

---

"Think Big" and "Feel Big" with Parkinson's Disease / " חושבים בגדול ומרגישים בגדול / "עם פרקינסון"

Author(s): פסח, ליילי פסח, אורית ליף קמחי, רות תמיר, Orit Lif Kimchi, Ruth Tamir and Lily Pessach

Source: *IJOT: The Israeli Journal of Occupational Therapy* / כתב עת ישראלי לריפוי / כרך 19, חוברת 3/4, Special Issue on Geriatrics: In memory of Dr. Nurit Weinblatt / גיליון מיוחד בנושא גריאטריה, מוקדש / (אוגוסט - נובמבר 2010), pp. H167-H177

Published by: Israeli Society of Occupational Therapy / העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק

Stable URL: <https://www.jstor.org/stable/23470030>

## REFERENCES

Linked references are available on JSTOR for this article:

[https://www.jstor.org/stable/23470030?seq=1&cid=pdf-reference#references\\_tab\\_contents](https://www.jstor.org/stable/23470030?seq=1&cid=pdf-reference#references_tab_contents)

You may need to log in to JSTOR to access the linked references.

---

JSTOR is a not-for-profit service that helps scholars, researchers, and students discover, use, and build upon a wide range of content in a trusted digital archive. We use information technology and tools to increase productivity and facilitate new forms of scholarship. For more information about JSTOR, please contact [support@jstor.org](mailto:support@jstor.org).

Your use of the JSTOR archive indicates your acceptance of the Terms & Conditions of Use, available at <https://about.jstor.org/terms>



JSTOR

is collaborating with JSTOR to digitize, preserve and extend access to *IJOT: The Israeli Journal of Occupational Therapy* / כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק

## “חושבים בגדול ומרגישים בגדול עם פרקינסון”

אורית ליף קמחי, רות תמיר, לילי פסח

מילות מפתח: פרקינסון, טיפול קבוצתי, העצמה, “Think Big” ו- “Feel Big”.

### תקציר

המאמר מתאר טיפול קבוצתי בקרב חולי פרקינסון, במרכז הרפואי מאיר, כפר סבא. הקבוצה מנתה 13 גברים (גיל ממוצע 66 שנים), הסובלים מן המחלה כ-10 שנים לפחות. תשעה מהם בשלבים 3-4 וארבעה בשלב ה-2, על פי סולם המפגשים מתקיימים אחת לשבוע וכוללים טיפול תנועתי, תפקודי ותמיכתי, בהנחיית צוות רב מקצועי הכולל פיזיותרפיסטית, עובדת סוציאלית ומרפאה בעיסוק. בשנתיים האחרונות ההתערבות הטיפולית התבצעה לאור הרעיון של “חושבים בגדול ומרגישים בגדול עם פרקינסון”. “חושבים בגדול עם פרקינסון” משמעו, שבתחום התנועתי תפקודי, נעשה שימוש בגישת ה-“Think Big”. גישה זו היא גישה מקובלת לטיפול מוטורי בחולי פרקינסון, המתמקדת בהגדלת אמפליטודת (משרעת) התנועה ובדרך זו גם הגברת מהירותה. הטיפול מבוסס על עקרונות הלמידה המוטורית והתמקדות בהכללה והעברה של האימון לחיי היום-יום. עקרונות אלו, עושים את הגישה למתאימה ויישומית בטיפול הריפוי בעיסוק והפיזיותרפיה. “מרגישים בגדול עם פרקינסון” משמעו שלגישת ה-“Think Big” התווספה, משמעות תמיכתית חדשה, המכונה “Feel Big”. פירושו, התחברות לא רק לאמפליטודת התנועה אלא גם למשרעת הכוחות החיוביים שטמונים באדם. הרציונל הטיפולי היה להעצים את הרגשת השותפות והמסוגלות של הפרט והקבוצה. העיקרון הזה תורגם לפעילות קבוצתית ונקבעו לה שתי מטרות. האחת התרכזת בהצגה עצמית של החברים תוך התמקדות בנושאים משמעותיים ומחזקים. היא התבצעה בדרכים ובאמצעים מגוונים ודרשה מן החברים יכולות קוגניטיביות, חברתיות, נפשיות ופיזיות. השנייה התמקדה בעריכת סרט המשקף את התהליך הקבוצתי הכולל במהלך התקופה. תרומת ההתערבות הטיפולית נמדדה באופן חווייתי והתבססה על תגובות החברים. היא תוארה כמסייעת לתפקוד, מאתגרת וכמעצימה את הרגשת המסוגלות והערך העצמי. לאור זאת אפשר לשקול יישומה בקרב קבוצות טיפוליות נוספות, בגילאים שונים ובמקומות מגוונים ולבחון את יתרונותיה וערכה המוסף בכלים מובנים ומקובלים.

