



**Małgorzata Socha**

*Mgr fizjoterapii,  
studentka IV roku  
kierunku lekarskiego  
i słuchaczka studiów  
doktoranckich.  
Prowadzi badania  
nad wykorzystaniem  
fizjoterapii w leczeniu  
zaburzeń depresyjnych.  
Hobby: taniec, gdy jest  
na to czas.*

# Fizjoterapia w psychiatrii

## Physiotherapy in psychiatric treatment

**Małgorzata Socha, Bartosz Łoza, Iwona Patejuk-Mazurek**

Klinika Psychiatrii, Oddział Fizjoterapii II Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego  
Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia im. prof. Jana Mazurkiewicza w Pruszkowie

### STRESZCZENIE

Fizjoterapia jest metodą stosowaną z powodzeniem w różnych dziedzinach medycyny. Ze względu na istotny potencjał terapeutyczny powinna być uwzględniana również w procesie leczenia pacjentów z zaburzeniami psychicznymi.

**Słowa kluczowe:** fizjoterapia, aktywność fizyczna, plastyczność neuronalna, zaburzenia psychiczne

### ABSTRACT

Physiotherapy is a method used successfully in various fields of medicine. Physiotherapy due to the substantial therapeutic potential should be taken into account also in the process of treating patients with mental disorders.

**Keywords:** physiotherapy, physical activity, neuronal plasticity, mental disorders

#### **NAJWAŻNIEJSZE**

**Fizjoterapia włączana do programów terapeutycznych w psychiatrii przynosi wymierne efekty w różnych grupach zaburzeń.**

#### **HIGHLIGHTS**

**Physiotherapy used in treatment programs in psychiatry brings substantial results in different groups of disorders.**

## WSTĘP

Fizjoterapia jest dziedziną rozwijającą się dynamicznie, obejmującą szeroki zakres możliwych oddziaływań na pacjenta. Ze względu na zwięzły charakter tekstu opis będzie dotyczył jedynie kinezyterapii, czyli leczenia poprzez ruch, natomiast nie będzie uwzględniał masażu ani zabiegów fizykoterapeutycznych.

Pomimo rozpowszechnienia fizjoterapii w różnych dziedzinach medycyny psychiatria wciąż pozostaje pod tym względem przestrzenią do zagospodarowania. W żadnym wypadku fizjoterapia nie jest stosowana jako leczenie przyczynowe, jednakże ze względu na potencjał leczniczy ruchu, wynikający z jego naturalności, powinna być ona włączana do programów terapeutycznych. Niestety możliwości, które niesie za sobą kinezyterapia, rzadko są doceniane na oddziałach psychiatrycznych. Prawdopodobnie stan ten jest spowodowany nieuwzględnianiem zajęć z psychiatrii w programach kształcenia fizjoterapeutów oraz niewielką liczbą badań naukowych dotyczących stosowania terapii ruchem w psychiatrii.

## POTENCJAŁ TERAPEUTYCZNY RUCHU

Ruch jako cecha naturalna nie wymaga znacznych nakładów finansowych, co więcej – prawidłowo dawkowany nie wywołuje działań niepożądanych. O wysokim potencjale leczniczym świadczą następujące walory ruchu:

- energia
- czas
- rytm
- przestrzeń
- przebieg [1].

Jednak nie tylko niepodważalne efekty dotyczące układu sercowo-naczyniowego, oddechowego czy też układu ruchu stanowią o potencjale terapeutycznym kinezyterapii. W badaniach na szczurach udowodniono wpływ wysiłku fizycznego na plastyczność ośrodkowego układu nerwowego. Aktywność fizyczna indukuje neurogenezę w zakręcie zębatym hipokampa, co wiąże się z pobudzającym wpływem na ekspresję genów kodujących BDNF (*brain derived neurotrophic factor*; neurotropowy czynnik pochodzenia mózgowego). Związany jest on również z przeżyciem istniejących neuronów w dojrzałych mózgach [2, 3]. Podobne efekty neuroplastyczne zaobserwowano pod wpływem leków przeciwdepresyjnych, np. tianeptyny, czy neuroleptyków atypowych, np. olanzapiny [4–6]. To m.in. efekty neuroplastyczne tych leków są odpowiedzialne za skuteczność terapii depresji, zgodnie

z koncepcją neuroplastyczności powstawania depresji, schizofrenii czy choroby afektywnej dwubiegunowej.

