

הגישה הסוציאלית-הרחבת גבולות הטיפול באדם הסובל מאפזיה

דפנה ונקרט אולניק

בי"ח לוונישטיין

לשפה ולתקשורת תפקיד מפתח בחברה ובהגדרת הזהות האישית של האדם . מכאן נובעים הקשיים הפסיכוסוציאליים של האדם הסובל מאפזיה להשתלב בחברה לאחר הפגיעה .

הטיפול המסורתי באפזיה מתמקד בעבודה משימתית ומדורגת על תפקודי השפה הפגועים כדי לקדם את ההחלמה השפתית בצורה מקסימלית . Thompson (1989) ו Lyon (1992) ועוד רבים אחרים הצביעו על כך שלמרות הישגים בטיפול, לא נעשית הכללה לתקשורת פונקציונאלית מחוץ לקליניקה. כבעיה זו מתחבטים קלינאי תקשורת שנים רבות . במהלך העשורים האחרונים רווחו גישות שונות שניסו להתמודד עם ממצאים אלו ולהסית את הטיפול באפזיה מחדר הטיפולים לעבר חיי היום יום . גישות אלו כוללות את הגישה הפרגמטית (Davis & Wilcox, 1985; Holland, 1977), את ה Functional Communication Approach שהתמקדה בהחלפת אינפורמציה (Davis & Wilcox, 1985 ; Aten, 1986) וגישות נוספות.

מטרת מאמר זה לתאר את הגישה הסוציאלית, המתפתחת בשנים האחרונות . הגישה הסוציאלית שמה במרכז את ההשתתפות ואת האינטגרציה של האדם בתוך החברה , ועומדת מול הגישה המסורתית- רפואית יותר של שיקום, המתמקדת ב "תיקון" הפגיעה השפתית של המטופל האפזי. הגישה הסוציאלית שמה דגש על הצורך להרחיב את גבולות הטיפול של קלינאי התקשורת במטופל האפזי.

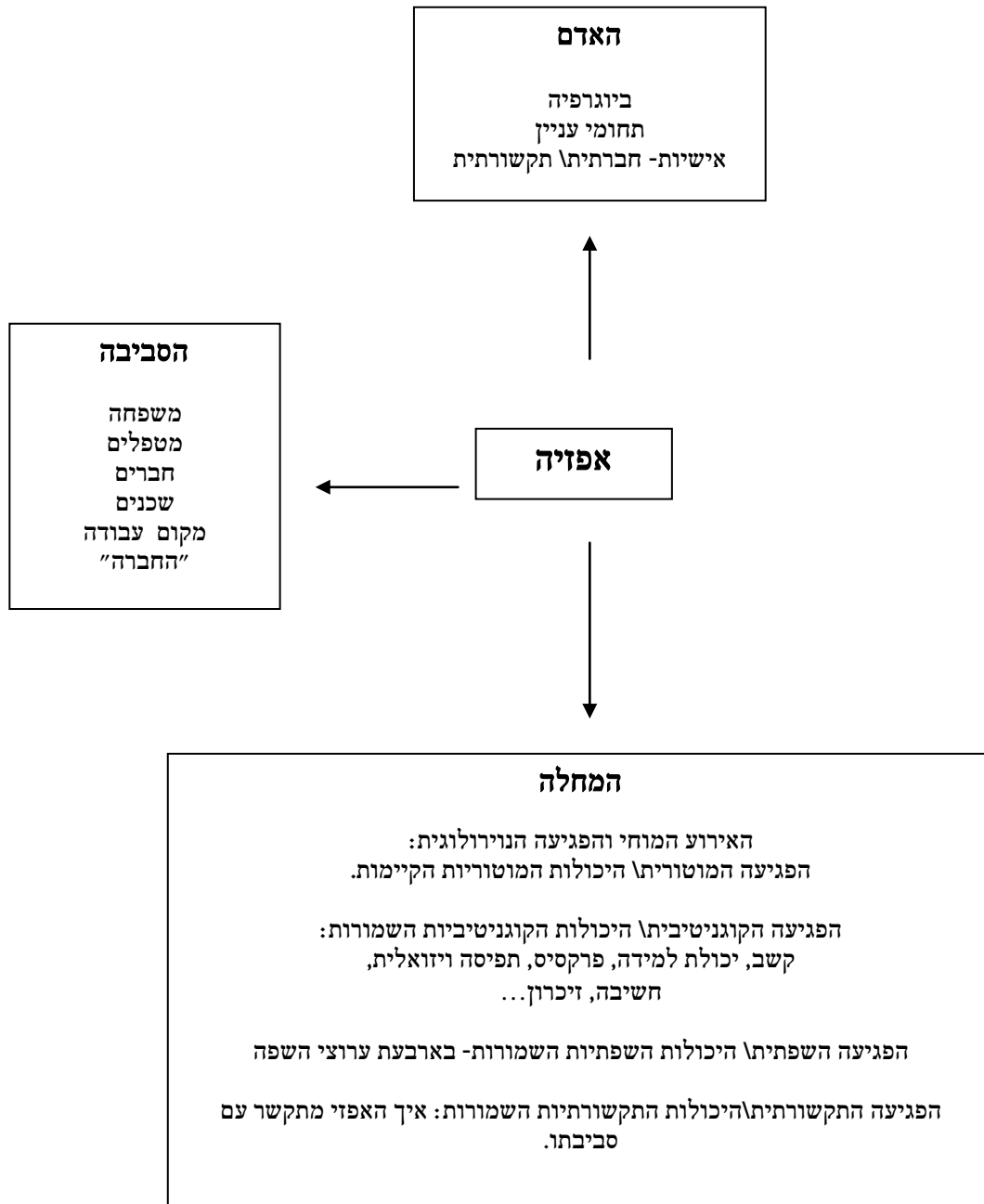
במסגרת מאמר זה יתוארו עיקרי הגישה הסוציאלית וינתן תאור מפורט של אחד הכלים המאפשרים ליישם את עקרונות הגישה הסוציאלית- הטיפול הקבוצתי.

"ללקות באפזיה פירושו לאבד באופן פתאומי חלק חשוב מעצמך ומהיכולת להתקשר לחברה " (Lanfond & Taylor-Sarno, 1993). לחיות עם אפזיה הינה חוויה מאוד בודדה , רבים חיים בתחושה של בדידות וניתוק מהסביבה. Taylor-Sarno אצל Pound (2000) מתארת את האפזיה כ "בלתי נראית" (invisible) ומדגישה את השפעתה השלילית הבלתי נמנעת על יכולת האדם לקחת חלק בעולם של דוברים.

