons with dementia*. Activities

Directors' Quarterly for Alzheimer's & Other Dementia Patients, 4(2): 16- 18.

Epstein, A. (2006). Let's Do Something together: The components of effective intergenerational programs. Together. *The Generations United magazine*. 11(2): 11-12.

Lewis, J.A. (2006). Intergenerational programs in skilled nursing facilities. *Activities Directors' Quarterly for Alzheimer's & Other Dementia Patients*, 7(4): 9-18.

Seefeldt, C. (1987). The effects of preschoolers' visits to a nursing home. *Gerontologist*, 27:228-232.

Ward, C., Kamp, L. & Newman, S.(1996). The effects of participation in an intergenerational program on the behavior of residents with dementia. *Activities, Adaptation & Aging*, vol. 20(4): 61-77.

<http://www.amda.com/caring/august2002/intergenerational.htm>

<http://www.gu.org/>

קבוצות תמיכה לחולי אלצהיימר בשלבים המוקדמים של המחלה עפרה שגב, דפנה גולן-שמש ומלכה ויסבלום

מבוא

בשנים האחרונות גוברת בציבור הרחב המודעות לקיומה של מחלת האלצהיימר. בשל כך, עם הופעתם של סימנים מדאיגים ראשוניים, אנשים פונים לאבחון. אמצעי האבחון השתפרו במהלך השנים, וכך יותר ויותר אנשים מאובחנים כחולי אלצהיימר בשלבים מוקדמים של המחלה, כאשר הם עדיין מבינים את מלוא משמעותה של האבחנה שנמסרה להם.

אנשים אלה, שעד לא מכבר תיפקדו בחייהם באופן מלא, הן בתחום המקצועי והן בתחום המשפחתי והחברתי, מוצאים עצמם במסלול חד-כיווני לעבר דעיכה, ללא יכולת לעצור או למנוע את התקדמות המחלה.

בעקבות כך, מופיעים סימפטומים רגשיים משניים קשים: חרדה, דחק, דיכאון, קשיים באוריינטציה חברתית, ירידה מהירה בתחושת הערך העצמי והסתגרות. מעגל הרסני מתפתח בקרבם של אנשים אלה והוא משפיע לרעה על מצבם הבריאותי. גם קרוביהם נכנסים למצבי דחק קשים, המלווים לעתים קרובות בדיכאון, בתחושת חוסר אונים, בכאב גדול ואף באבל.

התפתחויות בעולם

עד שנת 1986 כל המחקרים, השירותים בקהילה ותשומת הלב בתחום האלצהיימר היו בחולים בשלבים המתקדמים של המחלה. בסוף שנות ה-80 רובין יל (Yale, 1986) מקליפורניה החליטה לשנות מצב זה. היא חוללה מהפיכה בכל הגישה לחולים בתחילת המחלה. הסטריאוטיפ היה, שאנשים עם דמנציה לא יכולים להבין את מצבם ולהגיב עליו ולכן איש לא דאג לספר להם על מחלתם או לשתף אותם בהחלטות על אופן הטיפול. ייל הקימה קבוצת תמיכה לחולים בתחילת המחלה. במחקרים שלה היא מצאה שחולי דמנציה רבים מסוגלים ואפילו רוצים לשתף אחרים ברגשותיהם ובהתמודדותם עם המחלה. היא פיתחה מודל של קבוצות תמיכה, ששילבו תמיכה והדרכה ועודדו אנשים עם המחלה להמשיך לחיות חיים מלאים ככל האפשר. המודל שהיא פיתחה הועתק

למדינות אחרות בארצות הברית ואף מחוצה לה, למשל לקנדה, לאוסטרליה, לניו זילנד, לאנגליה ולדרום אפריקה.

בהמשך לעבודתה של ייל, חקרה שניידר (Snyder, 1999) באמצעות ריאיונות אישיים, חולים בתחילת הדרך ובדקה מהי הרגשתם ולמה הם מצפים מהאנשים הסובבים אותם. בספרה *Speaking our Mind* (1999) היא מכניסה אותנו קצת לעולמם של החולים בתחילת המחלה. ישנם ספרים, שנכתבו על ידי חולים בתחילת המחלה, בזמן שרמת הקוגניציה שלהם עדיין לא נפגעה לגמרי, למשל: *Who will I be when I die?* (Davis, 1989); *My journey into Alzheimer disease* (Boden, 1998); *Partial view* (Henderson et al., 1998); *Show me the way to go home* (Rose, 1996); *Living in the labyrinth* (McGowin, 1993). אחדים מהספרים נכתבו בעזרה של אחרים. אפשר להוסיף לרשימה זו מאמרים שנכתבו בשני עלונים לאנשים שאובחנו עם דמוצייה. *Perspectives: A newsletter for individuals with Alzheimer's disease or a related disorder*; *Early Alzheimer's: An international newsletter*. אפשר לקבל מידע גם באמצעות פנייה לדואר אלקטרוני: lsnyder@ucsd.edu או jw@jeannewest.com. כל העבודות האלו מחזקות את הדעה שיש להתייחס באופן ייחודי לחולים בתחילת המחלה, שכן הם רוצים שאנשים יקשיבו להם והם רוצים להיות שותפים בטיפול.

קבוצת תמיכה לחולים בשלב הראשון של המחלה

לפני שנים אחדות הקימה עמותת אלצהיימר ומחלות דומות בישראל קבוצת תמיכה לחולים בשלבים ראשונים של המחלה. הקבוצה, הפועלת באזור תל-אביב, מתבססת על המודל של רובין ייל. המפגשים מתנהלים כשחלק מהזמן החולים ובני משפחותיהם פועלים יחדיו וחלק מהזמן בנפרד, כאשר מתקיימות שתי קבוצות תמיכה נפרדות הפועלות בו-זמנית: האחת לחולים והשנייה לבני המשפחות. היום פועלות קבוצות דומות בכל רחבי הארץ.

מטרות הקבוצה: לסייע בהתמודדות עם המחלה ובהתאמת החיים לשינויים שהמחלה כופה על החולה. במהלך המפגשים נעשה עיבוד של נושאים, כגון קבלה והשלמה עם המצב, התמודדות עם דיכאון, תחושות חוסר אונים וחרדה, חיזוק הדימוי העצמי ויכולת ההתמודדות האישית. במקביל, הקבוצה מחזקת את התמודדות המשפחה כולה ועוזרת לה למצות זכויות ולהיות יצירתית במציאת דרכים להתמודדות היום-יומית לאורך הדרך.

תהליך קבלת חולים לקבוצה: התהליך מתחיל בריאיון טלפוני, שבו נבדקים התנאים ההכרחיים ביותר שבלעדיהם לא יוכל חולה להשתתף: האם החולה מודע למחלתו, האם הוא בשלבים ראשונים של המחלה ועדיין מסוגל להתבטא, האם ישנם בני משפחה המלווים אותו לקבוצה ובחזרה.

בשלב השני, מראיינים את המועמד ואת המלווה שלו, כדי להכיר אותם יותר לעומק ולוודא שהחולה יכול להפיק תועלת מהפגישות וגם להביא תועלת למשתתפים

האחרים. שמה של המחלה עולה אולי לראשונה באופן גלוי, והשיח המשפחתי רצוף הסודות וההכחשות, מקבל התייחסות אחרת, פתוחה יותר. גבר כבן 60 סיפר, שהפגישה המקדימה לקראת הקבוצה הפכה לאבן דרך חשובה בעבורו, כאשר לראשונה שמע באופן מפורש את האבחנה "אלצהיימר". לדבריו, כך החלה התמודדותו הגלויה עם המחלה והשלכותיה.

הקבוצות נפגשות כל שבועיים למשך שתיים. במקביל, מתקיימת קבוצה למלווים. בדרך כלל מתחילים עם פתיחה משותפת לשתי הקבוצות: לקבוצת החולים ולקבוצת המלווים. דוגמה לפתיחה היא, למשל, שירה משותפת. החולים זוכרים היטב מנגינות ישנות. אין הבדל בין חולה ובריא. לעתים קרובות, מתפתחת שיחה משותפת על תכנים שונים. אפשר גם לפתוח בדרכים אחרות, הדבר תלוי בהרכב הקבוצה ובמנחות, כאשר המטרה ליצור אווירה שוויונית ונעימה.

לאחר הפתיחה המשותפת מתפצלות שתי הקבוצות לחדרים שונים. לכל קבוצה שתי מנחות. במפגשים הנפרדים נעשית עבודת העיבוד של הנושאים השונים. במהלך המפגשים נוצרת לכידות גבוהה בין חברי הקבוצה והאווירה השוררת במהלך הפגישה היא משפחתית. זהו מקום שבו ניתן להתבטא בצורה גלויה על הכול, בידעה שהנוכחים יודעים על מה מדובר.

כל המשתתפים מציינים את תחושת ההקלה שבאה מעצם ההשתתפות בקבוצה, שבה כולם שווים, מעצם היכולת לשוחח בגלוי על רגשות ותחושות שעולים בהם בעקבות המחלה. האפשרות לשמוע שגם אחרים, שנראים טוב ונשמעים טוב, מרגישים כמוני - מספקת איזושהי נחמה. החברים, המגיעים ממקומות שונים, "מצביעים ברגליים", איש לא נעדר משום פגישה, ללא סיבה.

על מה מדברים בקבוצות?

קבוצת החולים

יש צורך בתגים עם שמות החברים. חשוב להביא לכל פגישה את הסיכום של הפגישה הקודמת ולתת לכל משתתף אפשרות לבטא ממחשבותיו לפחות פעם אחת במהלך כל מפגש. לעתים קרובות, כשחבר מספר משהו אישי ומזכיר שם של מקום, השיחה גולשת למקום שהוזכר, ופרץ של נוסטלגיה מעורר את המשתתפים להיגרר ממקום למקום, מסיפור לסיפור, עד שהסיפור המקורי נשכח.

מדוגמה זו אפשר ללמוד איך להתמודד עם אסוציאציות. הגלישות האלה חשובות ליצירת השייכות לקבוצה, לעיסוק בעניינים שכולם זוכרים אותם, כי הם שייכים לעבר הרחוק, כי יש בהם טעם מתוק של נוסטלגיה והוא חשוב לתחושות הטובות של המשתתפים. עם זאת, צריך להחזיר את השיחה למהלך המקורי שלה, כדי שלא תהיה הרגשה של בלבול ושיהיה איזשהו חוט שישמור על ה"כאן ועכשיו" של הקבוצה.

בתחילת הדרך, כל משתתף מביא רק את הדברים הטובים שלו או את הקשיים בעקבות התחושה של חוסר ערך, "כי מה שהייתי הלך לאיבוד. מה שפעם יכולתי לעשות, אינני

יכול יותר ומה שהיה לי אין לי עוד". במהלך הפגישות ראינו, שהדברים אינם שחור ולבן, שישנם עוד דברים רבים שהמטופל יכול לעשות בשביל עצמו ובשביל הקרובים אליו ובעיקר "שאני ממשיך להיות בעל ערך לעצמי ולבני משפחתי, גם כשאני חולה וגם אם המחלה תתקדם".

במפגשים הראשונים, ההבדלים בין האנשים בשלב שבו הם נמצאים מבחינת המחלה היה מבהיל, מפחיד ומרתיע. בהמשך, החברים לומדים לקבל זה את זה יותר ויותר, לא להיבהל ואפילו הביעו דאגה רבה לאחד החברים שמצבו הבריאותי הידרדר מאוד במהלך החודשים של קיום הקבוצה. כשהוא נעדר, חברים דיברו עליו בדאגה רבה, ביקשו להתקשר אליו ואף לבקר. תגובות אלה היו מרגשות במיוחד, משום שהעידו על התרומה של הקבוצה למשתתפיה אולי יותר מכל פרט אחר.

התמודדות עם הוספת תוכן לחיים ועם הסטיגמה של המחלה

אנשים פעילים, בעלי מקצועות שונים, שמילאו תפקידים בכירים ביותר בארגונים שונים, מוצאים את עצמם מחוץ למעגל העבודה והחיים. בני הזוג, חלקם עדיין עובדים, חשים צער רב, כשעליהם לעזוב את בן או בת זוגם לקראת יום משמים נוסף. אחד העזרים המוצעים על ידי המנחים הוא עבודה עם לוח פעילות שבועי לתכנון פעילויות קבועות ומיוחדות לאותו שבוע.

הקושי להתמודד עם התיג (הסטיגמה) של המחלה וכן השאלה כיצד להתמודד עם חברים ובני משפחה, שאינם יודעים בעצמם מה ואיך לעשות, עולה בכאב גדול ובחריפות רבה. החולים מודעים במידות שונות למוגבלויותיהם ואף ליחס דוחה של החברה כלפיהם. אנשים, שהיו מרכז חברתי, נותרים לבדם; חבריהם מתרחקים מהם, לא רוצים לעשות פעילויות משותפות עמם. כדבריו של אחד החברים "מה הם חושבים, שלהם זה לא יכול לקרות?"

למרות הכאב והצער הגדולים, הקבוצה מאפשרת שיחה גלויה על המצב, מספקת תמיכה ומעודדת הומור וצחוק משותפים, שהם, כידוע, טובים לבריאות והם חלק בלתי נפרד מהמפגשים הקבוצתיים. לדוגמה: "בני לא רוצה ללמד אותי לעשות משהו במחשב, כי במילא אשכח... כשאני רוצה לעשות משהו אני אומר: 'לא כדאי לכם לסמוך עליי כי ממילא לא אזכור'".

קבוצת המלווים

התקשורת בין בני המשפחה לחולים חשובה ביותר, ותכופות יש צורך בעזרה מקצועית כדי לקדמה. לפעמים, שמה של המחלה אינו עולה באופן גלוי והשיח המשפחתי רצוף סודות, הכחשות ותקשורת חלקית. הדבר פוגם בהתנהלותה של המשפחה וביכולת ההתמודדות של חבריה. עצם העלאת השם המפורש "אלצהיימר" לשיח הקבוצתי ובעקבותיו לשיחותיהם של בני המשפחה בינם לבין עצמם ועם קבוצות חבריהם גורם לשינוי מהותי בדרכי ההתמודדות של המשפחה ומסייע להפחתת מתחים וחרדות. ה"מודלינג" שהמנחים נותנים לדרך השיחה על המחלה מסייע לפיתוח שיח ברור על הבעיות.

בפגישה הראשונה של זוג חדש בקבוצה, העלתה אשתו של החולה את השאלה אם לספר לילדים ולנכדים על מחלתו של בעלה, בן ה-65. הקבוצה כולה אמרה, פה אחד, כי "חשוב לשותף את בני המשפחה הקרובים, כדי שיוכלו לעזור וידעו כיצד להתנהג כלפיו". בפגישה הבאה, האישה אמרה, שמאז שהיא ובעלה סיפרו לילדים על המחלה השתנה המצב בבית, הילדים הבינו שעליהם לעזור, לתמוך ולקבל. הם אף שיתפו את הילדים בהחלטותיהם הכלכליות לעתיד, ובכך נפתחה הדרך לשיתוף בהתלבטויות ונגולה אבן מלבם.

התמודדות יום-יומית של בני המשפחה

"נמאס לי להיות אחות רחמנייה. אין לי רגע פנאי לעצמי... מזל שהוא הולך לישון מוקדם, אז יש לי כמה שעות לעצמי" - כך התבטאו שתי בנות זוג של חולים. הקבוצה מכילה את בני המשפחה וכדבריהם: "רק כאן מבינים את מה שאני עוברת". המשתתפים מרגישים בטוחים בפגישות ו"מרשים" לעצמם לפרוק רגשות.

בעל אחר מתלונן שעליו לעשות את כל עבודות הבית שאלהן לא הורגל, וכמה זה מדכא לראות את אשתו, שלא יודעת לטפל בנכדים ובמקום זה משחקת אתם במשחקי ילדים. אלו הם רגשות שהוא יכול לדבר עליהם רק בקבוצת השווים, כי רק שם מבינים בדיוק למה התכוון.

חברי הקבוצה מביעים את אכזבתם מבני משפחה ומחברים שאינם יודעים או אינם רוצים להתמודד עם המחלה ומתרחקים מהחולה. כך הופכת הקבוצה לקבוצת התייחסות, שבה הם יכולים לקבל עזרה, תמיכה ואף עצות מעשיות. כבר בפגישה הראשונה של הקבוצה סיפרה אחת המשתתפות שהיא מצאה "חבר" (בתשלום) לאביה. "האסימון ירד" לרעייתו של חולה אחר וגם היא מצאה לבעלה "חבר" דומה. כך השתפרה איכות חייהם באופן משמעותי. המפגשים של בני המשפחה הופכים להיות חיוניים להם יותר ויותר ומקור לתמיכה, עצה והפריה הדדית. עזרת חברי הקבוצה זה לזה והייעוץ של המנחות המקצועיות מסייע גם בכל הנושא הסבוך של מיצוי זכויות במס הכנסה, בביטוח לאומי, במשרד הרווחה, בקופות חולים ועוד.

נהיגה

אחד הנושאים שעולה בשתי הקבוצות הוא נושא הנהיגה, כאשר השאלה היא - האם צריך להפסיק לנהוג? חלק מחברי הקבוצה מנסים לשכנע את חבריהם לקבל את ההחלטה הקשה להפסיק לנהוג: "אתה לא מבין, אתה לא מכוסה מבחינת הביטוח..." אמר אחד המשתתפים לחברו; "גם לי היה קשה לוותר על הנהיגה ובכל זאת יש חיים אחרי", הוסיף משתתף אחר; "יופי לי, עכשיו יש לי נהגת צמודה", הייתה תגובה אחרת שנשמעה בקבוצה. גם בני המשפחה מתלבטים בסוגיה זו, כאשר הקושי הוא - איך להפסיק את הנהיגה של החולה. בעקבות הדיון בקבוצות נמצאו פתרונות שונים, כגון חזרת בן הזוג הבריא לנהיגה, שיחה עם רופא המשפחה על מנת שלא ימליץ על חידוש רישיון הנהיגה של החולה, הפיכת ה"חבר" לנהג ועוד.

