

àrea tècnico/professional

UN PROGRAMA D'E.F. PER PACIENTS PSIQUIÀTRICS AGUTS

Vicente Martínez de Haro, llicenciat en Educació Física, professor agregat de batxillerat, I.B. Joaquim Turina (Madrid)

Presentem un treball realitzat com a professionals de l'educació física en un àmbit en el qual hi tenim reconeguda la nostra participació —ens referim a l'àmbit de la salut— però en la qual la nostra tasca és habitualment menyspreada.

Aquest treball formava part d'un programa general d'un tractament psiquiàtric per pacients aguts en una primera fase, és a dir, aquella que permet que el malalt reconegui la seva enfermetat i pugui passar a una segona fase de tractament ambulatori.

Pel que fa referència als resultats, els podem qualificar d'immillorables, però advertint que aquests resultats són inseparables de la teràpia general en què es trobava immers el pacient, és a dir, el pacient realitzava un programa integrat, que més endavant ja comentarem, entre les activitats del qual hi havia diàriament l'educació física i el resultat total d'aquest programa pretenia la ubicació a la realitat dels pacients allà ingressats i això en definitiva s'aconsegueix.

Aquest treball d'educació física es va realitzar en un terreny molt delicat i que requereix un mínim de sensibilitat i unes bases molt precises.

S'ha de tenir molt clar el paper del professional de l'educació física perquè, unes vegades, el professor d'educació física, i d'altres els responsables d'una determinada entitat el confonem amb un terapeuta, i no és aquesta la seva funció, sinó que és la d'educador que participa en una teràpia exercint la seva estricta funció, matís que cal destacar.

Per això creiem que el que més interessa al professor d'educació física en aquest article serà com ens plantejarem el treball, amb quins grups de persones treballarem, en quin marc es va realitzar i quins han estat els resultats obtinguts.

D'entre les normes estrictes que creiem convenient aplicar a tots aquests casos i que nosaltres hem seguit de cap a peus es poden citar el fet de tenir una ubicació fixa i característica, una hora fixa i concreta, uns professors determinats i un programa conegut. Ha d'haver-hi, si és possible, un lloc on es realitzi sempre l'educació física. Sobre les seves característiques direm que el més útil és un gimnàs, però si no n'hi ha, una habitació àmplia, un passadís (com en el nostre cas) o a les cambres mateixes, i

requereix tan sols del professional encarregat una mica d'imaginació, i tenint per material des del més sofisticat al més insignificant o inexistent, vigilant que aquest material o lloc no ha de permetre cap possibilitat d'autolesió o de lesió als altres, ja que els malalts amb qui treballem poden ser perillosos. L'hora ha de ser sempre la mateixa i no s'ha de permetre de cap manera que aquesta s'alteri, en qualsevol cas, el professor hi ha de ser a l'hora en punt i, fins i tot, ha de començar la sessió encara que no hi hagi ningú (si arribessin tard, aquests pacients realitzarien allò que s'estigués fent en aquell moment) i acabar a l'hora en punt es faci el que es faci. Les persones que dirigeixin l'activitat física han de ser sempre les mateixes, conegudes per la seva activitat, i no han d'absentar-se llevat de causes estrictament necessàries o ja establertes per endavant per descans (aconsellem dues persones). Aquestes condicions tan estrictes han de ser així ja que amb elles aconseguim enquadrar i fixar en la realitat persones que habitualment no ho estan. Tot allò que signifiqui variar descontrolarà el malalt tal i com ens va passar inicialment en tenir un programa excessivament dinàmic.

Els pacients psiquiàtrics aguts són un grup de persones que en un moment

determinat presenten un brot de la seva malaltia mental, és a dir, mostren tota la seva simptomatologia psiquiàtrica en un moment concret, i l'objectiu final d'aquesta primera fase de tractament és que reconeixin que estan malalts, en què consisteix la seva malaltia i com es tracta; en aquest moment es considera que estan compensats i passen a la fase de tractament ambulatori. amb això es dedueix que el tractament de malalts aguts sempre és institucional ja que no viuen la realitat i per això, tal i com dèiem abans, són perillosos, i poden arribar a lesionar als altres o lesionar-se ells mateixos.