לאחר עבודה רבה וממושכת עם חולים אפזים, שהתמקדה בעבודה על שיפור מיומנויות שפתיות וטכניות של הדיבור, נמצא שלמרות הישגים בטיפול לא נעשית הכללה של ההישגים הללו לתקשורת פונקציונאלית מעבר לחדר הטיפולים (Tompson, 1989). ניתן לתאר זאת בצורה הטובה ביותר אם נתייחס לדבריהם של המטופלים האפזים : " כאן אני מצליח לתת שם להרבה תמונות אבל מחוץ לחדר - לא מדבר בכלל ;" "כשהלכתי לקלינאית בחדר, תפקדתי טוב ובחוץ- הכל נעלם."

הקשיים בדיבור ובשפה גורמים פעמים רבות להימנעות חברתית ולרגשי אשמה . לא חומרת הפגיעה היא זו שתקבע בהכרח את ביצועיו התקשורתיים היום - יומיים של האדם האפזי בסביבתו הטבעית . השימוש ביכולות הקיימות תלוי בגורמים רבים נוספים מעבר לפגיעה הספציפית בשפה ובתקן שורת. הם קשורים גם להווייתו של האדם הפגוע, לאישיותו, למשפחתו ולחברה הסובבת אותו. (ראה תרשים 1).

תרשים 1. הרחבת מעגלי ההסתכלות על האדם האפזי



בשנים האחרונות יש נטייה להסתכל יותר על המעגלים הנוספים המקיפים את הפגיעה השפתית ולא רק על הפגיעה עצמה. השינוי נובע מתוך הצורך להפוך את תוצאות הטיפול באדם האפזי לאפקטיביות יותר בחיי היום-יום.

השינויים בהגדרות "מרכיבי הבריאות" והשלכתם על גישות הטיפול באפזיה

השינוי בגישה לטיפול באפזיה תואם את השינויים שחלו בשנים האחרונות במערכות הבריאות ובטרמינולוגיה של "בריאות" ו"מוגבלות", ה-"Components of Health", המוגדרות ע"י הארגון העולמי לבריאות - WHO (World Health Organization, 2001). ההגדרה המחודשת של ה WHO מכונה - International Classification of Impairment Disability and Handicap (ICIDH-2). WHO מגדיר כיום disability (ליקוי \ נכות) ו function (תפקוד) של האדם הפגוע תוך שילוב בין עקרונות מודל השיקום הרפואי ועקרונות המודל הסוציאלי.

המודל הרפואי רואה ב disability בעיה הנגרמת באופן ישיר ע"י הפגיעה (המחלה, הטראומה או כל מצב רפואי אחר) ודואג לספק טיפול לאדם הפגוע ע"י בעל מקצוע מיומן. לעומתו, **המודל הסוציאלי** רואה ב disability בעיקר יצירה של בעיה סוציאלית. גישה זו שמה במרכז את האינטגרציה של האדם בתוך החברה. הליקוי לא מיוחס רק לאדם הפגוע אלא לאוסף מורכב של מצבים שרובם נגרמים או מושפעים מהם ביבה החברתית (World Health Organization, 2001).

הגדרת "מרכיבי הבריאות" - (ICIDH-2) "Components of Health" מתייחסת לשלוש רמות תפקוד: "רמת הגוף" - (The body level), "הרמה האישית" - (The Individual level), ו"הרמה החברתית" - (The societal level). **"כ"רמת הגוף"** בוחנים את השלמות של המבנים הגופניים (הגפיים, המוח..). ואת השלמות של תפקודי הגוף (הליכה, עיבוד שפה...). ההגבלות ברמה זו מכונות **impairment level**. **"כ"רמה האישית"** בוחנים את יכולת האדם לבצע משימות או פעילויות בסביבה לא פורמלית - ביצוע פעילויות יום-יומיות. בוחנים את תפקודו בהתאם לתפקוד המקובל בחברה על-פי הגיל, המין, המצב המשפחתי וכדומה. הגבלות ברמה זו מכונות **activity limitation level**. הגבלה ברמה זו יכולה להתבטא בקשיים לדבר בטלפון, קשיים בקריאת העיתון היומי וכדומה. **"כ"רמה החברתית"** בוחנים את האופי ואת הטווח של המעורבות של האדם בסיטואציות חברתיות יום-יומיות, בהתאם לתפקוד שהאדם היה רגיל לבצע לפני הפגיעה, למשל: להשתתף בקורסים באוניברסיטה, ללכת למועדון חברתי, ללכת לבנק ולדואר ולהיפגש עם חברים. הקשיים ברמה זו מכונים: **participation restrictions level** (Simons-Mackie, 2000b).

בהגדרה המחודשת של WHO הוחלף המונח disability ב- activity, והמונח handicap הוחלף ב- participation. השינוי במונחים מדגיש את היכולת של האדם לפעול עם הפגיעה ולא את מוגבלותו של האדם בשל הפגיעה. השימוש במונח החדש activity מתייחס לאופי ולטווח הפעילויות ברמת האדם, בעוד השימוש במונח החדש participation מדגיש את טיב המעורבות ואת הטווח שלה בסיטואציות חיים יום-יומיות.

אחת התרומות העיקריות של WHO הוא בהכללה של ההשלכות לטווח ארוך של הפגיעה כחלק אינטגרלי, לא נפרד, משלב הפגיעה הראשוני (Lyon, 2000). ברגע שהפגיעה האפזית הופכת לחלק מחיי הנפגע היא מעלה סט ייחודי של מגבלות בחיי היום יום שלו אשר אינה מוגבלת רק לו עצמו אלא משפיעה גם על כל הסובבים אותו לתקופת זמן ארוכה, מעבר לפגיעה עצמה. "אם אנו רוצים להביא לשינוי בחיי היום יום עלינו להתייחס להיבטים אלה בבניית מערך הטיפול ומטרותיו" (Worral, 2000).

המודל הסוציאלי נבנה במטרה להפחית את הפגיעה הסוציאלית הנגרמת עקב האפזיה ולאפשר לאדם האפזי ולסביבתו לפתח תקשורת בסיטואציות טבעיות. המודל בודק את הטיפול באפזי ברמת ה participation כפי שנוסח ע"י ה-WHO. המטרות המצופות על פי הגישה הזו:

1. להביא לשינוי באיכות החיים של המטופל
2. להפוך את החיים עם האפזיה ליותר מספקים
3. להפחית את הבידוד החברתי של האפזי ושל בני משפחתו. (Warrol, 2000)

המודל הסוציאלי זו מהפוקוס על המחלה (illness) אל הפוקוס של בריאות (health). הוא מדגיש את העובדה שאפזיה הינה מצב כרוני שיש צורך לחיות עמו (Simons-Mackie, 2000 a). הצורך בשינוי בהגדרות ומטרות הטיפול עולה גם משיחות וראיונות עם מטופלים ועם בני משפחותיהם (פר, 2000). במחקר מקיף אשר בדק את ניתוח משמעות האפזיה עבור האפזים והתבסס על ראי ונות עם 50 נבדקים נמצא כי האפזים מדווחים על אפליה, בידוד חברתי ותמיכה מועטת של הקהילה בשלבים האקוטיים והכרוניים של המחלה (Parr, 2001).

