
Physical Exercise and sport as therapeutic agents in the treatment and rehabilitation of psychiatric patients: A pilot program / פעילות גופנית וספורט כאמצעי לשיקום חולי נפש: תכנית חלון טיפולית

Author(s): חוה מנדלברג, חורחה מאריו גלסר, J.M. Gleser and H. Mandelberg

Source: *Movement: Journal of Physical Education & Sport Sciences* / כתוב-עת : 1992, מרץ, אדר א' / מרץ, אדר א', Vol. א&lrn;, No. 3 (מרץ, אדר א' 1992), pp. 104-116

Published by: Academic College at Wingate

Stable URL: <https://www.jstor.org/stable/23632844>

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.

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 *Movement: Journal of Physical Education & Sport Sciences* / כתוב-עת : למדעי החינוך הגופני והספורט

פעילות גופנית וספורט כאמצעי לשיקום חולי נפש: תכנית חלוץ טיפולית*

חורחה מאריו גלסר, חוה מנדלברג

הפעילות הגופנית כאמצעי טיפולי

מחברים רבים תיארו את היתרונות של הטיפולים בחולי נפש על-ידי פעילות גופנית וספורטיבית מתמשכת (גרייסט ואח', 1978; קליין ואח', 1985; גלסר ומנדלברג, 1990). מומחי בריאות מתחומים שונים נעשו מודעים לקשר ההדוק בין הפעילות הגופנית, הספורט וניצול שעות הפנאי מחד גיסא, ובין הבריאות הפיזית, הנפשית והחברתית מאידך גיסא (קראוס, 1976; פרידמן וסאדוק, 1980). רוב הפרסומים בעבר לא היו שיטתיים ועסקו בעיקר בהיבטים גופניים. לאחרונה, נלקחו בחשבון משתנים פסיכולוגיים ובוצעו מספר מחקרים מבוקרים (גרייסט ואח', 1978; מורגן, 1982; קליין ואח', 1985; גלסר ומנדלברג, 1990). מן המחקרים המבוקרים התברר, כי הטיפול באמצעות הריצה, יעיל לא פחות בטיפול בדיכאון מתון ("ניורוטי" ו"תגובתי") ובטיפול בדיכאון חד-קוטבי, מהטיפולים הפסיכותרפויטיים הטובים ביותר, ש אליהם הושוה.

ההבדל בין שני סוגי הטיפול הוא שהטיפול בריצה פחות יקר, עובדה המקנה לו יתרון על פני טיפולים אחרים (גרייסט ואח', 1978; קליין ואח', 1985). מחקר אחר בחן את דרכי הטיפול במתבגרים, שיש להם בעיות בלמידה, הנעדרים מהלימודים והמשתמשים בסמים ובאלכוהול. המחקר עוסק בהשוואה בין שלושה סוגים של טיפול: אימון מרוכז בפעילויות אתלטיות, טיפול תרופתי (בעזרת תיובידאזין) וטיפול פסיכותראפי אקלקטי, כלומר, מאסכולות שונות. הממצאים הראו, כי הטיפול

* הוצג בכינוס הארצי הראשון לפעילות גופנית ולתהליכי שיקום. המכללה, יונייט, 9-10.5.1991.