אורית ליף קמחי, MSc, OT, מרפאה בעיסוק, מחלקה גריאטרית שיקומית מרכז רפואי, מאיר כפר סבא. [orit.lif-kimchi@clalit.org.il](mailto:orit.lif-kimchi@clalit.org.il)  
רות תמיר, MSc, PT, פיזיותרפיסטית, מחלקה נירולוגית, מרכז רפואי מאיר, כפר סבא. [ruth.tamir@clalit.org.il](mailto:ruth.tamir@clalit.org.il)  
לילי פסח, BSW, עובדת סוציאלית, מחלקה אורתופדית, מרכז רפואי מאיר, כפר סבא. [lily.pessach@clalit.org.il](mailto:lily.pessach@clalit.org.il)

כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, אוגוסט - נובמבר 2010, 19 (4-3)

## מבוא

פרקינסון היא מחלה נוירולוגית, כרונית ומתקדמת. היא נובעת מהרס נוירונים מייצרי Dopamin באחד מגרעיני הבסיס הנקרא Substantia Nigra. המחלה פוגעת באחד מכל 100 אנשים מעל גיל שישים ושכיחותה גבוהה יותר בקרב גברים. הגיל האופייני לפריצתה הוא העשור השישי והשביעי ולעתים מתגלים אותותיה בקרב צעירים יותר (Morris, 2000; Samii, 2008).

המחלה מתאפיינת בליקויים מוטוריים ושאינם מוטוריים. הליקויים המוטוריים כוללים האטה בתנועה (Bradykinesia), רעד (Tremor), נוקשות שרירים (Rigidity), פגיעה במכניזם היציבתי (Postural Instability) והפרעות הליכה (Giladi & Nieuwboer, 2008). כמו כן ידוע שכ-70% -85% מחולי פרקינסון סובלים מבעיות קול ודיבור המשפיעות לרעה על מצב רוחם ועל יכולתם ורצונם לתקשר עם הסביבה (Giladi et al., 2000).

המאפיינים שאינם מוטוריים כוללים פגיעה במערכת העצבים האוטונומית: שינויים בוויסות לחץ הדם וטמפרטורת הגוף, בעיות עיכול ובעיות עור, הפרעות בתחושה ובשינה, כאבים וליקויים פסיכיאטריים (חרדה, דיכאון) (גלדטי, 2007; פוליניקי וחסין, 2008). לצד אלה יצוינו קשיים קוגניטיביים: ליקויים ב- Executive Function (תפקוד אקזקוטיובי), הפרעות קשב, ירידה בזיכרון לטווח ארוך ופרוצדוראלי וכ-10% -40% סובלים מדמנציה (Marder & Jacobs, 2008; Mathias, 2003; Yogev et al., 2005).

סיווג שלבי המחלה ואפיון רמת המגבלה והתפקוד נערך לרוב לאור הסולם של Hoehn & Yahr (1967). הסולם מקובל במחקר ובקליניקה ובשימוש אנשי מקצוע מתחום הרפואה והבריאות. הוא כולל שישה שלבים (שלבים 0 - 5) ומתייחס לקיומם ו/או היעדרם של סימנים נוירולוגיים חד או דו צדדיים, פגיעה במכניזם היציבתי, קשיי ניידות ותפקוד ועד ריתוק לכיסא גלגלים, נכות ותלות מלאה (Goetz et al., 2004).

## טיפול שיקומי בחולי פרקינסון

שיקום הוא נדבך חשוב בטיפול בחולי פרקינסון והוא מומלץ מאוד לצד הטיפול הרפואי. מטרתו שיפור התפקוד ואיכות החיים בדרכים מגוונות תוך התמקדות בהפרעות תנועה ויציבה, תפקוד, שפה, קוגניציה ותמיכה (Ellis et al., 2008).

בתחום הפיזיקאלי תנועת הטיפול המקובל מותקז בפעילויות גופנית בעצימות גבוהה, שיפור מערכת שלד שריר ושימוש באסטרטגיות חשיבתיות ורמזים תחושתיים חיצוניים להקלה על ביצוע רצף תנועות (Morris, 2000).

בהיבט התפקודי מושם הדגש על שימור ושיפור טווחי תנועה, מיומנויות ADL, תרבות פנאי, מציאת דרכי תפקוד חלופיות, ייעוץ בנושא אביזרי עזר והתאמת דיור. בתחום הקוגניטיבי מושם דגש על תפקודים אקזקוטיוביים כפתרון בעיות, זיכרון עבודה, אסטרטגיות חשיבה, קשב, פעילות מודעת, תכנון, יזימה וזיכרון ארוך טווח ופרוצדוראלי (Mckinlay, Grace, Dalrymple- Alford & Roger, 2010).

כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, אוגוסט - נובמבר 2010, 19 (3-4)