עקרונות המודל הסוציאלי על פי (Simons Mackie 2000 a)

1. ההנחה המרכזית היא שהתקשורת מיועדת לספק שתי מטרות שונות: אינטראקציה חברתית-(interaction) והעברת מידע-(transaction).
2. תקשורת היא פעילות דינמית מגוונת ויצירתית.
3. הטיפול ידגיש קונטקסט רלוונטי, אוטנטי וטבעי של תקשורת.
4. הגישה הסוציאלית מתייחסת אל שיח כאל התחום המרכזי בתקשורת אנושית.
5. הגישה הסוציאלית מתייחסת לתקשורת כאל הישג ופעילות משותפת של דובר ומאזין.
6. הגישה הסוציאלית מתמקדת בהשלכות החברתיות והאישיות של האפזיה.
7. הטיפול ע"פ הגישה הסוציאלית שם דגש על הסתגלות לליקוי השפתי.
8. הגישה הסוציאלית שמה במרכז את הפרספקטיבה והמטרות של האדם האפזי בזמן בניית התכנית הטיפולית.
9. הגישה הסוציאלית דוגלת בפיתוח מדדים איכותיים ולא רק כמותיים למדידת תוצאות הטיפול באפזיה.

יישום עקרונות הגישה הסוציאלית

מעבר להיבט הפילוסופי של גישה זו, כותבים רבים ניסו להתייחס לשאלה כיצד ניתן ליישם את עקרונות הגישה לצורך בניית ההתערבות הטיפולית. הכותבים התמקדו בשינוי המטרות הטיפוליות וההתערבות

הטיפולית, בניסיון לשנות ולהרחיב את גבולות הטיפול של קלינאי התקשורת בעבודתו עם המטופל האפזי, בניתוח הקונטקסט והאינטראקציה הטיפולית בהתאם לעקרונות הגישה הסוציאלית, ובהקמת מסגרות טיפול חלופיות כמו עבודה במסגרת קבוצתית ועבודה במסגרת מרכזים ספציפיים שהוקמו לצורך טיפול באוכלוסייה עם אפזיה על פי הגישה הסוציאלית.

שינוי המטרות הטיפוליות וההתערבות הטיפולית

בספרות מתוארות מספר דרכים שבאמצעותן ניתן ליישם את עקרונות הגישה הסוציאלית: *הדגשת הצורך לעסוק בהיבטים השוני ם של התקשורת במהלך הטיפול*. העבודה במסגרת הטיפול ומחוקן לחדר הטיפולים צריכה להתמקד גם בהעברת מידע- transaction וגם באינטראקציה תקשורתית- interaction. המונח transaction מתייחס להעברת אינפורמציה ספציפית כמו למשל, "מי צלצל" או "איך להגיע לרחוב ארלוזורוב"; העברת המידע יכולה להיעשות בצורה מילולית ולא- מילולית. המונח interaction מתייחס לאינטראקציה תקשורתית - תקשורת שתפקידה לשמור על השתתפות בשיח כדי למלא צרכים סוציאליים ע"י יצירה ושמירה של אינטראקציה סוציאלית. למעשה, אינטראקציה היא לעיתים גם רק "hanging out", קיימות סיטואציות בהן אישור הבנה ע"י הנהון בראש והבעות פנים תואמות, מספקות כדי לשמר את המשכיות האינטראקציה התקשורתית ולאפשר לאדם האפזי להיות שותף לה.

Wertz (1999) מדגיש שאינטראקציה תקשורתית יום יומית כוללת יותר הבעת דעות מאשר מסירת עובדות ולא דורשת בהכרח דיבור. במהלך הטיפול התקשורתי הקונבנציונאלי קלינאי התקשורת נוטים לעסוק בעיקר באסטרטגיות להעברת מידע למרות שהן לעיתים פחות משמעותיות לחיי היום יום של המטופל האפזי. (דוגמא להבדל בין שתי המטרות התקשורתיות הללו היא ביקור של מספר חברים במסעדה. שם החלק השולי יהיה העברת המידע – ההזמנה. עיקר ההנאה מהבילוי יתבסס על עצם היכולת להיות חלק מהמערך החברתי מסביב לשולחן). המודל הסוציאלי לטיפול באפזיה יכול התייחסות לשתי המטרות התקשורתיות הללו.

התמקדות בעבודה על שיח בטיפול. מרבית הטיפול המסורתי נעשה בקונטקסט מובנה, שבו הקלינאי מציג גירוי מסוים והמטופל מגיב. מחקרים הראו כי מבני השיחה הרווחים בטיפול שונים באופן מהותי ממבני השיח בסיטואציה חברתית טבעית, (Simons-Mackie, 2000a). הטיפול המסורתי הכולל משימות שיום, תיאור תמונה וכדומה לא עונה על המטרות של שיח טבעי. Holland (1998) מצביעה על כך שבמהלך השנים ה"שיחה" הפכה לחלק משני של הטיפול התקשורתי. שיחה טבעית הוזנחה לגמרי היות ומטפלים נוטים לראות בשיחה "הפסקה מהעבודה האמיתית". אין כמעט התייחסות לשיח באבחון ובטיפול. היא מצתתת מספר רב של קולגות שלה שאמרו "אני אוהבת לנהל שיחה עם המטופל כד לעזור לו להירגע לפני שאני מתחילה את הטיפול". היא טוענת כי הגישה הטיפולית המבוססת על "תיקון" הליקוי (impairment based approach) שמתמקדת בארגון מחדש של השפה ע"י עבודה על רכיביה הבסיסיים, מניח ששיפור האלמנטים הספציפיים של השפה יביא לשיפור כללי בתקשורת, וזאת למרות שמחקרים רבים הראו שאין בהכרח קשר בין גידול במגוון הרכיבים השפתיים לבין התפקוד התקשורתי של המטופל.

