

## טיפול רב-מקצועי במטופל עם Functional Neurologic Symptoms Disorder המאושפז במרכז שיקום - תיאור מקרה

ענת סימון פלורנטין<sup>1</sup>, כפיר פינגרמן<sup>1</sup>

<sup>1</sup> סטודנטים לתואר שני, המחלקה לפיזיותרפיה, אוניברסיטת אריאל בשומרון, פיזיותרפיסטים במחלקה לפיזיותרפיה בבית חולים לוינשטיין, רעננה.

העבודה נערכה במסגרת סמינריון בתוכנית הלימודים לתואר שני בפיזיותרפיה מנחים: ד"ר נועה בן עמי ופרופסור דני מורן  
מחבר מכותב: ענת סימון פלורנטין anats2010@gmail.com

**תוצאות:** חל שיפור במצבו התפקודי של המטופל, על פי מבחן בית"י (מ-126\57 בעת קבלתו ל-126\74 בעת שחרורו), ועל פי מבחן SCIM (מ-100\26 בעת קבלתו ל-100\44 בעת שחרורו). נוסף על כך, חל שיפור בניידות על פי מבחן TMWT (ללא יכולת ביצוע בעת קבלתו ועד 0.033 מטר לשנייה כעבור חמישה חודשים), ועל פי מבחן TUG (ללא יכולת ביצוע בעת קבלתו ועד תשע דקות כעבור חמישה חודשים).

**דיון ומסקנות:** תיאור המקרה מראה הצלחת שיקום רב-מקצועי אצל מטופל הסובל מ-FNSD, בעצירת ההידרדרות התפקודית הממושכת וביצירת תפקודים חדשים. שיתוף הפעולה הרב-מקצועי תרם מאוד להצלחת התהליך. על מערכת הבריאות לאתר מטופלים הסובלים מהפרעה זו תוך פרק זמן קצר ולהפנותם למסגרת טיפולית רב-מקצועית מתאימה.

**מילות מפתח:** Functional neurological symptom disorder, Physiotherapy, interdisciplinary

**רקע:** הפרעה נוירולוגית תפקודית, Functional Neurologic Symptoms Disorder (FNSD), גורמת סבל רב בקרב הלוקים בה. קיים קושי באבחון ההפרעה ובהתאמת מסגרת טיפול יעילה לחולים. להפרעה ישנם מגוון גורמים ביו-פסיכו-סוציאליים. קיימות בספרות עדויות מעטות שטיפול רב-מקצועי עשוי להיות יעיל במקרים אלו.

**מטרה:** להציג תיאור מקרה של שיקום רב-מקצועי אצל מטופל עם FNSD אשר יכול לשמש כמודל טיפול יעיל בתחלואה זו.

**תיאור המקרה:** גבר בן 60 שזקוק לעזרה מלאה בתפקודי היומיום בעקבות ההידרדרות תפקודית שהחלה שבע שנים קודם, ללא הסבר נוירולוגי לסימפטומים שהוצגו, הופנה לאשפוז במרכז שיקום. המטופל עבר הערכה מקיפה בעת קבלתו ונבנתה תוכנית טיפול על-ידי צוות רב-מקצועי.

**כלי מדידה:** נבחרו מבחנים להערכת השינוי במצב התפקודי של המטופל בעת האשפוז: בדיקת יכולות תפקודיות יומיומיות (בית"י), Spinal Cord Independence Measure III (SCIM) ומבחני ניידות: Timed Ten Meter Walk Test (TMWT) ו-TUG Up and Go test.

**תהליך התערבות:** טיפול רב-מקצועי במשך חמישה חודשים, בידי מערך טיפול הכולל פיזיותרפיסטים, פסיכולוגים, מרפאים בעיסוק, עובדים סוציאליים, פסיכיאטרים, רופאים שיקומיים וצוות סיעוד.

## רקע

הפרעה מסוג Functional Neurologic Symptoms Disorder (FNSD) מוגדרת לפי The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (DSM - 5) כמערבת שינוי אחד או יותר בתפקוד הרצוני המוטורי או התחושת<sup>1</sup>. הממצאים הקלינים מראים כי קיימת אי-התאמה בין הסימפטום/ים למצבים נוירולוגיים או רפואיים מוכרים, ואין אפשרות להסבירם על-ידי מצב רפואי או נפשי אחר. הסימפטומים הגורמים למצוקה משמעותית בתפקוד החברתי ובתחומי תפקוד אחרים מצדיקים קבלת טיפול רפואי. תפיסת ההפרעה עברה תהפוכות והיא זכתה להגדרות רבות. היא זוהתה במאה ה-19 על-ידי זיגמונד פרויד וז'אן מרטן שארקו וכונתה "היסטרייה" או קונברסיה.<sup>2</sup> מי שלקו במחלה נתפסו כמי שממירים את מצוקתם הנפשית לחולי פיזי. הסימפטומים הפיזיולוגיים הנובעים ממצוקה נפשית בלתי מודעת לא הופקו ביודעין להשגת רווח משני או לביצוע תרמית. השם FNSD מבטא את נטרול הדרישה להוכחת מצוקה נפשית כתנאי למתן האבחנה, ונוסף על כך, מדגיש את המכניזם התפקודי של הפגיעה ללא קישור לנזק מבני במערכת העצבים המרכזית.<sup>1</sup> להפרעה טווח רחב של גורמים תורמים, מנציחים ומזרזים, הבאים לידי ביטוי במודל הביו-פסיכו-סוציאלי.<sup>3</sup> הגורמים הביולוגיים העיקריים הם מחלה אורגנית, פציעה פיזית, כאבים וירידה תפקודית. הגורמים הפסיכולוגיים העיקריים הם מצב רגשי, הפרעות אישיות ויכולת התמודדות דלה. הגורמים הסוציאליים העיקריים הם רמה סוציו-אקונומית נמוכה והזנחה בילדות. השכיחות של FNSD היא נדירה, והתלות המגדרית אינה ידועה.<sup>4</sup> ההיארעות נעה בין 2-22/100,000 בשנה, והיא עולה באזורים עירוניים, באוכלוסיות ברמה סוציו-אקונומית נמוכה ובין יוצאי צבא. מחקרים מעריכים כי לשליש מן המטופלים המגיעים לנוירולוג במרפאות חוץ יש סימפטומים שאינם מוסברים על-ידי מחלה נוירולוגית.<sup>5-7</sup> מחציתם מאובחנים עם הפרעה פונקציונלית, ומחציתם סובלים מסימפטומים שאינם תואמים בעוצמתם את ההפרעה.<sup>6</sup>

