

נוירולוגיה

JINA - Journal of the Israeli Neurological Association

כתב העת של האיגוד הנוירולוגי בישראל

כאבי ראש בגיל השלישי

26

שיקום הניידות לאחר
פגיעה במערכת העצבים

18

מחלת אלצהיימר בעקבות
חבלת ראש

12

"יש לי הפרעה בסיפור, לא סידור... דיבור"

אפזיה, הפרעה נרכשת בשפה

אביה גבוען, דפנה אולניק

ישראל קנטור בן ה-70, עו"ד במקצועו העוסק במוסיקה, כתיבה

וציור, מיטיב לתאר את תחושותיו בעקבות אירוע מוח בו לקה לפני 5 שנים ואשר שינה את חייו מקצה לקצה (ראו מדור "במבט אישי", גליון מס' 3): "אפזיה משפיעה על פעולת אדם - ליצור תקשורת עם זולתו. הוא שומע, מרגיש, חש את הזולת, אבל רק - כלפי פנים. בפנים, מבחינתו, הוא מבין הכל ויודע מה ברצונו להגיד - בדיוק נמרץ. מבפנים הוא מלא תוכן - מבחוץ הוא חלול. מבחוץ, הוא נשמע, לפעמים, כאידיוט...".

אפזיה אכן עלולה להותיר אדם עם נכות קשה, לעיתים אף סמויה מהעין, אבל כו שצצה בכל עת בה נדרש האדם להגיב מילולית, לזום דיבור, לענות לטלפון, לקרוא ולהשיב לדואר אלקטרוני, לגלוש באינטרנט - כל אותן פעילויות שאנחנו נדרשים לבצע בשגרה. ישראל קנטור מצליח, במאמצים רבים ולאחר תקופת שיקום לא קצרה, להעביר בכתיבתו מסרים מגוונים מורכבים ואישיים שמאפשרים לנו להתבונן על קשיי השפה מזווית אישית ומלומדת, ובאמצעותו ניתן ללמוד ולו מעט מה זה אומר להיות אדם עם אפזיה: "אני מנסה תוך כדי שיחה בין חברים, להגיד דבר מה, למשל: "אדרכא!". הדיבור הזה לא היה יוצא לי בצורה מסודרת מהפה. אתם שומעים את מה שאני שומע? היה לי פה סגור, וחתום. אין יוצא ואין בא. אני מתבייש עד מוות. אני, שהפה שלי לא הפסיק לדבר דברי חכמים ודברי סופרים, ונושאים הקשורים לתחום המשפט, ומה לא, פתאום פה סגור וחתום. הדיבור "אדרכא", הנכסף, 'מתין לו עד שיבוא אליהו. כשיבוא, א' זה כבר לא רלוונטי, וב', נשתכח ממני מה שרצייתי לומר במשפט קצר זה או במילה זו. זה זוועה, לא?"

כתיבתו של ישראל פותחת צוהר אל המתרחש במוח האנושי, אל תהליכי ההפקה והקליטה של השפה. בכתיבתו הוא מנסה להבין מה מתרחש בראשו כאשר הוא מתמודד עם קושי לומר או לכתוב מילה. דבריו מאפשרים לנו לבחון את הידע התיאורטי והקליני שקיים על אפזיה מנקודת מבט סובייקטיבית אישית יותר. כתיבתו היום אינה יכולה לרמוז על קשיי השפה אותם חווה בתחילת הדרך, לפני 5 שנים. כך ישראל מספר על תקופה זו:

"בגלל שלא יכולתי לדבר, הגישו לי דף ועפרון ורצו לבדוק מה היכולת שלי ומה אני רוצה להגיד. המשפט הראשון אותו כתבתי היה אוסף מלים שאין להן כל משמעות. נתנו לי דף נייר ובקשו ממני לכתוב עליו משהו. מייד עשיתי כמצוותם ומלאתי את הנייר "באברא קדברא" כך:

"נחום נפצורך הממצורף עמום מתרחבים המצמרף בהמשך מרשמה "מרשם ולהמף".