התעלמות מהשיח כמוה כהתעלמות מתפקידנו העיקרי כקלינאי תקשורת. הגישה הסוציאלית רואה בשיחה הטבעית את המוקד של השפה ושל התפתחות השפה האנושית, ולכן היא מפנה אליה פוקוס מרכזי בטיפול. הטיפול בשיח יכול להיות ישיר ומתוכנן ולא דורש בהכרח לנהל שיחה עם המטופל. כדי "לטפל בשיח" יש לשפר את המיומנויות השפתיות של המטופל ובמקביל לשפר את מיומנויותיו התקשורתיות (יש לעבוד על מיומנויות כמו: היכולת להעלות נושא, היכולת לקחת תור, היכולת להמשיך את השיח באמצעים לא מילוליים וכדומה), ולשפר את בטחונו ביכולתו להיות משתתף תקשורתי שווה ערך בשיחה. העבודה על שיח תיעשה במסגרת הטיפול ע"י יצירת סיטואציות יותר טבעיות (משחקי תפקידים, שיחה המבוססת על תמונות שהביא המטופל, העלאת נושא אקטואלי ע"י המטפל שיביא לתגובת המטופל, עיסוק בנושא שמועלה ע"י המטופל, יציאה משותפת מתחומי הטיפול וכדומה). העבודה על השיח כוללת גם תרגול של פרטנרים תקשורתיים נוספים (משפחה, חברים ואנשי צוות).

אימון שותפים תקשורתיים. Kagan 1998 פיתחה שיטת טיפול הנקראת: Supported conversation for adults with aphasia (SCA). היא מאמינה שאת עקרונות הללו יש להעביר לשותפים התקשורתיים של האדם האפזי וזאת ע"י בניית מסגרות של אימון תקשורתי - "partner training". ההצלחה התקשורתית תלויה בשני המשתתפים בשיחה. היא תלויה בניסיון וביכולת של המשתתף האפזי וכמו כן במיומנות ובידע של השותף התקשורתי. הידע של השותף התקשורתי כולל היכרות ומודעות לקשיים השפתיים של בן זוגו והיכרות עם ערוצי התקשורת השונים בהם ניתן להשתמש עם הדובר האפזי במהלך האינטראקציה התקשורתית. מטרת אימון בן הזוג התקשורתי הן:

1. הכרת הקשיים התקשורתיים והיכולות התקשורתיות של האדם האפזי הספציפי.
2. היכרות ותרגול השימוש במגוון הכלים התקשורתיים עמם ניתן לתקשר עם האדם האפזי (לוחות תקשורת, ציור, ג'סטות, שימוש במידע כתוב..).
3. תרגול ובניית סיטואציות של "שיחה טבעית" עם השותף התקשורתי ולא שיחזור אינטראקציות "לימודיות" מחדר הטיפוליים.
4. הפחתת תפיסות שליליות וסטיגמות חברתיות רווחות לגבי האפזיה.
5. יצירת מקורות פוטנציאליים לאינטראקציה עבור האפזי (בני משפחה, חברים, אנשי צוות, מתנדבים..).
6. הרחבת המעגלים התקשורתיים של האדם האפזי.

Wilkinson et al. 98 ו Booth 99 הראו שעבודה ממוקדת על ניתוח שיח של אפזי ובני משפחתו הביאה לשיפור ההצלחות התקשורתיות שדווחו ע"י בני הזוג לאחר הטיפול. בעבודתם הם השתמשו בקלטות וידאו שתיעדו שיחה בין האפזי ובן משפחתו. שיחה זו היוותה בסיס לעבודה המשותפת עם בן המשפחה. במהלך ניתוח הקלטות עם בן המשפחה הושם דגש לאלמנטים כמו: ווידוא הבנה, שימוש באסטרטגיות תיקון יעילות, חלוקת התפקידים בשיחה, וכדומה.

בניסיון שנעשה לאחרונה בבית לוויןשטיין השתמשנו במודל ניתוח זה בעבודה עם מספר אפזים ובני משפחתם. ראינו כי עבודה זו דורשת שיתוף פעולה מלא של בן הזוג אשר חש לעתים מאוים מהצורך לנתח את הסיטואציה התקשורתית עם בן זוגו. במרבית המקרים השיח התקשורתי שהתקבל דמה יותר ל"ראיון

עיתונאי" מאשר לשיחה, פעמים רבות ראינו שבן המשפחה לוקח תפקיד של "מורה" במהלך השיחה ומקפיד על העלאה חוזרת ונשנית של אינפורמציה ידועה כדי להבטיח "הפקה מדויקת" של המילים וההגאים. עד כה מצאנו כי הפניית תשומת הלב של בן המשפחה לסוגי האינטראקציות שנוצרו בשיחה ועבודה ספציפית על שיטות תיקון אפקטיביות שמטרתן לקדם את האינטראקציה התקשורתית, הביאו לשיפור ביכולת השיחה בין בני הזוג. אנו מתכוונים להמשיך ולחקור גם בצורה אמפירית את ההשלכות של עבודה זו על האינטראקציה התקשורתית בין המטופל האפזי ובן זוגו.

Lyon 1998 מתאר בפירוט תהליך טיפולי בבני זוג שהתפרש על פני כחצי שנה. (הטיפול החל כשנה וחצי לאחר האירוע המוחי). מטרת הטיפול היו: לשנות את דפוסי התקשורת בין בני הזוג שנפגעו בגלל הפגיעה השפתית הקשה של האישה (ולא התמקדות בשיפור הכישורים השפתיים והתקשורתיים של החולה); להתמקד בתקשורת היום יומית של בני הזוג בביתם; ולתת דגש גם לשיפור הקשרים בין בני הזוג שנפגעו בעקבות המחלה, ולא רק בהקלת האפשרות שלהם להחליף מידע. "מטרת הטיפול העיקרית היא להחזיר את ההרמוניה בחיי היום יום ולא רק לתקן את ה"חלקים שנשברו" בעקבות הפגיעה השפתית והתקשורתית של האישה" (Lyon, 1998). לאחר בחינת תוצאות הטיפול נמצא שיפור ביכולות השפתיות והתקשורתיות של המטופלת האפזית. שני בני הזוג דיווחו כי הם התחילו לפתח אסטרטגיות תקשורת יותר יעילות שהביאו לאחר מכן גם לשיפור ביכולתם לתפקד באופן עצמאי. תאור זה, של טיפול לא קונבנציונאלי, תואם את הדרך שבה מנסה Lyon (2000) לתאר את הרחבת גבולות עבודתו של קלינאי התקשורת עם המטופל האפזי.

תפקידיו החדשים של קלינאי התקשורת על-פי המודל הסוציאלי (ראה טבלה מספר 1). Lyon (2000) טוען כי על קלינאי התקשורת לשנות את תפקידו ההיסטורי כמטפל ולקבל על עצמו תפקיד של "מסייע לקידום". הוא טוען כי על קלינאי התקשו רת למצוא שיטות טיפול אשר יעודדו את ההשתתפות בחיים האמיתיים של המטופל האפזי ושל כל מי שמושפע מהאפזיה.