אבחון ההפרעה נעשה על-ידי רופא, ובמהלכו מכין הרופא רשימת סימפטומים ותלונות מלאה ונעזר בכלי אבחון רבים, כגון בדיקות מעבדה והדמיה, כדי לשלול סיבה אורגנית להופעתם.<sup>3</sup> הופעת הסימפטומים אצל מחצית מהמטופלים עם חולשה או בעיות תנועתיות היא פתאומית, ולעיתים מלווה

בתלונות חוזרות על עייפות, על כאב, על סחרחרות ועל בעיות ריכוז וזיכרון. האבחנה תתאים כאשר הסימפטומים הפיזיקליים אינם עקביים ואינם מתאימים למחלה נוירולוגית. יחד עם זאת, ניתן לעשות שימוש במבחנים קליניים שיעזרו באישוש החשש ל-FNSD, לדוגמה, בהסחת דעת, ישתפרו ההליכה של המטופל ושינוי המשקל שלו. בבדיקה הקלינית ישנה חשיבות רבה לבידור מחשבותיו, אמונותיו וציפיותיו של המטופל לגבי מצבו וסיכויי החלמתו. מרכיבים אלו יתרמו לקביעת מטרות הטיפול ויהוו גורם מנבא לפרוגנוזה שלו.<sup>8</sup> קיימים שאלונים והערכות פסיכולוגיות שיכולים לתמוך באבחנה מתחום ההפרעות הסומטופורמית, הפרעה סומטופורמית מוגדרת כסימפטום סומטי אחד או יותר, יוצר מצוקה, או המתבטא בהפרעה משמעותית לחיי היומיום, כולל מחשבות רגשות או התנהגויות מופרזות, הקשורות לסימפטומים הסומטיים, או המקושרות לדאגות בריאותיות כשהסיבה אינה אורגנית. יש כמה הפרעות סומטופורמיות פרט ל-FNSD המפורטות ב-DSM-5,<sup>1</sup> לדוגמה, The Patient Health Questionnaire (PHQ-15) הכולל 15 שאלות.<sup>10,9</sup> השאלות מתיחסות לסימפטומים האלה: עייפות, הפרעות בעיכול, כאבי בטן, כאבי גב, כאב במפרקים או בגפיים, בעיות שינה, כאבי ראש, כאבים בחזה, עצירות או שלשולים, כאבי מחזור, סחרחורת, קוצר נשימה, דפיקות לב, כאב או בעיות בזמן קיום יחסי מין והתעלפות. ציון 10 ומעלה יכול לנבא בסבירות גבוהה הפרעה סומטופורמית, אך לא יכול להפריד בין סימפטומים שהוסברו רפואית לאלו שאין להם הסבר רפואי. עובדה זו מחזקת את הטענה שהערכה רפואית מקיפה חשובה לצורך אבחנה נכונה.

לאור העובדה שב-FNSD מעורבים גורמים פיזיקליים, פסיכולוגיים, סוציאליים ונוירו-פסיכולוגיים, הטיפול המיטבי ייתן מענה מספק לכל הגורמים. במחקר של McCormac ועמיתיו (2014) תוארה תוכנית התערבות רב-מקצועית כחלק ממחקר רטרוספקטיבי.<sup>11</sup> למשתתפים היה מהלך כרוני של קונברסיה, שנמשך בממוצע כארבע שנים, בעלי רמה גבוהה של מוגבלות, לא מועסקים ותלויים בעזרתם של אחרים בפעילויות יומיומיות (Active Daily Life - ADL). ההתערבות נעשתה על-ידי צוות רב-מקצועי הכולל פסיכולוגים, פיזיותרפיסטים ומרפאות בעיסוק. לא נכללו מטופלים שיש להם מחלה רפואית או ליקוי מוטורי תפקודי על רקע כאב. הפסיכולוג, שפגש את המטופל, השתמש בעיקר בגישות של Cognitive Behavioral Therapy (CBT) וחינוך פסיכולוגי יחד עם טיפול פיזיותרפי

והמומלצות. מטרת המאמר היא לתאר תהליך של שיקום רב-מקצועי מוצלח במסגרת אשפוז אצל מטופל הסובל מ-FNSD.

## תיאור המקרה

גבר בן 60, בעל משקל תקין, נשוי ואב לילדים, עוסק בעבודה משרדית ועובד מביתו. זה שבע שנים שהוא בתהליך הידרדרות תפקודית שבגינה נזקק לעזרה מלאה בתפקודי היומיום, מתנייד בהליכה למרחקים קצרים בבית בתמיכת רהיטים וקירות, ובעזרת כיסא גלגלים למרחקים ארוכים. המטופל לא סבל מבעיות רפואיות קודמות ונהג לעסוק דרך קבע בפעילות גופנית. המטופל נתן את הסכמתו בכתב לתייעוד ולפרסום המקרה.