כתיבתו של ישראל זועקת את זעקתם של אנשים רבים עם אפזיה שרוצים לאמר לנו כי היכולות השפתיות שלהם נפגעו אבל האינטליגנציה שלהם נשארה תקינה: ישראל כותב זאת יפה בשירו "אני זה לא אני":

"הביטוי המילולי של המוח - אבד!

אמנם, הרעיונות, המחשבות, הדעות, הכושר הרחני שלי - לחשוב ולשקול וכח השפיטה וההשגה, השכל - ישנם, השבח לאל, אך לצערנו, אין הם מגיעים אוטומטית - אל הפה.

צורח לו, שם, בתוך הראש מכשיר טורדני - הצועק:
"אני קיים, אתם לא רואים זאת?"

אך הם, כולם כאחד, נדים לי בראשם ואומרים:
"סליחה! לא שמענו! לא הבנו, מה?"

ואני מתכנס בתוכי, מתכרבל, וחושב:

לעזאזל! זהו ההבדל המזעזע בין אדם מהישוב - לכיני ! ...".

אפזיה: פנים רבות לה

אז מה זו, אם כן, אותה אפזיה? אפזיה היא הפרעה נרכשת בשפה עקב נזק מוחי, העלולה לפגוע בארבעת ערוצי השפה, שני ערוצי הקלט, הבנת שפה דבורה וכתובה (קריאה) ושני ערוצי הפלט, דיבור וכתובה. זוהי הפרעה רחבה מאוד וכוללת מגוון סוגים והפרעות. למרות שתוארה עוד לפני אמצע המאה ה-19, ראשיתו של המחקר על האפזיה מזוהה עם עבודתו של פול ברוקה, כירורג ואנתרופולוג, ב-1861 ועבודותיהם של הנירוכירורג הגרמני קארל ורניקה ושל לודוויג ליכטהיים ב-1885 אשר טוו את המודל הרפואי, מודל ורניקה-ליכטהיים, לתיאור סוגים שונים של תסמונות אפזיות ומיקומם המוחי בהמיספירה השמאלית. למרות שחלפו למעלה מ-120 שנה מאז, עדיין מודל זה (עם שינויים ותוספות של Dejerine, Geschwind ואחרים), אשר מזוהה בשם ורניקה-ליכטהיים-גשווינד, מהווה את המודל המקובל בעולם הרפואי לסיווג של הפרעות שפה נרכשות לתת סוגים של אפזיה.

מודל זה בוחן את הסימפטומים בערוצי השפה השונים ולפיהם ניתן לעשות אבחנה מברדלת בין כשמונה סוגים שונים של אפזיה, כך, למשל, אפזיה ע"ש ברוקה (ובשמותיה הנוספים - אפזיה אקספרסיבית, אפזיה מוטורית), מאופיינת בפלט דיבור לא שוטף, חזרה לקריאה והבנה יחסית טובה בעוד שאפזיה ע"ש ורניקה (ובשמותיה האחרים, אפזיה רצפטיובת ואפזיה סנסורית) מתבטאת בדיבור שוטף, חזרה לקריאה והבנת דיבור לקויה.

יש לציין שהמוטיבציה העיקרית של אותם חוקרים מהמאה ה-19 ותחילת המאה ה-20 היתה לבנות מודל שממנו ניתן יהיה ללמוד על המיקום המוחי של היכולות השפתיות השונות. אולם עם פיתוחם של אמצעי הדמיה מגוונים במאה ה-20 וכן הגילויים המצביעים על כך שקיימת לעיתים שונות בין נבדקים וקיומם של אזורים ענייך נוספים, החשיבות של המודל בהבנת יחסי שפה-מוח פחתה.