בקבוצת החולים, לקראת "יום האלצהיימר" שהתקיים בכנסת, התבקשו החברים להתראיין לכלי התקשורת השונים. נעשתה עבודת הכנה עם החברים לגבי ההשלכות החיוביות והשליליות של החשיפה ולאחר מכן בררו החברים לעצמם מהו המסר שהיו רוצים להעביר לציבור הרחב וכן לאנשי מקצוע. זו הייתה בעבורם הזדמנות לברר לעצמם מה הם חושבים ומרגישים ביחס למחלה, להשלכותיה ולעתיד שהיא מכתיבה. כל החברים שיכלו להתפנות באותו יום הגיעו לכנסת, השתתפו בדינוי ועדת הבריאות ובשאר האירועים שהתקיימו באותו יום ונהנו מכל רגע. התרומה שלהם לקידום האינטרסים של חולי אלצהיימר בישראל הייתה אדירה והם הותירו רושם עצום על כל מי שהיה נוכח במפגש ושמע אותם.

קבוצת החולים לוותה במחקר של פרלה וורנר מטעם החוג לגרונטולוגיה באוניברסיטת חיפה. שמונת המפגשים הראשונים תועדו על ידי שני סטודנטים, שנכחו במפגש ותיעדו את השיחות והאווירה, ראינו את המשתתפים, את המלווים ואת שתי המנחות. המחקר אושש את הערך התומך שיש לקבוצה על משתתפיה ועל בני משפחותיהם. גם ללא המחקר, מעידים המשתתפים ומלוויהם על התרומה העצומה של הקבוצה לשיפור מצבם. שלושה גורמים עיקריים אחראים לשיפור זה:

1. השתתפות בקבוצת התמיכה מספקת לחברים קבוצת התייחסות, המעלה את ערכם בעיני עצמם. המשתתפים בקבוצה מביאים את עברם העשיר, את היכולת לשתף באופן מעמיק ורציני בנושאים קשים העולים בקבוצה, את היכולת להשתתף עם חברים מתקשים ואת תחושת ה"ביחד". הקבוצה מספקת מראה רבת פנים, שבה היחיד אינו מצטייר עוד רק כחולה אלצהיימר, שמצבו מידרדר, אלא כאדם שלם, חבר בקבוצה רבת ערך ורבת פנים. כך משתקם הערך העצמי במידה רבה והדבר ניכר בחשיבתו של החולה, בהתנהגותו החברתית ובתחושותיו.

2. עצם האפשרות לדבר ולשתף באופן גלוי ופתוח את החברים, בכל הנוגע לפחדים, לחצים ומחשבות מבהילות מהווה גורם ממתן. אפשרות כזו אינה מתקיימת בדרך כלל מחוץ לקבוצה, בשל הצורך לגונן על עצמם ועל היקרים להם מפני הכאב והכעס. אם ניתן לנסח את הבלבול הרגשי הפנימי במילים, כפי שעולה מדברי המשתתפים, אזי הכאב, האבדן וחוסר האונים נעשים חריפים פחות.

3. נוסף על כך, השתתפות המלווים, בני המשפחה, בקבוצה מקבילה, שגם בה השיחות הן מעמיקות ומספקות, יוצרת קבוצת השתייכות איכותית ומשמעותית ביותר בעבור המשתתפים בה, מעין קהילה קטנה ומשפחתית, שגבולותיה נמתחים מעבר לשעות הפגישה עצמן, והיא מספקת מצע רך ותומך בהתמודדות של כל משפחה עם עצמה. הבדידות מצטמצמת ו"הייאוש נעשה יותר נוח" כדברי השיר.

לסיכום, במסגרת השירותים המוצעים לחולי אלצהיימר, יש חשיבות רבה לקבוצות תמיכה מעין אלה. חשוב גם ליידע את הרופאים בדבר קיומן של קבוצות כאלה. ייתכן, שאם לרופא תהיה אפשרות להציע לחולים קבוצות תמיכה יעילות, יהיה לו קל יותר לספר לחולה על מחלתו. באמצעות החשיפה לקבוצות התמיכה, הסטיגמה שמלווה

היום את המחלה תקטן, המודעות הציבורית למחלה תגדל, יותר חולים יפנו בשלבים מוקדמים לאבחון וניתן יהיה להיערך נכון יותר להתמודד עם המחלה. יש להמשיך את המפגשים האלה ולחשוב על החולים, בשלבים הראשונים של המחלה, שאינם מתאימים למרכזי היום הקיימים, משום שהם צעירים יותר וחיוניים יותר, אך כבר אינם עובדים ומתקשים להעביר את הזמן. יש להקים מסגרות פעילות לחולים אלה, כדי לעזור להם להתמודד עם המחלה, עם הזמן הרב שבו הם לבדם, ללא תעסוקה הולמת ועם קשיים נוספים המתלווים לאנשים שנודע להם, כי הם חולים במחלה הנוראה הזו - אלצהיימר.

מקורות

- Boden, C. (1998). *Who will I be when I die?* East Melbourne Australia: Harper Collins.
- Davis, R. (1989). *My journey into Alzheimer's disease*. Wheaton, IL: Tyndale House Publishers.
- Henderson, C. et al. (1998). *Partial view: An Alzheimer's journal*. Dallas, TX: Southern Methodist University Press.
- McGowin, D.F. (1993). *Living in the labyrinth. A personal journey through the maze of Alzheimer*. San Francisco: Elder Books.
- Rose, L. (1996). *Show me the way to go home*. Forest Knolls, CA: Elder Books.
- Snyder, L. (1999). *Speaking our minds: Personal reflections from Individuals with Alzheimer's disease*. New York: W.H. Freeman.
- Yale, R. (1986). *Developing support groups for Individuals with early stage Alzheimer's disease: Planning & implementation*. Baltimore: Heath Professions Press.

עבודה עם חולי דמנציה מתקדמת

לאה אברמוביץ

מבוא

לעתים, קל יותר לתאר אדם בשלב המתקדם של דמנציה מאשר להגדיר או למדוד בדיוק מתי אדם אמור להיות מאובחן כנמצא בשלב זה. ניתן להשתמש במדדים כמותיים. לדוגמה, כל אדם שציונו פחות מ-10 במבחן המיני מנטל, או מי שמקבל ציון שבין חמש לשבע ב-Brief Cognitive Rating Scale או ב-Blessed Measure. אנשים שמחלתם מתקדמת ביותר, שאיבדו את עצמאותם התפקודית ומרותקים למיטתם זקוקים לגישה טיפולית של הוספיס (Kovach, 1996). הוספיסים ידועים בעיקר בשל טיפולם בחולי סרטן בשלבים סופניים, ואולם לאחרונה אומצה גישתם הפילוסופית, של מתן עידוד ותמיכה, ולא דווקא ריפוי, בשלבים הסופניים של מחלות שאינן ניתנות לריפוי, בכלל זה גם לשלבים המאוחרים של דמנציה. לפני שלב סופני זה קיים השלב המתון יותר, שהוא, ככל הנראה, השלב הקשה ביותר לניהול. שלב זה, שעדיין נחשב כדמנציה חמורה, מורה על ירידה קוגניטיבית מתקדמת.

שלב הדמנציה החמורה

אצל רבים מהחולים הנמצאים בשלב זה, נמצא אחדים מהמאפיינים הבאים או רבים מהם:

עיכוב בתגובות: התגובה לשאלות, להוראות או לגירויים בסביבה היא איטית מאוד. **מגבלות תפקודיות:** האדם אינו מסוגל להתלבש או להתרחץ בכוחות עצמו, זקוק לעזרה באכילה, מתקשה בקווארדינציה בשעת הליכה, עלייה במדרגות או בכניסה לכלי רכב, אינו שולט בצרכיו ובעל יציבות גרועה.

נסיגה: תגובות מוגבלות, האדם פסיבי ולעתים קרובות אינו מודע למתרחש בסביבתו או אינו מעורב במתרחש. כשהוא ללא גירוי, הוא נוטה להירדם או נדמה כי נמצא במצב של נמנום.

מגבלות מילוליות: שימוש מוגבל בשפה מצטמצם לעתים למילים בנות הברה אחת, "כאן", "לא", או שימוש בשמו של המטפל העיקרי שוב ושוב.

פעילות מתמדת: הליכה הלך ושוב ללא מטרה גלויה לעין, פטפוט, היצמדות לדבר אחד, קריאות כמו "אימא, אימא" החוזרות על עצמן, הטחת הראש בקיר.

שליטה ירודה באימפולסים: התפרצויות נגד אנשי הצוות או חברים למחלקה הסייעות או למרכז היום; חוסר מעצורים מבחינה מינית.

נסערת והתנהגות חסרת מנוחה: צורך מתמיד באישור, תחושת דיסאוריינטציה, תחושה של איבוד הדרך וחוסר עיגון.

הפרעות שינה, הזיות: ערבוב יום ולילה, פירוש לא נכון של רמזים מהסביבה, "ראיית" חרקים, גנבים או נאצים בחדר.

מיומנות הצוות המטפל

הכרת הרקע של כל מטופל: העובדים עם חולה במצב קשה מקבלים מעט מאוד משוב או תגובה חיובית מהמטופל שלהם. ההפך הוא הנכון. הם זוכים לקללות או אף מותקפים לעתים קרובות על ידי המטופל. הם חייבים להיות ערניים ולשמור שהמטופל אינו מזיק לעצמו או לאחרים, או נעלם מהמקום. על אנשי הצוות ללמוד את "שפתו" של המטופל, להכיר את התנהגותו לפרטי פרטים, ועם כל זאת, להתייחס אליו כאל אדם ייחודי. על ידי הכרת הרקע של כל מטופל, ההעדפות שלו, ההיסטוריה האישית שלו ומצבו הרפואי, הופכים העובדים לצופים מיומנים, בעלי יכולת לפרש סטיות התנהגותיות. **התייחסות אמפתית:** הקשיש בשלב זה מרגיש בצורה אינטואיטיבית אם מתייחסים אליו באמפתיה ובהבנה. אחת המטרות בעבודה עם דמנציה מתקדמת היא קבלה של אנושיותו של כל אחד מהפונים, ובכך מתן תוקף למציאותו. גם אם הנושא באותו רגע הוא אם החולה מעדיף לאכול או לא, חייב המטפל להביע כבוד והערכה, לתת למטופל תחושה כי מקבלים את זכותו לבטא רגשות (Gwyther, 1997). לדוגמה, לעתים קרובות, אדם עם דמנציה מתקדמת עומד בעקשנות על דעתו שהוא חייב ללכת הביתה, שכן אמו ממתינה לו שם. כאשר העובד האמפתי מאשר באוזניו את היותו בן טוב כל השנים, את העובדה שהוא מתגעגע לאימו, ומבטיח לו שעכשיו הוא יקבל טיפול טוב מהמטפל בו, כאילו היה אימו, יכול האדם הדמנטי להירגע, שכן דאגותיו קיבלו מענה ואישוש.

הבנת התנהגותו של המטופל: תכונה נוספת הדרושה מהמטפל באדם עם דמנציה מתקדמת, היא היכולת לפרש הפרעות בהתנהגות. במקום לראות בסטיות בהתנהגות בעיה, הוא חייב לראות בהן אתגר. הידיעה כי רבות מההתנהגויות המשונוות או המטרידות אינן בשליטתו של החולה עשויה לשנות את גישתו של המטפל ואת מנגנוני ההתמודדות שלו ושל בני המשפחה עם חולים אלה.

ייתכן כי גירויים חיצוניים, שאינם מפריעים לאדם הבריא, כגון רעשים, ריבוי גירויים, ריהוט לא נוח, תאורה בלתי מספקת, או גירויים פנימיים, כמו כאב, דלקת או מחלות פיזיות אחרות, עומדים מאחורי חוסר המנוחה של החולה, הצעקות שלו או תגובותיו החוזרות על עצמן. מאחר שלחולים יש מעט כישורים ורבליים, או שהם חסרים כישורים אלה לגמרי, הרי התנהגויות מטרידות אלו הן הדרך של החולה לאותת למטפל על אי-נוחות, פחד, תסכול או על רצון בלתי ממומש.

במקרים אלה, או שנוריד את רמת הדחק הסביבתי ככל שניתן, או שנגלה מהו מקור אי הנוחות הפיזית ונביא בכך הקלה לפונה ולסביבתו. ב"טיפול המעמיד את הפונה במרכז" אין התנהגות מפריעה או מרגיזה. אנו רואים כל התנהגות כניסיון ליצור תקשורת. האתגר הוא לגלות מה החולה מתכוון בעצם לומר לנו בהתנהגותו (Kirkwood, 1997).

רבות מבעיות ההתנהגות שנזכרו לעיל ניתנות לתיקון ואף למניעה אם ניגשים אליהן בהלך הרוח הנכון ועם הידע שנצבר מניסיון קודם. פעילות מתמדת ועקשנית אינה חייבת להיות מופסקת, אלא אם כן היא מסכנת את החולה או את סביבתו, או אם הוא נעשה נסער מדי בעקבותיה. במקרה שכזה, על אנשי הצוות להתערב בעדינות אך בנחישות ואולי להפעיל את החולה בפעילות אחרת. לעתים, ניתן להפחית שוטטות על ידי שימוש בכיסא נדנדה שאינו מסוכן. חשוב גם לדאוג לשטח גדול מספיק לצעידה הלך ושוב בסביבה מוגנת, וכן לכמות מספקת של הליכונים לאנשים שהליכתם אינה יציבה.

שינה במשך זמן הפעילות אינה חייבת להיתפס כדבר שלילי, אלא אם היא מוגזמת. לאנשים עם דמנציה מתקדמת יש צורך טבעי בהתבודדות פנימית, ל"טיים אאוט", או לנסיגה זמנית מהסביבה. זו יכולה גם להיות הדרך שלהם להימנע מדברים לא רצויים המתרחשים בסביבה. דרושים כישורים מיוחדים של המטפל כדי לאבחן מתי האדם לקח לעצמו מספיק "זמן התבודדות" ומתי ההתבודדות עלולה להזיק לו. התבודדות רבה מדי עלולה לגרום למגע חברתי מועט ולחסך בגרייה ומכאן להידרדרות מנטלית נוספת. חייבים למנוע התנהגות אגרסיבית, במיוחד אם היא מסכנת את ביטחונם של אחרים. על אנשי הצוות לחפש את המקור לדחק בסביבתו הפנימית או החיצונית של החולה. אם הדבר אינו ניתן, מומלץ להסיח את דעתו או למצוא לו מוצא אחר לשחרור האנרגיה העודפת.

ניתן לתעל תנועות עצבניות או הנעת ידיים חסרת מנוח, ל"פעילויות נורמטיביות" כגון, קרצוף ירקות, קיפול כביסה, סידור חוזר של קופסאות או של תיקי יד מלאים בחפצים ישנים.

אפשר גם להשתמש בתרופות על מנת להרגיע חולה נסער, כחלק מתכנית הטיפול שלו, אך זאת רק כהשלמה לפעילויות תמיכה אחרות ולהתערבות סביבתית. על העבודה עם חולי דמנציה מתקדמת להתמקד בחוויות חושיות וכן באינטראקציה בין-אישית בעלת משמעות (Shapiro & Bacher, 2002).

באינטראקציה שכזו אפשר לכלול שיחה שקטה (גם אם האדם אינו מבין את כל הנאמר), חיבוק, ליטוף, אחיזה ידו והתבוננות אל תוך עיניו של המטופל. השתתפות בפעילות קבוצתית, סיפור סיפורים, אכילה משותפת, שירה או ישיבה ביחד במעגל, חשובים אף הם. חולים בשלב מאוחר יותר של דמנציה זקוקים ליותר תשומות חברתיות לשמירה על צלם האנוש שלהם, מאלה הפגועים פחות, משום שהם שוכחים כיצד להתנהג במצבים חברתיים וזקוקים למזמים בלתי פוסקים (Kovack, 1996).

חולים בשלב מתקדם של המחלה זקוקים ליותר פעילויות של "אחד על אחד" מאשר לפעילויות קבוצתיות. ואמנם, המצב הרצוי הוא להכין תכנית אישית לכל חולה, המבוססת על הרקע שלו, דרגת הנסערות שלו, רמת תפקודו, וכן על תצפיות מתועדות של הפעילויות שבהן השתתף, ומה מתוכן גרם לו לאינטראקציה ולעניין. במרכז הקהילתי היהודי על שם אפלבוים בדטרויט, משיגין, מתעדים בדיוק את דרגת ההשתתפות של כל מטופל בכל אחת מפעילויות היום. הסיכום החודשי של תיעוד זה נותן לאנשי הצוות

תמונה על אודות העדפותיו של כל חולה. המשפחות משתתפות בפגישות דיווח דו-חודשיות על התקדמותו של החולה ובכך מרגישות חלק מתכנית הטיפול.

הקפדה על פעולות היום-יום: דרך עבודה נוספת עם אוכלוסייה זו היא הקפדה על **פעולות היום-יום**, ה-ADL (Activities of Daily Living) שהם עדיין מסוגלים לבצע. על ידי שימוש בגרייה נעימה, בחיזוקים חיוביים ובעידוד מתמיד ועדין, אפשר לסייע לחולים בדמנציה מתקדמת לחזור ולרכוש כישורים, כגון אכילה עצמאית (בכך שעוזרים להם להתחיל, מכניסים להם כפית ליד ומעודדים אותם מילולית) או שמירה על היגיינה אישית. מובן שהמערך הקבוצתי תורם גם הוא לחיזוק וללמידה מחדש של כישורי יום-יום. הדבר גורם אושר רב גם למשפחות החולים.

חלק גדול מפעילויות הגרייה בעבור חולי דמנציה בשלב מתקדם הן לא-מילוליות, אך תכניות מלל מסוימות הן אפשריות ומסייעות לטיפול. מנהלת מרכז יום מסוים מצאה, שספירה בשפות שונות, מניית חודשי השנה על פי הזיכרון ודקלום האלף-בית גורמים למשתתפים הנאה מרובה והרגשת סיפוק. דקלום שכזה יכול להיחפך למשחק על ידי דרמטיזציה או על ידי הדגשת חלקים מסוימים מתוך הרשימה המדוקלמת.