טבלה 1. הגדרה מחודשת של התפקיד והמטרות של קלינאי התקשורת עבודתו עם המטופל האפזי
 .Lyon(2000)

<p>התפקיד החדש- Facilitator ("מסייע לקידום")</p>	<p>תפקיד היסטורי-המטפל</p>
<p><u>תפקידים:</u> לעזור, לייעץ ולעודד את המטופל לפעול למען עצמו עם היכולות הקיימות; לתמוך ביכולות הקיימות ע"י אסטרטגיות המותאמות לכל אחד</p>	<p><u>תפקידים:</u> לייעץ, לכוון ולתכנן את תהליך שיקום השפה והתקשורת</p>
<p><u>מטרות:</u> שיפור החיים היום-יומיים עם היכולות השפתיות והתקשורתיות הקיימות</p>	<p><u>מטרות:</u> תיקון ועקיפת קשיים בשפה ובתקשורת</p>
<p><u>מקבלי השרות:</u> האנשים שהושפעו במיוחד מהקיום היום יומי של האפזיה: הפציינט האפזי, בני המשפחה, חברים קרובים, מטפלים אחרים</p>	<p><u>מקבל השרות:</u> האדם הפגוע</p>
<p><u>סביבה:</u> הסביבה היום-יומית</p>	<p><u>סביבה:</u> הקליניקה</p>
<p><u>סימנים פרוגנוסטיים:</u> הנכונות של האדם להיאבק למען שינוי בהשתתפותו בחיי היום-יום</p>	<p><u>סימנים פרוגנוסטיים:</u> המגוון של השימוש בשפה הנלמדת והיכולות התקשורתיות הבאות לידי ביטוי במסגרת הטיפול</p>
<p><u>סימנים לשיפור:</u> שיפור במעורבות ובתפקוד בחיי היום-יום</p>	<p><u>סימנים לשיפור:</u> שיפור הדיוק והיעילות בשימוש בשפה או בתגובות התקשורתיות שנלמדו</p>
<p><u>שיטות השינוי:</u> בידוד של תחומים מועדפים של חיי היום-יום אשר נשארו לא פונקציונאליים. יצירת אופציות לשינוי בתוך חיי היום יום. הדרכה בהתאמה של יכולות קיימות לאתגרים בחיי היום יום. שיתוף המטופל בהחלטות לגבי המשך הטיפול, מטרות הטיפול ומקום הטיפול</p>	<p><u>שיטות השינוי:</u> עידוד שפה רב ערוצית, הפניה ולימוד של דרכים תומכות ודרכים אלטרנטיביות עבור התפקוד הפגוע</p>
<p><u>חוסר הרמוניה בטיפול:</u> ייתפס ע"י הקלינאי כמצב מצופה!; זו תוצאה טבעית של אינטראקציה בקונטקסטים של חיי היום יום בקרב אנשים העוברים שינוי</p>	<p><u>חוסר הרמוניה בטיפול:</u> ייתפס ע"י הקלינאי כבעיות בתכנון או בהעברת הטיפול או כפוטנציאל של המטופל</p>
<p><u>תוצאות:</u> שיפור ההשתתפות בחיים, שיפור התחושה הטובה של האדם עם עצמו, יותר אינטראקציה עצמאית עם אנשים בסביבה הקרובה והרחוקה</p>	<p><u>תוצאות:</u> שינוי משמעותי בכישורים שפתיים ותקשורתיים, יותר עצמאות פונקציונאלית של המטופל האפזי</p>

לאפזיה יש השלכות מעבר לפגיעה האקוטית בשפה ובתקשורת. ההתבוננות דרך המשקפיים של הגדרות ועמדות אלו מחייב את הקלינאי להסתכל גם אל מעבר לליקוי – disability. אל מעבר להגבלה של היכולת לבצע פעילות מסוימת, ולהדגיש את מעורבות המטופל בחיי היום יום בהשתמשו ביכולות שלא נפגעו וביכולות שרכש במהלך הטיפול.

הקמת מרכזים לטיפול באוכלוסייה הסובלת מאפזיה. אחת הדרכים שבאמצעותן נעשה ניסיון לעבוד על יישום הגישה הסוציאלית בפועל הינה הקמת מרכזים המתמחים בטיפול ל באפזיה ונותנים מענה לצורך בהמשך טיפול באוכלוסייה האפזית ובמשפחה של הנפגע גם בשלבים הכרוניים של ההתמודדות עם האפזיה. Pound et al. 2000 מתארות בספרן את העבודה שנעשת במסגרת מרכז לטיפול באפזיה בלונדון. השירותים שהמרכז מספק כוללים טיפולים אינדיווידואליים בשפה; טיפולים קבוצתיים; מפגשים חברתיים; חוגים המעוברים ע"י משתתפי המרכז (צילום, שירה); ייעוץ אישי, זוגי ומשפחתי; ימי עיון למשפחות ועוד. חלק גדול מהעבודה במרכז זה ובמרכזים אחרים ברחבי העולם נעשית במסגרות קבוצתיות.

בהמשך המאמר אתאר את היתרונות שיש לטיפול ה קבוצתי עבור המטופל האפזי לאור ניסיוננו בעבודה הקבוצתית במהלך השנים האחרונות.

הטיפול הקבוצתי – אחד הכלים ליישום עקרונות הגישה הסוציאלית

אחד הפתרונות לגישור על הפערים בין הטיפול הפרטני (המהווה מעין חממה) לבין "החברה שבחוץ" הוא העבודה במסגרת הקבוצתית. לקבוצה יש ערך מוסף לטיפול הפרטני בהיותה מרחב לסימולציה, קרובה ככל האפשר למציאות. המסגרת הקבוצתית מאפשרת למשתתפים להתמודד גם עם הקשיים הפסיכוסוציאליים הנלווים לנזק התקשורתי, שיש להם השפעה נרחבת על השימוש ביכולות השפתיות הקיימות. קלינאים רבים רואים בקבוצה פתרון למגבלות שמציב הטיפול הפרטני. (Elman 1999) אומרת: "נדהמתי מהאינטראקציה הדינמית וממגוון התקשורת שהתרחשה מסביבי כאשר נכנסתי לקבוצה. אנשים עם אפזיה מכל הסוגים וברמות שונות תיקשרו בדרכים שלא הופיעו בחדר הטיפולים שלי. התנהגויות שלא הצלחתי ללמד או להביאם לידי הכללה היו בכל מקום... הבנתי שהמסגרת הקבוצתית מספקת יתרונות רבים מעבר לחדר הטיפולים שלי".