עם השנים התפתחו גישות אחרות להתבוננות ולטיפול באפזיה, גישות הבחנות אפזיה מזווית מבט אחרות. אחת הגישות הנפוצות, קלינית ומחקרית, היא גישה שמתבססת על מודל שמתחקה אחר שלבי העיבוד התקינים המתרחשים אצל האדם בבואו להשתמש בשפה באמצעות הפקת שפה דבורה, הבנת שפה דבורה, קריאה וכתובה. התפתחותם של מודלים פסיכו-לשוניים המנסים להתחקות אחר האופן שבו שפה מעובדת ומיוצגת באופן נורמלי (ראה לדוגמה תרשים 1) הובילו לשינוי של ממש בהסתכלות בה נבחנת היום הפרעה בשפה. בסיוע של סוללות

בדיקה מקיפות (יצוינו רק סוללות בדיקה הקיימות גם בשפה העברית): כגון סוללת ה-PALPA (Psycholinguistic Assessment of Language Processing) שאף עברה תרגום והתאמה לעברית¹⁴, סוללת ה-BAFLA, לאבחון מעמיק של היכולת התחבירית⁹, סוללת "תלתן" לאבחון מעמיק של יכולות הקריאה והכתיבה¹², סוללת פריגבי לאבחון זיכרון מילולי לטווח קצר³⁵, מברק השמש² הבוחן את היכולת לתת שם לתמונות ועוד, ניתן להתחקות אחר השלב הלקוי בעיבוד התקין של השפה. לפי גישה זו, הגישה הפסיכו-לשונית ללקות בשפה, קלינאית/ התקשורתית/ תנסה להבין באמצעות האבחונים המתאימים, מהו השלב הלקוי אצל אותו אדם הלוקה באפזיה ולפיו להרכיב תוכנית טיפולית המותאמת ללקות זאת. מדובר במונחים חדשים, שונים בתכלית מאלו הקיימים במודל ורניקה-ליכטיהיים-גשוני. המונחים החדשים מתחקים אחר המקור השפתי של הפגיעה. המונחים, שיום (מתן שם), חזרה על דיבור, הבנה שמיעתית, הפקת הדיבור מקבלים עומק ומובחנות דקה ומאפשרים לקלינאי לתת הסבר מדויק יותר למקור הסימפטומים השפתיים ולפתח כלים טיפוליים בהתאם. כאשר מזוהה, לדוגמה, הפרעה בהבנת שפה דבורה, על סמך אבחוני אפזיה מסורתיים, לא ניתן להסביר מהו המקור לפגיעה. אולם באמצעות המברקים המקיפים שהוזכרו ניתן ללמוד מהו הרכיב או המסלול הספציפי במודל התקין לעיבוד שפה שנפגע - האם מדובר בשלב מוקדם האחראי על אבחנה בין צלילי שפה (שלב האבחנה האודיטורית), או שמא האבחנה האודיטורית שמורה אבל קיים קושי לזהות שרצף צלילים שנאמר הוא אכן מילה מוכרת (שלב לקסיקון הקלט הפונולוגי). יתכן אף שהקושי ממוקד בשלב מאוחר יותר, שלב המשותף לאופניות שפתיות נוספות, שלב הסמנטיקה, שלב בו ניתנת משמעות לרצף צלילי דיבור מוכר המנבא דפוס ביצוע וטעויות יחודיים אחרים.