פעילות רוחנית: תפילות, גם הן מושרשות אצל חלק מהחולים, מאז ילדותם המוקדמת, והם יכולים לדקלם אותן בעל פה. הן נאמרות על ידם ללא מאמץ וגורמות להם הנאה ותחושת מיומנות וסיפוק. לתפילה יש ערך מוסף, בכך שהיא פעילות רוחנית של אנשים בוגרים, דבר שלכשעצמו מחזק את תחושת הערך העצמי של האדם הדמנטי (ברמה הרגשית, אם לא ברמה הקוגניטיבית) (אברמוביץ, 1995).

מגע אנושי: לגרייה מישושית ישנה השפעה על חולים גם בשלבים האחרונים של מחלת האלצהיימר. חוש המישוש נותר כצורת תקשורת זמן רב לאחר שהיכולת המילולית הולכת לאיבוד. המגע הוא אמצעי יעיל להרגעה, להשגת תשומת הלב של החולה, להחזרת תחושת הביטחון שלו ולהעברת מסר של קבלה כלפיו. מבין צורות השימוש במגע, שיש להן השפעה חיובית, ניתן למנות את הליטוף, הנדנוד, הערסול והמסאז'. האחרון נודע במיוחד כאמצעי להפקת מודעות מוגברת, אולי בשל השפעתו על השיפור בזרימת הדם בגוף, כמו גם בשל ההנאה הכרוכה בו (Robertson, 2003).

חשוב לציין, כי כמה מהחולים נוטים להתכווץ ולהימנע ממגע אנושי בכל מחיר, ויש לכבד את העדפתם זו. ואולם, לרוב החולים, מסייעות גם צורות נוספות של גריית מגע, כמו ליטוף הידיים והפנים בגרב עשוי מצמר אנגורה, מריחת קרם ידיים, שימוש במיבש שיער על חלקים שונים של הגוף, מישוש של טקסטורות שונות על ידי החולה והתעסקות מכל סוג בשיערו של החולה.

חדר הסנוולן: כל הפעילויות המתרחשות בחדרי הסנוולן הוכחו כמצוינות עבור חולים בשלב מתקדם של דמנציה. למשל, חולים מופנמים ומדוכאים החלו לדבר ולתקשר לאחר ששהו באווירת החדר ולעומתם, חולים נסערים וחסרי מנוחה נרגעו ונעשו נוחים יותר לאחר טיפול בודד בו (ראו מאמר בנושא הסנוולן בספר זה).

ריחות: השפעתו של חוש הריח מתועדת היטב (Kovach, 1996), והיא בעלת ערך טיפולי ברור. לרוע המזל, במוסדות רבים קיים ריח חזק של חומרי ניקוי או אף של שתן,

החודר אל תוך הרצפה ואל הריפוד במקום. לריחות בלתי נעימים שכאלה יש השפעה שלילית לא רק על החולים, אלא גם על אנשי הצוות והמבקרים במקום. לעומת זאת, פיזור מכוון של ריחות "טובים", כגון ריח של פופ-קורן, קפה טרי, דברי מאפה שזה עתה נאפו, תורם לאווירה נעימה (Bowlby-Sifton, 1998). שימוש בנרות בריח לבנדר, למשל, משפיע לטובה על חולים נסערים.

מוזיקה: ידועה השפעתה הטובה של המוזיקה על אוכלוסייה זו. אנשים עם דמנציה בשלב מתקדם עדיין מגיבים לקצב, גם כאשר כישורים בסיסיים אחרים אבדו להם. יש עדויות על משתתפים במרכזי יום, שהיו בעלי קואורדינציה ירודה ומאוד מדורדרים, אשר קמו לרקוד באופן ספונטני כאשר שמעו מוזיקה מוכרת, או החלו לשיר בתגובה למנגינה שהכירו. מטפל במוזיקה מיומן יודע כיצד להפיק תגובות מסוג זה ובוחר את המוזיקה המתאימה לכל קבוצה (Chavin, 1991).

לסיכום, שיטות רבות פותחו על מנת להפעיל חולי אלצהיימר בעלי תפקוד נמוך: ניפוח בועות, משחקי כדור, גינון וטיפול בעזרת בעלי חיים הן רק אחדות מהן. על מנחי הקבוצות לעשות מאמצים למצוא את המפתח שיגרום לגרייתו של כל פרט הנמצא בשלב זה של המחלה, לאפשר לו תחושות נעימות, מגע אנושי ויכולת להשתמש בתפקודים שנותרו לו ברמה המרבית.

המטרות בהפעלת חולים בדמנציה מתקדמת הן: להגביר את המודעות שלהם לסביבה; לקדם התנהגות תפקודית מוכרת; להגביר מודעות עצמית והערכה עצמית. חשוב שהעובדים במערכות כאלה יזכרו, כי גריית-יתר של קבוצה זו טומנת בחובה סכנות לא פחות מגרייה שאינה מספקת. יתר על כן, טווח הזמן שחולי דמנציה מתקדמת יכולים להחזיק מעמד בפעילויות שונות, כקבוצה או כפרטים, הוא קצר ביותר - רוב המומחים סבורים, כי עד 15 דקות הן די והותר, שאם לא כן, ישנה הסתברות גבוהה שהמשתתפים יאבדו עניין, יירדמו, או יעשו נסערים. כאן דרושה גמישות מצד המטפלים, שכן במקרים מסוימים החולים עשויים ליהנות מניפוח בועות סבון או משיחה (גם אם היא אינה מובנת), ויהיה "חבל להפסיק אותם באמצע", כדבריה של תרפיסטית מנוסה.

החיפוש המתמיד אחר הדרך הנכונה והטובה ביותר להבקיע את הקונכייה שבה שוכן האדם הדמנטי, הוא אתגר יום-יומי שעמו מתמודדים העובדים בשטח זה. אנו תקווה כי הרדיפה אחרי אמצעים להגברת איכות החיים של החולים בדמנציה במצב מתקדם ושל בני משפחותיהם, תוביל לתכניות טובות יותר ולהתקדמות רבה יותר בתפקודם. בכך טמון הסיפוק של הצוות והפיצוי האמיתי לעוסקים בשטח התמחות קשה וחיוני זה.

מקורות

אברמוביץ, ל. (1995). הפעלת תשושי-נפש באמצעות תפילה. בתוך: **עבודה עם חולי אלצהיימר: העשרה למטפלים בתשושי נפש בקהילה**. רחל ברנבאום ודינה ברנר, ירושלים: אשל ומלב"ב.

Bowlby-Sifton, C.I. (1998). *Therapeutic activities with persons disabled by Alzheimer's disease and related disorders*. New York: Aspen Publishers.

Chavin, M. (1991). *The lost chord: Reaching the person with dementia through the power of music*. Mt. Airy, Md. Eldersong publications.

Gwyther, L. (1997). *Issues in late-stage Alzheimer's disease*. In: Home is where I remember things. A curriculum for home and community Alzheimer care. North Carolina: Duke family support program, North Carolina department of human resources.

Kirkwood, T. (1997). *Dementia reconsidered. The person comes first*. Buckingham: Open University Press.

Kovach, C. (1996). *End-stage dementia care: A basic guide*. Oxford: Taylor & Francis.

Robertson, L. (2003). The importance of touch for the patient with dementia. *Home Healthcare Nurse*, Jan. vol. 21(1): 16-19.

Shapiro, M. & Bacher, S. (2002). *Snoezeling Controlled Multi-Sensory Stimulation*. Israel: Beit Issie Shapiro.

<http://www.eldersong.com/activity-ideas.html>

השלים המתקדמים של מחלת האלצהיימר: גישה פליאטיבית ורב-מקצועית לטיפול שלי א. שטרנברג

מבוא

מחלת אלצהיימר וצורות דמנציה דומות הן מחלות פרוגרסיביות וניויר-דגנרטיביות. בספרות המקצועית מתוארים ארבעה שלבים של המחלה, בהכרה שקצב ההתפתחות של כל שלב משתנה (Volicer, 2001): השלב הקל מאופיין בשינויים באישיות ובזיכרון; בשלב הבינוני מופיעים אי-שקט (אגיטציה), אבדן כושר הדיבור (אפאזיה), אבדן היכולת לבצע פעולות מסוימות (אפראקסיה), בלבול ותלות מוגברת באחרים; חולים בשלב הקשה של המחלה עלולים לפתח התנהגות אלימה, אבדן שליטה על סוגריהם וקשיי אכילה, נוסף על אבדן העצמאות בניידות ואבדן התקשורת עם אחרים; בשלב סופי, החולים מרותקים למיטתם, אינם מדברים, סובלים מקשיי בליעה ומזיהומים חוזרים ונשנים. שלב זה מכונה השלב הסופני או הטרמינלי במחלת האלצהיימר.

כל שלב במחלה דורש גישה טיפולית הוליסטית המיוחדת לו, הכוללת את החולה משפחתו והמטפלים בו, את הסביבה שבה הוא חי ואת המשאבים העומדים לרשותו. מחקרים מעודכנים מתארים את הגישה הפליאטיבית או גישת ההוספיס לטיפול בחולי אלצהיימר סופניים (Hughes, Robinson & Volicer, 2005). גישה זו מדגישה את התקשורת עם המשפחה ועם המטפלים בחולה, או עם כל מקבלי ההחלטות בעבורו, באשר למטרות הטיפול, איכות החיים, דאגה לנוחות וטיפול בכאבים, טיפול בקשיים בהתנהגות, והגבלת התערבויות רפואיות העלולות לגרום חוסר נוחות או שתועלתן מוטלת בספק.

הקושי בהטמעת הגישה הפליאטיבית למחלת האלצהיימר נובע מהקושי שבהתייחסות למחלה כמחלה סופנית (Sachs, Shega & Cox-Hayley, 2004). ראשית, המחלה מתקדמת במשך שנים, בניגוד לחודשים, כפי שזה קורה בסרטן סופני. נוסף על כך, את תחילתו של השלב הטרמינלי בדמנציה קשה לעתים לוודא. שנית, סיבת המוות בפועל היא לרוב זיהום ולא הדמנציה עצמה, לעומת מחלת הסרטן הגורמת בעצמה למוות. בכל זאת, הגיוני לומר, כי למרות דלקת ריאות שעלולה להיות סיבת המוות ברוב המקרים, הרגישות לזיהום זה היא תוצאה ישירה של מצבו הפיזי והקוגניטיבי הירוד של החולה, כתוצאה מהדמנציה שהוא סובל ממנה.

במאמר זה מוצגת גישה לשלב הקשה והטרמינלי של דמנציה, בעיקר מנקודת המבט הפליאטיבית.

אפידמיולוגיה של מחלת אלצהיימר קשה - בארצות הברית ובישראל

מחלת אלצהיימר ומחלות דומות לה מהוות 80 אחוז מכלל הדמנציות (Hendrie, 1998). מחלת אלצהיימר היא הרביעית מבין סיבות המוות באוכלוסיית גילאי 65 ומעלה בארצות הברית, והיא מורידה את תוחלת החיים בחצי. התחזית היא, כי ב-50 השנים הבאות שכיחותה של המחלה בארצות הברית תשלש את עצמה (Desai & Grossberg, 2005). בסקר שנערך בישראל על ידי מאירס ג'וינט מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה ובית החולים הרצוג, נמצאה הדמנציה בשכיחות גבוהה יחסית של 19% מאוכלוסיית גילאי 65 ומעלה, לעומת שכיחות של 5% עד 10% ברוב ארצות המערב (Wertman, Brodsky, King et al., 2005). במדגם הישראלי היו פחות אשכנזים, רמת השכלה נמוכה יותר, רגישות גבוהה לזיהוי המחלה בשלב הקל וגם דיכאון הקשור לדמנציה. 84% ממדגם הקשישים בירושלים, שסבלו מדמנציה, חיו בקהילה, בהשוואה ל-70% בארצות הברית. כמעט 17% (98,000) מתוך הקשישים החיים בקהילה בישראל, חיים עם דמנציה. 30% אושפזו בחצי השנה של הסקר, לעומת ממוצע ארצי של 15% מבין אוכלוסיית הקשישים. כמעט 5% של הקשישים החיים בקהילה סובלים מדמנציה קשה (27,500), ומתוכם 98% היו תלויים באחרים בביצוע פעולות יום-יומיות מסוג IADL (קניות, בישול, כביסה, ניהול תרופות, ניקיון ושימוש בטלפון). מבין הסובלים מדמנציה קשה, 79% קיבלו סיוע באמצעות חוק הסיעוד. יותר ממחצית המטופלים שטיפלו בקשיש עם דמנציה קשה דיווחו על כך שהם סובלים מעומס רב או מעומס רב מאוד, ויותר מ-10% מהם לא הצליחו לסדר ביקור בית של רופא המשפחה בעבור הקשיש. מנתונים אלה עולה, כי הטיפול בדמנציה עומד להפוך לבעיה רצינית בבריאות הציבור בעשורים הבאים. הטיפול בסובלים מדמנציה קשה דורש גישה עתירת משאבים ומתואמת פליאטיבית.

טיפול פליאטיבי

ארגון הבריאות העולמי הגדיר טיפול פליאטיבי כ"גישה המשפרת את איכות החיים של המטופלים ובני משפחותיהם, בעמדם אל מול הבעיות הקשורות במחלה המסכנת חיים, דרך הקלת סבל, באמצעות זיהוי מוקדם, הערכה מדויקת וטיפול בכאב ובבעיות אחרות, פיזיות, פסיכו-סוציאליות ורוחניות" (WHO, 2005).

צורת טיפול זו שמה דגש על איכות החיים, הקלה על סימפטומים, תמיכה בחולים ובבני משפחותיהם וקבלת החלטות משותפת (Shega, Levin, Hougham et al., 2003). הגישה הפליאטיבית יושמה בעבר לגבי הסובלים ממחלות סרטניות. לאחרונה, החלו להתאים גישה זו לצרכיה המיוחדים של אוכלוסיית הסובלים מדמנציה. תכנית ה-PEACE (Palliative Excellence in Alzheimer Care Efforts), שבסיסה באוניברסיטת שיקגו והמקבלת מימון מקרן Robert Wood Johnson היא חלוצה בתחום זה. בתגובה לעובדה, שרק 10% מהקשישים, שמתו בהיותם סובלים מדמנציה,

קיבלו טיפול מסוג הוספיס, בנו חוקרים אלה תכנית, שבה ישולב הטיפול הפליאטיבי לתוך הטיפול הראשוני בחולים עם דמנציה לכל אורך מסלול מחלתם. הדגש הושם על תכנון מוקדם, טיפול השם את חולה במרכז, ותמיכה במטפלים במודל של ניהול מחלה.

טיפול פליאטיבי בדמנציה בישראל

מצבו של הטיפול הפליאטיבי בישראל מסוכם בסקר מעמיק שנערך על ידי מאירס-ג'ונט מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה בשנת 2005 (Bentur, Roznitki & Shanor, 2005). ישנן שלש יחידות אשפוז מסוג הוספיס בישראל, ובהן 78 מיטות, המשרתות כ-1,000 חולים בשנה. נוסף על כך, שבע תכניות הוספיס-בית מטפלות ב-240 חולים בכל נקודת זמן. ישנן בין 20 ל-30 אחיות אונקולוגיות בקהילה, המעניקות טיפול פליאטיבי בצורה של ייעוץ ל-80 תכניות לטיפול בית בישראל. לכל החולים בתכניות אלה הייתה אבחנה של סרטן מפושט, והם טופלו במשך 66 ימים (השכיח), כאשר הגיל הממוצע שלהם היה 69. הסימפטומים השכיחים ביותר באוכלוסיית מטופלים זו היו כאב, חולשה, עייפות וחוסר נייודות. מכך ניתן להסיק, שהתכניות הקיימות לטיפול פליאטיבי/הוספיס נותנות טיפול לטווח קצר יותר ולאוכלוסייה צעירה יותר מאשר היה נדרש בעבור אוכלוסיית החולים המזדקנת, הסובלת ממחלות כרוניות של חולי הדמנציה. בנוסף, הבעיות המיוחדות של אי-שקט, חוסר אפשרות לתקשר ובלבול, הקיימות באוכלוסיית הסובלים מדמנציה, אינן מודגשות בתכניות הטיפול הפליאטיבי המסורתיות. פורמלית, אין כרגע בנמצא תכנית טיפול פליאטיבי או הוספיס בעבור חולי דמנציה. מדברי ד"ר נטע בן-טור ממכון ברוקדייל, סקר שנערך על ידי אמינוף ואדונסקי על 78 חולי דמנציה סופניים, שאושפזו במחלקה גריאטרית בבית חולים כללי בישראל, הגיע למסקנה ש-63% מהם מתו בסבל רב ובמיוחד סבלו מאי-שקט, מפצעי לחץ ומחוסר יציבות רפואית (Aminoff & Adunsky, 2005).

ארגון מלב"ב מירושלים (בסיוע של הפדרציה של ניו יורק) יזם לאחרונה תכנית ביקורי בית לחולים עם דמנציה מתקדמת, מתוך שימת דגש על גישה פליאטיבית ורב-מקצועית לטיפול. בצוות נכללים אחיות, רופאים גריאטריים, עובדות סוציאליות, עובדות תעסוקה ומרפאות בעיסוק. מטרת התכנית הן לסייע למשפחות ולמטפלים לשמור על החולים בביתם, בכך שיינתן טיפול בבעיות ההתנהגותיות, תמיכה למטפלים ופעילות משמעותית למטופלים. לדוגמה: הופנתה לתכנית אישה בת 84, הסובלת ממחלת האלצהיימר בשלב מתקדם, שלא התרחצה כבר חצי שנה. האישה גם הביעה מחשבות פסיכוטיות. הצוות הרב-מקצועי זיהה אצל הילדים והבעל קושי להבין את המצב ולהתמודד עם המטופלת. בעזרת לימוד אסטרטגיות להתמודד עם ההתנגדות של המטופלת, תמיכה למשפחה, הכנסת עובדות תעסוקה להפעיל את האישה בבית, וטיפול תרופתי לטפל בהתנהגויות הפסיכוטיות, המשפחה הצליחה למצוא דרך לרחוץ את המטופלת והתחילה להרגיש שהם מתמודדים עם המצב.