במהלך השנים האחרונות עשינו ניסיון להכניס את מסגרת הטיפול הקבוצתי כחלק אינטגרלי מהטיפול שמקבלים המטופלים האפזים בבית החולים לווינשטיין וכהמשך טיפול לחולים שסיימו את מסגרות הטיפול המקובלות. אנו מוצאות את עצמנו שותפות להתלהבות הזאת של Elman ממסגרת העבודה הקבוצתית. (Elman 1999) טוענת כי הטיפול הקבוצתי מאפשר ליצור הכללה של תקשורת פונקציונאלית אל הסביבה הטבעית. היא מעלה מספר סיבות אפשריות לכך:

1. הסביבה הקבוצתית מעודדת יצירת אינטראקציה בין חברי הקבוצה המאפשרת לעודד שימוש בכישורים פרגמטיים כמו לקיחת תור, יזימה תקשורתית, שימוש במגוון גדול יותר של speech acts.
2. הסביבה הקבוצתית יוצרת אפשרויות למגוון פרטנרים תקשורתיים ומשימות טבעיות ולכן מעלה את ההסתברות שהישגים בטיפול יוכללו לסביבת הבית והחברה.

3. הטיפול הקבוצתי יכול, בצורה ישירה או עקיפה, לשפר את התפקוד הפסיכוסוציאלי של המשתתפים, ע"י יצירת סביבה תומכת שבה יצירת התקשורת מעודדת ע"י המנחה ובעיקר ע"י המשתתפים (קבוצת ה-peers) שלאינטראקציה עימם יש השפעה משמעותית על היכולת של המשתתף להשתמש ביכולות התקשורתיות שרכש.

Elman & Bernstein (1999) עבדו עם 4 קבוצות של אפזים. שתי קבוצות של אפזים שהוגדרו כ- בעלי ליקוי קל עד בינוני, ושתיים שהוגדרו כבעלי ליקוי בינוני עד קשה. הטיפול הקבוצתי כלל משחקי תפקידים, שימוש בג'סטות, שיחות על נושאים שונים בהנחיית הקלינאי ומפגשים מובנים שהונחו ע"י אנשי מקצוע אחרים: פנטומימאים, מורים לדרמה וכדומה. הן בחנו במקביל גם את השפעתן של פעילויות חברתיות כמו: חוגי תנועה ופעילות בכנסייה על הפרמטרים השפתיים והתקשורתיים של משתתפי הקבוצה. תוצאות המחקר שבחן את יעילות הטיפול הצביעו על שיפור משמעותי בפרמטרים השפתיים והתקשורתיים רק בעקבות ההשתתפות בקבוצות העבודה. הכישורים השפתיים והתקשורתיים לפני ואחרי הטיפול הוערכו ע"י שימוש במבחן ה- Western Aphasia Battery (Kertez, 1982), ובמבחן CADL (Communication Abilities in Daily Living) (Holland, Frattali, & Fromm, 1998).

Aten (1982) בדק את היעילות של טיפול קבוצתי שניתן ל 7 אפזים כרוניים לא-שוטפים. הטיפול ניתן פעמים בשבוע במשך 12 שבועות והתמקד בשיפור התקשורת הפונקציונאלית בחיי היום יום ע"י יצירת סיטואציות המדמות סיטואציות יום יומיות במסגרת העבודה הקבוצתית. הוא הצביע על שיפור משמעותי ביכולות התקשורתיות בחיי היום יום – שנבדקו באמצעות מבחן CADL (Holland, 1980), אך לא מצא שיפור במדדים שפתיים שנבדקו ע"י מבחן PICA (Porch Index Of Communications Ability) (Porch, 1967). Boldinger (1993) בחן אף הוא את יעילות הטיפול הקבוצתי. הטיפול כלל שיחות, תרגולים שפתיים וקוגניטיביים משותפים ועבודה על אלמנטים פרגמטיים באמצעות ניתוח קטעי וידאו שהתמקד בזיהוי ובפירוש של כוונות תקשורתיות המבוטאות בצורה מילולית ולא-מילולית (שפת גוף, הבעות פנים וכדומה). הוא מצא שיפור במבחן PICA ובמבחן CADL בעקבות טיפול קבוצתי והראה כי השיפור נשמר גם לאחר סיום הטיפול. המחקרים הללו, למרות שהם שונים בתוצאות הספציפיות שלהם, בתוכן הטיפול, במשך הטיפול ובתדירותו, מספקים תמיכה אמפירית ליעילות הטיפול הקבוצתי.

במסגרת העבודה בבית לוינשטיין פועלות במקביל מספר קבוצות של אפזים. החלוקה לקבוצות נעשית בהתאם לחומרת הנזק השפתי. עד היום התקיימו שש קבוצות של אפזים עם פגיעה שפתית בינונית עד גבוהה וקבוצה אחת של אפזים עם פגיעה שפתית קשה (אפזים גלובלים). לאחרונה נפתחו מסגרות של טיפול קבוצתי גם לאפזים שחזרו למסגרת הקהילה. מטרות ושיטות העבודה מותאמות לרמה ולקשיים השפתיים של חברי הקבוצה.

טיפול קבוצתי באפזים: תאור ודוגמאות מקבוצות ישראליות.

בכוונתי, כאן, לתאר בקצרה את צורת העבודה עם קבוצות האפזים עם פגיעה שפתית בינונית עד גבוהה.

מטרת העבודה

הכללת השימוש ביכולות הדיבור והשפה הקיימות אל המסגרת החברתית אל מחוץ לחדר הטיפולים . אנו מאמינים שניתן להשיג מטרה זו ע " שיפור הביטחון שיש למטופל ביכולות התקשורתיות הקיימות וע " רכישת מיומנויות שיח – פרגמטיקה, בסיטואציה תקשורתית טבעית.

מהלך העבודה

העבודה בקבוצה כוללת שיחה חופשית , דיונים פתוחים ע "פ נושאים שמועלים ע "י הקבוצה או המנחה , משחקי תפקידים ותרגילי משימה . העבודה המובנית בקבוצה מתמקדת בתרגול וניתוח של אסטרטגיות פיצוי שפתיות ופרגמטיות שיש להפעיל כדי להשתמש במקסימום היכולות השפתיות הקיימות בערוצי הדיבור וההבנה השמיעתית.