שינוי התפיסה של שפה ולקויותיה אפשר לזהות ולאפיין לקויות נבדלות

תרשים 1. דוגמה למודל לתהליך שפה כפי שמוצע על ידי אליס ויאנג⁷

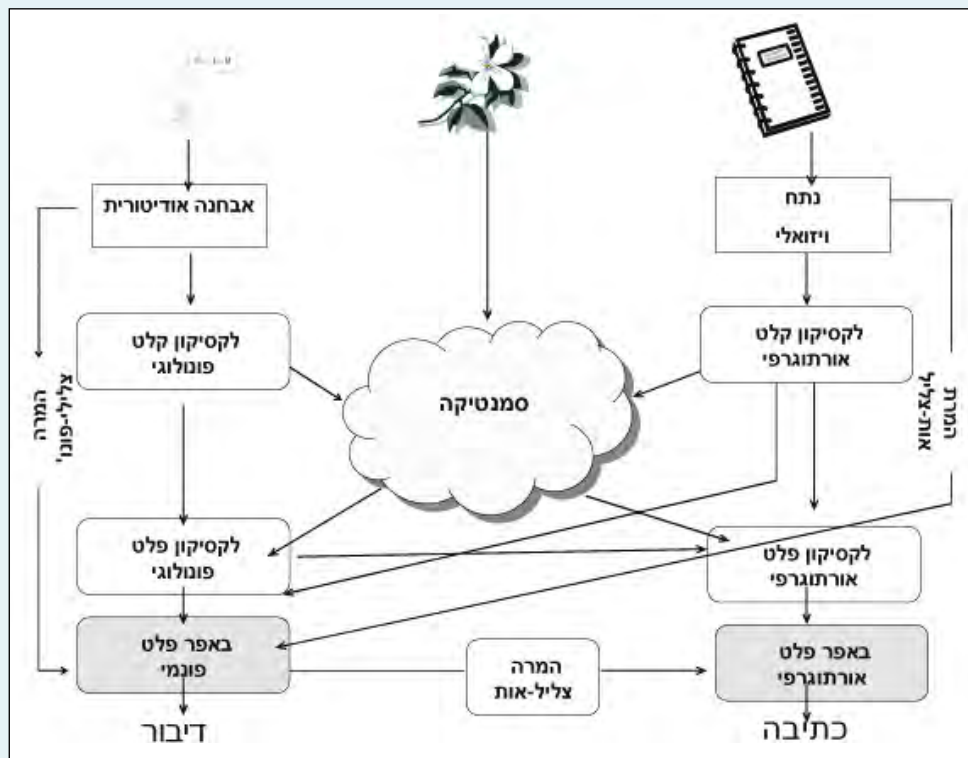
ממוקדות כתוצאה מליקויים סלקטיבים בתהליך התקין של עיבוד השפה. כך, למשל, התפתח גוף ידע רחב בנוגע ללקויות סלקטיביות בתחביר - אגרמטיזם^{10,15}, לקויות האופייניות לאפזיה מסוג ברוקה, ידע שהוביל גם לפיתוחן של טכניקות טיפול ספציפיות לאגרמטיזם^{11,31}, לשליפה לקסיקאלית²³, לדיסלקסיה ודיסגרפיה^{6,11,30} ועוד.

תהליך האבחון, המבוצע ע"י קלינאי תקשורת המתמחים בתחום, הופך, אם כן, להיות תהליך חשוב מאוד בשלב המקדים את הטיפול לצורך בניית טיפול ממוקד ספציפי ההולם את צרכיו של המטופל - טיפול במתכונת של "תפירת חליפה טיפולית".

אך לא די בכך. לקשיים האפזיים יש השלכות רחבות מעבר לפגיעה עצמה. ישראל קנטור מבטא היטב את תחושת התסכול באינטראקציות הבסיסיות ביותר: "אפזיה - עלולה לגרום לך לאי נחת ואולי גם לפחד. היא עשויה לגרום לך שאתה תתחיל להרגיש שאתה לבד. הרגשה כזו, יש לפעמים, שהיא תפעל נגדך - ותפגע בבטחון העצמי ובכושר ההחלטה שלך. אפזיה, בדרך כלל, זוהי הבעיה המרכזית שלי. בלי המגבלה הזו, אפשר שהיה לי קל יותר להשלים עם המצב. אולי".

השלכות אלו משפיעות על כל מעגלי חייו של האדם - המעגל המשפחתי, התעסוקתי, החברתי ולא פחות חשוב על הדימוי העצמי של האדם.