באמצעות הפעילות הגופנית היה יעיל כמו הטיפול הפסיכותראפי או הטיפול בעזרת תרופות (גרייסט ואח', 1978; גלסר ומנדלברג, 1990). מחקרים אחרים, בלתי מבוקרים, הראו, שניתן לטפל בסוגים שונים של פחדים (פוביות) על-ידי מאמץ גופני נמרץ, כמו למשל, על-ידי ריצה (גרייסט ואח', 1978). נמצא, כי **פעילות גופנית נמרצת מסייעת להפחתת החרדה ולהפחתה משמעותית של המתח**, כפי שנמדד באמצעות רישום מתח חשמלי של השריר (אלקטרומויגרם) (מורגן, 1982). ועוד נמצא, כי למטרת הורדת המתח, עדיף הטיפול בעזרת האימון הגופני על פני הטיפול בעזרת תרופות הרגעה, כמו מפרובמאט (שם). ואכן, מספר מטפלים ממליצים על **ריצה** למטופלים, הסובלים מחרדה ומדיכאון קליני, הואיל וטיפול זה תורם הן לשיפור בדימוי העצמי, בהערכה העצמית, ובמודעות העצמית והן לבהירות המחשבה (ברגר ואוון, 1983; קאלן, 1983). מטפלים אחרים העדיפו לחקור ולבדוק, האם פעילויות ספורט אחרות יכולות להשיג תוצאות דומות. ברגר ואוון (1983), הגיעו למסקנה **שהשחייה גורמת לשינוי חיובי במצב הרוח, כיוון שהשחינים, בכל רמות המיומנות, דיווחו על ירידה הן במתח והן בדיכאון**. מורגן (1982), עורר את השאלה האם הטיפולים האלה **הם הם** הגורמים להפחתה שדווחה בסימפטומים הפסיכופתולוגיים, או האם הם רק **תורמים** להורדת החרדה והדיכאון. ותשובתו היא זאת: "עדות, המעוגנת בתיאוריה, המסתמכת על מתאמים שנמצאו במחקרים, והמתבססת על נסיון העבר, מצביעה על **הקשר שבין הפעילות הגופנית לבין הרגשת השיפור**. למרות שתשובתו של מורגן **אינה חד-משמעית**, הולך וגובר השימוש בפעילות הגופנית למניעת חרדות ולטיפול בהן, אם כי המנגנונים המשפיעים על הגורמים הקליניים, אינם מובנים עדיין די צרכם (פראנסיס, 1983; קליין ואח', 1985). ניתן להסביר את השינויים האלה על-ידי צירופים שונים של מנגנונים ביו-כימיים וניורופיזיולוגיים מחד גיסא, ושל מנגנונים קוגניטיביים מהתחומים של הריפוי בעיסוק, ושל הטיפול ביחסים בין-אישיים, כגון: פעולת הסחה, תחושת שליטה, השפעות פלסיבו (תרופות מדומות) ועוד, מאידך גיסא (גלסר ומנדלברג, 1990; פראנסיס, 1983; מורגן, 1982; הייר, קוואלי ומילס, 1981; גרייסט ואח', 1978; שפיר, 1959).

הגישה המעשית (פראגמטית)

מסקירת המחקר עולה אפוא, כי יש בסיס להשערה שלפעילות הגופנית הסדירה ולפעילות הספורטיבית, יש השפעות חיוביות על בריאות הגוף והנפש (גלסר ומנדלברג, 1990). לפיכך, למרות העובדה, כי **אין עדיין** ממצאים המבוססים על

המחקר המדעי בעניין המנגנונים המשפיעים על השיפור במצבם של המטופלים, נראה, כי יש תועלת באיסוף העדויות האמפיריות והקליניות על הפעילות הגופנית של המטופלים, על שיטות הטיפול, ועל השפעתם החיובית של הפעילויות האלה. שיטות חדשות בטיפול הפסיכותרופתי עזרו רבות למטופלים פסיכיאטריים, אך הובילו להזנחה מסוימת של הפעילויות החברתיות והגופניות שלהם. הצורך בגישה יותר כוללת (הוליסטית) הודגש על-ידי מושר וקייט' (1980), שהגיעו למסקנה, כי סוגי הטיפול הפסיכו-חברתי היעילים ביותר עבור סכיזופרניים הם אלו המספקים מערכות תמיכה חברתיות מקיפות ומתקנות. כן הם מסיקים, שהגישה הפסיכו-חברתית עשויה להשלים את ההשפעות החיוביות של הטיפול בסכיזופרניה. כותב מאמר זה מאמין, שמסקנותיהם תקפות לגבי רוב המטופלים הפסיכיאטריים.

תכנית חלוץ (Pilot) טיפולית

הטיפול: פעילות גופנית מאורגנת

בניסיון לקבוע האם הפעילות הגופנית והספורט עשויים להביא לידי פעילות הרמונית יותר בין המטפלים הפסיכיאטריים לבין המטופלים, אורגנו פעילויות גופניות למטופלים המאושפזים במרפאות החוץ של בתי החולים. הפעילויות האלו היו מורכבות בעיקר מתרגילים, ממשחקים ומצירוף של גידוד, של היאבקות ושל סומו. המטופלים במרפאות החוץ השתתפו בפעילות פעמיים עד ארבע פעמים בשבוע: פעמיים בשיעורי ריצה ופעמיים בשיעורי גידוד. למטופלים ניתנה אמנם אפשרות הבחירה אם להשתתף בשיעורים הללו, אך הודגש, כי עדף שישתתפו. מספר מטופלים, שהצטיינו בגידוד או בריצה, הוזמנו להשתתף בקבוצות רגילות ובאליפויות בעיר, תוך כדי תקופת אישפוזם. עם מספר מטופלים נסערים נערכו טיפולים של ריצה-דיבור (running-talking therapy) במקום שעות הטיפול הרגילות שלהם (גלסר, בראון ולרנר, 1983).