Hem esmentat unes regles de comportament i una subtil descripció del que són i representen aquests malalts; ara direm alguna cosa referent al contingut de les sessions d'educació física: l'educació física ha de ser una educació física coneguda, culturalment acceptada, no impositiva dictatorialment. És a dir, el professor d'educació física no ha d'afegir bogeria; tot allò que descontrola i que és nou, evadeix, com ja hem dit, de la realitat a aquests malalts. Sabem, els professionals, que aquest tipus de pacients, els factors psicomotors (esquema corporal, lateralitat, equilibri, relació espai-temps, coordinació general, coordinació final), però culturalment, a la nostra nació, si realitzem una programació d'exercicis purament psicomotor a la població més gran de 18 anys, els troben, com exercicis elementals fets per a nens i, aquestes persones, pretesament adults, els refusen. Nosaltres, com que treballem preferentment amb joves, vam utilitzar una gimnàstica tradicional que encobria exercicis de psicomotricitat, i ha estat una de les grans conclusions del nostre treball: la programació d'exercicis per a un grup especial de persones no ha de perdre de vista l'àmbit cultural del qual provenen.

Pot ser com a advertències prèvies, siguin fins aquí les ja explicades, però si en algun moment fos necessari remarcar algun aspecte ho realitzarem a la descripció detallada del treball que ara efectuarem.

Marc terapèutic

Hem dit a la introducció que el pacient participava en un programa complet de tractament del qual és molt difícil d'atermenar l'èxit aïllat de l'educació física.

Per fer més entenedor el procés explicarem la seqüència per la qual passaven tots els pacients:

Primerament, una vegada el pacient acudia a la consulta i el metge indicava el seu ingrés a la unitat d'aguts, aquest pacient era rebut per les infermeres i auxiliars que li designaven una cambra (individuals i de màxima seguretat a aquesta unitat), li indicaven les normes per les quals es regia la convivència, li recollien les seves pertinències, el rentaven i el proveïen de la roba adequada, i entrava directament a participar a l'activitat que en aquell moment s'estigués desenvolupant i que, tal i com dèiem abans, no s'interrompia.

Les activitats que durant el dia es realitzaven eren les següents:

9,00 Desdejuni, neteja personal, meditació.

9,30 Visita del metge.

10,00 Educació física.

10,30 Dutxa.

10,45 Laborateràpia.

12,00 Grup "Case work".

13,00 Dinar.

13,30 Assistència al metge d'aquells casos que ho requereixen i contacte amb els familiars.

14,30 Reunió de l'equip terapèutic.

15,00 Migdiada.

L'equip terapèutic estava format per un metge psiquiatre coordinador, un metge adjunt alumne de psiquiatria, dos ATS psiquiàtrics, dos auxiliars psiquiàtrics, un professor d'educació física i quatre dames de sanitat militar. S'ha de remarcar que el personal és mínim, però que, tot i això, ha de ser curosament escollit, incloent-hi el personal de neteja.

L'equip d'educació física el formàvem un professor d'educació física i un auxiliar, amb la dificultat que això representava per l'escassa formació de l'auxiliar.

Totes i cadascuna de les activitats són competència exclusiva de la persona o persones encarregades d'elles sota la supervisió del metge coordinador, sense que puguin i s'hagin de produir interferències per d'altres canals.

És important que el professor d'educació física participi al "Case work" i a les reunions de l'equip terapèutic. El "Case work" és un grup en el qual s'hi reuneix el personal terapèutic, els pacients i els familiars i s'hi discuteix tot allò que passa sota la direcció dels metges.

És important remarcar que al professor d'educació física no li ha de preocupar la malaltia que presentin els pacients, ja que ell s'ha de limitar a aplicar un programa basat en el moviment, i encara menys tenir por perquè

la normalitat és la millor recepta en el món dels bojos (normalitat entesa com a congruència).