## MOŻLIWOŚCI ZASTOSOWANIA FIZJOTERAPII W PSYCHIATRII

Wielokierunkowy wpływ ruchu umożliwia wykorzystanie go w szerokim spektrum zaburzeń. Kinezyterapię na oddziałach psychiatrycznych można więc stosować:

- u osób z zaburzeniami pochodzenia organicznego (związanymi z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego)
- u pacjentów, u których wystąpiły powikłania związane z uzależnieniem od alkoholu
- w przebiegu zaburzeń psychicznych manifestujących się poprzez ruch – np. w psychogennych zaburzeniach ruchowych czy w katatonii przebiegającej ze stuporem ruchowym
- w korekcji polekowych zaburzeń ruchowych
- w profilaktyce negatywnych skutków zespołu metabolicznego u osób przyjmujących leki neuroleptyczne
- u chorych z zaburzeniami nastroju
- w przypadku zaburzeń lękowych
- u pacjentów z zaburzeniami psychosomatycznymi, zespołami behawioralnymi związanymi z zaburzeniami fizjologicznymi
- w przebiegu chorób somatycznych współistniejących z zaburzeniami psychicznymi
- po urazach spowodowanych próbami samobójczymi
- jako rekreację ruchową.

Należy zaznaczyć odrębne cele stosowania ruchu w terapii oraz w formie rekreacyjnej. W drugim przypadku głównym zamierzeniem będzie bowiem aktywny wypoczynek, nie zaś terapeutyczna rola ruchu.

W przebiegu zaburzeń organicznych, np. w chorobie Alzheimera, regularna aktywność fizyczna zapobiega zaburzeniom równowagi i upadkom, pozwala na utrzymanie maksymalnej sprawności w zakresie czynności dnia codziennego (ADL, *activities of daily living*) oraz niweluje negatywne skutki długotrwałego unieruchomienia, takie jak odleżyny czy wzrost ryzyka incydentów zakrzepowo-zatorowych.

U pacjentów nadużywających alkoholu dość często można obserwować objawy polineuropatyczne oraz zespoły mózdkowe, zwłaszcza o charakterze ataktycznych zaburzeń chodu. Rehabilitacja ruchowa umożliwi korekcję istniejących zaburzeń chodu oraz profilaktykę upadków z nimi związanych.

W przypadku zaburzeń psychotycznych kinezyterapia ma przede wszystkim zapobiegać wzrostowi masy ciała i jego skutkom pod postacią zespołu metabolicznego w przebiegu leczenia przeciwpsychotycznego, a także przewyżczać brak aktywności związany z negatywnymi objawami schizofrenii. Aktywność fizyczna pozwala również korygować polekowe zaburzenia ruchowe, np. w zespole parkinsonowskim. W stanie zagrożenia życia, jakim jest katatonia przebiegająca ze stuporem ruchowym, rehabilitacja ruchowa zapobiega skutkom unieruchomienia, może również stanowić kanał komunikacyjny z pacjentem. W zespole astazja-abazja kinezyterapia umożliwia reedukację chodu oraz utrzymanie ogólnej sprawności ruchowej.

U pacjentów z zaburzeniami nastroju badania wykazały redukcję objawów depresyjnych.

U osób z zaburzeniami lękowymi, psychosomatycznymi kinezyterapia stwarza możliwość redukcji napięcia mięśniowego oraz uświadomienia pacjentowi źródła objawów somatycznych poprzez właściwą interpretację sygnałów płynących z ciała.

W przypadku zaburzeń odżywiania udowodniono wzrost jakości życia u osób, u których oprócz standardowego leczenia zastosowano interwencje fizjoterapeutyczne.

U osób po próbach samobójczych niejednokrotnie niezbędna jest rehabilitacja ortopedyczna oraz neurologiczna.

## EFEKTY ZASTOSOWANIA FIZJOTERAPII

Dzięki wielopłaszczyznowym oddziaływaniom ruchu możliwe do osiągnięcia są następujące efekty:

- poprawa nastroju
- polepszenie koncentracji i pamięci
- regulacja procesów fizjologicznych organizmu
- stymulacja układów neuroprzebieżnikowych
- polepszenie kontaktów interpersonalnych
- możliwość uwolnienia nadmiaru energii, agresji
- redukcja poziomu lęku
- zmniejszenie nasilenia polekowych objawów ruchowych
- zwiększenie świadomości własnego ciała [1, 7–15].