הטיפול התקשורתי מתמקד בעוצמת הקול, באינטונציה ובתפקוד נשימתי והתחום התמיכתי מתרכז בנושאים הקשורים להתמודדות לנוכח המחלה. תחומי הטיפול המגוונים מונחים על ידי אנשי מקצוע שונים במסגרת פרטנית ו/או קבוצתית, בארץ ובעולם באופן מעשי או וירטואלי (Ellis et al., 2000; Lieberman, 2007; Manor et al., 2005; Posen et al., 2008). חשיבות רבה יש לפעילות קבוצתית בקרב אוכלוסייה זו לנוכח מכלול הקשיים שהם מתמודדים אתם במהלך המחלה ונוכח ההבנה שלרפואה פתרון חשוב אך חלקי בעבורם (בן יעקב ושלזינגר, 2007). רציונל הטיפול הקבוצתי בקרב חולים במחלות כרוניות בכלל ובפרקינסון בפרט גורס שלקבוצה יש כוחות מרפאים והיא דומה למשפחה תומכת (יאלום ולשץ', 2006). מסגרת זו מסייעת לאמץ דפוסי התמודדות אפקטיביים המקדמים איכות חיים, מעודדת העצמה החדית ומאפשרת מתן כלים לשימור תפקודי (יאלום ולשץ', 2006; בן יעקב ושלזינגר, 2007). כמו כן קבוצות פרקינסון הן לרוב קבוצות קטנות ובתור כאלה הן אחת המסגרות המקובלות לעזרה החדית ולהעצמה אישית וקבוצתית. בקבוצה קטנה יש הזדמנות למלא תפקידים בעלי ערך ומתפתחת בה יכולת השותפות, היכולת להיעזר ולעזור בתהליך של העצמה החדית (רוזנסר, 1997).

## קבוצת הפרקינסון -

### אוכלוסייה ומאפייני ההתערבות הטיפולית

קבוצת הפרקינסון, במרכז רפואי מאיר כפר סבא, היא קבוצה הומוגנית שכללה עד לא מכבר 13 גברים (אחד נפטר בדצמבר 2009) בגיל ממוצע 66 (טווח גילאים 59-78 שנים) הפועלת בהרכב זה, כשלוש שנים וחצי. היא נוצרה ממיזוגן של 2 קבוצות מקבילות שפעלו במשך 4 שנים. כל החברים נשואים ובעלי משפחות הסובלים מן המחלה כ-10 שנים לפחות (טווח משך המחלה 8-22 שנים). 12 מתגוררים בביתם ואחד בדירור מוגן. 9 מהם מסווגים מבחינת תפקודם בשלבים 3-4 והשאר בשלב ה-2, על פי סולם Hoehn and Yahr (1967). כלומר, לרובם יש סימנים בילטרליים, הפרעה תפקודית בינונית עד חמורה בתפקוד יום-יומי בסיסי ואינסטרומנטלי ופגיעה במכניזם היציבתי. אחד מהם עדיין עובד, השאר גמלאים וכולם מנהלים תרבות פנאי מגוונת, לרבות המפגשים הקבוצתיים המתקיימים אחת לשבוע במשך שעתיים.

הקבוצה מתמשכת ואינה מוגבלת בזמן בדומה לחלק מקבוצות הפרקינסון הקיימות ביחידות להפרעות תנועה כזו במרכז הרפואי רמב"ם (בן יעקב ושלזינגר, 2007).

ההתערבות הטיפולית כוללת את התחום הפיזיקאלי, התפקודי והתמיכתי, בהנחיית צוות רב מקצועי, כמומלץ בקבוצות תמיכה בכלל ובקבוצות פרקינסון בפרט (Miller, 1998; Posen et al., 2000). החלק הפיזיקאלי מתמקד בהיבטים תנועתיים, תפקודיים וקוגניטיביים. מועבר לסירוגין על פי הנושא בידי פיזיותרפיסטית ומרפאה בעיסוק. החלק התמיכתי מועבר על ידי עובדת סוציאלית,

ומתרכז בתהליך התמודדות עם שלבי המחלה השונים. במהלכו הושם דגש על קבלה ומסירת מידע, תקשורת בין אישית, הפחתת הבדידות, התמודדות עם אובדנים, הרגשת שותפות, נראות, פחדים וחרדות, סטיגמה, זוגיות ומיניות (יאלום ולשץ, 2006).

## **"חושבים בגדול ומרגישים בגדול עם פרקינסון" – רציונל, מטרות, אמצעים, מודל התייחסות והתהליך הקבוצתי**

הפעילות השגרתית של קבוצת פרקינסון במרכז רפואי מאיר כבר סבא, לאורך השנים שימשה בסיס להתערבות הטיפולית לאור הרעיון "חושבים בגדול ומרגישים בגדול עם פרקינסון" במהלך השנתיים האחרונות.

הרעיון "חושבים בגדול עם פרקינסון" מתייחס להיבט התנועתית תפקודי. הוא מתבסס על גישת ה-"Think Big", גישה מוטורית מתקנת לטיפול בחולי פרקינסון שפותחה, בסוף שנות התשעים, על ידי פיזיותרפיסטית ושמה B.G. Farley ה-"Think Big" התפתחה על בסיס גישה טיפולית מקובלת בבעיות דיבור בקרב חולי פרקינסון ששמה "Lee Silverman Voice Treatment" (LSVT), שפותחה על ידי קלינאיות תקשורת בראשותה של Dr. L.O. Ramig בשנות השמונים והוכחה כיעילה מבחינה קלינית ומחקרית (Hirs & Farley, 2009; Manor et al., 2005).

עיקרה של ה-LSVT הוא "Think Loud". שיפור מובנות הדיבור על ידי הגברת עוצמת הקול תוך ביצוע משימות הדורשות מאמץ בזמן דיבור (Giladi et al., 2000; Manor et al., 2005).