ההשפעות החיוביות של הפעילות הגופנית

לפעילות הגופנית המאורגנת, שהתבצעה על-פי תכנית החלוץ יש, ככל הנראה, השפעות חיוביות הניתנות לצפייה. ואלה הן התוצאות העיקריות:

הפחתה בהפרעות בתנועה ובהשפעות הלוואי

ההפחתה בהפרעות התנועה ובהשפעות הלוואי, פירושה הפחתה של היפרטוניה, של תנועות סטריאוטיפיות, של דיסקינסיה ושל דיסטוניה.

היפרטוניה. היפרטוניה היא **מתיחות שרירים מוגברת** וסימניה: **נוקשות של השרירים** הנובעת מהשפעות הלוואי של תרופות אנטי-פסיכוטיות, **התקשות המפרקים** או **התכווצויות**, הנובעות הן מחוסר פעילות פיזית או מאחרדה, והן מפחד ומחוסר ביטחון. פעילות גופנית מסודרת נמצאה יעילה בניטרול חלק של הגורמים ותרמה בכך להקלת הנוקשות.

תנועות סטריאוטיפיות. תנועות סטריאוטיפיות, כגון: ניענוע בקצב אחיד או נעיצת מבט שכיחות אצל מפגרים, אצל אוטיסטים ואצל פסיכוטים. יש חוקרים הטוענים, שתנועות אלה נושאות עימן מסר סימלי, ואחרים טוענים, שיש להם ערך חזותי (איי, ברנרד ודיסה, 1969).

דיסקינסיה. תנועות הדומות לתנועות הסטריאוטיפיות, כגון: מיצמוץ או עוויתות. תנועות אלה הינן **תוצאות הלוואי** של תרופות אנטי-פסיכוטיות. התנועות הסטריאוטיפיות והדיסקינסיה נפסקות זמנית בשעת הפעילות הגופנית, אשר עשויה לשמש כפעולת הסחה או כגורם חזותי מתחרה.

דיסטוניה. דיסטוניה זוהי **תופעת לוואי** של תרופות אנטי-פסיכוטיות. אפיוניה: תנועות עוויתיות, כגון: קימור הגב ופיתול הגוף והצוואר. מטופלים, שהיו מוכנים לתרגל פעילות גופנית במשך עשרים עד שלושים דקות, הצליחו להפחית את הדיסטוניה או אף להפסיקה, ללא עזרת תרופות אנטי-קולינארגיות (העוזרות לתפקוד הכבד).

השפעות חיוביות על מערכת הלב-ריאה

התוצאה השנייה של הפעילות בתכנית החלוצי, קשורה למערכות הנשימה והלב. לרוב המטופלים בתכנית היתה סבולת מעטה מאוד. עובדה זו משקפת את סגנון חייהם חסר הפעילות ולא דווקא את התוצאות הבלתי ידועות של הפרעות התפקוד שלהם (גרייסט ואח', 1978). רק מעטים מבין המטופלים רוקדים, מתאמנים או משחקים משחקי ספורט כתחביב. הביצועים הראשונים שלהם במשחקים ובספורט היו

ירודים מאוד, אפילו לפני שהתחילו להשתמש בתרופות. הם השקיעו מידה רבה מאוד של אנרגיה במשך תקופות זמן קצרות. הכושר הגופני הירוד שלהם נוגד את האמונות המקובלות, המבוססות, כנראה, על ועובדה שקשה לעצור פסיכויטיים בשעת התפרצות אלימה. חשוב לציין, כי להשתלט על מטופל אלים מבלי לגרום לו נזק, קשה בהרבה מאשר להממו. רוב המטופלים בתכנית, לרבות אלה שלא קיבלו מינון כבד של תרופות ניורוליפטיות, כגון: שמונה מאות מיליגרם כלורופרומזין ליום, שיפרו את ביצועיהם עם כל אימון, ובתוך פחות מחודש היו מסוגלים לבצע את הפעילות הנדרשת מבלי להתעייף (גלסר, בראון ולרנר, 1983). ההשפעות החיוביות באו לביטוי **בקצב לב איטי יותר** לדקה **ובזמן התאוששות מהיר יותר**. ממצא זה מצביע הן על הסדרת תפקודי הגוף באמצעות מנגנוני פיצוי (גרייסט ואח', 1978), והן על הלימוד של השימוש היעיל יותר באנרגיה (**שם**). חיילים פסיכויטיים, הנתונים לטיפול ניורוליפטי כבד, היו מסוגלים להתאמן, לרוץ ולהשתתף בגיודו, בהיאבקות ובסומו במשך יותר משעה. מטופל אחד הסובל ממאניה, היה מסוגל לרוץ מרחק של עשרה קילומטרים בטיפול ריצה-דיבור, כשהוא מקבל ארבע מאות מיליגרם כלורופרומקסין ואלפיים ומאה מיליגרם ליתיום ליום (**שם**). המטופל שיפר את ביצועיו ורץ מרחק של עשרים קילומטרים, כאשר עבר מהשימוש בכלורופרומקסין לשלושים ושישה מיליגרם פרפנאזין ליום. לאחר מכן, רץ מרחק של ארבעים ושניים קילומטר, **מרתון שלם (!)** בפחות משלוש שעות, כאשר קיבל אלף מאתיים מיליגרם ליתיום.