בשנים האחרונות התפתחה גישה הרגישה להיבטים הללו של הפגיעה, הגישה הסוציאלית לשיקום באפזיה^{4,36} שמהווה גישה מרחיבה למודלים האחרים. גישה זו רואה במגבלה (disability) בעיקר יצירה של בעיה סוציאלית, לפיה המוקד המרכזי הוא שילובו של האדם בתוך החברה. גישה זו היא, למעשה, יישום של ההגדרות החדשות מ-2001 של מרכיבי הבריאות, ה-ICF (The International Classification of Functioning, Disability and Health) של הארגון העולמי לבריאות-WHO³⁴, לפיהן יש שלוש רמות להגדרת מרכיבי בריאות (Components of health): תפקוד ברמת הגוף (Body function & structure), תפקוד ופעילות ברמה האישית (Activity)



מטיפול. נמצא שההחלמה היתה מירבית כאשר הטיפול החל בשלב החריף (עד שלושה חודשים מהאירוע), כאשר המינן הטיפולי המינימלי הוא שעותיים של טיפול בשבוע וכן נמצא שאנשים עם אפידה ממשכיים להתקדם ולהפיק תועלת מטיפול גם כשהם מצויים בתקופה הכרונית¹. נמצא כי מתן טיפול בשלב החריף יעיל פי 1.8 לעומת אי מתן טיפול כלל. נמצא גם שבשלב הכרוני (אחרי כשנה) אפקט הטיפול גדול פי 13 ביחס למטופלים שטיפולם הופסק²⁵. בשנים האחרונות הוכחה גם השפעתו המשמעותית של הטיפול האינטנסיבי הממוקד, קצר המועד (Constraint-induced therapy) (3 שעות ביום במשך 10 ימים) בשלב הכרוני, גם אחרי שנתיים, שלוש ואף שש שנים^{29,24}. מרווחים הישגים משמעותיים בביצועי שפה בשל אינטנסיביות הטיפול. מחקרים נוספים⁸ מצביעים על שיפור בתפקוד השפתי והתקשורת של אנשים עם אפידה שהשתתפו בקבוצות תקשורת בשלבים הכרוניים שלאחר האירוע. לכסוף, קיימים גם ממצאים ממחקרים שבחנו את יעילות הטיפול התרופתי בשיפור אפידה^{33,16}. נעשה שימוש במגוון תרופות (לדוגמא, טיפול המודינימי, אמפטמינים, טיפול סרוטוניני, כולינרגי ועוד), כאשר הממצאים אינם חד משמעיים, אולי בשל המורכבות והמגוון של ההפרעות האפידיות. המסקנה ממרבית המחקרים הינה שמתן טיפול תרופתי בשילוב טיפול של קלינאי תקשורת הוא השילוב המומלץ. בתקופות בהן העיסוק במערכות הבריאות ממוקד לא מעט בהקצאת משאבים ולרוב בצמצום, יש לשאוף ללמוד מהממצאים הללו על כך שטיפול תקשורתי הוא נחוץ, יעיל ויש לתת אותו במינן הרצוי וגם בשלבים הכרוניים של הפגיעה.