בדומה ל-LSVT בנושא הדיבור, בתחום המוטורי מתמקדת גישת ה-"Think Big" בתרגול תנועות באמפליטודה גדולה ובדרך זו גם הגברת מהירותה, לאור מתאם חיובי שיש בין טווח התנועה ובין מהירות התנועה. הדגשת פרמטר אחד של התנועה (גודלה) מאפשרת הקטנת היפוקינזיה והברדיקינזיה (Farley, Fox, Ramig & McFarland, 2008). הטיפול מבוסס על עקרונות הלמידה המוטורית, לרבות חזרות מרובות, תרגול רצף תנועות מורכב, משוב מתמיד, הכללה והעברה של האימון לביצוע העיסוקי בחיי היום-יום ותרבות הפנאי (Farley et al., 2008). הגישה מקובלת מבחינה מחקרית וקלינית והספרות מדווחת על קשר חיובי ומובהק בין אמפליטודת התנועה ובין מהירותה שהשפעתו החיובית על מטלות הושטה והליכה ניכר גם לאחר שלב האימון (Farley et al., 2008; Ferley & Koshland, 2005). העקרונות האלה עושים את הגישה למתאימה, יישומית בטיפולי הריפוי בעיסוק והפיזיותרפיה.

לגישת ה-"Think Big" התווספה משמעות חדשה, בהיבט התמיכתי קוגניטיבי, שזכה לשם "Feel Big" על ידי המנחות. קרי, התחברות לא רק לאמפליטודת התנועה אלא גם לאמפליטודת הכוחות החיוביים שטמונים באדם. יתרה מזו ה-"Feel Big" כונה בפי חברי הקבוצה "להפוך לימון ללימונדה". הפיכת הלימון החמוץ, המשול לקשיים עקב המחלה, ללימונדה, המסמלת את חיזוק הערך העצמי. הרציונל הטיפולי היה להעצים את הרגשת השותפות והמסוגלות של הפרט

והקבוצה, תוך שימת דגש על הכוחות המניעים והמעניקים משמעות ותקווה בחיים לצד המגבלות בעקבות המחלה (יאלום ולשץ, 2006).

ה-"Feel Big" תורגם לפעילות קבוצתית ונקבעו לה שתי מטרות. האחת התרכזה בהצגה עצמית של החברים תוך התמקדות בנושאים משמעותיים בנרטיב האישי. היא התבצעה באמצעים מגוונים ודרשה מן החברים יכולות קוגניטיביות, חברתיות, נפשיות ופיזיות. המטרה השנייה הייתה עריכת סרט המשקף את התהליך הכולל שעברה הקבוצה בהיבט התנועתי, התפקודי והתמיכתי.

הפעילות קרמה עור וגידים לאור המודל של הביצוע העיסוקי "אדם, סביבה, עיסוק וביצוע - Person, Environment, Occupation and Performance" (רדליך ושרויאר, 2006; Christiansen & Baum, 2005). נוצר ממשק בין חלקיו השונים של המודל ופועל יוצא היה הביצוע - "חושבים גדול ומרגישים גדול עם פרקינסון". מרכיב האדם כלל את ההצגה העצמית של כל חבר וההאזנה לזו של הזולת.

הוא חייב גיוס גורמי לקוח רבים כיכולות תנועתיות, קול ודיבור, מיומנויות קוגניטיביות וחברתיות שלעיתים נפגעות במחלת פרקינסון (Marder & Jacobs, 2008; Posen et al., 2000; Sammer, Reuter, Hullmann, Kaps & Vaitl, 2006; Yogev et al., 2005).

הנושאים שהועלו בנרטיב האישי כללו תולדות חיים, הישגים, תחביבים, משפחה, יציאה מן "הארון הפרקינסוני", קשיים לצד המחלה והכוחות המניעים קדימה בשגרת היום-יום.

מרכיב העיסוק כלל אמצעי המחשה מגוונים כגון מצגות, שירים, פרסים, תמונות, סרטים, תחפושות, צמחי מרפא, התנסות במשחק ברידג', שירה בציבור וריקודים. המפגשים התקיימו בחדר הטיפולים, בבתי החברים ובשדות גידול. קיומם דרש לא פעם מאמצים פיזיים וארגוניים מצד חברי הקבוצה, בני המשפחה והמנחות.

הפעילות צולמה בהסכמת החברים. נעשה שימוש במצלמת וידאו על ידי המנחות ומצלמת סטילס על ידי אחד מחברי הקבוצה. הצילום היה לחלק בלתי נפרד מן העשייה ושימש לא רק כאמצעי תיעוד אלא כאמצעי טיפולי מניע, מאתגר להפקת סרט על אודות הקבוצה. התסריט והתמליל נכתבו בשיתוף נציגים מן הקבוצה והסרט נערך והופק על ידי המנחות באולפן עריכה בהתנדבות בעליו. השימוש בתצלומים, בתמונות ובצילום כאמצעי טיפולי ידוע בשמו פוטותרפיה (בוצר, 2007; ברמן, 1997). הפוטותרפיה היא זרם עכשווי שהתפתח בתחום הטיפולי הפסיכותרפי, העושה שימוש באיכויות צילום הסטילס והווידאו (Weiser, 2010). השילוב בין צילום ובין בריאות הנפש החל להתפתח כבר ב-1848 כשד"ר דיאמונד הבריטי היה הראשון שהחל לצלם מטופלות ממחלקת הנשים בבית חולים פסיכיאטרי שבו עבד. הוא השתמש בצילום לשם דיאגנוזה של המחלה וכתיעוד של תהליך השינוי בעקבות הטיפול. הפוטותרפיה עברה מאז התפתחויות רבות ומטרתה הטיפולית, כיום, היא לשמש כלי המסייע לעקוף הגנות פסיכולוגיות, ליצור תקשורת לא מילולית, להגביר את תחושת השליטה, המודעות העצמית והערך העצמי של המטופל (בוצר, 2007; Weiser, 2010). נעשה שימוש בצילום בעבודה פרטנית