טיפול פליאטיבי בסוף החיים: סוגיות מיוחדות

תזונה

בעיות תזונה והזנה מתרחשות אצל רוב החולים בדמנציה מתקדמת. בעיות טיפוסיות כוללות סירוב לאכול ויריקת מזון (Volicer, Seltzer, Rheume et al., 1989). חולים עלולים גם לאכול כמויות לא מתאימות של מזון או להעדיף דווקא דברי מתיקה. ירידה בתיאבון יכולה להתפתח גם כתגובה לתרופות מסוימות וכחלק מדיכאון. חולים סופניים עלולים לסבול מקשיי בליעה, והם נחנקים לעתים קרובות, במיוחד בשתיית נוזלים דלילים. ישנן טכניקות שבהן ניתן להשתמש כדי לעודד את החולה לאכול, כגון הפעלת מסאג' על הלחיים על מנת למנוע אגירת מזון בפה, גירוי החיך ועידוד מילולי לגרום לבליעה, שימוש בנוזלים סמיכים יותר, הושבת החולה בצורה זקופה, על מנת למנוע שאיפה של המזון אל תוך הריאות (אספירציה), שימוש במזונות חתוכים לחתיכות, שניתן להרים באצבעות ובמזונות בעלי טעם חזק, על מנת לעודד אכילה, וכן שימוש בתוספי מזון ובמעוררי תיאבון (Volicer, 2001). מומלץ להאכיל את החולה כמה ארוחות קטנות ביום, בסביבה שקטה, כאשר החולה ערני, לדאוג ליצירת קשר עין טוב, ולהשתמש ברמזים מילוליים פשוטים ובהבעות פנים שהחולה מסוגל להבין. כאשר גישות מותאמות שכאלה כבר אינן יעילות, לעתים קרובות יש לחשוב על הזנה מלאכותית. הסוגיה של הכנסת צינור האכלה (זונדה gastrostomy, endoscopy) על מנת להבטיח תזונה מספקת, ממשיכה להוות נושא לוויכוח מתמשך. הוויכוח מתמקד בשאלה אם הזנה והשקיה מלאכותיות נחשבות טיפול בסיסי או התערבות טיפולית. בני משפחה של החולים חשים, לעתים קרובות, כי אין הם יכולים להניח לבן משפחתם "למות מרעב". ערכים דתיים מעלים על נס את ערך החיים, ועל כן מחייבים הכנסת זונדה, אך לא במחיר הארכת סבלו של החולה. הזנה ותזונה נתפסים כצרכים בסיסיים, כמו רחצה ושינוי תנוחה. המתנגדים לגישה זו טוענים, כי זונדה אינה מונעת שאיפת מזון אל תוך הריאות, אינה מאריכה את תוחלת החיים ואינה מוסיפה לרווחת החולה (מאמר מפורט בנושא התזונה ראו בהמשך ספר זה).

בעיות התנהגותיות

בעיות התנהגות יוצרות אתגרים ייחודיים בטיפול בחולה עם דמנציה מתקדמת. לעתים קרובות, החולים נראים חסרי מנוחה, בעלי עוררות יתר ואף אגרסיביים ושוחרי מדון. בעוד דלחיות (מחשבות שווא) והלוצינציות עשויות לפחות ככל שהחולה מתקדם לקראת דמנציה קשה, תדירותו של אי השקט עולה מ-49% בדמנציה קלה ל-55% בדמנציה בינונית, ועד 67% בדמנציה קשה (Cummings, 2005). מחקרים שנעשו על ידי פטרסון וחבריו מצאו, כי החמרה בהתנהגות התרחשה בתדירות הגבוהה ביותר אצל חולים עם ציוני ה-MMSE בין 10 ל-20 ועם ירידה בתפקוד היום-יומי (Patterson, Mack, Mackell et al., 1997). שוטטות, צעקות או צרחות, הם סימפטומים נפוצים. ישנם גורמים רפואיים, אישיים וסביבתיים רבים העלולים לגרום לבעיות התנהגות. יש

לחפש את הגורם הראשוני לסימפטום ההתנהגותי ולטפל בו. מחלה רפואית אקוטית, כאבים, עצירות, רעב וצמא הם חלק קטן מהגורמים הפוטנציאליים ליצירת אי-שקט בחולה שאינו מסוגל לתקשר ולהביע את צרכיו בשל הדמנציה המתקדמת, שממנה הוא סובל. נוסף על כך, גירויים כגון טלוויזיה, רעשים, פרובוקציה ממטפל או מחולה אחר, עלולים אף הם להביא לחוסר שקט ולתוקפנות. התקשורת הבלתי מילולית של המטפל כלפי המטופל חשובה במיוחד כאשר הוא מטפל בבעיות התנהגות. יש צורך בגישה ידידותית, לא מאיימת ועדינה. בנוסף, כדאי גם להסיר גירויים מפריעים. הסחת דעתו של החולה לפעילות אחרת בצורה של הוראות פשוטות וחד-שלביות עשויה גם היא להועיל. הבטחת רווחתו הפיזית של החולה וגמישות בזמנים של הגשת הארוחות, לקיחת התרופות והטיפול בהיגיינה האישית יכולים גם הם לסייע בהפחתת אי-שקט. לעתים, יש צורך להשתמש בתרופות. ניתן להשתמש בתרופות רבות, כגון תרופות אנטי-פסיכוטיות ותרופות להסדרת מצבי רוח, אף שלאחרונה יעילותם ובטיחותם מוטלים בספק. שימוש בטיפול של cholinesterase inhibitor נמצא כמשפר התנהגות.

דיכאון

דיכאון הוא סימפטום נפוץ בדמנציה מתקדמת. שיעורי הדמנציה שדווחו משתנים מ-9% עד 60%, כאשר השיעור עולה אצל חולים הסובלים מדמנציה וסקולרית לעומת אלה הסובלים ממחלת אלצהיימר (Finkel, 2003).

קשה לאבחן דיכאון בדמנציה בשל הסימפטומים החופפים לאלה של מחלות נויר-דגנרטיביות. ייתכן שהחולה אינו מסוגל כבר להביע תחושות של עצב או חוסר ערך עצמי. בנוסף על כך, שינויים במשקל ובעיות שינה, חוסר עניין בנעשה סביבו וריכוז נמוך עשויים כולם להיות תוצאה של הדמנציה הקשה עצמה ולא רק סימפטומים לדיכאון. אף על פי שישנם מחקרים מועטים התומכים בשימוש בהם, השימוש המוצלח בתרופות SSRI נפוץ בטיפול בדיכאון בדמנציה (Bains, Birks & Denning, 2002).

מטרות הטיפול

סוגיות הקשורות למטרות הטיפול ולאגרסיביות שיש לנקוט בו עולות בכל דיון באשר לטיפול בקשישים הסובלים מדמנציה מתקדמת. הגישה הפליאטיבית לדמנציה קשה ולמחלות חשוכות מרפא אחרות שמה דגש על הקלה על סימפטומים, איכות חיים ותקשורת עם בני המשפחה והמטפלים בחולה. בבדיקה של 203 אינדיקטורים לאיכות הטיפול במחלות גריאטריות ורפואיות, מצא פרויקט ACOVE - Assessing Care of Vulnerable Elders of ש-40% מהאינדיקטורים אינם מתאימים לטיפול בקשישים הסובלים מדמנציה מתקדמת (Solomon, Wenger, Saliba et al., 2003). על תהליכי טיפול המתאימים למחלות כרוניות, כגון סוכרת, אי-ספיקת לב, אוסטיאופורוזיס ודלקת ריאות, לעבור שינוי כאשר מדובר בטיפול בחולה הסובל מדמנציה מתקדמת. במחלות הכרוניות האלה יש לטפל על מנת להפחית סימפטומים וסיבוכים קצרי טווח, ולא במטרה למנוע תחלואה ארוכת הטווח (Hurley & Volicer, 2002) לדוגמה,

פיקוח קפדני על רמות הסוכר בדם על מנת למנוע תמותה או סיבוכים בטווח הארוך אצל חולה סוכרתי אינו מתאים עוד כמטרת טיפול אצל חולה שתוחלת החיים שלו כבר מוגבלת על ידי דמנציה. נוסף על כך, אותו חולה לא יהיה מסוגל לדווח על סימפטומים של היפוגליקמיה העלולים להתרחש כתוצאה מפיקוח קפדני מדי. במקרה כזה, רמת פיקוח שאינה מעמידה את החולה בסכנה להיפוגליקמיה, ושתוכל למנוע סימפטומים, כמו צימאון וריבוי שתן (פולאוריה), הגורמים לאי-נוחות, עשויה להיות מטרת טיפול סבירה.

טיפול בכאב היא מטרת טיפול ראשונה במעלה בשלב מתקדם של דמנציה, ויש לשים על כך דגש בכל דיון על אודות מטרת הטיפול ורווחת החולה. האתגר בטיפול בכאב איננו רק בבחירת התרופות על מנת שלא יגבירו את רמת הבלבול והאגרסיביות של החולה, אלא בעצם היכולת להעריך מתי החולה סובל מכאבים. ככל שהיכולת לתקשר יורדת אצל חולים עם דמנציה, על המטפלים להסתמך על שינויי התנהגות, הבעות פנים, תנועות גוף וכו' על מנת להבחין שהחולה סובל מכאב.

לבסוף, יש להתחיל בתהליך להבנת רצונותיו של החולה באשר לאגרסיביות שבה הוא מבקש שיטפלו בו, כאשר החולה נמצא בשלב במחלה שבו הוא עדיין מסוגל להביע את רצונותיו. בשלב הקשה של הדמנציה, יהיה צורך בייפוי כוח ואף באפוטרופסות, ככל שהחולה מאבד את יכולתו לקבל החלטות. כאשר רצונו של החולה אינו ידוע, חייבים לקיים ישיבה משפחתית על מנת לקבוע מטרת טיפול. יש צורך לתמוך בבני המשפחה ובמטפלים, כאשר הם מתמודדים עם אבל ועם קבלת החלטות קשות באשר לאגרסיביות של הטיפול בחולה. לעתים קרובות, ישנה התייעצות עם אנשי דת, כמו רבנים, בשלב זה של קבלת החלטות.

סוגיות אתיות ורפואיות, הדורשות קבלת החלטות או התייעצות עם איש דת, כוללות לא רק שאלות לגבי מזון ותזונה, או שאלה אם לבצע החייה או לא, אלא גם טיפול בזיהומים ובשאר המחלות החוזרות ונשנות. זיהומים חוזרים ונשנים שכיחים בדמנציה חמורה, ודלקת ריאות היא סיבת המוות הנפוצה ביותר בשלב זה. קיימים מאמרים המורים על כך שישנה ירידה באפקטיביות של אנטיביוטיקה בשלב זה של המחלה (Hurley & Volicer, 2002). התמקדות ברווחה ובנוחות כמטרת טיפול עשויה להכתיב שימוש בתרופות מורידות חום ובאנטיביוטיקה דרך הפה, אך תמנע אשפוז, מתן תרופות דרך הווריד וקשירת החולה.

מסקנות

לסיכום, הטיפול בחולה המצוי בשלבים מתקדמים של דמנציה דורש גישה מתחשבת, המבוססת על עקרונות הטיפול הפליאטיבי, השם דגש על רווחתו ונוחותו של החולה ועל תקשורת עם בני משפחתו ועם המטפלים בו. יש לפתח מטרת טיפול בזהירות ולהעריך אותן מחדש לעתים קרובות. האתגרים הייחודיים הקיימים ביישום גישה פליאטיבית באוכלוסיית חולים דמנטיים בהשוואה לחולים אונקולוגיים כוללים תקשורת מוגבלת, בעיות התנהגות, ובלבול.

- Aminoff, B.Z., Adunsky, A. (2005). Dying dementia patients: Too much suffering, too little palliation. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 22 (5): 344-348.
- Bains, J., Birks, J.S. & Denning, T.D. (2002). *Antidepressants for treating depression in dementia*. Cochrane database of Systematic Reviews, Issue 4. Art. No.:CD003944. DOI:10.1002/14651858.CD003944.
- Bentur, N., Roznitki, S. & Shanor, Y. (2005). *Palliative and hospice services in Israel*. Executive summary report. Jerusalem: Myers-JDC-Brookdale Institute Center for Research on Aging. September. <http://brookdale1.pionet.com/files/PDF/459rr-palliative-heb.pdf> accessed 23.10.06.
- Cummings, J.L. (2005). Neuropsychiatric and behavioral alterations and their management in moderate to severe Alzheimer's disease. *Neurology*, 65: S18-S24.
- Desai, A.K. & Grossberg, G.T. (2005). Diagnosis and treatment of Alzheimer's disease. *Neurology*, 64 (Suppl.. 3): S34-S39.
- Finkel, S.I. (2003). Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Clinical Geriatric Medicine*, 19: 799-824.
- Hendrie, H.C. (1998). Epidemiology of dementia and Alzheimer's disease. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 6 (2 Suppl.. 1): S3-18.
- Hughes, J.C., Robinson, L. & Volicer, L. (2005). Specialist palliative care in dementia. *BMJ*, 330: 57-58.
- Hurley, A.C. & Volicer, L. (2002). Alzheimer's Disease. "It's okay, Mama, if you want to go, it's okay". *JAMA*, 288 (18): 2324-2331.
- Patterson, M.B., Mack, J.L., Mackell, J.A. et al. (1997). A longitudinal study of behavioral pathology across five levels of dementia severity in Alzheimer's disease: the CERAD Behavior Rating Scale for dementia. The Alzheimer's Disease Cooperative Study. *Alzheimer Dis. Assoc. Disord.* 11 (Suppl.. 2): S40-44.
- Sachs, G.A., Shega, J.W. & Cox-Hayley, D. (2004). Barriers to excellent end-of-life care for patients with dementia. *J. Gen. Intern. Med.*, 19:1057-1063.

- Shega, J.W., Levin, A., Hougham, G.W. et al. (2003). Palliative Excellence in Alzheimer Care Efforts (PEACE): A program description. *J. Palliat. Med.*, 6 (2): 315-20.
- Solomon, D.H., Wenger, N.S., Saliba, D. et al. (2003). Appropriateness of quality indicators for older patients with advanced dementia and poor prognosis. *JAGS*, 51: 902-907.
- Volicer, L. (2001). Management of severe Alzheimer's disease and end-of-life issues. *Clin. Geriatric Med.*, 17 (2): 377-91.
- Volicer, L., Seltzer, B., Rheaume, Y. et al. (1989). Eating difficulties in patients with probable dementia of the Alzheimer's type. *J. Geriatr. Psychiatry Neurol.*, 2: 169-176.
- Wertman, E., Brodsky, J., King, Y., Bentur, N. & Chekhmir, S. (2005). *Elderly people with dementia: Prevalence, identification of unmet needs and priorities in the development of services*. Executive summary report. Jerusalem: Myers-JDC-Brookdale Institute Center for Research on Aging. November.
- World Health Organisation. *WHO definition of palliative care*. www.who.int/cancer/palliative/definition/en/ (accessed on 12 Dec 2005)

הפרעות בתקשורת ובבליעה

בקרב חולי דמנציה

מרים מנדל-לוי ושרון רון

מבוא

הציבור הרחב ורבים מאנשי מקצועות הרפואה אינם מודעים לתפקיד החיוני שממלאים קלינאי התקשורת בטיפול בהפרעות קוגניטיביות-תקשורתיות בדמנציה. הערות כגון "אבל אין לו כל קושי בדיבור" או "טיפול בדיבור לא יוכל לסייע לו כי מצבו רק יתדרדר" נפוצות מאוד. ואולם, קלינאי תקשורת ממלאים תפקיד ראשון במעלה בהערכה, באבחנה, בטיפול ובמחקר אודות הפרעות תקשורת קוגניטיביות, כולל אלה הקשורות בדמנציה (American Speech-Language-Hearing Association, 2005). מתי כדאי להפנות אדם הסובל מדמנציה או שיש חשד לכך שהוא סובל ממנה, לקלינאי תקשורת? מה הוא יכול לתרום לטיפול באדם עם דמנציה? נחלק את הדיון בכך לארבעה חלקים: תפקיד קלינאי תקשורת באבחנה המבדלת של דמנציה; שינויים קוגניטיביים-תקשורתיים בדמנציה; תפקיד קלינאי תקשורת בטיפול בדמנציה; המלצות כלליות לשיפור התקשורת עם אדם הסובל מדמנציה.

אבחנה מבדלת של דמנציה

ישנן מספר סיבות חשובות להפניית אדם עם דמנציה להערכה על ידי קלינאי תקשורת. הסיבה הראשונה היא, כדי להבחין בין השפעותיה של הזדקנות נורמלית לבין אלה של הפרעה קוגניטיבית דגנרטיבית, כגון מחלת אלצהיימר. אם האדם חווה קשיים במציאת מילים או מאבד את חוט המחשבה שלו, האם אלה שינויים קוגניטיביים הקשורים בהזדקנות או סימפטומים של פתולוגיה הקשורה בדמנציה? לקלינאי תקשורת ישנם מבחנים סטנדרטיים הבנויים במיוחד להערכת תפקודיהם התקשורתיים והקוגניטיביים של אנשים עם דמנציה. אחד המבחנים הללו ה-Arizona Battery for Communication Disorders of Dementia (Bayles & Tomoeda, 1993). מבחן זה מכיל מטלות, כגון חזרה על סיפורים ולימוד מילים, הנחשבות כמכשיר רגיש במיוחד לאבחון. תרומתו של קלינאי תקשורת לאבחנה הרפואית הכוללת עשויה להיות חיונית.

מרגע שנקבע כי לאדם יש דמנציה, ישנו צורך נוסף לאבחן את סוג הדמנציה, מאחר שישנן מחלות שונות היכולות להסביר את הסימפטומים הדמנטיים. ישנם סוגים ייחודיים של דמנציה, כגון הצורות השונות של frontotemporal lobe dementia (אפאזיה ראשונית מתקדמת ודמנציה סמנטית), שיש להן מרכיב לשוני בולט כבר בתחילת המחלה (American Speech-Language-Hearing Association, 2005). קלינאי תקשורת מוסמכים במיוחד לתעד ביצועים לשוניים ולתרום לאבחנה המבדלת

של מקרים כאלה. ישנם סוגים אחרים של דמנציה הגורמים לשינויים בדיבור המוטורי בשלבים המוקדמים של המחלה, כגון מחלת פרקינסון, דמנציה וסקולרית, דמנציה עם Lewy bodies ומחלת הנטינגטון. צרידות, עצמת קול ירודה, דיבור מונוטוני (ללא שינויים בגובה ובעצמה) או דיבור לא מדויק עלולים להופיע. דיבור אבנורמלי קל בולט רק לאוזניו של שומע שעבר הכשרה לכך. לכן, זהו שטח שבו תרומתו של קלינאי תקשורת יכולה להיות חשובה ביותר (Bayles & Tomoeda, 1993).