**מהלך המחלה:** המטופל התקבל למרכז שיקום. בעת קבלתו אובחן כסובל מחולשת גפיים עליונים ותחתונים בשל הפרעה במערכת העצבים. שבע שנים קודם לכן לקה בחולשה מתקדמת הדרגתית בשתי הרגליים ובגף העליון הימני ללא כאבים עצביים. במהלך השנים היה המטופל תחת מעקב נוירולוגי צמוד, ונערכו לו בדיקות רבות, ובהן: טומוגרפיה ממוחשבת (CT) של המוח ועמוד השדרה הצווארי, דימות תהודה מגנטית (MRI) של המוח ועמוד השדרה, ניקור מותני ובדיקות מעבדה נרחבות. בכל הבדיקות לא נמצאו ממצאים חריגים, פרט לבדיקת MRI צווארי, שבה נמצאו אותות לא תקינים בחוט השדרה מגובה C2-C7 מימין ומשמאל. לפני האשפוז נבדק המטופל במרפאת שיקום שדרה על-ידי פרופסור מומחה שהתרשם מפגיעה במערכת העצבים המרכזית העליונה (UMN) המלווה בלחץ נפשי ובפגיעה תפקודית עם רושם למסוגלות תפקודית הגוברת על הביצוע בפועל.

**כלי המדידה ברמת הפעילות:** תוכנית ההתערבות ובחירת כלי המדידה התמקדו במיומנויות הקשורות בתפקוד ובניידות בהתאם לציפיות המטופל מתהליך השיקום. התפקוד הוערך על-ידי מבחן "בדיקת יכולות תפקודיות יומיומית" (בית"י) ועל-ידי מבחן Spinal Cord Independence Measure III (SCIM) בעת קבלתו וכל שלושה - ארבעה שבועות (סה"כ שש מדידות). מבחן הבית"י בודק 18 תפקודים המנוקדים בטווח ציונים הנע בין 18-126 המסווגים בתוך קבוצות התפקודים המוטוריים האלה: גפיים עליונים, מיטה, מעברים והליכה.<sup>14</sup>

ורפוי בעיסוק בתדירות דו-שבועית. בטיפולים אלו הושם דגש על השגת מטרות תפקודיות, תוך תיאור ושיקוף שלבי ההתקדמות ומתן חיזוקים חיוביים עם ההתקדמות. נוסף על כך, ניתנה תוכנית תרגול לשיפור היציבה, לשיווי המשקל ולחיזוק כללי. המטופלים עזרו לעצב את התפיסה שהפרעה יכולה להיות הפיכה ושניתן לטפל בה אף על פי שאינה אורגנית במהותה. מסר זה היה מרכזי בתהליך השיקום. בסוף התהליך, המטופלים למדו אסטרטגיות לזיהוי הזרז הגורם להידרדרות התפקודית ובכך לאפשר את מניעתה. בסיום ההתערבות, נערך ניתוח תפקודי בסביבה הביתית כדי לעזור למטופל להשתלב בקהילה. תוצאות ההתערבות היו טובות. נמצא שיפור סטטיסטי מובהק ( $P < 0.05$ ) בביצוע ADL, בתנועתיות, ובמבחנים נוספים. Goldstein ועמיתיו בדקו את השפעת טיפול CBT על מטופלים שסבלו מפרוסים שלא על רקע אפילפטי (תופעה דומה ל-FNSD).<sup>12</sup> מתוצאות המחקר ניתן לראות כי תדירות הפרוסים ירדה מאוד מבחינה סטטיסטית ( $P < 0.05$ ) אצל קבוצת ה-CBT לעומת קבוצת הביקורת.

בשנת 2015 פורסם נייר עמדה על ההמלצות בנוגע לטיפול פיזיותרפיה ב-FNSD.<sup>13</sup> טיפול הפיזיותרפיה צריך להיות חלק מטיפול רב-מקצועי ויכול: חינוך (בדגש על הסבר מדויק של האבחנה), המחשה למטופל כי יכולה להיווצר תנועה נורמאלית, הכוונת המטופל למיקוד הקשב לביצוע המטלה ולסביבה, ולא לסימפטומים שמהם הוא סובל ולמרכיבי הביצוע. פרט למרכיבי מסגרת העל של הטיפול, הומלץ על גישות ואמצעי טיפול נוספים, כגון שימוש בשפה חיובית ומאפשרת, אימון לשיפור מרכיבי כושר גופני כללי מדורג ועצים, דמיון מודרך, שימוש במראה ובעזרי ביו-פידבק אחרים, גירויים סנסוריים ומוטוריים באמצעות זרמים חשמליים, מילוי יומן מטרות עבודה, מתן מענה מתאים לעייפות וכאב כרוניים במידה שהם קיימים והימנעות מאביזרי-עזר מקבעים.

אף על פי ששכיחות ההפרעה אינה גדולה, סבלם של המטופלים רב. קשה לאבחן את ההפרעה, למצוא מסגרת טיפולית מתאימה ולתת מענה טיפולי כוללני ומקיף לצורכי המטופלים. תיאור המקרה שמוצג כאן נועד כדי להעלות לתודעת הפיזיותרפיסטים את ה-FNSD ולקשור אותה לעולם המושגים של הפיזיותרפיה על-ידי הצגת דרכים המסייעות בזיהוי חשד לקיומה של ההפרעה, התאמת המסגרת הטיפולית הרצויה והבנת האפשרויות הטיפוליות המקצועיות

בסולם בית"י, נזקק לעזרה רבה בקימה מישיבה לעמידה בעזרת הליכון (2/7 בסולם בית"י), ללא יכולת עמידה והליכה (1/7 בסולם בית"י). יד שמאל היא תפקודית (7/7 בסולם בית"י), וימין אינה תפקודית (1/7 בסולם בית"י). המטופל נזקק לעזרה בהסעת כיסא הגלגלים.

בעת קבלתו למחלקה אובחנו אצל המטופל הליקויים העיקריים האלה בתפקוד הגוף: חולשה משמעותית דו-צדדית שנמדדה באמצעות סולם MMT בפלג גוף ימין (0-2/5) ובפלג גוף שמאל (2-4/5), טונוס מוגבר בפלג גוף ימין הכולל נוקשות ושיווי משקל דינאמי לקוי בישיבה. בניתוח תצפיתי של ההליכה נצפה קצב איטי מאוד המלווה בעצירות רבות, צעידה בתבנית Step to, תוך גרירת רגל ימין והצמדתה לרצפה. ההליכה לא הייתה משמעות תפקודית ולא התאימה למחלות נוירולוגיות מוכרות.