וקבוצתית בקרב אוכלוסיות מגוונות כגון נוער בסיכון, חולים פסיכיאטרים וחולי סרטן (ברמן, 1997; אגבארייה ורג'דה, 2002; בוצר, 2007). תוצרי הצילום יכולים להיות תמונות שהמטופל מצלם בזמן הטיפול, תמונות שהמטופל מצלם את עצמו וצילום המטופל על ידי המטפל (בוצר, 2007; Weiser, 2010).

שימוש במדיה זו כמטרה טיפולית בקרב חולי פרקינסון בטיפול פרטני ו/או קבוצתי אינו נזכר בספרות המקצועית, למעט קול קורא של מארגני קונגרס הפרקינסון העולמי השני (סקוטלנד אוקטובר 2010) לתחרות סרטי וידאו קצרים בנושא החיים לצד המחלה (<http://www.worldpdcongress.org>).

מרכיב הסביבה כלל את חברי הקבוצה, המנחות, בנות הזוג ובני המשפחה שאפשרו את קיום התהליך. בנות הזוג ובני המשפחה עזרו באיסוף החומרים, באירוח, בהסעה, נכחו בזמן הפעילות ואף לעתים לקחו בה חלק. המנחות, הגו את הרעיון, ארגנו וניהלו את המפגשים, עזרו, דרבנו וסייעו במיון החומרים והכנתם לצורך הפעילות.

מרכיב הביצוע משול לתוצרי העשייה הקבוצתית לאורך השנתיים וכונה בשם "חושבים בגדול ומרגישים בגדול עם פרקינסון". תרומתה של עשייה זו נמדדה באופן חווייתי בלבד ולא באופן מובנה והתבססה על תגובות החברים בארבע נקודות זמן. הראשונה הייתה בזמן הדיונים על גיבוש ויישום הרעיון, השנייה לאחר כל הצגה עצמית, השלישית לאחר תום התהליך עצמו והרביעית לאחר צפייה משותפת בסרט. יצוין שבזמן גיבוש הרעיון חמישה חברים חששו באשר ליכולתם לבצע הצגה עצמית ולעניין את האחרים בנושאים משמעותיים ומחזקים, ארבעה הטילו ספק באשר ליכולת הקבוצה והמנחות לערוך סרט ולמצוא מימון להפקתו.

מתגובותיהם לאחר מעשה אפשר ללמוד שהפעילות נתפסה בעיניהם כמסייעת לתפקוד, כמאתגרת, כמעצימה את הרגשת המסוגלות והערך העצמי והספקות בתחילת הדרך התפוגגו ונשכחו. יתרה מזו קצתם אף ייחסו את רעיון הפעילות לעצמם או לחבריהם.

## דיון ומסקנות

יישומה של ההתערבות הטיפולית "חושבים בגדול ומרגישים בגדול עם פרקינסון" בקרב קבוצת פרקינסון, מרכז רפואי מאיר כפר סבא, מצריך דיון בנסיבות שאפשרו אותה, בתרומתה, בהשלכותיה ובחסרונותיה. הכנסת גישה חדשה לטיפול מוטורי ותפקודי, ה-"Think Big" - בנוסף לרעיון התמיכתי קוגניטיבי שכונה ה-"Feel Big", דרש שיתוף פעולה ונכונות מצד חברי הקבוצה. טיפול באמצעות "Think Big" ו-"Feel Big" דרשו מאמצים פיזיים, תפקודיים, נפשיים, קוגניטיביים וחברתיים שנמשכו גם מעבר למפגשים עצמם לצורך ההכנות והתארגנות לקראת ההצגה העצמית של החברים. אפשר להניח שהמאמצים והנכונות להכנסתם של החידושים האלה התאפשרו בזכות האינטימיות, האמפתיה, יחסי האמון, שנוצרו בקרב חברי הקבוצה בינם לבין עצמם ובינם לבין המנחות לאורך השנים.

כתב עת ישראלי לרפוי בעיסוק, אוגוסט - נובמבר 2010, 19 (3-4)

קבוצה זו היא קבוצה ותיקה שעברה, לאורך השנים, את שלבי ההתפתחות הנדרשים לתהליך של לכידות, העצמה ומסוגלות. התפתחות קבוצתית זו מזכה אותה בכוחות מרפאים ועושה אותה לכעין משפחה תומכת ('אלום ולשץ', 2006). הקבוצה הומוגנית מבחינת הרכבה האנושי. היא מורכבת רק מגברים החולקים יחסי חברות המיוחדים לבני מינם. אילו היה הרכבה הטרוגני אפשר שלא היו מגיעים לפתיחות המיוחדת הזאת. הם התייחסו בכבוד איש אל רעהו והכילו את כל החברים, על אף ההבדלים בנושאים שהועלו, באמצעי ההמחשה, באופן ההצגה ובקשיים שלעתים התעוררו במהלכה.