שיפור במצב הרוח

התוצאה הנצפית השלישית בתכנית היתה שיפור במצב הרוח. רוב המטופלים דיווחו על שיפור במצב הרוח ובהרגשה הטובה. ראייה חלקית לכך תהא העובדה, כי מטופלי המחלקה הפתוחה התלוננו על כך שהמחקר הופסק והפעילות בוטלה. כפי שתואר במחקרים קודמים (גלאזר, 1976), המשיכו המטופלים לבצע את התרגול במשך מספר שבועות ביזמתם ובהדרכה עצמית, ובכך הראו את הנאתם מהאימון והפגינו מעין התמכרות לתרגילים גופניים.

קבוצה קטנה של מטופלים היתה סבילה או השתתפה רק בחלק של הפעולות. מאוחר יותר התברר, כי למרות היותם סבילים, השתתפו בחוויה של הפעילות יחד עם הפעילים. הסבילים הרגישו **כאילו** השתתפו בפעילות באופן מלא ואף דיווחו על **התרוממות** במצב הרוח. מקצתם התעניינו מדי פעם בפעם בטיב ביצועיהם, סיפרו למשפחותיהם על הפעילות או התלוננו, כאשר הפעילות נפסקה. ובאורח כללי, ניכר **שיפור הן בהתייחסויות שלהם כלפי אחרים והן בהתנהגותם**.

הפחתה ברמת החרדה וברמת התוקפנות

התוצאה הרביעית של תכנית הפעילות המאורגנת באה לידי ביטוי בהפחתה הן של רמת החרדה והן של רמת התוקפנות. פסיכותרפיה נסערים ומטופלים מופרעים נרגעו בשעת השיעורים. אף על פי שהחרדה הופיעה שנית לאחר מספר דקות או מספר שעות, אין להתעלם מההשפעה החולפת. הפעילות סיפקה גם **מרכיב חזותי** חוזר ונשנה, אשר כמו הטקסים הדתיים והטקסים הנובעים מפחדים (פוביות), הגביר את ההקלה הסימפטומטית. רוב המטופלים נהנו מהכרת רצף התרגילים והכריזו עליו מראש. האימון הגופני או הריצה, השיגו פעמים רבות תוצאות חיוביות ושימשו כתחליף לתרופות ההרגעה למקרי החרום (S.O.S.) הרגילות.

חייל צעיר, שאובחן כסובל **מהפרעה שלאחר מתח טראומטי** (PTSD), אושפז מספר ימים לאחר ההפצצה, אשר עוררה את תגובת הקרב שלו. כדי ליצור מחדש את ה"תפאורה" הצבאית ולהפיק את התנאים האופטימליים לתגובה נפשית משחררת, הצטוו החייל לרוץ. הוא מילא אחר הוראת המטפל-החוקר בשתיקה. לאחר זמן מה הצטוו להגביר את המהירות. החייל תפס מחסה, והתנהג כאילו ההפצצה מתרחשת שנית. הריצה והחשיפה לפקודות עזרו לו לחוות מחדש את האירוע הטראומטי. לבסוף התרחשה התגובה הנפשית, שהפחיתה את רמת החרדה ואת שיעור הפחד. החייל הפסיק לרוץ והחל בוכה, ובפעם הראשונה מאז אישפוזו, החל לדבר על האירוע הטראומטי.