Característiques dels participants a l'activitat

Majoritàriament, el grup ha estat constituït per homes joves, hi ha els següents percentatges: 99,9% homes, 0,1% dones. D'entre 17-21 anys n'hi havia el 90%; entre 21 anys, el 5%; i de més de 30 anys, el 5% restant. L'experiència es va realitzar a l'hospital militar central Gómez Ulla de Madrid i això explica una sèrie de característiques especials d'aquets malalts, com la prevalència d'edat i sexe i el fet de no concórrer a l'hospital en la major part dels casos voluntàriament, cosa fonamental per al tractament psiquiàtric a la vida civil. A més, el moviment d'entrada i sortida de malalts es realitzava de manera molt ràpida.

Participaren uns 500 pacients durant els sis mesos que va durar l'experiència, amb una mitjana de 20 participants diaris que en alguns casos podia ser superior i en d'altres, inferior. El temps mitjà de participació per persona era de 5 a 10 dies.

L'origen dels participants era d'un 35% de la unitat d'aguts i la resta d'altre personal hospitalitzat (10% d'interconsulta —pacients amb procés mòrbid demostrat i subjectes pendents de peritatge— 5% de militars professionals, funcionaris de l'administració militar i familiars i un 50% de contingent de tropa).

Programa general d'educació física

Hi havia un programa general destinat a tots els malalts en general llevat d'aquells que no assolissin el nivell mínim, als quals els feien un programa particular fins que fossin capaços d'integrar-se al grup general. Els programes particulars eren tants com casos problemàtics hi havia —que mai eren més de quatre—, i per això serà necessari referir-nos als pacients que presentaven un quadre confusional ja que la seva recuperació era espectacular.

L'objectiu general de l'activitat, al qual havien d'arribar tots els malalts era: aconseguir una mobilització total, integrada i harmònica dels malalts, aconseguint que entenguin, sentin i realitzin els exercicis.

Els objectius específics que ens vam marcar van ser els següents:

Cognoscitius:

- Que el malalt sàpiga els beneficis de l'exercici.
- Que el malalt sàpiga dosificar l'exercici.
- Que el malalt arribi a conèixer les seves limitacions i les seves possibilitats de cara a l'exercici.

Afectius:

- Que el malalt senti l'efecte de l'exercici.
- Que el malalt es comuniqui amb els que el rodegen.
- Que el malalt visqui el seu cos.
- Que el malalt adquireixi la noció de moviment.

Psicomotors:

- Que el malalt realitzi els exercicis proposats.
- Que el malalt suggereixi els seus exercicis.
- Que el malalt creï exercicis.
- Que el malalt imiti moviments.
- Que el malalt valori el seu cos i el conegui.

Pel que fa a les activitats, descrivim les que finalment vam adoptar després d'un mes de treball, en el sentit que observàrem que el fet de crear exercicis nous i cada vegada diferents que anàvem realitzant era adoptat pels malalts com a cosa estranya i que sortia de la normalitat -la qual cosa, com ja hem dit abans, els desestructura-, i vam acabar per adoptar un model per a la setmana, variant segons el dia i algun exercici, però tan sols lleugerament, buscant el benefici psicomotor encobert com a activitat motriu pura. És a dir, amb aquestes activitats busquem l'acte motor innat, intentant l'ajustament corporal, intentant la socialització i fomentant la creativitat. En concret, les activitats que realitzàvem eren:

Escalfament: sistemàtic i unificat.

Sessions:

- Dilluns: exercicis fonamentalment per parelles.
- Dimarts: exercicis individuals.
- Dimecres: joc amb pilota.
- Dijous: Exercicis fonamentalment d'elasticitat.
- Divendres: treball en circuit.

Exercicis suaus de tornada a la calma.

Relaxació simple en silenci.

Dutxa.

Es conserva naturalment l'esquema tradicional de l'escalfament, part principal de la sessió, i tornada a la normalitat.

Descripció de les sessions

Escalfament: 5'

Cursa lleugera en cercle per la cambra.

Cursa lateral sense creuar les cames posteriorment, creuant-les. Després canvi de sentit.

Aturats, girs simultanis i alternatius de braços endavant i endarrere.

Girs de canells.

Girs de tronc.

Girs de coll.

Flexió i extensió de colzes i obrir i tancar mans.

