
Körperliche Aktivität / Interventionen bei bipolaren Störungen (Manie)

Interdisziplinärer Arbeitskreis
Bewegungstherapie PPS –
9. Fachtagung Weinsberg
22.04.2016



Deutsche
Sporthochschule Köln
German Sport University Cologne



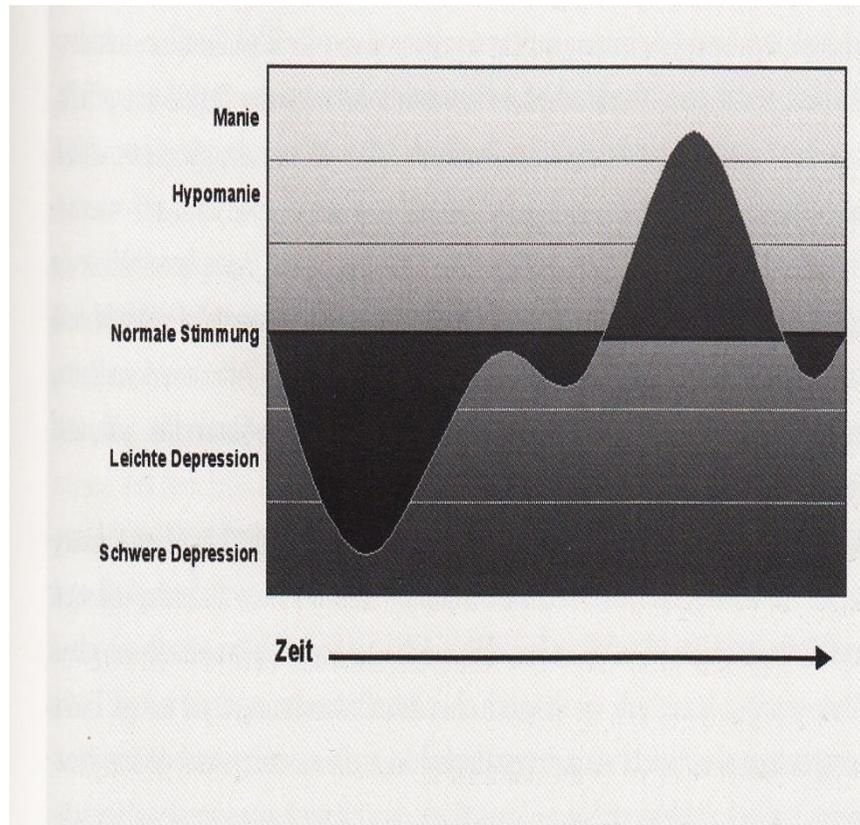
Gliederung

- Bipolare affektive Störungen - Fakten
 - Studie zu klinischen bewegungstherapeutischen
Behandlungsangeboten
 - Bewegungstherapeutische Empfehlungen
-

Bipolare Erkrankungen

Häufigkeit	<ul style="list-style-type: none">• Weltweit: etwa 2 bis 5 Prozent aller Erwachsenen• Deutschland: etwa eine Million Menschen betroffen• Frauen und Männer sind gleich häufig betroffen
Beginn der Erkrankung	<ul style="list-style-type: none">• Durchschnittliches Erkrankungsalter: 25 Jahre• Während oder nach einer Schwangerschaft
Verlauf	<p>85 bis 95 Prozent der Betroffenen erleben nach einer ersten Krankheitsphase noch acht bis zehn weitere Episoden</p> <ul style="list-style-type: none">• Unbehandelte Manien dauern etwa zwei bis drei Monate an• Unbehandelte Depressionen dauern etwa vier bis sechs Monate an• Ohne Behandlung verkürzen sich die beschwerdefreien Intervalle im Laufe der Erkrankung
Komorbidität	<p>Mehr als 80 Prozent der jugendlichen und etwa 40 Prozent der erwachsenen Maniepatienten weisen gleichzeitig noch weitere Diagnosen auf:</p> <ul style="list-style-type: none">• Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHD)• Angststörungen (Phobien)• Zwangsstörungen• Suchtmittelmissbrauch• Körperliche Erkrankungen (Migräne, Multiple Sklerose, Schilddrüsenüberfunktion)
Suizidrisiko	<ul style="list-style-type: none">• Bis zu 80 Prozent der Betroffenen sind suizidgefährdet!• Etwa 15 Prozent töten sich selbst (zwei bis fünf Jahre nach der ersten Episode)!
Lebenserwartung	<p>Etwa um neun Jahre verkürzt</p>