**מצב המטופל בתחומים אחרים בעת קבלתו לאשפוז:** בתחום הריפוי בעיסוק אובחן ליקוי נוירו-התנהגותי בדמות תיאור תחושת לחץ תמידית והשפעה מוגברת של מצבו הרגשי על מצבו הפיזי. נוסף על כך, אובחנו חולשה משמעותית ותפקוד בסיסי ביותר של הגף העליון הימני ביחס לשמאלי, קשיים תפקודיים ברחצה, בלבוש, באכילה ובשימוש במחשב. בתחום עבודה סוציאלית נמצא שהמטופל שרוי במתח רב רוב הזמן, מרגיש תסכול רב מהמשבר הבריאותי שפקד אותו. המטופל תואר כבעל מוטיבציה רבה וכוחות התמודדות. בפסיכולוגיה נמצא כי המטופל חווה תחושות לחץ ומתח הבאים לידי ביטוי בסימפטומים גופניים יחד עם תחושת מסוגלות ועמידה באתגרים חלשות. נוסף על כך המטופל נבדק וטופל על-ידי רופאי שיקום, צוות הסייעוד והפסיכיאטרית של המחלקה.

מטרות השיקום הרב-מקצועי: 1. לעצור את ההידרדרות התפקודית שחווה המטופל בשבע השנים האחרונות. 2. להחזיר את המטופל לחיים תקינים ומלאים ככל הניתן נוכח מגבלותיו ולהקטין את התלות שלו בזולת.

**הטיפול הרב-מקצועי:** שיקולים בבחירת סוג הטיפול הניתן למטופל עם קבלתו לאשפוז ובמהלכו התבססו על הידע הנצבר במרכז השיקום, על הידע מן הספרות לגבי מטופל עם FNSD ובהתאם למצב המטופל והמטרות שהוצבו, כפי שדווח בישיבות הצוות הרב-מקצועי. במהלך תקופת האשפוז

סך הציונים בכל התפקודים הנבדקים מתורגם לעצמאות המטופל, כך שציון בטווח של 18-36 נקודות משמעו שהמטופל סיעודי, ציון בטווח של 37-72 נקודות מגדיר את המטופל כזקוק לעזרה בתפקודי היומיום. ככל שהציון גבוה יותר כך מידת העצמאות של המטופל עולה. מבחן SCIM III מיועד לדירוג התפקוד וההוצאה לפועל של משימות יומיומיות בקרב אנשים עם פגיעת חוט שדרה.<sup>15</sup> המבחן נעשה בשלושה תחומים שונים: פיזיותרפיה - תנועתיות (40 נקודות), ריפוי בעיסוק - טיפול עצמי (20 נקודות) וסיעוד - שליטה על סוגרים וטיפול נשימתי (40 נקודות). ציון המבחן נע בטווח 0-100 נקודות, כאשר שיפור זעיר של 4 נקודות בציון הכללי מבטא שיפור קטן ומשמעותי, ושיפור של 10 נקודות מבטא שיפור גדול ומשמעותי.<sup>16</sup> לצורך הערכת יכולת הניידות נבחרו המבחנים האלה: 10 Meter Walk Test (TMWT) להערכת מהירות ההליכה ו-Timed Up & Go Test (TUG) - להערכת הניידות התפקודית.<sup>18,17</sup> מבחנים אלו נערכו ארבעה וחמישה חודשים לאחר שהמטופל אושפז (סה"כ שתי מדידות), כאשר חלה פריצת דרך ראשונה ומשמעותית בהליכה. המבחנים נערכו לפי ההנחיות המקוריות ובתמיכת הליכון גלגלים רחב ומכשיר חיצוני לנעל המיועד למנוע צניחה של כף הרגל (דיקטוס). כלי המדידה ברמת תפקודי הגוף: כוח השרירים נמדד באמצעות סולם (MMT) Manual Muscle Testing והטונוס באמצעות Modified Ashworth Scale.

**מצב המטופל בתחום הפיזיותרפיה בעת קבלתו לאשפוז:** תוצאות מבחני התפקוד הראו כי המטופל זקוק לעזרה בתפקודי היומיום במבחן הבית"י (126\57) ובמבחן ה-SCIM (100\26).<sup>15,14</sup> מבחני הניידות הראשונים שנערכו ארבעה חודשים מיום קבלתו הראו כי מהירות ההליכה כפי שנמדדה על-ידי מבחן TMWT הייתה 0.03 מטר בשנייה (מ/ש) המתורגמת לזמן של 5 דקות ו-51 שניות, ואת מבחן ה-TUG ביצע המטופל ב-15 דקות. בהתייחס לליקויים העיקריים ברמת הפעילות, המטופל ביצע תפקודי מיטה ומעברים בסיסיים באופן עצמאי אך איטי ובאיכות מרכיבי תנועה שונה מן המקובל (6/7 בסולם בית"י) ומעברים בין כיסא הגלגלים למיטה עם עזרה רבה או לסירוגין מלאה על-ידי מנוף (1/7 בסולם בית"י).

נוסף על כך, המטופל ישב בקצה המיטה עד שתי דקות, עם השגחה וללא יכולת שמירה על שיווי משקל דינאמי (3/7)

בלבישת חולצה או מכנסיים, לבטא קשיים הדדיים של כל אחד מן המטפלים, לדוגמה התמודדות עם חרדות המטופל, ולהעלות רעיונות חדשים לקידום המטופל. ישיבות שוטפות של הצוות הרב-מקצועי בניהול הצוות הרפואי התקיימו בתדירות חד או דו-חודשית ובהן דווח על מצב המטופל, הוצגו מטרות טיפול רלוונטיות בכל תחום, נקבעו מטרות טיפול והוחלט על קו פעולה אחיד בין חברי הצוות.