1º Sessió: Dilluns

1. Abdominals per parelles: cames entrelaçades i flexionades, braços creuats al pit. Vint vegades.

2. Flexions de braços a la paret amb l'oposició del company per l'esquena. Quaranta vegades.

3. Flexibilitat passiva: asseguts a terra, cames esteses, juntes, flexionar el tronc ajudats per un company.

4. Lluita: a la gatxoneta, empenyer-se fins que un dels dos caigui.

5. Exercicis isomètrics: estirar dels braços del company 5" cada vegada. Deu vegades.

6. Oscil·lacions de cames repenjats en un company vint vegades amb cada cama.

7. Exercici de coll: en parelles, amb l'oposició del company.

8. Obrir i tancar les mans deu vegades per cadascuna de les persones que hi hagi.

9. Per parelles, dempeus, esquena contra esquena, units pels colzes, flexionar el tronc i elevar el company.

10. Exercici de cames realitzant un pedaleig per parelles en decúbit supí.

20 Sessió: Dimarts

1. Flexions de braços en posició de terra inclinada. Vint vegades.

2. Flexions de cames des de la posició de fersms.

3. Lluita: agafats de les mans i en posició de fersms, estirar fins que algun dels dos es mogui.

4. Abdominals: cames esteses i mans a la nuca. Vint vegades.

5. Curses a cavall.

6. Curses a la gatxoneta.

7. Agafats pels braços, esquena per esquena, flexionar el tronc i elevar el contrari.

8. Elevació lateral de la cuixa en posició de terra inclinada lateral.

9. Posició de cúbit realitzar pedaleig.

10. En posició decúbit prono, exercicis de lumbar arquejant-se el més possible.

3º Sessió: Dimecres

Es realitza un joc amb pilota. S'organitzen dos equips que poden avançar passant-se la pilota amb la mà, però per posar la pilota a la porteria s'ha de fer amb el peu.

4º Sessió: Dijous

1. Elasticitat. Amb una cama estesa i l'altra flexionada, asseguts a terra, flexionar el tronc fins la terra estesa amb rebot. Deu vegades a cada cama.

2. Asseguts a terra, amb les cames obertes i esteses, agafant amb les mans les puntes dels peus i flexionant el tronc.

3. Prova d'equilibri: prova de Bakari-nov.

4. Abdominals per parelles.

5. Curses de carretons.

6. Girar endarrere.

7. Girar endavant.

8. Realitzar el clau. Pi recolzant el cap.

9. Drets, elevar la cama el màxim possible.

10. Obrir les cames al màxim.

5º Sessió: Divendres. Circuit

Vuit estacions. Amb trenta segons de treball a cada estació i trenta segons de descans mentre es canvia d'estació.

1. Elevar i baixar una cadira totes les vegades que es pugui.

2. Flexions de cames des de la posició de fersms.

3. Exercici de lumbar.

4. Abdominals.

5. Salts de peus junts a una determinada altura.

6. Flexions de braços en posició de terra inclinada.

7. Cursa sobre el terreny portant els genolls a l'horitzontal.

8. Obrir i tancar mans.

És imprescindible que tots els participants es moguin encara que l'únic que facin sigui circular per la sala, per tal d'evitar immobilitzacions que s'encomanin a d'altres malalts i puguin ser, a més, un mètode per a motivar a aquests pacients que tenen tendència a la immobilitat.

Vam determinar que cada sessió tingués deu exercicis encara que no s'arribessin a realitzar tots deu, per tal de tenir sempre exercicis reservats.

Insistim que l'important no és la realització formal dels exercicis, sinó l'efectivitat psicomotora que aquests puguin realitzar.

Programes específics

Aquests programes es realitzaven per a aquells malalts que no eren capaços d'incloure's amb un nivell mínim de treball al programa general. Entre ells destaquem dos confusionals, un dèbil mental amb fòbies intenses, un psicòtic cec, i un esquizofrènic descorporalitzat.

Els programes específics es basaven principalment en els seus propis mo-

viments, ja que és pràcticament impossible el mutisme cinètic, convertint-se el propi moviment a més de en una finalitat, en un mitjà.