התוקפנות בשעת האימון הגופני היתה מבוקרת באורח מלא. מטופלים פסיכותרפיים, שלא היו מסוגלים לשלוט בעצמם, והיו חובטים בדלתות או מכים אנשים במחלקה הסגורה, כיבדו את הכללים ומעולם לא היכו את יריביהם או יצאו משטח הפעילות. אחד המטופלים שטען, כי הוא "המשיח", ניגש לאחראי על הפעילות הגופנית (לאחר שיריבו הפילו על הדשא) ואמר בגאווה: "ראית איך היפלת אותי?" למרות תפישת המציאות המעוותת שלו, היה מסוגל להשתתף בפעילות ברוח ספורטיבית, לכבד את יריביו ולפרוק את תוקפנותו מבלי לגרום לנזק כלשהו. ניתן אפוא לקבוע, כי מאז תחילת הפעילות פחת מספרם של הביטויים להתנהגות אלימה, שהיו שכיחים בעבר, באופן ניכר, וככל שרבו השיעורים, פחת מספר ההתפרצויות התוקפניות שנרשמו.

השיפור בהערכה העצמית

התוצאה החמישית שנצפתה היתה השיפור בהערכה העצמית. הפעילות גרמה לשיפור בביצועים הפיזיים של רוב המטופלים. הם השיגו שליטה רבה יותר בגופם ובכוח רצונם, וכתוצאה מכך גברו הביטחון העצמי וההערכה העצמית שלהם. מספר מטופלים אף הראו שיפור בהערכה העצמית **למרות** שלא שיפרו את ביצועיהם הפיזיים. המטופלים, ששיפרו את תחושת הזהות והערך העצמי שלהם, נהנו מהדימוי העצמי החדש. הם הפכו יותר בטוחים ועומדים על דעתם (אסרטיביים) והיו מסוגלים להתמודד עם מצבים, שמהם פחדו קודם לכן. לדוגמה, בפגישה משותפת של המאושפזים במחלקה, העז חייל פסיכוטי לדבר בפעם הראשונה, לאחר שזכה בתחרות שכיבות-הסמיכה באותו בוקר.

רוב שיעורי הספורט בבית החולים לא היו שונים מאלה הנערכים מחוץ לכתליו. מטופלים **פסיכוטיים-נסוגים** (רגרסיביים), שהיו מבולבלים, הפכו מאורגנים בשעת הספורט והציגו התנהגויות הרבה יותר נורמליות. מקצתם התלבשו במיוחד לכבוד האירוע ואפשר היה להיווכח בכך שטווח תשומת הלב שלהם התרחב ויכולת הריכוז שלהם גברה. המטופלים הפכו יותר משתפי פעולה והעבירו התייחסות זו לפעילויות אחרות במחלקה. לדוגמה, מטופל סיכזופרני צעיר, הסובל מהתפרצויות אלימות חמורות, תפקד כמעט באופן נורמלי במהלך השיעור בפעילות גופנית וזכה על כך לציון לשבח, השכים ביום המחרת ועזר לאסוף את המטופלים האחרים לשעת הספורט, ולאחר מכן המשיך בפעילותו המסייעת גם בפגישות האחרות של המאושפזים במחלקה.

הגברת התעסוקה והחיברות

התוצאה הששית של הפעילות אצל המטופלים היתה הרחבת תחומי העיסוק ומעגל החיברות שלהם. האימון הגופני ופעילויות הספורט הפכו לחלק אינטגרלי חשוב משגרת המחלקה ומחיי המטופלים. הפעילויות סיפקו תעסוקה, בילוי זמן והזדמנות לחיברות במסגרת שונה מזו הנהוגה בבתי החולים. היו דוגמאות רבות של לכידות קבוצתית ושל התחשבות הדדית. רוב המטופלים נהנו יותר מעיסוקים לא תחרותיים. המשחק המצליח ביותר במחלקה הסגורה היה בניית פירמידה אנושית. משחק זה איפשר למטופלים מגע פיזי לא מאיים. ההתעמלות בזוגות איפשרה להם הן לעזור לאחרים ולהיעזר בהם, והן לבלוט ולהתרברב במעשיהם. בעיסוקים

התחרותיים היה השימוש בפרסים מוחשיים (ממתקים) **פחות יעיל** מהשימוש בפרסים מופשטים (ציון לשבח).