סיבה נוספת להפניית אדם עם דמנציה להערכה של יכולות תקשורתיות היא האפשרות לזהות אילו מן היכולות שלו נפגעו ואילו נותרו כשהיו, על מנת לפתח תכנית טיפול שתהיה מבוססת על פרופיל זה (Hodges, 2006). על ידי שימוש במערכות שלא נפגעו, ובתהליכים הקוגניטיביים שנשמרו יחסית, כדי לפצות על אותם תהליכים שנפגעו, ניתן לאפשר לנפגע טיפול אופטימלי (www.ninds.nih.gov). בכך שמבהירים למטפלים למה ניתן לצפות מבחינה תקשורתית, יכול קלינאי תקשורת לסייע למטופלים לפתח ציפיות מציאותיות ולקדם אינטראקציות חברתיות יעילות יותר בין המטפלים לבין משפחותיהם הדמנטיים.

שינויים קוגניטיביים-תקשורתיים

מאחר שישנם סוגים כה רבים של דמנציה, ודפוס ההידרדרות בקוגניציה ובתקשורת שונה בכל אחד מהם, קשה לדון בכך בצורה רחבה במסגרת מאמר זה. לכן, נתמקד כאן בשינויים קוגניטיביים-תקשורתיים המופיעים בדמנציה מסוג אלצהיימר. בשלבים המוקדמים של מחלת אלצהיימר ניתן לראות קשיים בזיכרון אפיזודי, דהיינו זיכרון לגבי אירועים ייחודיים בעבר. כמו כן, שכחים ליקויים בריכוז ובתהליכי ניהול (היכולת לנסח ולבצע תכנית פעולה). רבות מבעיות התקשורת המופיעות בשלבים המוקדמים של המחלה הן תוצאה של קשיים קוגניטיביים אלה. הפרעות לשוניות תועדו אצל יותר מ-75% מהאנשים עם מחלת אלצהיימר (Campbell-Taylor, 1995). בעוד פונולוגיה (מערכת פונטית) וסינטקס (תחביר, דקדוק) נשמרים לרוב לאורך רובה של המחלה, בולטים דווקא ליקויים לקסיקליים-סמנטיים (ידיעת מילים ומשמעותן). בנוסף, ישנן בעיות בפרגמטיקה של השימוש בשפה (השימוש הנכון, החוקים של השפה) ובדיסקורס (תקשורת שהיא מעבר לרמת המשפט הבודד).

בשלבים המוקדמים של המחלה, ביטויים ורבליים עלולים לחזור על עצמם, ישנה שכחה של שמות ואיבוד חוט המחשבה לגבי נושא השיחה (www.ninds.nih.gov). התקשורת מאופיינת בקשיים במציאת מילים, הכנסת מילים חלופיות, תוכן אינפורמטיבי מצומצם ושימוש מוגזם במושגים לא מוגדרים ("הזה" "מה-שמו") ולא רלוונטיים (Tomoeda, 2001). יכולת הבנה יחסית נשמרת במחלת אלצהיימר קלה, אך עלולים להיות קשיים בהבנה של ביטויים מופשטים ("רומא לא נבנתה ביום אחד", "מצבה הוחמר") (Bayles, 2001).

בשלבי הביניים של המחלה, מתגברים הקשיים במציאת מילים, וכבר יש שימוש במילים חלופיות ריקות מתוכן במקומם של שמות עצם ופעלים. פחות רעיונות מועברים

בשיחה, וישנו קושי להיצמד לנושא השיחה. האדם עלול, במידת מה, להימנע ממצבים חברתיים.

בשלב המתקדם של מחלת האלצהיימר, הביטויים הלשוניים כבר אינם ניתנים להבנה. האדם עלול להפוך אילם, לחזור על הנאמר לו על ידי אחרים (אקולאליה) או לחזור על עצמו (פלילאליה). הבנתו את הנאמר נעשית מצומצמת מאוד (Carlomagno et al., 2005).

הטבלה הבאה מדגימה את השפעות הדמנציה על התקשורת בשלבים השונים של מחלת אלצהיימר (Forbes-Mckay, 2005).

השפעות הדמנציה על תקשורת

שלב	דמנציה קלה	דמנציה בינונית	דמנציה חמורה
GDS ציון הידרדרות גלובלי	4 עד 5 (4.6 עד 5.5)	5 עד 6 (5.6 עד 6.7)	6 עד 7 (6.8 עד 7.0)
שימוש בקולות	שימוש נכון	שימוש נכון שגיאות	שימוש נכון באופן כללי אך ישנן שגיאות לעיתים רחוקות
מילים	עשוי להשמיט מילה משמעותית, לרוב שם עצם, בתוך משפט. עשוי לדווח על קושי במציאת המילה הנכונה. אוצר מילים מצטמצם.	קושי במחשבה על מילים בקטגוריה. קושי בשליפת מילים בשיחה. קושי בשיום עצמים. הסתמכות על אוטומטיזמים. אוצר מילים מתמעט בצורה בולטת.	קושי בולט בשליפת מילים. אוצר מילים חלש. חוסר הבנת מילים. עשוי להמציא מילים ולייצר שפה משלו.
דקדוק	לרוב מדויק	שימוש בחלקי משפטים וסטייה מדקדוק תקין. ייתכן קושי בהבנת משפטים מורכבים מבחינה דקדוקית	מעט מאוד דקדוק נשמר. שימוש נרחב בחלקי משפטים ובסטיות דקדוקיות. חוסר הבנה של צורות דקדוקיות רבות.
קונטקסט	עלול לעבור מנושא לנושא. ירידה ביכולת להפיק סדרת משפטים בעלי משמעות. קושי בהבנת אינפורמציה חדשה. ערפול.	חוזר על מחשבות שוב ושוב. שוכח נושאים. מדבר על אירועי העבר או נושאים טריוויאליים. פחות מחשבות.	לא מסוגל להפיק סדרה של מחשבות קשורות זו לזו. התוכן עשוי להיות חסר פשר וביזארי. נושא רוב המשפטים בעלי מובן כלשהו הוא סיפור חוזר של אירועי מן העבר.

הטיפול בהפרעות קוגניטיביות-תקשורתיות

קלינאי תקשורת יכולים לאמץ גישה ישירה או עקיפה לטיפול באדם עם מחלת אלצהיימר, אך ללא הבדל באיזו גישה יבחרו, המטרה העיקרית היא להביא למקסימום את יכולתו של הפרט לתקשר, ולשפר את איכות חייו.

שתי דוגמאות להתערבות ישירה שנמצאו אפקטיביות הן SRT, Spaced Retrieval Training, ושימוש ברמזים גרפיים או כתובים, כגון ארנקי זיכרון. SRT היא שיטה, שמטרתה ללמד את חולה האלצהיימר אינפורמציה פונקציונלית שתוכל לסייע לו בחיי היום-יום. דוגמה למטרה כזו יכולה להיות, שהאדם יביט בלוח הפעילויות שלו על מנת שיזכור את סדר היום שלו, או את שמו של המטפל שלו, או את מספר החדר שבו הוא גר. SRT דורשת מהחולה להתאמן בזכירת המידע שוב ושוב, במשך זמן ארוך יותר ויותר. תוצאות מוצלחות מתוארות בספרות במספר מאמרים (Kempner, 1995). התערבות נוספת שהופעלה בהצלחה היא השימוש ברמזים כתובים (Hopper, Bayles & Kim, 2001). בשיטה זו, חולה האלצהיימר מקבל תצלומים ואינפורמציה עובדתית בצורה של ארנק זיכרון (שמות של בני משפחה, עיסוק קודם וכד'), כדי להקל עליו את התקשורת. בעת שהחולה מדבר, הוא בודק את המידע בארנק הזיכרון שלו, ואזי שיחתו נעשית בעלת משמעות רבה יותר. גישה זו מנצלת את הזיכרון ההכרתי (recognition memory) השמור יחסית של החולה, ואת יכולתו לקרוא בקול רם, על מנת לסייע לזיכרון האפיזודי (episodic memory) הפגוע שלו.

מטרתה של ההתערבות העקיפה היא לשפר את תקשורתו המוצלחת של החולה במחלת אלצהיימר, בכך שמשנים את סביבתו הפיזית, מתאימים לו סדרי יום חדשים ופעילויות חדשות ומכשירים את המטפלים בו לתקשר עמו בצורה מוצלחת יותר. "נפילות" בתקשורת מעוררות דחק רב בחולה האלצהיימר ובמטפלים בו. ברור מאליו, כי תקשורת יעילה היא חיונית למתן מענה לצרכיו הפיזיים הבסיסיים ולצרכיו החברתיים וכדי לאפשר לו טיפול אופטימלי (Bayles, 2003). התקשורת עם אדם חולה דמנציה דורשת סבלנות רבה והבנה. ישנם אנשים היודעים אינטואיטיבית מה עליהם לעשות, אך לרוב האנשים דרושה השכלה והכשרה באשר לדרכים המועילות ביותר לתקשר עמו. קריאה בשמו של האדם כדי להשיג את תשומת לבו, התקרבות אליו מלפנים, שמירה על קשר עין טוב ומתן מספיק זמן לאדם להגיב בלי שמפסיקים אותו באמצע, כולם הרגלים קטנים העשויים להשפיע רבות על איכותה של האינטראקציה. "Focused" היא תכנית הכשרה, שקלינאי תקשורת מעבירים למשפחות ולמטפלים מקצועיים, על מנת לתת להם את המיומנויות הדרושות לתקשורת יעילה עם אנשים עם מחלת אלצהיימר (Brush & Camp, 1998). קלינאי תקשורת יכולים גם לסייע למטפלים להתמודד עם התנהגויות תקשורתיות לא רצויות, כגון שאלת שאלות חוזרת ונשנית או השמעת קולות.

הצעות להקלה על התקשורת

להלן קווים מנחים לשיפור התקשורת עם חולה במחלת אלצהיימר (Carlomango, Bourgeois & Mason, 1996). לשם קבלת הצעות לפתרון בעיות ייחודיות, יש להתייעץ עם קלינאי תקשורת.

כדי לסייע לאדם עם מחלת אלצהיימר להבין את הנאמר לו:

1. הגבל את הדברים העלולים להסיח את דעתו. מצא מקום שקט שבו אפשר לדבר.
2. התקרב אליו מלפנים.
3. השתמש בהבעת פנים ידידותית וחיונית ובנעימת קול רכה.
4. דבר לאט וברור.
5. תן הוראות צעד אחר צעד, בשפה ברורה ופשוטה.
6. שאל שאלה אחת בכל פעם, כדי שלא להציף את החולה או לבלבל אותו.
7. הימנע ממילים עמומות או מביטויים מבלבלים כמו: "מה הולך?" או "קפוץ פנימה".
8. הימנע מ"חידונים": "אתה זוכר אותי? מה שמו? אתה צריך לדעת מי זה".
9. חזור על דבריו ונסח אותם שוב, אם האדם שכח את אשר אמרת.

כדי לסייע לאדם עם מחלת אלצהיימר לבטא את מחשבותיו ורגשותיו:

1. תן לו להרגיש שאתה מקשיב, ונסה להבין.
2. תן לו עידוד והרגע אותו. עודד אותו להמשיך.
3. תן לו מספיק זמן ואל תפריע לו באמצע.
4. אם הוא משתמש במילה הלא נכונה, נחש את המילה הנכונה.
5. התמקד ברגשות ולא בעובדות. לעתים חשוב יותר הרגש המובע ולא מה שנאמר.
6. הימנע מביקורת, מתיקון דבריו ומוויכוחים.
7. נצל היכרות ולא זיכרון (recognition, not recall). במקום לומר: "מה עשית אמש?" שאל: "איך נהנית אתמול מהחתונה?" הראה לו תמונות ומזכרות על מנת להקל על זכרונו.

זכרו, כי התקשורת היא הדרך שבה אנו מבטאים את מי שהננו; היא הבסיס לכל היחסים הבין-אישיים; היא מאפשרת לנו לבטא את מחשבותינו ורגשותינו ולהתחבר אליהם בעצמנו; היא הדרך שלנו לבטא את צרכינו הבסיסיים ביותר. התקשורת היא בעלת חשיבות רבה, ובמקרים של פגיעה בתקשורת אצל אדם עם דמנציה, יש לטפל בכך בעזרת קלינאי תקשורת.

מחלת אלצהיימר ודיספגיה

בליעה

בליעה היא תהליך נוירו-מסקולרי מורכב המערב 26 שרירים ו-5 עצבים קרניאליים. מבוגר בריא עשוי לבלוע כ-2,000 פעם ביום, בלא שהוא חושב פעמיים על עצם היכולת לאכול בצורה בטוחה. לאנשים עם מחלת אלצהיימר, עצם פעולת האכילה עלולה לגרום

להם להסתכן בדלקת ריאות, או גרוע מכך, בדיספגיה, הפרעה בבליעה, אשר היא סכנה רצינית מאוד לאוכלוסייה זו. כבעלי מקצוע רפואי או פארא-רפואי, מוטלת עלינו האחריות להעריך את הסיכון ולהפחיתו, ולאפשר לאדם חולה האלצהיימר את איכות החיים הטובה ביותר, עם הסיכון הנמוך ביותר לסיבוכים הרפואיים הרבים הקשורים בדיספגיה העלולים לקרות.

שכיחות הדיספגיה במחלת אלצהיימר

מחלת אלצהיימר, על פי הגדרתה, היא מחלה פרוגרסיבית. ככל שהדמנציה מתקדמת, יפתחו רוב החולים בה קושי כלשהו בבליעה או באכילה, כולל אבדן העניין באכילה. נוסף על כך, ככל שהדמנציה חמורה יותר, מחמירה הדיספגיה (Bayles & Tomoeda, 1993). מחקרים שונים הוכיחו את שיעור הדיספגיה הגבוה אצל החוסים במוסדות סיעודיים. בין 40% עד 60% לערך מבין הקשישים במוסדות מראים סימנים מובהקים של דיספגיה אורו-פרינגיאלית (הפרעת בליעה בפה או בלוע). מחקר שבדק 131 חולים קשישים עם דמנציה מתקדמת במוסדות סיעודיים מורכבים, בא לבדוק את שיעור הדיספגיה באוכלוסייה זו. בוצעה הערכה וידיאופלורוסקופית של בליעת החולים, והחוקרים מצאו אספירציה גדולה אצל 24% מהם ואספירציה קטנה אצל 50% (American Speech-Language-Hearing Association, 2005).

סכנות רפואיות עיקריות הקשורות בדיספגיה באוכלוסיית חולי מחלת האלצהיימר

הדיספגיה מעמידה סיכונים רפואיים מסכני חיים רבים בפני אוכלוסיית החולים במחלת אלצהיימר. חשוב לזכור, כי חולים אלה עלולים להיות בעלי בעיות נוספות לדיספגיה, העלולות להגדיל את הסיכון שלהם לסיבוכים, ביניהן קו-מורבידיות, שינויים הנובעים מהזדקנות נורמלית, והשפעותיהן של התרופות שחולים אלה לוקחים על תפקוד הבליעה שלהם.

הסכנות הרפואיות העיקריות הקשורות לדיספגיה בקבוצת חולים זו הן: אספירציה, תת-תזונה, והתייבשות.

דלקת ריאות כתוצאה מאספירציה היא סיבת המוות המובילה אצל חולי אלצהיימר. (Bayles & Tomoeda, 1993). ישנם כמה גורמי סיכון באוכלוסייה זו (במיוחד בשלבים המאוחרים של מחלת האלצהיימר), היוצרים נטייה לפתח דלקת ריאות כתוצאה מאספירציה והם כוללים: דיספגיה קשה, האכלה בזנדה, מוביליות נמוכה, רמת הכרה נמוכה, רמה נמוכה של פעולות היום-יום (ADL), מצב תזונתי ירוד ומצב חיסוני נמוך (Hodges, 2006). חשוב לציין, כי גם כאשר מזחים ומטפלים בדלקת הריאות כתוצאה מאספירציה, שיעורי התמותה אצל קשישים יכולים להגיע ל-40% עד 70%, דבר המראה עוד יותר את הצורך בהתמקדות רצינית במניעה (www.ninds.nih.gov). למרבה הפלא, גם לחולים שלהם סטטוס NPO (צום מוחלט) והמקבלים תזונה על ידי צינור גסטרו או (זונדה) NG, עדיין ישנו סיכון של 40% אספירציה, בשל האפשרות לריפלוקס

של תוכן הקיבה, ולאספירציה של הפרשותיו של החולה עצמו אם ההיגיינה האוראלית - ניקיון הפה שלו אינו נשמר היטב.

תת-תזונה הוא סיכון נוסף שמציבה הדיספגיה לאוכלוסיית חולי האלצהיימר. חולים עם אלצהיימר עשויים להזדקק לזמן ארוך לאכילה, שכן הם אוכלים כמויות קטנות מאוד. למשל, אם כל ארוחה לוקחת מעל שעה, והחולה מצליח לאכול חצי כוס פודינג במשך זמן זה, הוא עלול להיות בסיכון לאבדן משקל ותת-תזונה. מחקר אחד מצא, כי חולים עם אלצהיימר חמור, שחיו במוסד סיעודי, הואכלו במשך 18 דקות בממוצע ליום, בעוד חולי אלצהיימר חמור, שחיו בביתם, הואכלו במשך 99 דקות בממוצע ליום (Campbell-Taylor, 1995). המחסור בזמן ובכוח אדם הדרושים להאכלה של חולי אלצהיימר החוסים במוסד הסיעודי עלולים להגדיל עוד יותר את הסכנה לתת-תזונה בחולים אלה. חולים שאכן סובלים מתת-תזונה נמצאים בסיכון גבוה יותר לפצעי לחץ, זמן החלמה ארוך יותר וחיסוניות ירודה. תוספי תזונה נעשים חיוניים אצל החולים בסיכון על מנת לשמור על תזונה נאותה.