השפעת ההרכב האנושי על יחסי הפתיחות והאינטימיות בקבוצה עולה בקנה אחד עם מסקנתם של Manor ועמיתיה (2005) במחקרם על יעילות הטיפול התקשורתי על פי גישת ה-LSVT בקרב קבוצת תמיכה לנשים צעירות החולות בפרקינסון. הם גרסו שהעצמה קבוצתית והרגשת מסוגלות לא היו מושגות אילו ההרכב האנושי היה שונה (Manor et al., 2005).

מטרת הפעילות הקבוצתית השנייה הייתה צילום והפקת הסרט המרגש. למיטב ידיעתנו השימוש הטיפולי בצילום, כפי שנעשה בקבוצה זו, הנו ראשוני וחלוצי בקרב חולי פרקינסון ואינו מוזכר בספרות המקצועית. ציון דרך ראשוני זה תרם אף הוא להרגשת המסוגלות של החברים.

אפשר לומר שחברי הקבוצה חשבו בגדול והרגישו בגדול עם מחלתם. הרגשתם זו התבטאה בכינוי שהעניקו לפעילות "להפוך לימון ללימונדה". קרי הפעילות באמפליטודה גדולה הצליחה להעצים אישית וקבוצתית את חבריה על אף הקשיים ובזכות הכוחות שחבריה התוודעו להם בשנית.

הרגשת ההעצמה תוארה בפי החברים כזקיפות קומה, כאירוע מכונן המאפשר חשיפה של דברים שמעולם לא סופרו קודם לכן אף לא לבני במשפחה. היא צוינה כהכרה מחדשת בערך העצמי, כהרגשת מסוגלות ואמונה בכוחות המניעים את האדם קדימה ונותנים טעם לחיים לצד המחלה. העצמה זו תרמה לדבריהם לחיזוק הזהות העצמית והביטחון העצמי של החברים כפרטים וכקבוצה שכיזוק נפגעים במחלה כרונית כמחלת פרקינסון (McNamara, Durso & Harris, 2008).

היא נתפסה כהרגשת מסוגלות לצד המגבלות בבחינת "כן, אני יכול". כפי שכתב אחד החברים בשירו "ואם אינני יכול ללכת אני יכול לעוף. הרי מעולם לא שכחתי לעוף". הפעילות הקבוצתית אפשרה היכרות מעמיקה יותר בין איש לרעהו והערכה מחדשת או ראשונית ביכולותיהם ובהישגיהם. היא חיזקה את הרגשת השותפות, האינטימיות, האמפתיה, והיכולת לעודד, לתמוך ולהכיל את האחר. בבחינת אחד למען הקבוצה והקבוצה למען היחיד.

יצוין שהפעילות הקבוצתית של ההצגה העצמית והסרט הגיעו לסיומם, ועם זאת הקבוצה ממשיכה לחשוב ולהרגיש בגדול. ההיבט התנועתי תפקודי ממשיך לאור גישת ה-"Think Big" ובתחום התמיכתי קוגניטיבי ביקשו החברים לחפש נושאים נוספים שימשיכו לחזק את הערך העצמי.

הצלחת הפעילות הקבוצתית הייתה גם פועל יוצא של העשייה הרב מקצועית של המנחות. היא העמידה את הבסיס הרעיוני והמקצועי להנעת הפרויקט. כל



מנחה תרמה תכנים, מסגרות התערבות, גישות טיפוליות ורעיונות מעולם התוכן המקצועי והאישי שלה. המנחות השכילו לעבוד לא רק במקביל אלא בצוותא. התעשרו בידע ועבדו לאורו, נחשפו לתחומים חדשים, כיבדו מקצועות עמיתים וידעו להכיל אישה את רעותה. החשיבות אינה מה כל אחת הביאה עמה אלא עצם הרעיונות. עבודת הצוות הטובה היוותה את הקרקע הפורייה לצמיחתם של הרעיונות. הרכב רב מקצועי קבוע שעובד בצוותא ולא רק במקביל, כפי שמצוי במרכז הרפואי מאיר, כבר סבא הוא ייחודי, אין כמותו בקבוצות פרקינסון בארץ ולא מדווח עליו בספרות (בן יעקב ושלזינגר 2007; Ellis et al., 2008; Lieberman, 2007; Manor et al., 2005; Posen et al., 2000). העבודה הרב מקצועית רובה מתנהלת במקביל או לסירוגין, ואם בצוותא אז היא נחלת הקבוצות תחומות הזמן. בקבוצות מתמשכות לרוב יש איש מקצוע דומיננטי אחד ולסירוגין פועל איש צוות נוסף (בן יעקב ושלזינגר 2007; Ellis et al., 2008; Lieberman, 2007; Manor et al., 2005; Posen et al., 2000). ההרכב המקצועי, של קבוצת הפרקינסון, במרכז הרפואי מאיר, כבר סבא, חיוני מאחר שהוא מייצג מטפלים שתחומי עיסוקם ועניינם הוא אותם אלה שחולי הפרקינסון מתקשים בהם. במקביל ליתרונותיה של הפעילות הקבוצתית "חושבים בגדול ומרגישים בגדול עם פרקינסון" חסרונה הבולט הוא שלא נעשה שימוש בכלים מובנים לבדיקת השפעתה על תפקוד החברים והרגשתם. לאור המתואר במאמר זה אפשר לשקול יישומה בקרב קבוצות טיפוליות נוספות, בגילאים מגוונים ובמקומות שונים ולבחון את ערכה המוסף כלים מובנים ומקובלים.