חלק גדול של העבודה על הקשיים השפתיים ודרכי ההתמודדות עמם , נעשה ע "י התייחסות לאינטראקציות תקשורתיות שנוצרו בין משתתפי הקבוצה במהלך המפגשים . אנסה להדגים זאת ע "י תיאור של סיטואציה שהתרחשה באחת הקבוצות. באחד המפגשים התחיל ג . לדבר . הוא חיפש מילה ואז קפצה אחת המשתתפות ונכנסה לדבריו כדי "להסביר מה הוא רצה להגיד " . ג . התרגז , השתק ולאחר הפסקה אמר : " לא חשוב" . למעשה נוצרה סיטואציה של כשלון תקשורתי שהתברר כי ג . חווה אותה שוב ושוב במהלך ניסיונותיו לתקשר בסביבתו היום יומית . בשלב זה ניתחנו בקבוצה את מה שקרה והרחבנו את השיחה להתנסויות שלו ושל אחרים מחוץ לקבוצה . התייחסנו להרגשה שמתעוררת כתוצאה מהפרעה , לניתוק חוט המחשבה ולהשפעה של הפרעה כזאת על המשך הדיבור . בהמשך , ניסינו למצוא פתרונות להתמודדות עם מצבים דומים גם במישור הפרגמטי . זאת דוגמה לעבודה על אלמנטים פרגמטיים ורגשיים דרך עבודה על ה "כאן ועכשיו" . נושא השיחה עבר מתוכן ספציפי שהעלה משתתף, אל דרכי התמודדות עם סיטואציות דומות.

דפוסי התנהגות תקשורתיים המופיעים במהלך השיחה בקבוצה משקפים את הדפוסים התקשורתיים של הדובר והמאזין גם מחוץ למסגרות הטיפוליות . ניתוח הסיטואציה ולעתים תרגול סיטואציות דומות באמצעות משחקי תפקידים , מאפשר לכל חברי הקבוצה לבחון את דרכי ההתמודדות שלהם בסיטואציות דומות.

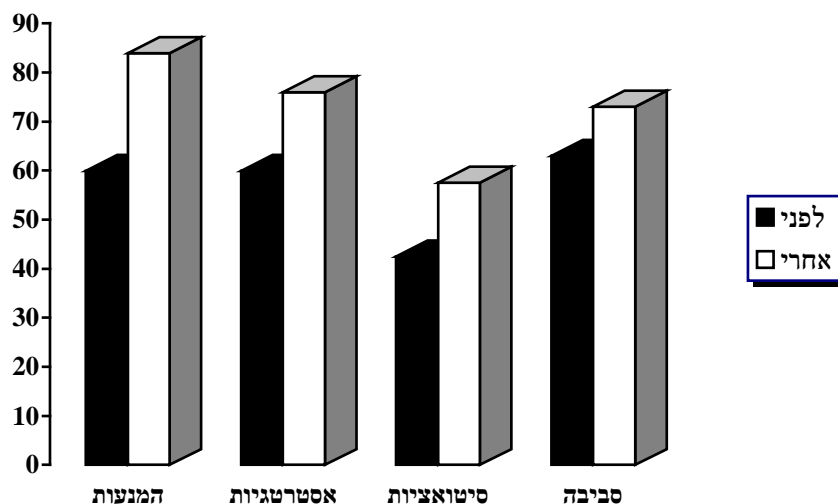
Yalom (1975) מדגיש את הלמידה של ה "כאן ועכשיו" במסגרת הקבוצתית . הוא רואה ב קבוצה מיקרוקוסמוס של החברה וטוען שדרכי תגובה טבעיות המתרחשות מחוץ לקבוצה נוטות להתרחש גם בקבוצה. בין (1992) טוען כי כדי שתתרחש למידה שתאפשר שינוי התנהגותי, יש צורך להעביר את החוויה המתרחשת בקבוצה לרמת עיבוד קוגניטיבית ע "י שיקוף ודיון . העבודה במסגרת הקבוצתית הביאה להעלאת תכנים רגשיים הקשורים לקושי התקשורתי. נוצרו אינטראקציות שהעלו רגשות של כעס , תסכול, חוסר אונים

וייאוש. המסגרת הקבוצתית אפשרה לחברי הקבוצה לבחון כיצד התמודדויות ותחושות אלו משפיעה על תפקודם השפתי והתקשורתית.

כדי לנסות ולבחון בצורה אמפירית את יעילות העבודה הקבוצתית, התבקשו משתתפי הקבוצות למלא שאלון הבוחן את עמדותיהם לגבי יכולתם התקשורתית לפני ואחרי העבודה בקבוצה. התחומים בהם התמקד השאלון היו: הימנעות מסיטואציות תקשורתיות, הפעלת אסטרטגיות פיצוי לקשיים בדיבור, התייחסות לקשיי הדיבור בסיטואציות תקשורתיות שונות וההתייחסות לסביבה – כיצד, לדעתם, המאזין מתייחס לקשייהם התקשורתיים. תרשים 1 מתאר את הנתונים לפני ואחרי העבודה הקבוצתית של שתיים מקבוצות העבודה. ניתן לראות שיפור בשימוש באסטרטגיות פיצוי, אך התחום שבו ניתן היה לראות את עיקר ההתקדמות הוא השיפור שחל בתחום ההימנעות מהדיבור. כל המשתתפים דיווחו שלאחר סיום הטיפול הקבוצתי היה להם יותר ביטחון לדבר במגוון רחב יותר של סיטואציות תקשורתיות.

אנו מאמינים שאחת התרומות המרכזיות של העבודה הקבוצתית הוא שיפור הביטחון של האדם האפזי ביכולותיו התקשורתיות והחברתיות. שיפור זה מאפשר לו להרחיב את המעגלים התקשורתיים בהם הוא משתתף בחיי היום יום.

תרשים 2. שאלון הערכת יכולות תקשורתיות



לקבוצה יש "כוח" אשר מאפשר לאנשים לעבור שינוי במהלך העבודה הקבוצתית. ה"כוח" הזה מתהווה בעיקרו מן התהליך הקבוצתי שנובע מסוג האינטראקציות שנוצרות בין חברי הקבוצה עצמם מזה, ובין חברי הקבוצה ומנחה הקבוצה, מזה.

במכתב שקיבלנו ממשפחתה של אחת המשתתפות נאמר: - "טיפול זה אפשר לאמנו לרכוש מחדש ביטחון בכל מה שקשור לאינטראקציה ורבאלית עם הסובבים אותה וכן לקבל תמיכה נפשית וחברתית, בפעם הראשונה דרך קבוצת השווים לה...המסגרת החברתית החמה שנוצרה במסגרת הקבוצה היוותה מקור חשוב הן לתמיכה נפשית והן לטיפול בדיבור, מסגרת אשר הטיפול הקונבנציונאלי מוגבל מלספק".