S'entrava en contacte amb els confusionals que jeien al llit, immòbils, d'una manera oral i simultàniament mitjançant sensacions tàctils i de pressió sobre el cos. Si responia a aquests estímuls amb algun senyal (sempre van reaccionar), procuràvem que repetís aquell moviment primer tal com ho havia fet i, posteriorment, amb l'extremitat contra lateral. Després vam anar disminuint progressivament els suports i augmentàrem el nivell de complexitat. Vam aconseguir que seïés al llit amb els peus fora d'aquest i que descendís, recolzant-se al llit, cap a terra. La nostra actitud era la d'adoptar les posicions del malalt per tal de poder valorar nosaltres mateixos el nivell d'exigència i, sense tocar al malalt però donant-li suport verbalment, sortir reptant de la cambra. Quan vegem que hi ha la suficient seguretat passarem a moviments en quadrupèdia, realitzarem una pausa asseguts realitzant exercicis de braços d'escalfament, suaus, per acabar aixecant-se i caminant amb el suport de la paret fent tentines. Aquests malalts es poden incorporar al programa general en dues sessions.

Metodologia

Vam utilitzar segons l'ocasió mètodes deductius o mètodes inductius (comandament directe, ensenyament mitjançant la recerca).

S'han de fer dues observacions: per una banda, el professor dirigirà la sessió, però donant el màxim de possibilitats per a la participació; i per l'altra, el professor s'ha de constituir en part activa de la sessió, ja que és un fet que motiva la participació d'aquestes persones gens disposades a realitzar actes teledirigits.

S'ha de considerar que la major part d'aquests subjectes provenen d'un medi militar on la gimnàstica és una cosa dura i penosa, i nosaltres els hem de mobilitzar sense que recordin aquell ambient per tal d'evitar blocatges i realitzar les sessions d'una manera suau i relaxada.

Com ja comentàvem anteriorment, sempre és desitjable que hi hagi dues

persones dirigint la sessió: una d'elles no s'ocuparà dels detalls i dirigirà el programa general que adopta la majoria del grup per tal d'evitar interrupcions i convertir-se en un grup fort, unit i coherent que sigui capaç de portar els subjectes més passius a la mobilitat, situació que ha passat múltiples vegades i per la qual cosa recalquem i aconsellem de posar el màxim esforç en constituir un grup fort (si alguna vegada s'abandona la tasca per representar massa esforç, recomanem no abandonar el programa general perquè si el grup es disgrega difícilment aconseguirem cohesionar-lo posteriorment); l'altre professor s'encarregarà de les persones més passives, evitarà la marginació i dirigirà els programes específics que requereixin, per la seva delicadesa, un gran treball i esforç. Nosaltres anàvem alternant aquests papers.

Avaluació i resultats

Realitzàvem l'avaluació des del punt de vista motor, repassant les qualitats que sobresortien tant per la seva deficiència com per la seva perfecció, portant un diari d'observacions que ens permetia a nosaltres i als clínics de portar un seguiment més perfecte dels malalts.

Vam dissenyar un quadre d'avaluació per tal que quedés constància d'alguna manera de l'evolució del malalt en l'activitat durant el temps que hi romania. A aquest quadre hi avaluàvem el primer i l'últim dia, la mobilitat general, la iniciativa, la creativitat en el moviment, l'autonomia, el control corporal, la participació, la motivació, la limitació de moviments i la perfecció dels moviments que avaluàvem en una escala de 0 a 5 essent de 0 a 2 dolenta, de 3 a 4 regular i 5 bona. Però no ens limitàvem a posar una qualificació, ja que això ens semblava molt despersonalitzador, sinó que informàvem del perquè de cadaqualificació.

Els resultats obtinguts eren magnífics: els individus eren inicialment compensats en una mitjana d'una setmana i passaven a una altra fase de tractament, la qual cosa ens permetia de mantenir un volum de demanda molt superior al d'hospitals civils.

Essent una unitat de tractament més

restringida, els malalts es resistien a abandonar-la, fet que ens indica que els agradava.

Estem convençuts que l'acció positiva va ser del programa combinat perquè socialitzàvem el malalt, es trobava cobert afectivament i notava que es preocupaven per ell.

Els resultats dels programes específics foren els més demostratius integrant a un cec en el programa general sense rebre rehabilitació funcional prèvia, la integració dels confusionals i per la inexistència d'autolesions.