התייבשות היא סיכון בריאותי נוסף המתקשר עם דיספגיה באוכלוסייה זו. בשלבים האמצעיים עד לשלבים המאוחרים של הדמנציה, כאשר החולה הוא בעל יוזמה ירודה ביותר, הוא עלול שלא לבקש אוכל או שתייה כאשר הוא רעב או צמא. כתוצאה מכך, האדם החולה במחלת אלצהיימר עלול להיות בסיכון לתת-תזונה שכבר הוזכרה וגם להתייבשות. כדי לסבך עוד את העניינים, לעתים, רוסמים לחולה שינויים בדיאטה, שכוללת משקאות מעובים, דבר המגביל עוד יותר את קליטת הנוזלים שלו. יחד עם דלקת ריאות כתוצאה מאספירציה, ההתייבשות והקקציה הן עוד סיבות שכוחות למוות באוכלוסיית חולי האלצהיימר.

הבליעה הנורמלית

ניתן לחלק את תהליך הבליעה הנורמלי לשלושה שלבים: השלב האוראלי, הפרינג'יאלי (לועי) ואסופאגאלי (ושטי).

1. בשלב האוראלי הנורמלי האדם פותח את פיו כהכנה לאכילה. הוא מתחיל ללעוס ומשתמש ברוק על מנת להפוך את האוכל לעיסה של חומר לעוס. ולבסוף, האדם האוכל ידחף את המזון בפיו על מנת ליצור טריגר לבליעה. השלב האוראלי נמצא בשליטתו הרצונית של האדם האוכל. הוא יכול להחליט כמה זמן ובאיזו יסודיות ללעוס. דרכי האוויר שלו פתוחות לגמרי בשלב זה, כאשר הוא מחזיק בעיסה הלעושה בפיו, הממתינה להובלה הפוסטריורית אל הפרינקס.

2. במשך השלב הפרינג'יאלי הנורמלי מתרחשות שש פעולות: החיך הרך עולה כדי לסגור את חלל האף ולמנוע רגורגיטציה מהאף; בסיס הלשון נסוג; מיתרי הקול המזויפים סוגרים, מיתרי הקול האמיתיים סוגרים כדי לחסום את הכניסה לקנה הנשימה לאוכל או לשתייה, עצם ההייד ובית הקול עולים, האפיגלוטיס מתהפך כדי לחסום את הכניסה לדרכי הנשימה והשרירים של הלוע מתכווצים. שלב זה הוא

ברובו בלתי רצוני ויש לנו מעט שליטה עליו. ישנו זמן קצר של אפניאה במשך השלב הפרינג'יאלי, שנמשך בערך שנייה אחת.

3. בשלב הוושטי (האסופוגאלי), השריר הסוגר העליון של הוושט, שבדרך כלל בטונוס של סגירה הדוקה, מתרפה (relaxes) ומאפשר לאוכל לעבור לוושט. פריסטלטיקה של הוושט דוחפת את האוכל עד לשריר הסוגר התחתון של הוושט ואז לקיבה. שלב זה גם הוא אינו רצוני והוא יכול להימשך שלוש עד 20 שניות, תלוי בגודל העיסה הלעוסה, בטקסטורה שלה ובגילו של האדם. במשך שלב זה חוזרת הנשימה לקדמותה במשך הקטע הנשיפתי של מעגל הנשימה.

הערכת הבליעה

הערכת הבליעה נערכת על ידי קלינאי תקשורת מיומן ביחד עם חברים אחרים בצוות הבליעה ובהם: רופא ראשוני, אחות, רופא אף אוזן גרון, פולמונולוג, גסטרואנטרולוג, רדיולוג, תזונאית, פיזיותרפיסט, מרפאה בעיסוק, החולה ובני משפחה ומטפלים. לפני התחלת הערכת הבליעה, עורך קלינאי התקשורת אנמנזה רפואית יסודית וכן ריאיון עם החולה/המשפחה/המטפל וכן מבחן אוראלי מוטורי והערכה מוטורית של המנגנון האוראלי. לאחר מכן, מציע קלינאי התקשורת לחולה מגוון מאכלים ומשקאות בעלי סמיכות שונה, וצופה ומקשיב לפעילות הבליעה שלו באמצעות שמיעה של צלילי הבליעה בסטתוסקופ וכן וידיופלורוסקופיה ואנדוסקופיה כאשר הדבר ניתן. מבחינים אלה מספקים תמונה אובייקטיבית של פעולת הבליעה (Swallow function) וכן מידע על עצם הימצאותה של אספירציה, על התזמון והכמות של אותה אספירציה. מידע זה הוא בעל ערך רב בקביעת סיבת הדיספגיה, וגם בקביעת הדיאטה המתאימה והשיטות לסיוע בניהול הדיספגיה.

שינויים בבליעה הקשורים בהזדקנות נורמלית

קיימים שינויים נורמליים בבליעה הקשורים להזדקנות, שאין לבלבל אותם עם שינויים המתרחשים בחולים עם מחלת אלצהיימר. אספירציה אינה נחשבת נורמלית כחלק מהזדקנות בלבד. אוסיפקציה של סחוס התריס, סחוס טבעתי והאפיגלוטיס, גורמת שקיעה של הלרינקס; הגברת כמות השאריות בלוע; הפחתת פתיחת השריר הסוגר העליון של הוושט; חדירה (פנטרציה) מעל רמת מיתרי הקול; היחלשות ברפלקס השיעול (Tomoeda, 2001). נוסף על כך, עלולה להיות האטה בסגירת מיתרי הקול; הפחתת עצם ההייד ובית הקול; בליעה איטית יותר וטריגר בליעה איטי ברמת הוולקולות (Bayles, 2001; Carlomango et al., 2005)

דיספגיה במחלת אלצהיימר

דיספגיה אורופרינג'יאלית, הכוללת אספירציה, היא שכיחה בהרבה אצל חולי אלצהיימר מאשר באוכלוסיית הקשישים הבריאה (Forbes-Mckay 2005). לפני שבכלל

מתחילים את תהליך הבליעה, לאנשים עם אלצהיימר יכולה להיות בעיה בזיהוי מזון כדבר שיש להכניסו לקיבה ולבולעו (Kempler, 1995). מחקר שבדק חולים עם דמנציה גילה בעיה בשלב האוראלי של הבליעה אצל 71% מהחולים; בעיות בשלב הפרינג'יאלי אצל 43% מהם; בעיות בשלב האסופוגאלי אצל 33% מהם. נמצאו בעיות בכמה מהשלבים אצל 42% מהחולים (American Speech-Language-Hearing Association, 2005). לחולים עם מחלת אלצהיימר עלולים להיות שינויים בחושי הטעם והמישוש, כך שיהיו הרבה פחות רגישים לצורת ההגשה של האוכל מאשר חולים בריאים באותו גיל. ייתכן שיהיו זקוקים לרמות גבוהות יותר של גירוי כדי להפעיל את תגובת הבליעה; לכך ישנן השלכות חשובות לגבי הטיפול בדיספגיה, שבהן נדון בהמשך הפרק.

השלב האוראלי הוא לרוב הנפגע העיקרי בדיספגיה אצל חולים עם מחלת אלצהיימר. ליקויים בשלב האוראלי עשויים לכלול אחד מהדברים הבאים או את כולם: חוסר יכולת לזהות מזון; סירוב לפתוח את הפה למזון; דחיפה החוצה או יריקה של מזון מהפה; דיבור ללא הפסקה או גניחה תוך כדי אכילה; ריור; קסרוסטומיה (יובש מוגזם של הפה); שכחה ללעוס; החזקת מזון בפה; שפיכת מזון מהפה; השארת חלק מעיסת המזון או את כולה בלחיים; יצירת עיסה חלשה או חוסר יצירת עיסה כלל; העברה ירושה או חוסר העברה של העיסה לקראת הפארינקס; שפיכה של העיסה מעבר לבסיס הלשון בשל כוח המשיכה לפני טריגר הבליעה.

מצב טיפוסי של שעת האוכל יכול להיות כזה, שבו המטפל נאבק עם החולה ומאלץ אותו לפתוח את פיו לכף המוגשת אליו, ואז, כשהמזון כבר נכנס אל הפה הוא עשוי להישאר שם ללא שעבר עיבוד כלשהו או בלא שנבלע. כאשר האדם מחזיק את המזון בפיו לזמן ממושך ללא בליעה הוא נמצא בסכנה שמזון זה ישפך אל מעבר לבסיס הלשון ולתוך הפרינקס או אפילו אל הלרינקס לפני הבליעה. מאחר שדרכי האוויר פתוחות בשעת מנוחה, מזון שישב בתוך הפה במשך זמן ממושך עלול לגלוש במורד הגרון ולהישאב לריאות (אספירציה).

ליקויים בשלב הפרינג'יאלי עשויים לכלול את השינויים הנורמליים בבליעה הקשורים להזדקנות שמנינו קודם לכן וגם שינויים הקשורים לשימוש בתרופות המשפיעות לרעה על הבליעה. בנוסף, עשוי להיות טריגר בליעה מתעכב או חסר לגמרי; חדירה של חלק מהעיסה או כולה אל דרכי הנשימה מעל מיתרי הקול; אספירציה של כל העיסה או חלקה מתחת למיתרי הקול; רפלקס שיעול חלש או חסר לגמרי; שאריות של העיסה בוולקולות או סינוסים פיריפורמיים לאחר הבליעה (Hopper, Bayles & Kim, 2001). במקרה של השלבים הפרינג'יאלי והאסופוגאלי של הבליעה, עלול להיות קשה להבדיל בין השינויים הקשורים להזדקנות לבין אלה הנובעים מהמחלה (Tomoeda, 2001). שינויים אסופוגאליים לרוב מתאימים לשינויים הקשורים להזדקנות יותר מאשר לשינויים ייחודיים למחלת אלצהיימר, מאחר ששלב זה איננו ניתן לשליטה רצונית. ואולם, לחולים עלולים להיות קשיים בפתירת שריר הסוגר העליון של הוושט, תנועתיות איטית בוושט וריפלאקס.

דיספגיה התנהגותית

ישנן קלסיפיקציות אטיולוגיות רבות לסיבות לדיספגיה. לאנשים מסוימים ישנו בסיס נירומוסקולרי לדיספגיה שלהם, אולם לאחר עשויה להיות אנומליה מבנית. הדיספגיה הטיפוסית לחולי אלצהיימר נחשבת, לעתים קרובות, לדיספגיה התנהגותית, שכן השרירים עצמם אולי פועלים ואין מחסור או היצרות במעברים, ישנו פשוט חוסר יכולת להגיב בצורה נכונה לגירוי שניתן (מזון) ואז להמשיך בבליעה נורמלית. חשוב להבין את סיבת הדיספגיה אצל כל חולה וחולה, שכן יש לדבר השלכות רציניות על הטיפול בו, כפי שנראה.

הטבלה הבאה, מתוך הספר Feeding and Swallowing Disorders in Dementia, מדגימה את השפעתם של קשיים קוגניטיביים מסוימים על אכילה ובליעה (Bayles, 2003).

השפעתה על האכילה	הבעיה הקוגניטיבית
שוכח מתי אכל לאחרונה, מתי הארוחה הבאה, שוכח שצריך לאכול.	קשיי זיכרון
קושי במיקום הסכו"ם והאוכל קושי בזיהוי האוכל והכלים	קשיים בתפיסה ובמרחב
קושי בשימוש בסכין ומזלג קושי בביצוע פעולות רצוניות כגון פתיחת הפה לכפית או הזזת האוכל מקדמת הפה לאחוריו	אפרקסיה (בגפיים ובפה)
קושי בהבעת העדפות מזון בעיות בהבנת החוקים של שעת הארוחה	קשיי שפה
התנהגות חברתית לא מתאימה בשעת האוכל - אוכל מהר מדי, דוחס מזון לפה מעדיף מזונות שונים מבעבר	דיספונקציה אקסקוטיבית (של האונה הקדמית)
קושי לשבת ליד השולחן, מתקשה להתרכז באוכל, זקוק ליותר אנרגיה	הליכה הלוך ושבו/נסערת
מתקשה לקבל עזרה מאחרים מסרב לאכול, שיאכילו אותו, לשבת ליד השולחן משליך אוכל על המטפל או מכה אותו	תוקפנות
תיאבון ירוד, סירוב למזון המוביל לירידה במשקל, אכילה איטית	דיכאון
סירוב לאכול כתוצאה משנית למחשבות שווא, כגון חשש מהרעלה	מחשבות שווא
הפרעה בריכוז בשעת הארוחה, כגון "ראיית זבובים" על השולחן	הזיות

הטיפול בדיספגיה

הטיפול בדיספגיה באוכלוסיית חולי האלצהיימר מתמקד באסטרטגיות מפצות, שהמטפל יכול להשתמש בהן על מנת לצמצם את הסכנה לאספירציה, לתת-תזונה ולהתייבשות. איננו יכולים לסמוך על החולה עצמו שיפעיל את השיטות המומלצות הללו אם הוא נמצא בשלב הבינוני או המתקדם של דמנציה, מבחינת ליקויי הזיכרון או קושי להישמע להוראות. המלצות לשינויים בדיאטה או שיטות ייחודיות צריכות להינתן על ידי קלינאי תקשורת לגופו של כל מקרה, ואולם, לפנינו כמה הצעות כלליות לשימוש בטיפול באוכלוסייה זו.

על החולה להיות ער וערני ככל האפשר בשעת ההאכלה, כולל בשעת מתן תרופות. כמו כן, על החולה להיות ישוב זקוף ככל האפשר, עם תמיכה טובה באגן ובגב, כך שראשו נמצא בתנוחה ניטרלית להאכלה ואינו מופנה למעלה או למטה. מחקרים רבים מדגישים את החשיבות שבנתינת אפשרות לחולה להאכיל את עצמו ככל שניתן, שכן הדבר משפר את איכות הבליעה, כאשר החולה יודע למה לצפות ומתי, והוא בשליטה על כמות האוכל ועל קצב ההאכלה (Brush & Camp, 1998). הגדלת הכמויות והסוגים השונים של גרייה שהמזון יכול לספק עשויה לסייע לגרום להתנעת תגובת בליעה של העיסה. למשל, הגברת הגרייה החושית של המזון בכך שנשתמש במשקאות מוגזים, הבועות עשויות לגרום לבליעה מהירה וחזקה יותר. כדי להגביר את גריית הטעם, הגישו מזון בעל טעם חזק ומוגדר, חמוץ מאוד או מתוק מאוד או חריף מאוד, במקום המזון חסר הטעם המוגש לרוב במוסדות סיעודיים. על מנת להגביר את הגרייה הוויזואלית, הגישו מזון שנראה מעורר תיאבון, בעל צבעים שונים או קישוטים, והשתמשו בצלחות ובקערות יפות. לשם גרייה של הטמפרטורה של המזון, הגישו מזון שהוא חם מאוד או קר מאוד, במקום מזון בטמפרטורת החדר.

על מנת לצמצם עד המינימום את סכנת ההתייבשות ותת-התזונה, יש להגיש ארוחות וארוחות ביניים על פי פרוטוקול ולוח זמנים, בדומה לזה של תרופות, במקום להמתין לבקשתו של החולה לאכול, שכן החולים במחלת אלצהיימר הם בעלי יוזמה מעטה או חסרי יוזמה לגמרי. על מנת להקטין את השפעותיה של העייפות, ולעודד קליטת מזון מרובה יותר, יש להציע שש ארוחות קטנות ביום במקום שלוש ארוחות גדולות, העלולות לעייף את החולה. יש להציע מזון עתיר קלוריות, הכולל תוספי מזון, כך שגם אם יאכלו כמות קטנה, היא תהיה בעלת ערך קלורי ותזונתי גבוה.

כאשר מאכילים אדם החולה במחלת אלצהיימר, יש לשמור על קצב האכלה איטי עם נגיסות קטנות ולגימות קטנות. דרך קלה להקטין את גודל הנגיסה או הלגימה היא להשתמש בכלים קטנים יותר, כגון כפית במקום כף. וכן, להציע לגימות עם כפית במקום לגימה ישירה מהכוס, על מנת למנוע שתייה מוגזמת; יש להימנע משימוש בקשית שתייה הגורמת לגימות גדולות בקצב מהיר. יש לשים לב כאשר האדם בולע, ולא להציע את הכפית הבאה לפני שהוא בלע את הנגיסה הקודמת. יש לעודד את החולים ללעוס את מזונם במקום להשאירו בפה. יש לבדוק אם הושארו "כיסים" של מזון בלחיהם, לאחר מספר נגיסות.

אם לחולה אין רגישות מספקת לחדירת מזון ולאספירציה, יש לעודד אותו להשתעל או לכחכח בגרונו לאחר מספר לגימות או נגיסות, על מנת שיפלוט כל חומר שעלול היה להיכנס לדרכי האוויר שלו. יש לבקש מהחולה לבלוע בליעה יבשה במיוחד על מנת לסלק שאריות פרינג'אליות העלולות להיוותר לאחר הבליעה הראשונית. שינויים בדיאטה יכולים לסייע לחולה להתנהל טוב יותר בשעת הארוחות. ניתן לעבות נוזלים בעזרת חומרים מסמיכים המצויים בשוק, על מנת שירדו במורדות הפארינקס לאט יותר כעיסה מלוכדת אחת. ניתן למעוך מזון מוצק לפירה או למזונות רכים אחרים הניתנים ללעיסה קלה יותר. אפשר להוסיף רטבים למזון מוצק על מנת להוסיף לו לחות ובכך לסייע ליצירת העיסה. ניתן להגיש לגימות של נוזלים ונגיסות של מזון לסירוגין כדי להקל על סילוק המזון מהפרינקס.

לפנינו רשימה של אסטרטגיות נוספות לשעת הארוחות, שיסייעו בהאכלת החולה במחלת אלצהיימר. רשימה זו נלקחה מקורס באינטרנט הניתן על ידי סו קורפמן, קלינאית תקשורת (Bourgeois & Mason, 1996).