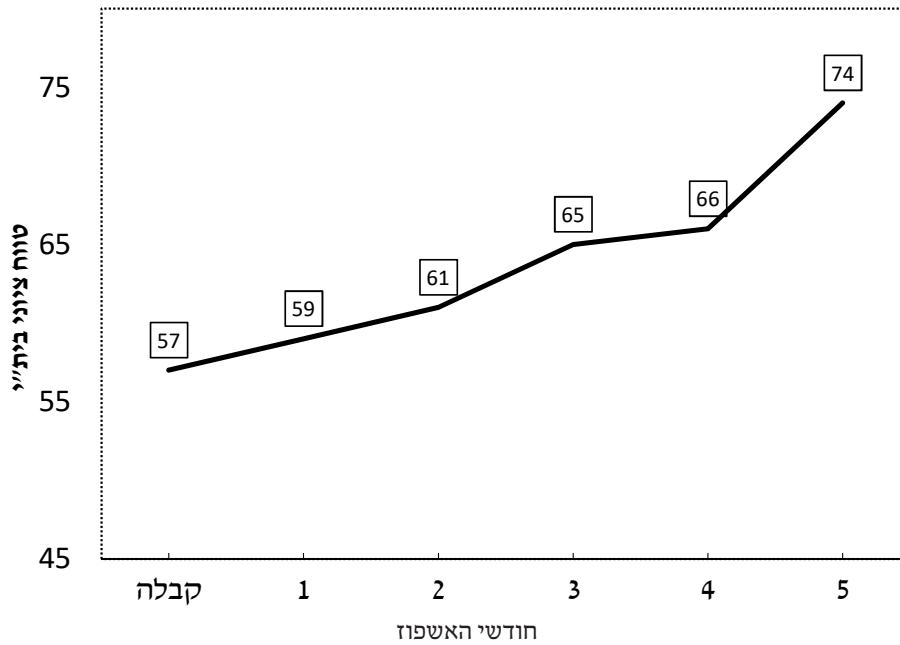
**תוצאות ההתערבות חמישה חודשים לאחר קבלת המטופל לאשפוז:** נצפה שיפור הדרגתי במצבו התפקודי ובמצבו הפיזיקלי. במבדקים שבדקו פעילויות אקטיביות, כגון מבחן בית"י, חל שיפור של 17 נקודות, כפי שמראה גרף 1. השינוי החיובי בתוצאות מבחן הבית"י בא לידי ביטוי לא רק בהשגת שיפור בביצוע עצמאי של תפקודים קיימים אלא גם ברכישת תפקודים חדשים. דוגמאות לרכישת תפקודים חדשים: עלייה וירידה של 14 מדרגות בהשגחה עד עזרה קלה, בתמיכת מעקה משמאל ודיקטוס לקרסול ימין (4/7 בסולם בית"י) והליכה עצמאית ברחבי המחלקה בתמיכת הליכון גלגלים ודיקטוס לקרסול ימין מחדרו לחדר האוכל ובחזרה מידי בוקר וערב (6/7 בסולם בית"י). דוגמאות לתפקודים שהשתפרו: מעבר מכיסא הגלגלים למיטה ובחזרה באופן עצמאי, ובעת עייפות רבה - בהשגחה או בעזרה קלה (4/7 בסולם בית"י). מעברים משכיבה לישיבה ובחזרה בהשגחה או בעזרה קלה (4/7 בסולם בית"י) ושיפור תפקודי מקורב (פרוקסימאלי) של גף עליון ימין (3/7 בסולם בית"י). במבחן ה-SCIM חל שיפור של 18 נקודות (ראה גרף 2). זמן ביצוע מבחן TUG לאחר ארבעה חודשי אשפוז עמד על 15 דקות, וחודש לאחר מכן - על תשע דקות. במבחן TMWT קצב ההליכה לאחר ארבעה חודשי אשפוז היה 0.03 מ/ש, וחודש לאחר מכן - 0.033 מ/ש. תוצאות מבחני הניידות חריגות מאוד מן הערכים המקובלים במבחנים אלו, ומצביעים על הליכה איטית ועל מוגבלת תפקודית. ניתוח ההליכה לאחר חמישה חודשי שיקום מראה חוסר עקביות בשיפור איכות מרכיבי ההליכה. בימים מסוימים נצפו שינויים חיוביים שבהם מרחק ההליכה גדל, הקצב התגבר, וחל שיפור באיכות ההליכה, ובימים אחרים איכות ההליכה נותרה כפי שהייתה ביום הקבלה לאשפוז.

תוצאות ההתערבות בתחום הפסיכולוגיה מראות כי המטופל חש שיפור בתחושת המתח, החרדה והתסכול, יחד עם עלייה בתחושת המסוגלות וההתמודדות עם שינויים. בתחום ריפוי

קיבל המטופל טיפול משולב רב-מקצועי: פיזיותרפיסטים, פסיכולוגים, מרפאים בעיסוק, עובדים סוציאליים, רופאים ממחלקת השיקום והפסיכיאטריה וצוות הסייעוד, כנהוג במרכז שיקום. טיפול הפיזיותרפיה כלל טיפולים פרטניים, טיפולים קבוצתיים ותרגול נוסף לפי צורכי המטופל. מטרת הטיפול הייתה להשיג שיפור תפקודי והיא השתנתה על פי התקדמות המטופל. הטיפולים הפרטניים נערכו חמש פעמים בשבוע והדגישו את התפקוד, עידוד תנועות נורמאליות תוך מתן חיזוקים חיוביים והדגשת הצלחות על פני כישלונות. נעשה שימוש בלוקומט (רובוט המאפשר תרגול הליכה בתבנית נורמלית על מסילה תוך הפחתת חלק ממשקל המטופל ושימוש בביופידבק) לתרגול ההליכה תוך כדי שיפור מרכיבי הליכה לקויים. הושם דגש על הגדרת יעדים בני השגה, כמותיים ומוקצבים בזמן. לדוגמה, כשהושגו יכולות המעבר מכיסא הגלגלים למיטה והליכה למרחק קצר בתמיכת הליכון גלגלים, נקבע כי בכל בוקר ירד המטופל ממיטתו, ילך לחדר האוכל (10 מטרים), יאכל ויחזור לחדרו. טיפולים קבוצתיים התקיימו בתדירות דו-שבועית ואפשרו תרגול עצמי מונחה על-ידי פיזיותרפיסט מפקח על בסיס תוכנית אישית. תרגול נוסף כלל הדרכה לתרגול עצמי מגוון בדגש על אימון תפקודי ועידוד תנועות אקטיביות נורמליות, שימוש ב-NeuroMuscular Electrical Stimulation (NMES) לשירי מפתח בפלג גוף ימין, עמידה יומיומית על מכשירי עמידה, דיווש על אופני כושר ואימון בחדר כושר טיפולי. הטיפול הפסיכולוגי התקיים פעם בשבוע וכלל אימון בטכניקות של דמיון מודרך הממוקדות בגוף לשם הפחתת תחושות המתח, מתן כלים להתמודד עם כישלונות והדגשת האחריות האישית של המטופל להצלחת תהליך השיקום. הריפוי בעיסוק ניתן כמו טיפולי הפיזיותרפיה, ועסק בתרגול תפקודי ובעידוד תנועות אקטיביות בגף העליון הימני. ההתערבויות בתחום הפסיכיאטריה והעבודה הסוציאליות התמקדו בעיקר בהתמודדות עם תחושות חרדה ודיכאון ובסיוע במיצוי הזכויות הסוציאליות של המטופל.