Considerem, i tots els estudis ho confirmen, que l'exercici físic és una sublimació de la violència quan aquest, per si sol, no genera violència, però la sessió del dimecres és una sessió en la qual es permetia el contacte corporal i mai no es van reproduir brots violents.

La sessió era coneguda, es transmetia "genèticament", és a dir, tot i ser un grup obert, contínuament canviant i a vegades amb permanències molt curtes, se sabia el que s'anava a fer, mai hi havia incertesa —amb la incertesa hem dit que es crea angoixa i hem de treballar per a reduir el nivell d'angoixa.

Conclusions

L'exercici socialitzava i facilitava la interacció entre els individus.

S'observa una millora als malalts.

1-li ha una adaptació al medi tancat.

Acceptació progressiva envers la col·laboració.

Disminució dels estats d'ansietat, inhibició, depressions o minusvalies.

Eliminació de l'agressió.

Distracció dels malalts.

Sensació de validesa i d'identitat en els malalts.

Ajuda al diagnòstic, seguiment de l'evolució i ajuda al tractament.

Tractàvem una heterogeneïtat de processos mòrbids amb una tècnica homogènia per a tots ells.

La tècnica es basa fonamentalment en la realització d'una educació física socialment coneguda, amb un fons psicomotor, fomentant una participació i una acció grupal dins d'un marc de tractament i sense sentir-se terapeuta sinó educador. "A un llenguatge del cos patològic responem amb un llenguatge del cos terapèutic" (R. Garner, 1979).