האתגר	ההתערבות
שכחנות ודיס-אוריינטציה לרוב מפרש לא נכון את צורכי הגוף באשר לרעב ולמזון	להציע נוזלים ומים כל הזמן. חוסים במוסד אינם מבקשים לשתות, התייבשות עלולה לגרום להגברת התוקפנות
משחק עם האוכל, שוכח כיצד לאכול, אינו מזהה מזון כמזון	לעתים קרובות חוסים במוסדות מתקשים לעבור לאכול, מהפעילות שלפני הארוחה אל הארוחה עצמה. כתוצאה מכך הם משחקים עם האוכל שכן אין בסביבה רמזים ליידע אותם שהפעילות השתנתה. יש לשנות את מראם של השולחנות כדי לסמן למטופלים שהפעילות כעת הינה אכילה, בכך שנשתמש במפת שולחן, מפיות לאכילה, פרחים, סלסילות למפיות.
אוכל בעזרת האצבעות במקום להשתמש בסכ"ם	להגדיל את מספר סוגי המזון שניתן לאכול באצבעות; לתת חיזוקים חיוביים לכישורי האכילה של המטופלים; לפשט את מטלת האכילה כדי שיוכלו להצליח בה, בכך מורים להם מה צריך לעשות בכל שלב של האכילה.
אינו משתמש נכון בכלי אכילה	להגביל את מספר הכלים. לעתים קרובות חוסים עם דמנציה אוכלים בעזרת הסכין כי הם מרימים אותו בידם הימנית, השלטת, כדי לחתוך את המזון (אם הדבר נחוץ ואם לאו) ואז הם שוכחים להורידו ולבחור במזלג או בכף.

יש להגיש כל מנה לחוד ובכך להמעיט את הצורך בבחירה ולהפחית את מספר הדברים המסיחים את הדעת; כאשר ניתן, לתת אפשרות בחירה של התפריט, ובחירה בין 2-3 מנות עיקריות. כאשר אוכלים במסעדה, להציע תפריט ולתת רמזים המסייעים לבחירה. למשל: "האם תעדיף בקר או עוף?" אם החוסים אינם מסוגלים לבחור ולכם ידוע מה הם אוהבים או לא אוהבים, תוכלו לומר, "המסעדה הזו מפורסמת בצלי הבקר שלה, תרצה להזמין צלי?"	אינו מסוגל לבחור מזון אם יש יותר מדי אוכל או ישנם מיכלים רבים מדי במקום.
אם החוסה מרגיש שיש יותר מדי אוכל על צלחתו, השתמשו בשתי צלחות, הגישו חצי ארוחה בכל פעם.	מראה חוסר יכולת להבין מה נדרש ממנו בזמן הארוחה
	קשב מוגבל
להשתמש במילים פשוטות. לגעת בחוסה, לכוון אותו מחדש למטלת האכילה. אולי יש צורך ב- 5-6 ארוחות ביום לחוסים שאינם מסוגלים לאכול הרבה בכל פעם, אם הם נעשים נסערים בכל פעם שמנסים למקד אותם באכילה.	חוסר יכולת להתמיד במטלת האכילה אינו מאפשר את אכילתה עד תום
הארוחה יכולה להיות שילוב של ישיבה ואכילה, ואחריהן הליכה ואכילת מזון אצבעות מקערה. אפשר לעשות כריכים מכל מה שניתן להדביק ביחד. אפשר להשתמש ב"פאוטש" על המותן אצל חוסה שצריך להשאיר את ידיו פנויות על מנת שיוכל לאחוז במזון באצבעות.	עוזב את השולחן תוך כדי ארוחה

כמה מילים על האכלה בעזרת צינור גסטרו (PEG)

נושא ההזנה המלאכותית אצל חולים עם מחלת אלצהיימר מהווה מקור לוויכוחים בקהיליה הרפואית מזה שנים. לעתים קרובות, מגיעה נקודה בטיפול בחולה עם דמנציה מתקדמת, שבה המזון כבר אינו ניתן לאכילה דרך הפה, והצוות הרפואי ובני המשפחה חייבים לחשוב על אפשרות של הזנה בזונדה או בפג כאלטרנטיבה תזונתית. ישנם דיונים ללא סוף בספרות הרפואית באשר לאתיקה ובאשר לעילות שבהאכלה אנטרלית ומצב של צום מוחלט בחולים עם דמנציה מתקדמת. אף על פי שסוגיה זו יכולה למלא ספר שלם, נזכיר כאן כמה שאלות שעלו באשר לשימוש בפג בחולים עם דמנציה מתקדמת.

האם הוא משפר את המצב התזונתי?

- ◆ האם הוא מפחית את הסיכון למחלה, ובמיוחד לדלקת ריאות כתוצאה מאספירציה?
- ◆ האם הוא מאריך את תוחלת החיים?
- ◆ האם הוא משפר את רווחת החולה ואת איכות חייו?

המתנגדים להזנה מלאכותית של חולה עם דמנציה מתקדמת טוענים, כי התשובה לכל השאלות הללו היא **לא** רבתי, והם מונים רשימה שלמה של תוצאות שליליות להזנה שכזו, כגון הצורך הגובר בשימוש בקשירות, ירידה באינטראקציה החברתית ועלייה בשיעור הסיבוכים (Hopper, 2001; Ripich, Wykle & Niles, 1995).

בצידו השני של המתרס קיימות ההשלכות ההלכתיות של מניעת תזונה בעזרת הפג. מקור חשוב למידע אודות זווית הראייה היהודית בנושא השימוש בפג בחולים עם דמנציה מתקדמת הוא מאמרו של ד"ר גיליק, שכותרתו: Artificial Nutrition and Hydration in the Patient with Advanced Dementia: Is Withholding Treatment Compatible with Traditional Judaism?

ההחלטה להשתמש בצינור גסטרו (פג) בחולה עם דמנציה מתקדמת היא אישית, ויש לקבל אותה לגבי כל חולה לגופו, כאשר בני המשפחה מודעים לכל ההיבטים של הסוגיה, על מנת שיוכלו לקבל החלטה מושכלת כאשר טובת בן משפחתם עומדת לנגד עיניהם.

מקורות

- American Speech-Language-Hearing Association. (2005). *The roles of speech-language pathologists working with individuals with dementia: Position statement*. From www.asha.org
- Bayles, K.A. (2001). Understanding the neuropsychological syndrome of dementia. *Seminars in Speech and Language*, 22(4): 251-259.
- Bayles, K.A. (2003). *Management of communication disorders associated with dementia*. In: Brookshire, R.H., *Introduction to Neurogenic Communication Disorders*. St. Louis, Missouri: Mosby.

- Bayles, K.A. & Tomoeda, C.K. (1993). *Arizona battery for communication disorders of dementia*. Austin, TX: Pro-Ed.
- Bourgeois, M.S. & Mason, L.A. (1996). Memory wallet intervention in an adult day care setting. *Behav. Intervent.* (11): 3-18.
- Brush, J.A. & Camp, C.J. (1998). Using spaced retrieval as an Intervention during speech-language therapy. *Clin Geront.*(19): 51-64.
- Campbell-Taylor, I. (1995). *Motor speech disorders*. In: Lubinski, R. *Dementia and Communication*. San Diego: Singular Publishing Group.
- Carlomagno, S. et al. (2005). Referential communication in Alzheimer's type dementia. *Cortex*, 41(4): 520-534.
- Forbes-Mckay, K.E., Venneri, A. (2005). A detecting subtle spontaneous language decline in early Alzheimer's disease with a picture description task. *Neurol Sci.*, 26(4):243-54.
- Hodges, J.R. (2006). Alzheimer's centennial legacy: Origins, landmarks and the current status of knowledge concerning cognitive aspects. *Brain*, 129: 2811-22.
- Hopper, T. (2001). Indirect interventions to facilitate communication in Alzheimer's disease. *Seminars in Speech and Language*, 22: 305-315.
- Hopper, T., Bayles, K.A. & Kim, E. (2001). Retained neuropsychological abilities in individuals with Alzheimer's disease. *Seminars in Speech and Language*, 22(4): 261-273.
- Kempler, D. (1995). *Language changes in dementia of the Alzheimer's type*. In: Lubinski, R. *Dementia and Communication*. San Diego: Singular Publishing Group.
- Ripich, D.N., Wykle, N. & Niles, S. (1995). Alzheimer's disease caregivers: The focused program. *Geriatric Nursing*, 16(1).
- Tomoeda, C.K. (2001). Comprehensive assessment for dementia: A necessity for differential diagnosis and management. *Seminars in Speech and Language*, 22(4): 275-289.
- www.alzheimers.org
- www.ninds.nih.gov

"זה לא קורה אצלנו!"

התעללות בתשושי נפש, חולי דמנציה

עדינה קצוף

מבוא

כל התעללות, בילדים ובקשישים, היא בעיה מסובכת, ולעתים קרובות, בעיה שנשמרת מתחת לפני השטח. לרבים בקהילה יש תפיסה מוטעית; כששומעים על התעללות בתשושי נפש, במיוחד בקשישים, מייחסים את העובדה לנעשה במוסדות או לקשישים מוזנחים, החיים בגפם. אך הבעיה היא לא רק קשישים החיים במוסדות או בפריפריה של החברה, האמת היא שהתעללות בתשושי נפש, כגון חולי אלצהיימר, קיימת ממש בסביבתנו. רוב ההתעללות מתקיימת בביתם של הקשישים ואף באלה החיים עם בני זוג ובני משפחה אחרים (קניג, אלון ובן דוד, 2007).

ההסבר לכך הוא, שההתעללות על פי רוב מופיעה בתהליך התשישות הגוברת ובעקבותיה התלות הגוברת של הקשיש התשוש באחרים, לסיפוק צרכים בסיסיים. מנתוני הסקר הארצי להתעללות והזנחה של זקנים, שפורסם ב-2005, אנו למדים כי 18.4% מכלל הזקנים נחשפו לסוג אחד או יותר של התעללות בשנה שקדמה לביצוע הסקר. אצל חולי דמנציה, רמת הסיכון להיפגע מהתעללות גבוהה פי שניים מאשר אצל זקנים אחרים (אלון, 2005).

סוגי התעללות

התעללות בקשישים תשושי נפש מבוצעת בדרכים שונות, כגון: פגיעה פיזית, נפשית, מינית או הזנחה וניצול.

1. התעללות **פיזית** כוללת: סטירות, דחיפות, בעיטות, מכות, צביטות, כוויות ואפילו נשיכות. כמו כן, ריבוי תרופות או המעטתן ואפילו מניעת מזון.

2. התעללות **נפשית** יכולה להתבטא בשמות מבזים, בהפחדות, באיומים או במניפולציות ובגרימת כאבי נפש.

3. התעללות **מינית** סקסואלית קיימת גם לגבי קשישים תשושים; כגון מישוש בחלקי גוף ארוטיים, להכריח את המטופל לקבל קירבה סקסואלית מאדם אחר, לעתים אף אונס.

4. **הזנחה**: רישול או מניעת אספקת צרכים פיזיולוגיים, כגון: מזון, הזנחת ניקיון הגוף או מקום מגורים, כישלון באספקת ביגוד, הלבשה ותרופות חיוניות ביום-יום, בין אם במכוון או בשוגג. לעתים, באחריותו של המטפל נכללים גם תשלומי חשבונות של הקשיש או ניהול כספו של המטופל תשוש הנפש והמטפל אינו מקיים את חובתו. גם זו הזנחה.

סימנים מעוררי חשד

1. התעללות פיזית:

- א. כתמים בעור, על הזרועות, על הפנים.
- ב. סימני פגיעות בצוואר, בקרסולי הרגליים.
- ג. הסברים לא ברורים, לא מובנים.
- ד. התחמקויות והסברים לא ברורים.
- ה. הימנעות מביקור חוזר לאותו חדר מיון.
- ו. פגיעות שונות במקומות שונים ולא מובנים.

2. סימני התעללות נפשית-פסיכולוגית:

- א. כשמטפל או מטופל אינו מוכן לדבר ולהשיב על שאלות.
- ב. פחדים וחרדות לא הגיוניים.
- ג. חוסר התעניינות או רצון בקשר חברתי.
- ד. בעיות גופניות או נפשיות כרוניות.
- ה. התחמקויות.
- ו. דיכאון.

3. סימני התעללות מינית:

- א. דימומים לא מוסברים בנרתיק או בפי הטבעת.
- ב. תחתונים קרועים או מוכתמים בדם.
- ג. שריטות בשדיים.
- ד. זיהומים בנרתיק או סימנים למחלה וגנלית.

4. סימני התעללות כלכלית:

- א. מצב חיים לא הולם למצב הכלכלי.
- ב. משיכות גדולות מחשבון הבנק והעברות לבנקים אחרים.
- ג. החתימות על ההמחאות לא מתאימות לחתימת הישיש התשוש.
- ד. הגשת חשבוניות מופרזות.

5. סימני הזנחה:

- א. תלבושת מרושלת.
- ב. חוסר ניקיון גופני.
- ג. ירידה ניכרת במשקל.
- ד. רעב וצימאון לא סבירים.
- ה. לא הוצא מהמיטה בשעות סבירות.
- ו. אין סימני קשר אישי, חברתי וענייני.

ז. ישנם סימנים שאין להם הסבר ואינם ברורים, כגון: תשישות, הסתגרות ועייפות כתגובה לתרופות. גם סמנים כאלה צריכים לעורר חשד להתעללות.

חייבים לפקוח עיניים, שכן חלק מסימני ההתעללות דומים לסימפטומים של דמנציה ולכן קשה יותר לאתר התעללות.

גורמים להתעללות: למה זה קורה?

קשה להסביר למה ומה בדיוק הוא הגורם להתעללות בקשיש התשוש, ובעצם אין גורם יחיד שאפשר להצביע עליו. התעללות בקשיש התשוש, חולה דמנציה, הוא מצב מסובך שעלול להתפתח מגורמים שונים, שמקורם: מצב משפחתי, בעיות של המטפלים ובעיות חברתיות.

1. מצבים משפחתיים העלולים לגרום להתעללות:

א. סכסוכים בין בני המשפחה הנובעים בעקבות שהותו של הקשיש **בקרבתם** והבעיות הנובעות מהטיפול בו.

ב. היסטוריה משפחתית של בעיות ביחסים בין בני המשפחה.

ג. בידוד חברתי של המשפחה, מתוך אסטרטגיה למניעת חשיפה של התעללות.

ד. העומס המרובה על אחד מבני המשפחה בטיפול בקשיש התשוש.

ה. חוסר ידע ומיומנות בטיפול.

ו. שחיקה, עייפות, אבדן כוחות פיזיים ונפשיים של המטפל המשפחתי.

ז. לפעמים התעללות במטופל היא המשך יחסים מעורערים בין בני הזוג או בין הורים וילדיהם.

ח. תחושה של בזבז כספי הירושה על מטפל שכיר או מוסד או אפילו על מועדון יום.

אין זה נדיר שהחולה עצמו יכחיש את ההתעללות בו מתוך חשש שמא יעבירו אותו מביתו למוסד או מתוך פחד לנקמה מהמטפל בו. הוא יכחיש בעיות, כגון: קושי בביצוע מטלות יום-יומיות, קושי בהלבשה, רחצה והכנת מזון, אבדן התמצאות בצאתו מביתו ובחזרה אליו, נפילות.

הישיש תשוש הנפש, חולה דמנציה, כמתעלל במטפלו

עד עתה התייחסנו לתופעה הלא נדירה, לצערנו, של התעללות מצד המטפל באדם תשוש הנפש. אך קיימים גם מקרים שבהם אנשי מקצוע מדווחים על התעללות של הקשיש התשוש, חולה דמנציה, בהם.

צורת התעללות זאת עלולה להתבטא:

1. השתוללות נגד המטפל, מכות.

2. שפיכות המזון שהוגש לו על פניו של המטפל, שהגיש לו את האוכל.

3. זריקת חפצים עליו, קריאה בשמות מבזים.

4. איומים לגרשו או לא לשלם את שכרו (מטפל זר).

מצב זה עלול להיות גורם מרתיע בעבור האנשים המסוגלים לטפל בחולה ולעזור לו. עם זאת, ברור שהמטפל, לעומת המטופל, מסוגל להגן על עצמו ולהתמודד עם המצב.

מי הם המעורבים בטיפול בקשיש חולה דמנציה?

1. בני משפחה, כגון: בני-זוג, בן, בת ועוד.
2. מערכות מחוץ למשפחה - מערכת הרפואה, כולל מחלקה גריאטריה, מרפאות, נירולוג, פסיכולוג, עובדים סוציאליים. אלה בעיקר מאבחנים את מצב החולה התשוש. הם מציעים טיפולים ומייעצים לחולה ולמשפחה והם הראשונים שמסוגלים לאבחן התעללות.
3. מטפלים בשכר המועסקים בביתו של המטופל ובמוסד.
4. הצוות במועדוני יום.
5. הצוות במוסדות לקשישים תשושי נפש.

כניסת מערכות עזרה

כמו לכל אדם, גם לשיש תשוש הנפש ישנה הזכות לסודיות ולפרטיות. אמנם, מטפלים חייבים לשמור על פרטיות החולה, אך לא בפני רופאים ועובדים סוציאליים. כל אדם - שכן, ידיד, עובד קהילתי, שעולה בו החשד על התעללות או סכנה, חובה עליו לדווח על הממצאים למערכות מקצועיות - לעובדים סוציאליים, למשטרה, או לבית חולים.

לסיכום, על פי רוב המשפחה היא המטפלת, הדואגת ומכבדת את הקשיש תשוש הנפש. קיים סיכון, שיחסי המטופל-מטפל עלולים לגלוש להתעללות בעקבות המצב הקשה. על בני המשפחה המטפלים להיות מודעים שבחברתנו, ברוב המקרים, קיימות מערכות לעזרה ולטיפול מקצועי בבן משפחתם הקשיש ותמיכה למטפלים בו. כמו כן, על אנשי המקצוע להיות ערים לעובדת התעללות בקשיש ושהמצב עלול להיות מוסתר מפניהם. במקרים כאלה, יש צורך לשקול את האפשרויות המתאימות לטיפול במצב שהובחן ולהפעילן.

מקורות

אלון, ש. (2005). התעללות והזנחה של זקנים - דמנציה כגורם סיכון להתרחשות הפגיעה.

עלון של עמותת אלצהיימר ומחלות דומות בישראל, 49 נובמבר: 4-7.

קניג, א., אלון, ש. ובן-דוד, ו. (2007). **התעללות בזקנים: התערבות ומניעה**. אשל ועיריית תל-אביב יפו: ירושלים.