המצטיינים בגידו או בריצה הוזמנו להשתתף בשיעורים הרגילים ובאליפויות מחוץ לכתלי בית החולים. ההשתתפות בשיעורים הרגילים, יחד עם סטודנטים בריאים, עזרה למטופלים להרגיש **פחות מתויגים** כמטופלים פסיכיאטריים. מספר מטופלים המשיכו באימוני הגידו גם לאחר ששוחררו מהטיפול. למשל, חייל צעיר בן עשרים בעל היסטוריה של בעיות נשימה פסיכוסומטיות, שאובחן כבעל **תגובה פרנאידית חריפה**, הפך אחד ממדריכי הריצה (הגיוינג). בעבר, עקב בעיות הנשימה שלו, לא איפשרה לו אמו, המגוננת מדי, לעסוק בכל פעילות גופנית. הוא התגבר על העכבות הפיזיות שלו בעזרת פסיכותרפיה ובעזרת פעילות גופנית. לאחר שהפך מדריך ריצה (גיוינג), החל להתאמן בגידו בקבוצות רגילות. הוא שוחרר מבית החולים ומהצבא וחזר לעיר הולדתו. בראיון מעקב, שנערך לאחר שישה חודשים, סיפר בגאווה, שהינו סטודנט באוניברסיטה וחבר במועדון הגידו. החולה במאניה, שהוזכר לעיל, כמי שהגביר את מרחק ריצתו למרחק ריצה השווה למרתון שלם, הפך לספורטאי גידו ולרץ מצטיין למרחקים ארוכים. הוא לא נזקק לחזור לאישפוז, סיים קורס מדריכי ספורט והחל לעמוד ברשות עצמו מבחינה כלכלית. לבסוף אף הצליח להפוך את יחסיו המשפחתיים והחברתיים ליחסים נורמלים.

עידון (סובלימציה) להתנהגות פתולוגית

התוצאה השביעית של תכנית הפעילות הגופנית במסגרת המחקר, הינה עידון ההתנהגות הפתולוגית.

נהוג ללמד סטודנטים המתמחים בטיפול בעזרת משחק, כי ילד "ישחק" את הבעיות שלו, אם תינתן לו ההזדמנות. (וולמן, 1972). המשחק מאפשר התנסות ומציאת פיתרון לבעיות. הוא מהווה אמצעי להבעת רגשות ורעיונות, ומספק מודל ליחסי גומלין חברתיים. מספר מחברים, שיישמו את עקרונות הגידו להוראה מתקנת, לא התייחסו להתנהגות הרסנית כלפתולוגיה שיש לשנותה, אלא כאל מקור כוח פוטנציאלי, שיש לתעל אותו לערוצים המתאימים (מנדל, ויצמן ומילן, 1975; בנדלר וגרינדר, 1979). המקרה הבא מדגים נקודה זו, ומראה כיצד ניתן לתעל באמצעות הספורט התנהגות פתולוגית להתנהגות, המקובלת על-ידי החברה. אשה צעירה, שאובחנה כ**סכיזופרנית-פראנואידית**, אושפזה בפעם השנייה בתקופה שבה נערך

המחקר. היא הופנתה על-ידי השירותים הפסיכולוגיים של האוניברסיטה בגלל התנהגות מאוד בלתי שגרתית. כאשר היתה נתונה למצבים פסיכויטיים, נהגה להיכנס לשירותי הגברים והיתה תופשת ומושכת את אבר המין של הסטודנט ביש המזל הראשון שנקרה בדרכה. מספר פעמים זכתה לחבטות ולמכות עקב התנהגותה. למעשה, היתה אשה ביישנית למדי, חוץ מאשר בעת התנהגותה באורח פסיכויטי. לאחר שהוזמנה לטיפול מספר פעמים, החלה להשתתף באחת מקבוצות הריצה (ג'וינג). בתוך חודש הפכה לאחת הרצות הטובות ביותר. לאחר מכן, כאשר נודע לה על הפעילות בג'ודו, החלה משתתפת בקבוצת ג'ודו רגילה בעיר. היא היתה האשה היחידה בקבוצה. הג'ודו איפשר לה מגע מסוג שונה עם גברים וכתוצאה מכך הפסיקה לתקוף אותם בשירותים. כאשר יצאה לבסוף מהמצב הפסיכויטי הפסיקה את השתתפותה בשיעורי הג'ודו.