## סיכום

"חושבים בגדול ומרגישים בגדול עם פרקינסון" היה הבסיס לטיפול רב מקצועי במהלך השנתיים האחרונות, בקרב קבוצת הפרקינסון במרכז הרפואי מאיר, כבר סבא. בתחום המוטורי תפקודי נעשה שימוש בגישת ה-"Think Big" ובתחום התמיכתי קוגניטיבי התווספה משמעות של-"Feel Big". במילים אחרות, ההתערבות הטיפולית התמקדה בהגדלת אמפליטודת התנועה והכוחות החיוביים שטמונים באדם לצד המחלה תוך גיוס מיומנויות פיזיות, קוגניטיביות וחברתיות לצורך ביצועו. הרציונל הטיפולי היה להעצים את הרגשת השותפות והמסוגלות של הפרט והקבוצה והוא תורגם לפעילות קבוצתית בעלת שתי מטרות עיקריות. האחת התרכזת בהצגה עצמית של החברים והשנייה התמקדה בעריכת סרט המשקף את התהליך הקבוצתי בתחומי העיסוק השונים במהלך התקופה. הפעילות התבצעה לאור מודל "אדם, סביבה, עיסוק וביצוע". נוצר ממשק בין חברי הקבוצה כפרטים, לעיסוקם בהצגה העצמית והפקת הסרט לבין הסביבה התומכת שאפשרה את הביצוע את רעיון "חושבים בגדול ומרגישים בגדול עם פרקינסון". הפעילות הקבוצתית, שתוארה במאמר, ייחודית מן ההיבט הרעיוני טיפולי, אמצעי הטיפול, הרכב הקבוצה, משך הזמן שהיא פועלת והצוות הרב מקצועי

הקבוע. היא התאפשרה בזכות מערכת היחסים המיוחדת בין חברי הקבוצה בינם לבין עצמם ובזכות שיתוף פעולה הדוק ויחסי אמון בין הקבוצה לסביבה התומכת: בין החברים לבין בנות הזוג, בני המשפחה ואנשי הצוות הרב מקצועי. זאת ועוד, ההתנסות הזאת מלמדת שעבודה משותפת רב מקצועית חשובה, אפשרית ואף תרמה להצלחה הטיפולית. היא מושתתת על יחסי אמון, על הערכה הדדית ועל פתיחות כדי שיהיה אפשר לשלב רעיונות מעולמות תוכן שונים לכדי תפיסה טיפולית, להרחיב וליישם מושגים מוטוריים ותפקודיים לתהליכים קבוצתיים מעצימים.

תרומת "חושבים בגדול ומרגישים בגדול עם פרקינסון" נמדדה באופן חווייתי והתבססה על תגובות החברים. היא תוארה כמסייעת לתפקוד, מאתגרת וכמעצימה את הרגשת המסוגלות והערך העצמי. אפשר אפוא לשקול יישומה בקרב קבוצות טיפוליות נוספות, בגילאים מגוונים ובמקומות שונים ולבחון את יתרונותיה ואת ערכה המוסף באמצעות כלים מובנים ומקובלים.

## מקורות

- אגבארייה, מ' ורג'דה נ' (2002). סדנת צילום לטיפול בנוער ערבי מנותק. מנהל חברה ונוער, 1-6.
- בוצר, ע' (2007). קודק מומנט *msg* לבריאות רפואה טבעית מעריב.
- ברמן, ל' (1997). מאחורי החיוך שימוש תרפויטי בתצלומים. קריית ביאליק: "אח" בע"מ.
- בן יעקב, א' ושלזינגר א' (2007). ממלאים את הכוס הריקה - מודל לקבוצת תמיכה שיקומית לחולי פרקינסון. סיעוד נירולוגי 4, 33-37.
- גלדטי, ר' (2007). כאב והפרעות תחושה במחלת הפרקינסון. *Israeli Journal of Neurology*, 19, 14-16.
- יאלום, א' ולשץ, מ' (2006). טיפול קבוצתי תיאוריה ומעשה. ירושלים: כנרת, זמורה ביתן.
- פוליניקי, א' וחסיו, ט' (2008). פרמיפקסול, כתרופה לדיכוי במחלת הפרקינסון. *Israeli Journal of Neurology*, 22, 28-30.
- רדליך, ד' ושרויאר, נ' (2006). אדם סביבה עיסוק וביצוע: מודל עיסוקי 2005. כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, 15(2), H113-H127.
- רוזנסר, נ' (1997). עבודה קבוצתית כאמצעי לפיתוח הקהילה. מתוך נ', רוזנסר ול' נתן. הנחיית קבוצות, מקראה (פרק 20, עמ' 401-424). ירושלים: המרכז לחינוך קהילתי ע"ש חיים ציפורי.