תמיכה בצוות המטפלים בתשושי נפש

עדינה קצוף

מבוא

מאז הגדרת העבודה הסוציאלית כמקצוע נפרד, נחשב תחום ההדרכה, הפיקוח והייעוץ לחיוני ביותר וכתהליך הכרחי לייעול השירות (Kaslow, 1977) ולהתפתחות הידע והמיומנות של העובדים (Munson, 1993).

תחילה התמקדה ההדרכה בחינוך ובניהול (middle management), אך עם זמן התפתחה גם יצירת מערכת תמיכה למודרך (Martel, 1981). כלומר, על הדאגה לקידום השירות ויעדיו נוספה המטרה לקדם את העובד כאיש מקצוע, לספק לו ידע, להקנות מיומנויות, לחנך לערכים, לפתח מודעות עצמית וזהות מקצועית ולהעניק לו מסגרת תומכת נגד שחיקה.

הספרות המקצועית הענפה מנחה את המדריך כיצד למצוא את מקומו במסגרת השירות ולאתר את המיומנויות הדרושות לעבודתו. עם זאת, היא מותירה טווח רחב להתבטאות אישית, בהתאם לנטייתו של המדריך, לכישוריו, ליצירתיות שלו, להשקפת עולמו האישית והמקצועית ולכלים הפסיכולוגיים או החברתיים שבהם הוא בוחר.

מהספרות המקצועית עולה, כי ככל שניתנים לעובדים יותר הדרכה וייעוץ, פוחתים אחוזי הנשירה מהשירות. עובדה זו היא הוכחה לכך, שההדרכה לא נועדה רק לפיקוח על יעילותו של העובד הסוציאלי, אלא לסייע לו אישית בביצוע תפקידו.

בעשור האחרון הורחב תפקידם של הצוותים העוסקים במתן שירותי אנוש. על המספר המצומצם של מקצועות, שנכללו בעבר בתחום זה (עבודה סוציאלית, רפואה, פסיכיאטריה, ועוד), נוספו עובדים ממגוון רב של מקצועות רפואיים ופרה-רפואיים, כגון: סיעוד, בריאות הנפש, חינוך למבוגרים, גרונטולוגיה ותרפיות שונות. לעומת חילוקי הדעות ששררו בשנות ה-60 וה-70 (של המאה הקודמת) לגבי העסקתם של עובדים פרה-רפואיים בשירותי אנוש, בעשורים האחרונים כבר אין עוררין על הצורך בכך, אם כי היקף אחריותם ומקומם בהיררכיה עדיין לא תמיד מוגדרים. התפתחות השירותים החדשים, התרחבות אוכלוסיות היעד, הגידול במספר אנשי הצוות והפעילות המשולבת של עובדים רב-מקצועיים ופרה-מקצועיים מגבירים עוד יותר את הצורך בהקניית מיומנויות חדשות.

היחסים בין המדריך למודרך

בספרות המקצועית (Martel, 1981; Kadushin, 1976) מודגשים מספר עקרונות הכרחיים, שיש להקפיד עליהם בשיחות הדרכה:

1. על השיחות להיות ממוקדות במטרות השירות ובהערכת המטלות הנדרשות מן העובד. עליהן להתייחס הן לניהול יעיל של המטלות והן לתמיכה בעובד נגד שחיקה,

מחד, וליצירת סיפוק מקצועי פיצוי הולם, מאידך. בעיקר הדברים אמורים בעובדים המשרתים זקנים תשושים, אשר נאלצים להתמודד בשתי חזיתות - עם ההידרדרות של המטופלים המתחוללת לנגד עיניהם ועם מצוקת בני המשפחה, הכורעים - נפשית וגופנית - תחת עומס הטיפול בזקנים אלה (קצלניק, אבירם וקטן, 1991; לומרנץ, אייל ושמוטניק, 1992).

2. המבנה של תהליך ההדרכה חייב להיות ברור ויציב. על הפגישות להיערך בזמנים קבועים, אם כי יש לאפשר גישה אל המדריכה גם בשעות אחרות, כדי שתוכל לסייע למודרכים בעתות חירום, משבר או לחץ.

3. ההדרכה חייבת להיות בנויה על הסכם הדדי בין המדריך למודרך, וכן בינם לבין המסגרת המעסיקה אותם.

4. ההדרכה מתבססת על ההנחה, שיש קשר בין היחסים של המטפל והמטופלים לבין היחסים של המטפל והמדריך.

5. בהדרכה נשמרת זכותו של המטופל לסודיות ולפרטיות, ולכן אין לדווח על הנאמר במסגרת ההדרכה לשום גורם חיצוני. בקשות, הצעות או תלונות של המודרך, המחייבות התערבות של גורמים אחרים (למשל, ההנהלה), יועברו רק בהסכמת שני הצדדים. על המדריך מוטלת האחריות לחזור ולהזכיר למודרך את התחייבותו לשמור על צנעת הפרט של המטופל.

נושאי ההדרכה ואופייה תלויים בתכונותיהם האישיות של העובדים ולא רק במגוון מקצועותיהם. העובדים נבדלים זה מזה בניסיונם המקצועי, בנטייתיהם האישיות והמקצועיות, בנכונותם להשקיע בהתפתחות מקצועית אישית, במידת פתיחותם לשינויים, לחשיפה ולהסתכנות ובעיקר ברמת המודעות העצמית שלהם. על המדריכה להיות רגישה לכל האפשרויות האלה, ואף לאבחן את נטיותיהם, את חולשותיהם ואת סגולותיהם של המודרכים ולקבוע מה היא ההדרכה המתאימה להם ביותר.

ככל שרוב יותר הביטחון של העובד בעשייתו המקצועית רבה פתיחותו לקבלת הדרכה ולהפקת רווחים מניסיונם של אחרים. כך נוצר מעגל סגור - הגברת האמון של העובד בעצמו מחד ובמדריך מאידך, מגבירה את נכונותו לקבל הדרכה נוספת ולהשתפר. כתוצאה מכך, גדלה פתיחותו ונכונותו ללמוד.

לסיכום, המדריך הוא הציר המרכזי במתן התמיכה. תפקידו המגוון כרוך בקיום קשר בלתי אמצעי והדוק עם העובדים ועם אוכלוסיית היעד, מחייב מעורבות בתכנון ובהפעלת התכנית ועדכון מתמיד בתחום המקצועי והארגוני. המדריך מייצג בפני ההנהלה את העובדים ומתרגם את משאלותיהם ואת תלונותיהם למגמות אובייקטיביות לטובת השירות כולו. מצד שני, הוא עוזר להוציא אל הפועל את החלטות ההנהלה. כדי למלא את תפקידו כמות, עליו להדריך את העובדים בידע המתחדש והמתפתח כל העת ובה במידה לעמוד לצדם כנגד שחיקה מחמת העבודה עם האוכלוסייה הקשה של תשושי נפש (למעשה, לעתים קרובות המדריך אינו רק במעמד של תורם למערכת, אלא הוא לומד באופן מתמיד - והאתגר מרתק).

מקורות

לומרנץ, י., אייל, נ. ושמוטניק, ז. (1992). מצב הבריאות בזיקנה והקשר למערכות תמיכה משפחתית. *גרונטולוגיה* 56-57: 14-18.

קצלניק, ק., אבירם, א. וקטן, י. (1991). בוגרי עבודה סוציאלית בתחילת הקריירה. מימוש ערכים תעסוקתיים, שביעות רצון ומחויבות מקצועית. *חברה ורווחה*, י"ב (1): 56-73.

Kadushin, A. (1976). *Supervision in social work, third edition*. New York: Columbia University Press.

Kaslow, F. et al., (1977). *Supervision, consultation and staff training in the helping professions*. San Francisco: Ossey-Bass.

Martel, S. (1981). *Supervision and team support*. Family Service Units. London: Bedford Square Press.

Munson, C. (1993). *Clinical social work supervision*. New York: Haworth.

יותר מ-100 פעילויות שאפשר לעשות עם אדם חולה דמנציה

1. לספור מטבעות של כסף
2. לברור קטניות
3. לקרוא סיפור בקול רם
4. לאפות עוגיות
5. לחפש מספרים בספר טלפונים
6. לקרוא עיתון ביחד
7. להזמין חבר, שכן, בן משפחה או משהו מבית הכנסת לבקר עם תינוק או ילד קטן
8. להקשיב למוזיקה ביחד
9. לטעת זרעים בבית או בחוץ
10. להסתכל על תמונות משפחה
11. לשחק בזריקת כדור או במסירת כדור
12. לצייר
13. להכין מיץ תפוזים
14. לנקות את השולחן
15. להכין סלט
16. להשלים פתגמים
17. לקרוא תהילים בקול רם
18. לקפל כביסה
19. ללטף כלב או שפן או כל בעל חיים לליטוף
20. לגזור תמונות יפות מהעיתון
21. לשטוף כלים
22. לאפות לחם
23. למיין חרוזים צבעוניים
24. לשיר שירי חגים
25. לבקש שהם יספרו על משהו מהעבר - איך הגיעו לארץ, למשל
26. למיין את הסכ"ם
27. להכין כרטיסי ברכה לראש השנה
28. לתופף בתוף
29. לצאת לטייל בשכונה

30. לאפות עוגיות
31. להתבונן מבעד לחלון
32. לכתוב שיר או חרוזים ביחד
33. לדבר על היום הראשון בבית ספר
34. להכין אביזר להאכלת ציפורים
35. להכין "קנידלאך"
36. לטאטא את הבית
37. לשתות תה ביחד
38. לדבר על המצאות חשובות לעולם, כמו הגלגל, הטלפון
39. להכין עץ שורשים למשפחה
40. לצייר תמונה של הדגל
41. להכין "על האש"
42. להשקות עציצים
43. לשחק באולינג עם בקבוקים
44. להכין מילק שייק
45. לרקוד למוזיקה תימנית
46. למיין קלפים על פי הצבע
47. לכתוב מכתב לבן משפחה או חבר
48. להכין פופקורן
49. להזכיר שמות של ראשי הממשלה
50. לסדר ציפורניים ולמרוח לק
51. להכין אווירון מנייר ולהטיס אותו
52. להכין חבילות לחיילים
53. להכין משלוחי מנות
54. להכין רסק תפוחי עץ
55. להאכיל חיות
56. ליצור עם חימר
57. להסתכל על תמונות בנשיונל גיאוגרפיק
58. להכין פזל
59. לשייף ולהחליק חתיכות עץ
60. לשים קרם ידיים
61. להכין מפות שולחן מנייר
62. לשזור פרחים
63. לסדר מגרות
64. להשלים פסוקי תנ"ך
65. להכין כריכים
66. לנקות אבק

67. למחזר נייר
68. לקרוא סיפורים קצרים
69. להכניס כסף לקופת צדקה
70. לחתוך אבטיח (להכין ממנו סל לפרות העונה)
71. לדבר על משחקי ילדות
72. לגלגל חוט סריגה
73. לקשט עוגת יום הולדת
74. להסתכל על תמונות של חפצים
75. לבחור כובע לחבוש
76. להכין עיסת נייר
77. להכניס ציפורן לתפוז לבשמים
78. לשחק סקרבל (להכין מילים)
79. להכין מתנה למישהו
80. לבקש שילמד אותך משהו
81. להכין מעטפות לכרטיס ברכה
82. להחליף בדיחות
83. לדבר על הרגשות
84. לתת חיבוק (לקבל רשות קודם)
85. לחייך ביחד
86. לבקש עצה
87. לתת מחמאה
88. להריח פרחים
89. להסתכל על תמונות חתונה
90. ללכת למוזיאון
91. ללכת לקונצרט
92. ללכת לאכול פיצה
93. לעשות רשימה של מילים מנוגדות: קר-חם, גדול-קטן
94. לעשות תרגילי חשבון
95. לשחק "מה אם....."? לא הייתה לנו מכונית, היו לנו כנפיים...
96. לחשוב על 10 מילים עם כל אותיות הא', ב'
97. להחליף מתכונים
98. להכין שירון של שירים אהובים
99. לנשום עמוק
100. לנחש מה יש לי ביד
101. לצייר תמונה על סמך מוזיקה
102. להחליט על כותרת לתמונה מצחיקה

אפשר תמיד להוסיף רעיונות להפעלת חולה דמנציה.

שירותים בקהילה לעזרת חולי אלצהיימר ומשפחותיהם

אשל

האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בקהילה: 02-6557128
אתר אינטרנט: <http://www.eshelnet.org.il>

מלב"ב

משרד ראשי: 02-6666198 / 02-6555826
מרכז יום, פסגת זאב / מכירת תוכנת מחשב "סביון": 02-5833555
מרפאת מומחים לאבחנה של בעיות זיכרון: 02-6666882
מרכז יום בית שמש: 02-9994258
טיפול בית
מכון ללימודי הזיקנה: 02-6555198
אתר אינטרנט: www.melabev.org

עמד"א

עמותה לחולי דמנציה, אלצהיימר ומחלות דומות בישראל:
קבוצות תמיכה, תיק הפעלות, ועוד: 03-5341275 *8889
אתר אינטרנט: <http://www.alz-il.net/>
דואר אלקטרוני: office@alz-emda.org.il

המוסד לביטוח לאומי:

חוק סיעוד 02-6463456
http://www.btl.gov.il/benefits/long_term_care/Pages/default.aspx
יד שרה: השאלת ציוד רפואי, מכשירי מצוקה, כביסה, ועוד: 02-6444444
אתר אינטרנט: <http://www.yadsarah.org.il/site.asp>

בית משפט לענייני משפחה:

מינוי אפוטרופסות: 02-5010222
http://www.akim.org.il/akimyeda/chapter16/apotraftsut_full.htm

ועידת התביעות לניצולי השואה:

03-5194400
אתר אינטרנט: <http://www.claimscon.co.il/article.php?id=22>

יד ריבה:

סיוע משפטי לקשיש:

אתר אינטרנט: <http://www.yadriva.org.il/>

מילבת:

המרכז הישראלי לאביזרי עזר: 03-5303739

אתר אינטרנט: <http://www.milbat.org.il/>

דואר אלקטרוני: milbat@netvision.net.il

לקריאה נוספת

- איזנברג, ד. וברק, י. (2005). אלצהיימר. פרולוג: ראש העין.
- ארדמן, ר. וג'ונס, מ. (1993). התמודדות עם בעיות זיכרון. אור-עם.
- בן-עקיבא מליניאק, א. (1999). עניין של צמיחה. תכנית פעילות בגינות לזקנים. ירושלים: אשל.
- ברנבאום, ר. וברונר, ד. (1995). עבודה עם חולי אלצהיימר. העשרה למטפלים בתשושי נפש בקהילה. ירושלים: אשל ומלב"ב.
- מק'גואין, ד. פ. (2000). לחיות במבוק. מסע אישי בנפתולי אלצהיימר. ירושלים: אשל ועמותת אלצהיימר
- סער, א. (1999). כוח להמשיך. המדריך לשיפור איכות החיים של חולי אלצהיימר ומשפחותיהם. ירושלים: אשל ועמותת אלצהיימר.
- פורת, ג. וסער, א. (2005). אלצהיימר: המדריך המלא לחולים ולבני משפחותיהם. כפר סבא: עמותת אלצהיימר ודורות.
- שטראוס, ק. (2003). לדבר עם חולי אלצהיימר. נתניה: שמעוני.
- שפירא, מ. ובכר, ש. (2004). פילוסופיית הסנוחלן של בית איזי שפירא. גרייה רב-חושית מבוקרת. ישראל: בית איזי שפירא.

Abraham, R. (2004). *When words have lost their meaning: Alzheimer's Patients communicate through art*. Westport CT: Praeger

Bowlby, C. (1993). *Therapeutic Activities with persons Disabled by Alzheimer's Disease and Related Disorders*. Maryland: Aspen Gaithersburg.

Feil, N. & Klerk R. (2002). *The validation breakthrough. Simple techniques for communication with people with Alzheimer's type dementia*. Baltimore, Maryland: Health Professions Press.

Hamdy, R. & Turnbull, J. (1998). *Alzheimer's disease. A handbook for caregivers*. St. Louis: Mosby.

Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered. The person comes first*. Buckingham: Open University Press.

Nissenbaum, S. & Vroman, C. (1998). *The positive interactions program of activities for people with Alzheimer's disease*. Baltimore: Health Professions Press.

Zgola, J. (1999). *Care that works: A relationship approach to persons with dementia*. Baltimore, Maryland: John Hopkins Press.

Websites

www.alz-il.net

www.alz.org

www.alz.co.uk

www.alzheimers.org

www.alzstore.com

www.timeslips.org

העלייה המהירה בתוחלת החיים, המאפיינת את השנים האחרונות, מגדילה גם את הסיכון לחלות במחלה דמנטית. כל אדם חמישי מעל גיל 65 עלול לחלות במחלה דמנטית ובגיל 90 הסיכון מגיע לאחד משני זקנים.

הטיפול בחולים הסובלים מירידה קוגניטיבית, מגילויים של דמנציה וממחלת אלצהיימר קשה כמו הטיפול בזקנים סיעודיים ומוגבלים פיזית, ולעתים אף יותר. ההתמודדות עם מחלת אלצהיימר מציבה בפני החולים עצמם ובפני בני משפחותיהם ואנשי המקצוע המטפלים בהם אתגרים עצומים.

הספר "אלצהיימר ודמנציות אחרות - הטיפול והתמודדות המטפלים עם תשושי נפש בקהילה" הוא מהדורה מורחבת ומעודכנת, מועשרת בידע ומגובה בניסיונם האקדמי והמעשי של מחבריה. הספר מציע לאנשי המקצוע, למטפלים ולבני משפחה מידע וכלים חדשים להתמודד עם המחלה, לסייע לחולים בה ולהקל על סבלם.

הספר רואה אור על ידי אשל, האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן מיסודם של הג'וינט וממשלת ישראל, ועמותת מלב"ב.

העורכת רחל ברנבאום היא גרונטולוגית בעלת שלושים שנות ניסיון בעבודה עם חולי אלצהיימר במלב"ב ומנחת קבוצות בשיטת ה"בריינספא" לשיפור הזיכרון.

מלב"ב
מרכזים לטיפול
בקשישים בקהילה



אשל, האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל
מיסודם של הג'וינט וממשלת ישראל
www.eshelnet.org.il



9789657073575