אנו מאמינים שהטיפול הקבוצתי הוא אחד האמצעים התואמים את תפיסת העולם של הגישה הסוציאלית. מסגרת העב ודה הקבוצתית מאפשרת לקלינאי התקשורתי להרחיב את גבולות הטיפול ולגשר בין חדר הטיפולים לבין חיי היום יום של האדם האפזי. בטיפול הקבוצתי, כמו גם במסגרת הטיפול הפרטני נשאלת השאלה עד כמה העיסוק בתחומים הרגשיים הנוגעים בתסכול ובאבל על אבדן הכישורים השפתיים והתקשורתיים אינו חורג מתפקידיו המוגדרים והמוכרים של קלינאי התקשורת. לפי התפיסה של הגישה הסוציאלית, קלינאי התקשורת הוא הכתובת גם לקשיים הללו, הנובעים מן ההתמודדות היום-יומית עם הקשיים התקשורתיים. יתכן כי כדי לענות על צרכים אלו יש צורך להרחיב את מאגר הידע וההכשרה של הקלינאי בהתאם.

הגישה הסוציאלית אינה מהווה תחליף לטיפול המתמקד באיתור ושיפור הקשיים השפתיים הספציפיים אלא, מאפשרת לקלינאי התקשורת לבחון בראיה רחבה יותר את משמעות הפגיעה האפזית ולתת להיבטים רבים יותר שלה מענה במסגרת הטיפול.

מקורות

- ביון, ו. ר. (1992). *התנסויות בקבוצות ומאמרים נוספים*. דביר הוצאה לאור.
- פר, ס. ביינג, ס. & גילפין, סו. (2000). *מדברים על אפזיה – לחיות עם אובדן השפה לאחר השבץ*. הוצאת ספרים "אח" בע"מ.
- Aten, J.L. (1986). Functional communication treatment. In R. Chapey, (Ed.) *Language intervention strategies in adult aphasia* (pp.266-277). Williams & Wilkins.
- Aten, J., Cigliuri, M., & Holland, A. (1982). The efficacy of functional communication therapy for chronic aphasic patients. *J. Speech Hearing Disorders*, 47, 93-96.
- Boldinger, R., Musson, N. & Holland, A. (1993) A study of group communication intervention for chronically aphasic persons. *Aphasiology*, 7, 301-313.
- Booth, S., & Swabbed, D. (1999) Group training in communication skills for carers of adults with aphasia. *Int. J. Language & Communication Disorders*, 34(3), 291-309.

- Davis, G.A., & Wilcox, M. J. (1985). *Adult aphasia rehabilitation: applied pragmatics*. San Diego, CA: Colege-Hill Press.
- Elman, R. J. (1999). Introduction to group treatment of neurogenic communication disorders. In R.L. Elman, *Group treatment of neurogenic communication disorders – the expert clinician approach* (pp. 3-9). Butterworth-Heinemann .
- Elman, R. J., & Bernstein, E. (1999). The efficiency of group communication treatment in adults with chronic aphasia. *Journal of Speech-Language - Hearing Research*, 42, 411-419.
- Holland, A. L.(1998). Why can't clinicians talk to aphasic adults? Comments on supported conversation for adults with aphasia: methods and resources for training conversational partners. *Aphasiology*, 12(9), 844-847.
- Holland, A. L., Frattali, C., & Fromm, D.(1998). *Communicative activities of daily living-Second edition* (CADL 2). Austin, TX: ProEd.
- Holland, A. L.(1998). Some practical consideration in aphasia rehabilitation. In M. Sillvan & M.S. Kommers (Eds.), *Rational for adult aphasia therapy*. Omaha, Neb.
- Kagan, A. (1998). Supported conversation for adults with aphasia: methods and resources for training conversation partners. *Aphasiology*, 12(9) 816-831.
- Kertez, A. (1982). *Western aphasia battery*. New York: Grune and Stratton.
- Lanfond, D. & Taylor-Sarno, M. (1993) (Eds). *Living with Aphasia : psychosocial Issues*. San Diego, Singular Publishing Group.
- Lyon, J. G. (2000). Finding, defining and refining functionality in real life for people confronting aphasia. In L. Worrall & C. Frattali ,(Eds.) *Neurogenic Communication-disorders a functional approach*. Thieme New York.
- Lyon, J. G (1998). Treating Real –Life Functionality in a Couple Copping with Sever Aphasia. In Estarbooks, N. H & Holland A (Eds.). *Approaches to the Treatment of Aphasia* (pp 203-239). Clinical Competence Series.
- Lyon, J. G. (1992). Communication use and participation in real life for adults with aphasia in natural setting: The scope of the problem. *American Journal of Speech-Language Pathology* 1(3), 7-14.
- Parr, S. (2001). Psychosocial Aspects of Aphasia: Whose Perspectives. *Folia Foniatrica et Logopaedica* 53(5), 266-289.
- Porch, B. E.(1967). Porch index of communication ability. Paio Alto, Calif., Consulting Psychologist Press.
- Pound, C., Parr, S. Lindsay, J. & Woolf C. (2000). *Beyond Aphasia – Therapies for Living with Communication Disability*. Speechmark Publishing Ltd.
- Simons-Mackie, N. (2000 a). Social approaches to management of aphasia. In L.E. Worrall & C.M. Frattali.(Eds.), *Neurogenic Communication Disorders: A Functional Approach* (pp162-187). Thieme New York .

- Simons-Mackie, N. (2000 b). *Life Participation Approach to Aphasia: An overview*. Paper presented at the ASHA Convention, Washington D.C.
- Thompson, C. (1989). Generalization in the treatment of aphasia: A review of the literature. In T. Prescott (ed). *Clinical Aphasiology*, vol 18. (pp.195-222). Boston: Cllege Hill.
- Wertz, R.T.(1998). A Case of Aphasia, Apraxia of speech and Apraxia of Phonation. In N. H. Estarbooks, & A. Holland (Eds.), *Approaches to the Treatment of Aphasia (PP 11-38)*. Clinical Competence Series.
- Wilkinson, R. Karen, B., Lock, S. Bayler, K. & Moir, D. (1998) Therapy using conversation analysis: helping couples adapt to aphasia in conversation. *Int. J. of Language & Communication Disorders* ,33,144-149.
- World Health Organization. (2001). ICDH-2 international classification of impairment activities and participation. [[http:// www.who.int/icidh](http://www.who.int/icidh)].
- Worral, L.E. (2000). A Conceptual Framework for a Functional Approach to Acquired Neurogenic Disorders of Communication and Swallowing. In L.E. Worral & C.M. Frattali (Eds.), *Neurogenic Communication Disorders: A Functional Approach* (pp162-187). Thieme New York.
- Yalom, D.L. (1975). *Creation of group: Place, Time, Size, Preparation. The theory and practice of group psychotherapy*. N.Y , Basic B