- Christiansen, C. M., & Baum, C. H. (2005). Person-environment-occupation-performance: An occupation-based framework for practice. In C. H. Christiansen, C.M. Baum, & J. Bass-Haugen (Eds). *Occupational therapy: Enabling function and well-being* (3rd ed., pp. 242-267). Thorofare, NJ: Slack Incorporated.
- Ellis, T., Katz, D. I., White, D. K., DePiero, T. J., Hohler, A. D., & Saint-Hilaire, M. (2008). Effectiveness of an inpatient multidisciplinary rehabilitation program for people With Parkinson's disease. *Physical Therapy, 88*(7), 812-819.
- Farley, B. G., Fox, C. M., Ramig, L. O., & McFarland, D. H. (2008). Intensive amplitude-specific therapeutic approaches for Parkinson's disease: Toward a neuroplasticity-principled rehabilitation model. *Topics in Geriatric Rehabilitation, 24*(2), 99-114.
- Ferley, B. G., & Koshland, G. F. (2005). Training BIG to move faster: The application of the speed-amplitude relation as a rehabilitation strategy for people with Parkinson's disease. *Experimental Brain Research, 176*(3), 462-467.
- Giladi, N., & Nieuwbore, A. (2008). Gait disturbances. In S. A. Factor, & W. J. Weiner (Eds.), *Parkinson's disease diagnosis & clinical management* (2nd ed., pp. 56-66). New York: Demos Medical.
- Giladi, N., Treves, T. A., Paleacu, D., Shabtai, H., Orlov, Y., Kandinov, B., & Korczyn, A. D. (2000). Risk factors for dementia, depression and psychosis in long standing Parkinson's disease. *Journal of Neural Transmission, 107*, 59-71.
- Goetz, C. G., Poewe, W., Rascol, O., Sampaio, C., Stebbins, G. T., Counsell, C., & Seidl, L. (2004). Movement Disorder Society Task Force report on the Hoehn and Yahr Staging Scale: Status and recommendations. *Movement Disorder, 19*(9), 1020-1028.
- Hirsh, M. A., & Farley, B. G. (2009). Exercise and neuroplasticity in persons living with Parkinson's disease. *European Journal of Physical Rehabilitation Medicine, 45*, 215 - 229.
- Hoehn, M. M., & Yahr, M. D. (1967). Parkinsonism: Onset, progression and mortality. *Neurology, 17*, 427- 442.
- Leentjens, A. F. G. (2004). Depression in Parkinson's disease: Conceptual issues and clinical challenges. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology, 17*, 120.

- 
- Lieberman, M. A. (2007). Psychological characteristics of people with Parkinson's disease who prematurely drop out of professionally led internet chat support group. *CyberPsychology & Behavior, 10*(6), 741-748.
- Marder, D., & Jacobs, D. M. (2008). Dementia. In S. A. Factor, & W. J. Weiner (Eds.). *Parkinson's disease diagnosis & clinical management* (2nd ed., pp.147-159). New York: Demos Medical.
- Mathias, J. L. (2003). Neurobehavioral functioning of persons with Parkinson's disease. *Applied Neuropsychology, 10*(2), 57-68.
- McKinlay, A., Grace, R. C., Dalrymple- Alford, J. C., & Roger, D. (2010). Characteristics of executive function impairment in Parkinson's disease patients without dementia. *Journal of the International Neuropsychological Society, 16*, 268-277.
- McNamara, P., Durso, R., & Harris, E. (2008). Alteration of the sense of self and personality in Parkinson's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 23*, 79-84.
- Miller, J. M. (1998). *Effective support groups. How to plan, design, facilitate and enjoy them*. Indiana: Willowgreen Publishing.
- Morris, M. E. (2000). Movement disorders in people with Parkinson disease: A model therapy. *Physical Therapy, 80*(6), 578-597.
- Posen, J., Moore, O., Taasa, D. S., Ginzburg, K., Drory, M., & Giladi, N. (2000). Young women with Parkinson's disease: A group work experience. *Social Work in Health Care, 32*, 77-91.
- Samii, A. (2008). Cardinal features of early Parkinson's disease. In S.A. Factor, & W. J. Weiner (Eds.). *Parkinson's disease diagnosis & clinical management* (2nd ed., pp.45-55). New York: Demos Medical.
- Sammer, G., Reuter, I., Hullmann, K., Kaps, M., & Vaitl, D. (2006). Training of executive functions in Parkinson's disease. *Journal of the Neurological Sciences, 248*(1-2), 115-119.
- Weiser, J. (2010, September). *Phototherapy techniques*. Paper presented at the 2nd World Parkinson Congress. Glasgow, Scotland, UK.
- Yogev, G., Giladi, N., Peretz, C., Springer, S., Simon, E. S., & Hausdorff, J. M. (2005). Dual tasking, gait rhythmicity, and Parkinson's disease: Which aspects of gait are attention demanding? *European Journal of Neuroscience, 22*, 1248-1256.
-