לשאלת שילוב הג'ודו בתכנית הפעילות

שילוב שיעורי הג'ודו בתכנית הפעילות של חולים פסיכויטיים ושל חולים אלימים מעוררת את השאלה, האם אין חשש לספק לחולים נשק רב-עוצמה לפגיעה באנשים אחרים בשעת התפרצויות עתידיות. קיימים מספר נימוקים התומכים באמונה כי **התשובה לשאלה הינה שלילית**. ואלה הם הנימוקים העיקריים:

- ★ תרגילים גופניים בדרגת קושי בינונית עד קשה, גורמים **לירידה** ברמת החרדה, במידת הכעס ובשיעור הפחד (גרייסט ואח', 1978; מורגן, 1982).
- ★ מאמץ גופני בתרגול שיגרת, פועל **כמייצב ריגושי** לטווח ארוך (איסמעיל וטרכטמן, 1973).
- ★ המסורות והטקסים של הג'ודו עשויים לפעול כמפחיתי חרדה, כשם שפועלים הטקסים הדתיים והטקסים הנובעים מפחדים (פוביות).
- ★ ג'ודו והיאבקות שונים מענפי קרב אחרים, כגון: קראטה, איגרוף, סיף, כיוון שכל המתרחש בענפים אלה הוא "אמיתי". אין מכות איגרוף מדומות, העוצרות סנטימטר מהמטרה או מוגנות על ידי כפפות ומגינים. סטודנט, שאינו יכול להשלים את מכת האגרוף שלו ולראות את תוצאותיה, עשוי להיות מעורב בתגרת רחוב כדי לאמת את היעילות של הטכניקה שלו. ספורטאי ג'ודו והיאבקות, לעומת זאת, יכולים להשלים את הפעולה עד תומה ובכך לפרוק לחלוטין את התוקפנות מבלי להזיק ליריביהם.

כל הנימוקים הללו נתמכים על-ידי הטיעון הבא: סטודנטים רבים מצפים, כי הגידו או ההיאבקות ילמדו אותם בדרך הקלה לגבור בכוח על בני אדם אחרים. כדי להשיג זאת עליהם לעמוד בשעות רבות של תרגול ובשנים אחדות של אימון, הכרוך במידה מסוימת של הקרבה ואפילו של כאב. ואז, שעה שהם כבר מיומנים, מתרחשת אחת מהאפשרויות או שתיהן: או **שאינם חשים בצורך** לגבור בכוח על בני אדם אחרים, כיוון שהגיעו לסיפוק באמצעות ההתנסות, או **ששינו את מטרת הסיפוק**, כיוון שהם מזדהים עם הספורט ורוצים להפוך למורים או לאלופים. ואכן, ספורטאי גידו מעורבים פחות בתגרות רחוב מאשר שחקני ספורט אחרים. ואכן, אין דיווחים על ספורטאי גידו שהשתמשו בידע שלהם לפגוע או להרוג.

מסקנות

מן הדיון בספרות המחקר, ומן התוצאות החלקיות של תכנית החלוץ שבחנה כיצד אפשר להיעזר **בפעילות גופנית מאורגנת כאמצעי שיקום**, עולות מספר מסקנות. אימון גופני וספורט פועלים **כמשלימים יעילים** לריפוי תרופתי-פסיכולוגי ולריפוי בעיסוק. הם **מגבירים** את פעולת השיטות הטיפוליות האחרות, או לפחות, **ממלאות** את מקומן באורח זמני.

מנקודת מבט קלינית, לא תמיד יש מתאם בין הכושר הגופני ובין הבריאות הריגשית. שכחים מקרים שמטופלים התקבלו לבית החולים במצב נפשי מעורער אך בכושר גופני מצוין. מטופלים אחרים שיפרו את מצב רוחם, את התייחסויותיהם ואת התנהגותם מבלי לתרגל, רק על-ידי **עצם השהייה** במחיצת הקבוצה המבצעת פעילות גופנית.

ההשפעות החיוביות על מערכות הלב-ריאה, על הפרעות בתנועה ועל תופעות הלוואי של תרופות אנטי-פסיכוטיות, ניתנות להסבר על-ידי תמיכה במנגנונים ביו-כימיים וניורופיזיולוגיים (עצביים). **לא** ניתן להסביר את התוצאות הפסיכו-חברתיות באמצעות מנגנונים אלה בלבד.

ניתן להסביר את התוצאות הפסיכו-חברתיות הנצפות באמצעות מנגנונים פסיכולוגיים קוגניטיביים. מהתנסויות קליניות ידוע, כי שינויים ברמת החרדה