Bibliografia

- AVERY, D., SILVERMAN, J. "Psychomotor retardation and agitation in depression. Relationship to age, sex, and response to treatment". *J. Affective Disord.* 7 (1) 67-76/1984 Aug.
- BACUROVA, E. "Uvuzitie psychomotorickej terapie u psychiatrickych zariadeniach". *Česk Psychiatr.* 81 (1) 15-9 1985 Feb.
- CORNELL, DG., SUAREZ, R., BERENT, S. "Psychomotor retardation in melancholic and nonmelancholic depression: cognitive and motor components". *J. Abnorm. Psychol.* 93 (2) 150-7/1984 May.
- DEIMEL, H. "Sporttherapie bei psychisch kranken". *Psychiatr. Prax.* 7/2 (97-103)/1980.
- DEIMEL, H. "Zur Konzeption der sporttherapie in der psychiatrie". *Nervenarzt.* 49 (10) 584-7/1978 Oct.
- DEIMEL, H. "Zur situation der bewegungs- und sporttherapie in der psychiatrie". *Rehabilitation.* (Stuttg), 22 (3) 114-8/1983 Aug.
- DIHMAN, RK. "Medical psychology in exercise and sport". *Med. Clin. North Am.* 69/1 (123-143)/1985.
- FLEURY-LEDERMANN, A., YOU, M., BOVIER, Ph. "A la recherche du corps senti. Une prise en charge individuelle en psychomotricite". *PsychoL Med.* (Paris); 17/3 (421-423)/1985.
- FOULDS, G.A., BENDFORD, A. "Psychomotor traits, social desirability and the personal illness hierarchy". *Br. J. Psychiatry.* 130 240-3/1977 Mar.
- GERHARD, U., HOBI, V. "Cognitive-psychomotor functions with regard to fitness for driving of psychiatric patients treated with neuroleptics and antidepressants". *Neuropsychobiology.* 12 (1) 39-47/1984.
- GLÄTTHAAR, G. "Sporttherapie bei depressiven zustandsbildern". *MMW.* 125 (41) 895-6/1983 Oct 14.
- GREDEL, JF., ALBALA, AA., SMOKLER, IA. "Speech pause time: a marker of psychomotor retardation among endogenous depressives". *Biol. Psychiatry.* 16/9 (851-859)/1981.
- GRILLON, C., BATHIEN, N. "Reponse motrice de la activation l'activation dans les etats depressifs psychomotrices". *Encephale.* 9 (3) 263-72/1983.
- GUNTHER, W., GRUBER, H. "Psychomotorische störungen bei psychiatrischen patienten als mögliche grundlag neuer ansätze in differentialdiagnose und mögliche therapie. I. Ergebnisse erster untersuchungen an depressiven und schizophrenen kranken". *Arch. Psychiatr. Klin.* 233/3 (187-209)/1983. •
- HOFFMANN, GMA., GONZE, JC., MENDLEWICZ, J. "Speech pause time as a method for the evaluation of psychomotor retardation in depressive illness". *Br. J. Psychiatry.* 146 M May (535-538)/1985.
- HOUGE, NH. "Psychomotorics physiotherapy and psychomotoric treatment". *Tidsskr. Nor. Laegeforen.* 99/15 (787-790)/1979.
- ISRAEL, L., ARNAUD, C., BOUTRELLE, J., HUGONOT, R. "Bilans d'evaluation des effets d'une reeducation psychomotrice sur des sujets ages atteints de demence". *Encephale.* 5 (3) 269-84/1979.
- KLIMT, F. "Bewegung und sport bei verhaltensauffälligkeiten bewegungsmangel, adipositas, diabetes mellitus und zerebralen anfallsleiden". *Therapiewoche.* 31/25 (4357-4362)/1981.
- KRUEGER, BW. "Emotional rehabilitation of the physical rehabilitation patient". *Int. J. Psychiatry Med.* 11 (2) 183-91/1981-82.
- MACKINNON, BL. "The psychiatric aspects of sports and fitness". *J. Maine Med. Assoc.* 71/4 (101-105)/1980.
- MARPMANN, J. "Behindertensport im rahmen der neurologie und psychiatrie: z.b. Mit Hirnverletzten". *Therapiewoche.* 28/28 (5308-5310)/1978.
- RAJEWSKI, A., STRZYZEWSKI, W., KAPELSKI, Z., SYDOR, L. "Psychomotor activation as a form of treatment in patients with endogenous depression". *Psychiatr. Pol.* 12/3 (375-383)/1978.
- RANDERBERG, A. "Das pferd-ein sozialpädagogisch-sporttherapeutisches medium in der heimarbeit". *Prax. KinderpsychoL Kinderpsychiatr.* 27/4 (144-148)/1978.
- RICHARD, J., DROZ, P. "Psychomotricite et diagnostic en psychiatrie geriatrique". *Ann. Med. PsychoL* (Paris) 141 (9) 969-83/1983 Nov.
- ROSOFSKY, I., LEVIN, S., HOLZMAN, PS. "Psychomotility in the functional psychoses". *J. Abnorm. Psychol.* 91 (1) 71-4/1982 Feb.
- STRIAN, F., ALBERT, W., KLICPERA, C. "Course of depressive mood and psychomotor activation in endogenous depression". *Arch. Psychiatr. Nervenkr.* 227 (3) 193-206/1979.
- STRZYZEWSKI, W., MROZIKIEWICZ, A., KAPELSKI, Z; et al. "Psychomotorische aktivitat depressiv kranker wahrend thimoleptischer behandlung". *Zentrabl. Pharm. Pharmakother. Laboratoriumsdiag.* 1 16/6 (641-643)/1977.
- STRZYZEWSKI, W., MROZIKIE, RAJEWSKI, A., DAPELSKI, Z., SYDOR, L. "Psychomotor activity as a clinical depression in the course of imipramine treatment". *Psychiatr. Pol.* 12/3 (403-410)/1978.
- TABARKA, K., MRNA, B. "Therapeutic physical education as part of rehabilitation of schizophrenics". *Cesk. Psychiatr.* 77/4 (237-240)/1981.
- TABARKA, K., MRNA, B. *Medical physical education in complex therapy of schizophrenia.* Acta Univ. Palacki. Olomuc. Fac. Med. vol. 79 (347-350)/1976.
- WIDLOCHER, D., COLONNA, L. "L'evaluation Quantitative du ralentissement psychomoteur dans les etats depressifs". *PsychoL Med.* (Paris) 12/13 (2725-2729)/1980.
- WIDLOECHER, DJ. "Psychomotor retardation: clinical, theoretical, and psychometric aspects". *Psychiatr. clin. North Am.* 6 (1) 27-40/1983 Mar.
- YAFFE, M. "Sport and mental health". *J. Biosoc. Sci.* (suppl), 7 83-95/1981.