## PRAKTYCZNE UWAGI DOTYCZĄCE FIZJOTERAPII W PSYCHIATRII

1. Może być ona realizowana zarówno indywidualnie, jak i grupowo.

2. Niestety nie istnieje żadna metoda fizjoterapeutyczna rekomendowana u chorych z zaburzeniami psychicznymi. Ze względu na ich specyfikę przydatne wydają się metoda PNF (*proprioceptive neuromuscular facilitation*; torowania nerwowo-mięśniowego) oraz metoda Bobath dla osób dorosłych.
3. W treningu ogólnokondycyjnym stosuje się ćwiczenia aerobowe, ćwiczenia siłowe, np. z wykorzystaniem taśm elastycznych, ćwiczenia równoważne oraz ćwiczenia rozciągające. Szczególnie ważne, zwłaszcza u osób z zaburzeniami psychosomatycznymi, są ćwiczenia rozluźniające i oddechowe. Ciekawym urozmaiceniem jest różnorodny sprzęt, taki jak: piłki gimnastyczne, poduszki sensomotoryczne, ciężarki, rowery stacjonarne, bieżnie itp.
4. W przypadku objawów akinezji konieczne jest – ze względu na liczne powikłania somatyczne – jak najczęstsze uruchamianie pacjenta, w skrajnych sytuacjach mutyzmu akinetycznego także poprzez zmiany pozycji ułożeniowych oraz pionizację.

## WNIOSKI

1. Fizjoterapia w psychiatrii nie jest stosowana jako leczenie przyczynowe.
2. Jej skuteczność nie odnosi się tylko do konkretnej grupy zaburzeń.
3. Nie ogranicza żadnej innej metody leczniczej.
4. Prowadzona właściwie nie powoduje objawów niepożądanych.
5. Nie wymaga dużych nakładów finansowych, sprzętowych czy lokalowych.
6. Przynosi wymierne efekty.
7. Może być dodatkowym czynnikiem rehabilitacji w czasie długotrwałych hospitalizacji chorych.

## PIŚMIENNICTWO

1. Aleszko Z. Terapia poprzez ruch, taniec, sport. W: Wciórka J, Pużyński S, Rybakowski J (red.). Psychiatria. Tom 3. Wyd. III. Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2012: 376-380.
2. Bernardi C, Tramontina A, Nardin P et al. Treadmill exercise induces hippocampal astroglial alterations in rats. *Neural Plasticity* 2013; 2013: 709732.
3. Bechara R, Kelly A. Exercise improves object recognition memory and induces BDNF expression and cell proliferation in cognitively enriched rats. *Behavioral Brain Research* 2013; 245: 96-100.

4. Dhikav V, Anad KS. Atypical antidepressive mechanisms: glutamatergic modulation and neuroplasticity in case of tianeptine. Is hippocampal atrophy a future drug target? *Medical Hypotheses* 2007; 68(6): 1300-1306.
5. McEven BS, Chattarji S. Molecular mechanism of neuroplasticity and pharmacological implications: the example of tianeptine. *European Neuropsychopharmacology* 2004; 14(supl. 5): 497-502.
6. Nowakowska E, Kus K, Ratajczak P et al. The influence of aripiprazole, olanzapine and enriched environment on depressant-like behavior, spatial memory dysfunction and hippocampal level of BDNF in prenatally stressed rats. *Pharmacological Reports* 2014; 66(3): 404-411.
7. Challagan P. Exercise: a neglected intervention in mental health care? *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing* 2004; 11: 476-483.
8. Acil AA, Dogan S, Dogan O. The effects of physical exercise to mental state and quality of life in patients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2008; 15: 808-815.
9. Scheewe T, van Haren N, Sarkisyan G et al. Exercise therapy, cardiorespiratory fitness and their effect on brain volumes: a randomised controlled trial in patients with schizophrenia and healthy controls. *European Neuropsychopharmacology* 2013; 23(7): 675-685.
10. Krogh J, Speyer H, Nørgaard H et al. Can exercise increase fitness and reduce weight in patients with schizophrenia and depression? *Frontiers in Psychiatry* 2014; 5: article 89.
11. Rethorst C, Wipfli B, Landers D. The antidepressive effects of exercise. *Sports Medicine* 2009; 39(6): 491-511.
12. Krogh J, Nordentoft M, Mohammad-Nezhad M, Westrin A. Growth hormone, prolactin and cortisol response to exercise in patients with depression. *Journal of Affective Disorders* 2010; 125: 189-197.
13. Cooney G, Dwan K, Mead G. Exercise for depression. *JAMA* 2014; 311(23): 2432-2433.
14. Josefsson T, Lindwall M, Archer T. Physical exercise intervention in depressive disorders: Meta-analysis and systematic review. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports* 2014; 24: 259-272.
15. Machado G, Ferreira M. Physiotherapy improves eating disorders and quality of life in bulimia and anorexia nervosa. *British Journal of Sports Medicine* 2014; 48(20): 1519-1520.

**Adres do korespondencji:**

Małgorzata Socha  
Klinika Psychiatrii, Oddział Fizjoterapii  
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego  
05-802 Pruszków, ul. Partyzantów 2/4  
malgorzata.j.socha@wp.pl