ובחזרה לישראל קנטור, שיכל, עקב תהליך שיקום ארוך ומצולח ואישיות ייחודית, לשמש ל"פה" עבור כל אלה ששיקומם צלח, אך לא הגיעו לרמה בה יוכלו באופן רגיש ומעמיק כל כך לשתף אותנו, ה"לא אפידים" כמה שעובר עליהם יום יום, שעה שעה. תצטט כאן מדבריו: "...אפידה, בדרך כלל, באה בפתאומיות. זה שוק למטופל וגם לסובבים אותו. הוא בטראומה. מה יהיה עכשיו? לכמה זמן אני מצפה? זה יצא ממני - או לא? האם התופעות שקיבלתי, מהלם טוטלי ועד יד כהה, מוח מבלבל, רגל חלשה ביותר, ואפידה זו שאנו עוסקים בה כרגע, ישארו לנצח? אך העיקר הוא: מה לעשות כדי לסלק את האפידה הזו ממני? האם זה, בכל מקרה, אפשרי? מתחילים מאל"ף. קובעים לך סדר עדיפויות, וכנראה שזה יהיה סדר היום שלך לתקופה ממושכת. אתה שומע? ל ת ק ו פ ה מ מ ו ש כ ת ! אז - קדימה לעבודה! מה היא העבודה הזאת לכם? רק התמדה ועמל מרגע שתפקחו את העיניים ועד חשיכה." "האפידה" הזאת תמשך ללוות אותך זמן ממושך. אני חושש מאד שנצטרך ללמוד לחיות אתה. כמה זמן? אין לדעת."

הדברים הנכתבים על ידי ישראל קנטור חשובים הן לאנשי המקצוע והן לאנשים עם אפידה ובני משפחותיהם. עבור אנשי המקצוע - כתיבתו מאפשרת לנו לפתוח צוהר אל מסתרי המוח האנושי שאנו עדיין יודעים עליו כה מעט. הקשבה לדבריהם של האנשים בהם אנו מטפלים הינה כלי טיפולי ושיקומי חשוב מעין כמוהו. האבחונים הפורמאליים מספקים לנו רק קצה חוט אל מסתרי המוח של כל אדם ואדם עמו או עובדים. יכולתו של ישראל קנטור לשתף במתחולל בקרב, הינה גם מסר של תקווה עבור אנשים הסובלים מאפידה ועבור בני משפחותיהם. ישראל הוא דוגמא לכך שאבחון מקצועי ע"י קלינאית תקשורת, טיפול תקשורתי אינטנסיבי וממושך המתאים לצרכיו הספציפיים לאורך זמן, מוטיבציה אישית ותמיכה משפחתית וחברתית יתכן ולא תמיד יובילו להחלמה מלאה מהאפידה, אך כן לתפקוד יום יומי עשיר, מגוון ורחב אפשרויות - עם האפידה.

תפקוד והשתתפות ברמה החברתית (Participation level). המודל הסוציאלי לאבחון וטיפול באפידה מתמקד ברמת ההשתתפות, והיינו ביכולתו של האדם עם הפגיעה לתפקד בחברה עם הלקות השפתית. על פי המודל הסוציאלי מוגבלותו של אדם עם לקות נגזרת גם מגורמים סביבתיים ועל כן, הוא קורא לפעול גם לשינוי הסביבה המגבילה את האדם עם הלקות.

כיצד המודל מיושם בפועל? ברמה האבחונית התפתחו כלים לאבחון התפקוד התקשורתי של אנשים עם אפידה, לדוגמא שאלונים למטופל או למטפלים העיקרים של האדם עם האפידה דוגמת ה-CETI²² ואבחונים אשר בחנים תפקוד תקשורתי בסטואציות שונות כגון הדמיית ביקור אצל הרופא, בחירת מזון מתפריט, דיחוי למכבי אש על שריפה, דוגמאות הלקוחות מאבחון ה-CADL-2¹⁷. ברמה הטיפולית, הקלינאים העובדים בנישה זו מרחיבים את המטרות המסורתיות שנהוגות בקליניקה (שיפור יכולת לשלוף מילים, ביצוע הוראות תלת שלביות וכד'), להיבטים שונים של שיה (הקניה מחודש של צורות שיה מגוונות - בקשה, העברת מדע, שיחה בטלפון, אסטרטגיות פיצוי לקשיים המילוליים). הטיפול מתמקד גם בהדרכת הסביבה על ידי אימון הפרטנרים התקשורתיים של האדם עם האפידה (בני הזוג, ילדים, חברים, צוות המחלקה)³². נמצא שיפור ניכר ביעילות השיח התקשורתי של האפידה כאשר בן שיחו עבר הכשרה ומתאמה¹⁹. במסגרת הטיפול, המוקד הוא על תקשורת ומגוון האמצעים להשגתה - כלים מילוליים, אמצעים המבוססים על לחות תקשורת ואמצעים טכנולוגיים אחרים, וכן בכלים לא מילוליים (שימוש בג'סטות, ציור וכדומה). לעיתים קרובות המסגרת הטיפולית תשנה את מסגרת הטיפול בקליניקה להתנסות תקשורתית מחוץ לחדר הטיפולים - המחלקה, הקפיטריה, נסיעה באוטובוס וכד', ומטיפול פרטני לטיפולים קבוצתיים המתמקדים בקידום יכולות התקשורת והשיח הבין אישי.