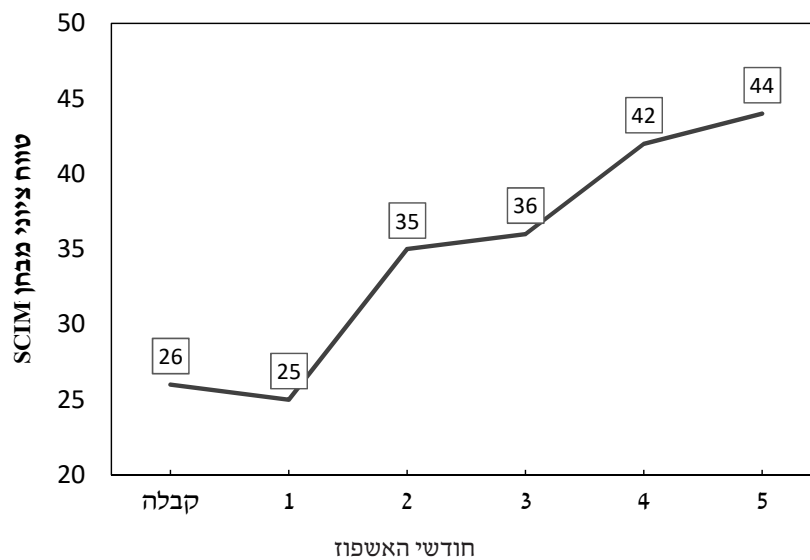
עבודת הצוות הרב-מקצועי התבססה על ערוץ תקשורת פתוח בין המטפלים מן התחומים השונים, ובעיקר בין הפיזיותרפיסט לפסיכולוגית ובין הפיזיותרפיסט למרפאה בעיסוק. פגישות אחדות נערכו ללא נוכחות המטופל, ובאחרות הצטרף המטופל לטיפול פיזיותרפיה פרטני. מפגשי העבודה המשותפים נועדו לקבל תמונת מצב מדויקת על מצבו הפיזי והרגשי, לקבוע מטרות טיפול משותפות, כגון שיפור עצמאות המטופל

גרף 1: תוצאות בדיקת יכולות תפקודיות (בית"י) לאורך חמשת חודשי האשפוז



ציוני בית"י: תלות מלאה (סיעודי) - 36-18, זקוק לעזרה - 72-37, להשגחה - 90-73, עצמאות עם אביזר - 108-91, עצמאות מלאה - 126-109

גרף 2: תוצאות (SCIM III) Spinal Cord Independence Measure בטווח 100-0 לאורך חמשת חודשי האשפוז



הגורם העיקרי בהצלחת השיקום של חולי FNSD הוא שיתוף הפעולה הרב-מקצועי, כפי שתואר גם במחקרים על FNSD ומחלות דומות.<sup>21,20,13,11</sup> המחקרים מראים כי שיתוף פעולה של הצוות תוך כדי שימוש בשפה אחידה וקביעת מטרות משותפות יצליחו לחולל את השינוי הנדרש. גם בתיאור המקרה שהוצג כאן, העבודה המשותפת בין אנשי המקצוע השונים במרכז השיקום התבססה על ערוץ תקשורת פתוח, ויצרה תהליך שבו המטופל החל להתקדם ולהשתפר בהדרגה. פריצות דרך חיוביות היו קשורות למצבים של טיפולים משותפים. יתרה מכך, בשלבים שונים במהלך השיקום ובהתאם לצורך, מטפלים מתחומים שונים נדרשו לקדם פתרונות ולהוביל מהלכים שהשפיעו על עבודת הצוות כולו. כך בעת קבלתו לאשפוז, המטופל מיעט לתקשר עם הסובבים אותו, מיעט להיענות לטיפולים ונטה להסתגר. לאחר התערבות פסיכיאטרית חל שינוי של ממש בהיענותו לטיפולים. גורם חשוב נוסף להצלחת השיקום הוא שינוי בתפיסה ההפרעה כהפרעה שיש לה פתרון.<sup>11</sup> הצוות הרב-מקצועי סייע כאן לעצב-מחדש את תפיסת ההפרעה על-ידי שימוש בשפה אחידה המבוססת על מסרים מגוונים, הכוללים בין היתר העצמת ההצלחות ומזעור הכישלונות, התמקדות בחיפוש אחר פתרונות תנועתיים, והתבוננות אופטימית על תהליך השיקום.