ובמצב הרוח, יכולים להשפיע על התפישה ההכרתית (הקוגניטיבית) ועל ההתנהגות. מספר חוקרים מדווחים על ממצאים הפוכים, דהיינו, שהפרעות בתפישה ההכרתית יכולות לגרום לשינויים במצב הרוח ובהתנהגות (בק, ראש ושאו, 1979). כותב שורות אלה מעלה את ההשערה, כי ייתכן שהמרכיב הטיפולי מונח **במשמעות** שהחולה מייחס לפעילות **ולא בפעילות עצמה**. דבר זה דומה במידת מה למה שמורגן (1982) מכנה **הסטה** (diversion). אימון גופני וספורט מקובלים באופן כללי כסמלים אוניברסליים לבריאות. דבר זה מודגם היטב בפתגם "נפש בריאה בגוף בריא". ייתכן שפעילות זו משמשת עזרה מוסווית להזדהות החולים עם התדמית של הספורטאי. השינוי החיובי בתרשימים ההכרתיים (הקוגניטיביים), יצר שיפור במצב הרוח וההערכה העצמית, שחוזקו על-ידי ההתייחסויות של הסביבה, התופשת אף היא פעילות זו כמקור של בריאות. ייתכן, שבעקבות הפעילות נוצרו ציפיות חיוביות, שגרמו להגברת ההיענות, וזו פעלה כמעוררת לרווחים טיפוליים נוספים. בקצרה, אנו טוענים, כי **הגורם הטיפולי אינו מונח בפעילות עצמה, אלא בשינויים ההכרתיים (הקוגניטיביים) ובנתיבים החדשים ליחסים הבין-אישיים והתוך-אישיים, שהפעילות מאפשרת.**

רשימת המקורות

- Bandler, R. & Grinder J. (1979). **"Frogs into princess," neurolinguistic programming**. Utah: Real People Press.
- Beck, A.T., Rush, A.J. & Shaw, B.F. (1979). **Cognitive therapy of depression**. New York: Guildford Press.
- Berger, B.G. & Owen, D.R. (1983). Mood alteration with swimming - swimmers really do "feel better". **Psychosomatic Medicine**, 45 (5), 425-433.
- Callen, E.K. (1983). Mental and emotional aspects of long distance running. **Psychosomatics**, 24 (2), 133-134; 139; 141.
- Ey, H., Bernard, P. & Disset, C. (1969). **Manuel de Psychiatrie**, Paris: Ed. Mason et Cic.
- Francis, K.T. (1983). Role of endorphins in exercise: A review of current knowledge. **The Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy**, 4 (3), 169-173.
- Freedman, K. & Sadock, S. (1980). Psychiatry and sport. In: C. Pierce (Ed.), **Comprehensive textbook of psychiatry** (3rd edition). New York: Pierce Chester.
- Glasser, W. (1976). **Positive addiction**. New York: Harper and Row.
- Gleser, J. & Mandelberg, H. (1990). Exercise and sport in mental health: A review of the literature. **Israeli Journal of Psychiatry and related Sciences**, 27 (2) 99-112.
- Gleser, J., Brown, P. & Lerner, J. (1983). The running-talking therapy. **Israeli Journal of Psychiatry and Related Sciences**, 25 (2), 126-136.
- Greist, J.H., Klein, M. Eischens, R.J., Faris, J. & Gurman, A.S. (1978). Your mind. **Journal of Psychosomatic Research**, 22 (4), 259-294.

- Haier, R.J., Quali, K. & Mills, J.J.C. (1981). Maloxone alters pain perception after jogging. **Psychiatry Research**, 5, 231-232.
- Hoare, D. (1980). **Judo - Teach Yourself Books**, London: Hodden and Stoughton.
- Ismail, A.H. & Trachtman, L.E. (1973). Jogging the imagination. **Psychology Today**, 6, 79-82.
- Klein, M.H., Greist, J.H., Gurman, A.S., Neimeyer, R.A. & Lesser, D.P. (1985). A comparative outcome study of group-psychotherapy vs. exercise treatment for depression. **International Journal of Mental Health**, 13 (3/4), 148-177.
- Krauss, S. (1976). Sport Psychology, **Encyclopaedic Handbook of Medical Psychology**, 1114-1128.
- Mandel, H.P., Weizmann, F. & Millan, B. (1975). Reaching emotionally disturbed children: Judo principles in remedial education, **American Journal of Orthopsychiatry**, 45, 867-877.
- Morgan, W.P. (1982). Psychological effects of exercise. **Behavior Medicine Update**, 4, 25-30.
- Mosher, L.R. & Keith, S.J. (1980). Psychosocial treatment: Individual, group, family and community support approaches. **Schizophrenia Bulletin**, 6, (1), 10-41.
- Shapiro, A.K. (1959). The placebo effect in the history of medical treatment: Implications for psychiatry. **American Journal of Psychiatry**, 116, 298-336.
- Wollman, B. (1972). **Manual of child psychopathology**. New York McGraw-Hill.