על פי גישה טיפולית זו תפקידיו של קלינאי התקשורת מתרחבים אל מעבר לטיפול בשפה ותקשורת. לצד הצורך לשקם את תפקודי השפה, על קלינאי התקשורת לסייע לאדם עם האפידה לתפקד בחברה עם הפגיעה השפתית תוך הסתגלות לפגיעה ושיפור איכות החיים של האדם עם האפידה ובני משפחתו²⁸.

כיצד ניתן לסייע לאדם האפידה

סוגיית הטיפול באפידה ובעיקר האם טיפול עוזר, היא סוגיה חשובה עבור המטפל, המטופל ועבור קביעת מדיניות בנוגע להיקף הטיפול שיש לתת, ואם בכלל.

האתגר אינו פשוט ויש לבחון אותו באמצעות מענה לשלוש שאלות: האם הטיפול מוביל לשיפור השונה באופן מובהק מהשיפור כתוצאה מהחלמה ספונטנית? האם ההישגים המופקים מטיפול שווים את משאבי הזמן, המאמץ והכספים הנחוצים להשגתם? אילו שיטות, מבין השיטות הנהוגות, הן היעילות ביותר? מחקרים מסוג Evidenced based בהחלט נחוצים אבל לא פשוט לקיימם הואיל ולצורך כך יש לשלוט על משתנים רבים שעלולים להשפיע על תהליך ההחלמה, ביניהם סוגי התסמונות ודרגת חומרתן, מיקום היקף הנזק, הזמן שעבר מאז הפגיעה, אטיולוגיה, גורמים אישיים של המטופל והמטפל, מוטיבציה לשיקום, התמיכה המשפחתית והחברתית, ועוד.

אילו ראיות בכל זאת קיימות בספרות? קיימים מחקרים בהם מושוות קבוצות מטופלות לקבוצות שלא קיבלו טיפול²⁷, השוואות של ביצועי נבדקים ביחס לעצמם לפני ואחרי טיפול במטופלים שנמצאים לפחות שלושה חודשים לאחר האירוע^{31,13,5,1} ואף שנים לאחר האירוע^{24,18,13}. מרבית המחקרים מדווחים על שיפור מובהק ביכולת השפתית כפי שנמדדה באמצעות אבחונים כמותיים וראיות שאף נתמכות במחקרי הדמיה²¹.

סוגיית יעילות הטיפול מובילה לשאלה נוספת - מדי תדירות הטיפול ומשך הטיפול האידיאליים? מחקרים שבחנו ממצאים ממחקרי טיפול רבים^{25,3}, מצביעים על קריטריונים ברורים מאד שיכולים לסייע להגדרה של כמות ומשך טיפול אידיאליים ומינימליים. נמצא שגם אפידים קשים הפיקו תועלת

ד"ר אביה גבעון, מרכז רפואי רעות, תל אביב והקריה האקדמית אונן, קרית אונן דפנה אולניק, מרכז אדלר לאפידה, מכללה אקדמית הדסה, ירושלים
דוא"ל: Aviah.g@ono.ac.il, dafnaolenik@gmail.com
רשימת מקורות שמורה במערכת