תמונת תוצאות השיקום אינה יכולה להיות שלמה ללא אזכור גורמים מעכבים שפגעו ביכולתו של המטופל להתקדם: 1. אי מתן הסבר מדויק אחד להפרעה על-ידי הצוות הרב-מקצועי. 2. תדירות גבוהה של מצבי חולי ומקרי עייפות קיצונים. 3. תחושת לחץ וחרדה אצל המטופל בעת ביצוע מבחנים כמותיים והתנסות במיומנויות מוטוריות חדשות. 4. חוסר היענותו של המטופל להרחיב את טווח התפקודים שברצונו לשפר (רחצה, לבוש, תפקוד גף עליון ימין). בשל כך, המטופל הרבה לעסוק בחיפוש סיבות לבעייתו, והתקשה להניע עצמו לפעולה מקדמת, החסיר בתדירות ניכרת טיפולי פיזיותרפיה, התקשה בלמידה ובהטמעה של מיומנויות מוטוריות חדשות מה שהביא בסופו של דבר לצמצום עולמו התפקודי החדש.

תיאור המקרה מעלה כמה שאלות ותהיות. ראשית, מדוע לא אובחן המטופל על-ידי המסגרות הבריאותיות ולא הופנה למסגרת טיפולית מתאימה בשלב מוקדם יותר? שנית, ברור כי שיקום המטופל לאחר שבע שנות הידרדרות תפקודית

בעיסוק חל שיפור משמעותי בתפקוד הפרוקסימאלי של גף עליון ימין, ללא שינוי תפקודי מהותי בתפקוד כף היד והאצבעות, למעט השגת יכולות אחיזה לא עקביות באמצעות האגודל ואצבע מספר שתיים. בין השיפורים התפקודיים ניתן למנות הנחת תפילין באופן עצמאי בתדירות יומיומית, הסעת כיסא הגלגלים למרחקים קצרים בעזרת שתי ידיים, עזרה עצמית קלה ברחצה ואכילה בעזרת מזלג מעובה. באשר לתחום הפסיכיאטריה והעבודה הסוציאלית, ההתערבויות שבוצעו השיגו את יעדן, וחל שיפור בתחושות החרדה והדיכאון וכן התקדמות בתהליך מיצוי הזכויות הסוציאליות של המטופל.

## דיון ומסקנות

תיאור המקרה מראה שיקום רב-מקצועי מוצלח של מטופל הסובל מ-FNSD במסגרת אשפוז מלא. תוארה מידת מורכבות ההפרעה ומידת הסבל שעוברים מטופלים הלוקים בה בשל אבחון ארוך ולא מדויק ובשל אי התאמת מסגרת טיפול כוללת, הנותנת מענה מיטבי לצורכי המטופלים.

מעקב אחר תוצאות האשפוז מראה כי חל שיפור במבחנים הכמותיים התפקודיים ובמבחני הניידות. שיפור ב-17 נקודות במבחן הבית"י מעלה את המטופל לגבול התחתון בקטגוריית "זקוק להשגחה בתפקודי היומיום".<sup>14</sup> השיפור ב-18 נקודות במבחן ה-SCIM III הוא ניכר ומשמעותי. יחד עם זאת, משמעות הציון (100\44) היא כי המטופל עדיין זקוק לעזרה בתפקודים השונים, כגון שליטת סוגרים, טיפול עצמי ותנועתיות. ניתוח תוצאות מבחני הניידות מראה שהמטופל התקדם מאוד בכך שהצליח להפחית תוך חודש 51 שניות במבחן TMWT המהווה שינוי חיובי בשיעור של 15%, והפחתה של 6 דקות במבחן TUG המהווה שינוי חיובי של 40%. אף על פי שהשיפור גדול מאוד, התוצאות מעידות על סיכון לנפילה ועל הליכה איטית ללא תפקוד משמעותי בבית ובקהילה.<sup>19,18</sup>

לסיכום, ניתן לומר כי הידרדרות המטופל נבלמה והמטופל התקדם ורכש מיומנויות מוטוריות ותפקודים משמעותיים שלא ביצע במשך כשבע שנים, כמו הנחת התפילין ועליית מדרגות. נוסף על כך, בראייה לעתיד, המטופל גיבש תשתית פיזית ופסיכולוגית שיכולה לאפשר המשך התקדמות להשגת תפקודים נוספים.

דרש משאבים רבים מהרגיל הכוללים זמן אשפוז ארוך במרכז השיקום. לאור זאת, ולאור תוצאות השיקום שהוצגו, ניתן לשער כי אילו הופנה למסגרת דומה בשלב מוקדם יותר, היו תוצאות השיקום טובות בהרבה ובעלויות מעטות יותר.

לסיכום, תיאור המקרה מראה הצלחה של שיקום רב-מקצועי של מטופל הסובל מ-FNSD במסגרת אשפוז מלא במרכז שיקום. הצלחה זו באה לידי ביטוי בעצירת הידרדרות תפקודית שנמשכה שבע שנים יחד עם רכישת מגוון תפקודים חדשים המאפשר למטופל לחזור בתפקוד גבוה יותר למעגלי סביבתו. יש לזכור ששליש מן הפונים לנוירולוגים סובלים מתופעות ללא הסבר אורגני, קצתם סובלים מהפרעה תפקודית ואצל אחרים עוצמת הסימפטומים אינה תואמת את הממצאים שנמצאו.<sup>5-7</sup> על מערכת הבריאות לסייע באיתורם, באבחונם המדויק והמוקדם ובמתן מענה טיפולי מקצועי וכוללני בידי מערך רב-מקצועי. כך, אפשר אולי למנוע הידרדרות תפקודית כפי שתוארה. במחשבה לעתיד, יש לערוך מחקרים נוספים לצורך גיבוש קווים מנחים מקובלים ואחידים לשם איתור וטיפול במטופלים אלו.



## מקורות

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th Edition (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
2. Tsui P, Deptula A, Yuan DY. Conversion disorder, functional neurological symptom disorder, and chronic pain: Comorbidity, assessment, and treatment. *Curr Pain Headache Rep.* 2017;21(6):21-9.
3. Stone J, Carson A. Functional neurologic symptoms: Assessment and management. *Neurol Clin.* 2011;29(1):1-18.
4. Conversion Disorder - NORD (National Organization for Rare Disorders). Available from: <https://rarediseases.org/rare-diseases/conversion-disorder>. Access date 2017 Dec 21.
5. Crimlisk HL, Bhatia K, Cope H, et al. Slater revisited: 6 year follow up study of patients with medically unexplained motor symptoms. *Bmj.* 1998;316:582-6.
6. Stone J, Carson A, Duncan R, et al. Symptoms "unexplained by organic disease" in 1144 new neurology out-patients: How often does the diagnosis change at follow-up? *Brain.* 2009;132(10):2878-88.
7. Carson A, Stone J, Hibberd C, et al. Disability, distress and unemployment in neurology outpatients with symptoms "unexplained by organic disease". *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2011;82(7):810-13.
8. Sharpe M, Stone J, Hibberd C, et al. Neurology outpatients with symptoms unexplained by disease: illness beliefs and financial benefits predict 1-year outcome. *Psychol Med.* 2010;40(4):689-98.
9. Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K, et al. Validity and utility of the PRIME-MD patient health questionnaire in assessment of 3000 obstetric-gynecologic patient: the PRIME-MED Patient Health Questionnaire Obstetrics-Gynecology Study. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;183:759-69.
10. Körber S, Frieser D, Steinbrecher N, et al. Classification characteristics of the Patient Health Questionnaire-15 for screening somatoform disorders in a primary care setting. *J Psychosom Res.* 2011;71(3):142-7.
11. McCormack R, Moriarty J, Mellers JD, et al. Specialist inpatient treatment for severe motor conversion disorder: a retrospective comparative study. *J Neurol Neurosurg & Psychiatry.* 2014;85(8):893-8.
12. Goldstein LH, Chalder T, Chigwedere C, et al. Cognitive-behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures: a pilot RCT. *Neurology.* 2010;74(24):1986-94.
13. Nielsen G, Stone J, Matthews A, et al. Physiotherapy for functional motor disorders: a consensus recommendation. *J Neurol Neurosurg & Psychiatry.* 2015;86(10):1113-9.
14. Eckstein N. BEITI - A new valid instrument for use by physical therapists for evaluating daily functional activities. *J Isr Physiother Soc.* 2008;10(1):6-11.
15. Itzkovich M, Gelernter I, Biering-Sorensen F, et al. The Spinal Cord Independence Measure (SCIM) version III: Reliability and validity in a multi-center international study. *Disabil Rehabil.* 2007;29(24):1926-33.
16. Scivoletto G, Tamburella F, Laurenza L, et al. The spinal cord independence measure: How much change is clinically significant for spinal cord injury subjects. *Disabil Rehabil.* 2013;35(21):1808-13.
17. Duncan PW, Sullivan KJ, Behrman AL, et al. Protocol for the locomotor experience applied post-stroke (LEAPS) trial: A randomized controlled trial. *BMC Neurol.* 2007;7(c):1-23.
18. Shumway-cook A. Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the Timed Up & Go Test. *Physical Therapy.* 2000;80(9):896-903.
19. Perry J, Garrett M, Gronley JK, et al. Classification of walking handicap in the stroke population. *Stroke.* 1995;26(6):982-9.
20. Yam A, Rickards T, Pawlowski CA, et al. Interdisciplinary rehabilitation approach for functional neurological symptom (conversion) disorder: A case study. *Rehabil Psychol.* 2016;61(1):102-11.
21. Saifee TA, Kassavetis P, Pareés I, et al. Inpatient treatment of functional motor symptoms: A long-term follow-up study. *J Neurol.* 2012;259(9):1958-63.

## Multi-disciplinary treatment of a patient with Functional Neurological Symptoms Disorder hospitalized at a rehabilitation center - A case study

Anat Simon Florentin, Kfir Fingerman

### Abstract

**Background:** Functional Neurological Symptoms Disorder (FNSD) causes great suffering to those affected. There is a degree of difficulty in diagnosing this disorder and providing an effective therapeutic framework. This disorder has a variety of bio-psychosocial contributing factors. There is lack of evidence in the literature indicating whether multi-disciplinary treatment may be effective in these cases.

**Objective:** To present a case study of a patient with FNSD who underwent multi-disciplinary rehabilitation using a model that could serve as a successful treatment for other patients with the same morbidity.

**Case Description:** The patient was a 60-year-old man in need of full assistance in everyday living activities, following functional deterioration that began seven years earlier, without any neurological explanation for the symptoms that presented. He was referred to a rehabilitation center. Upon admission, the patient underwent an extensive evaluation, and a treatment plan was established by a multi-disciplinary team.

**Tools of Measure:** Various tests were selected for evaluation of the change in the patient's functional status during hospitalization: test for everyday functional abilities (BEITI), (SCIM) Spinal Cord Independence Measure III, and mobility tests: Ten Meter Walk Test (TMWT) and Timed Up and Go test (TUG).

**The Intervention Process:** A five month multi-disciplinary treatment, which included treatments in the following fields: physiotherapy, psychology, occupational therapy, social work, psychiatry, rehabilitation medicine and nursing.

**Outcomes:** There was a positive change in the patient's functional status, based on the BEITI test (57/126 at admission and 74/126 at discharge), and the SCIM test (26/100 at admission and 44/100 at discharge). Additionally, there was an improvement in mobility, according to the TMWT (unable to perform in admission and 0.033 m/s after five months), and TUG test (unable to perform at admission and nine minutes after five months).

**Conclusions and Discussion:** This case study reports on the successful outcome of a multi-disciplinary rehabilitation program for treating a patient with FNSD, which stopped the process of continuous functional deterioration and enabled the patient to achieve new functions. The multi-disciplinary cooperation significantly contributed to the success of the process. In short order, the health system should identify those affected by this disorder, and refer them to an appropriate multi-disciplinary therapeutic framework.

**Key words:** Conversion disorder, Functional neurological symptom disorder, interdisciplinary, Physiotherapy