Bipolar -I- Merkmale



Schematische Darstellung der Stimmungsveränderungen bei Bipolar-I-Erkrankung

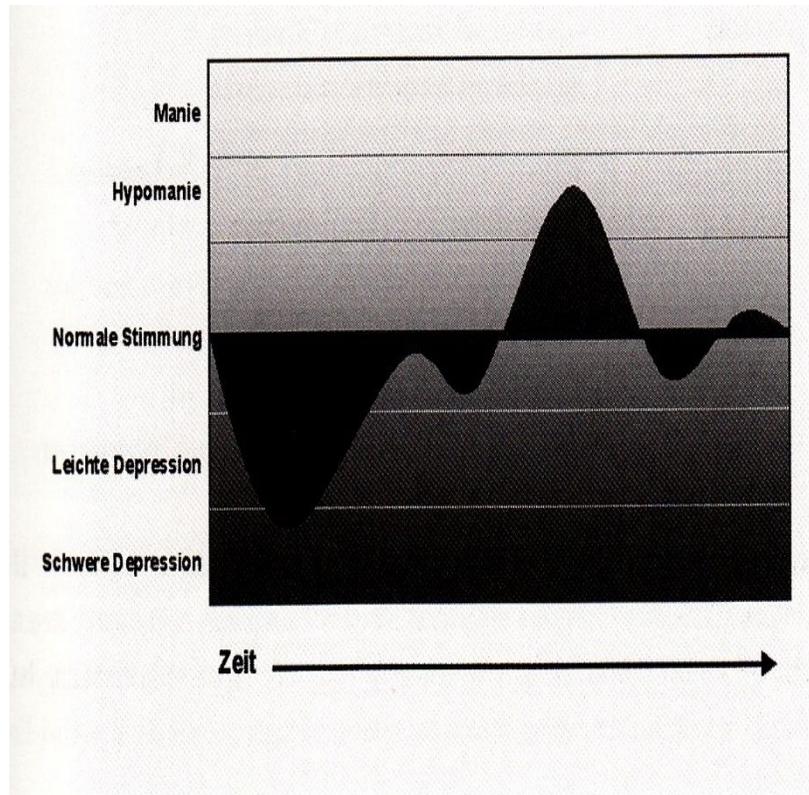
Merkmale der Bipolar-I-Erkrankung

- Stimmung
- Episoden voll ausgeprägter Manie
 - Episoden voll ausgeprägter Depression
- Andere Merkmale
- Unbehandelte Episoden dauern etwa sechs Monate
 - Halluzinationen und Wahnvorstellungen treten ohne Behandlung häufig auf
 - Dreiphasige Episoden können vorkommen
 - Mit zunehmendem Lebensalter nimmt die Häufigkeit der Stimmungsstörungen zu

Kriterien für eine manische Episode (ICD 10)

Stimmung	Situationsinadäquate gehobene Stimmung zwischen sorgloser Heiterkeit und fast unkontrollierbarer Erregung
Dauer	Mindestens 1 Woche
Anzahl erforderlicher Symptome	<ol style="list-style-type: none">1. Selbstüberschätzung oder Größenideen2. Vermindertes Schlafbedürfnis3. Vermehrter Antrieb und Überaktivität4. Rededrang5. Starke Ablenkbarkeit6. Tollkühnes oder leichtsinniges Verhalten, dessen Risiken nicht beachtet werden (z. B. überspannte, undurchführbare Projekte zu beginnen; viel Geld ausgeben)7. Übertriebener Optimismus8. Wahrnehmungsstörungen (Farben, Hyperakusis)9. Verlust sozialer Hemmungen
Art der psychosozialen Beeinträchtigung	Veränderung in der Lebensführung mit schweren Beeinträchtigungen
Ausschlusskriterien	Nicht substanzinduziert oder nicht durch einen allgemeinen medizinischen Krankheitsfaktor bzw. nicht organisch bedingt

Bipolar-II-Merkmale



Schematische Darstellung der Stimmungsveränderungen bei Bipolar-II-Erkrankung

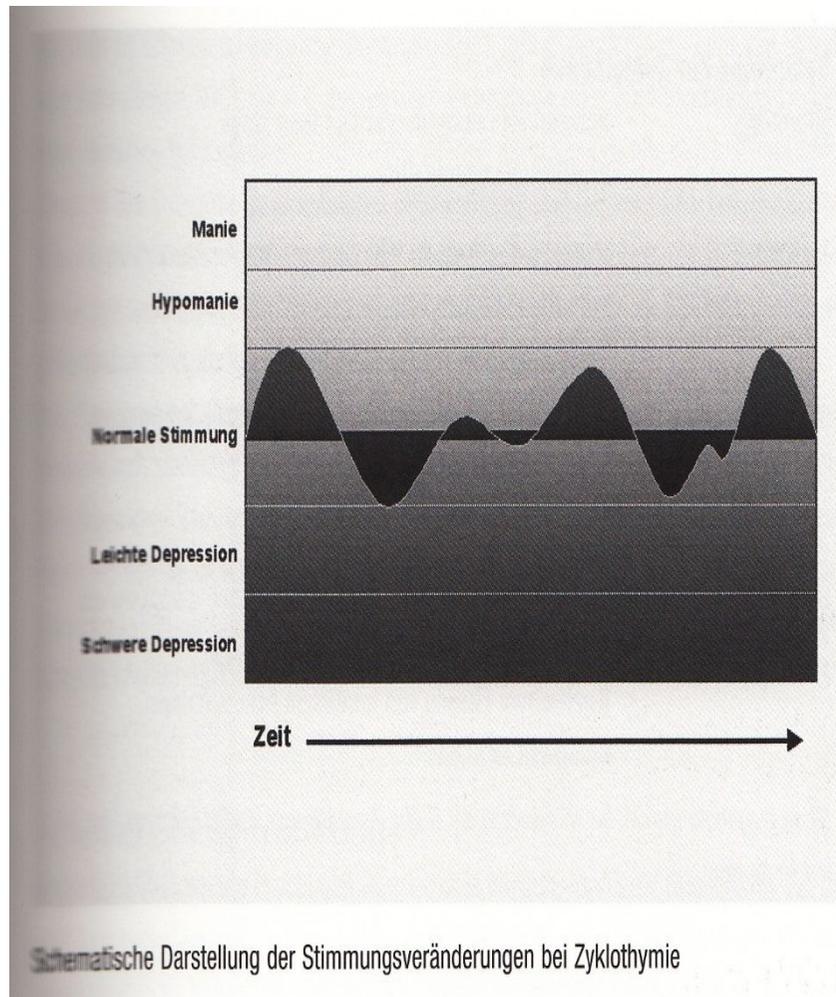
Merkmale der Bipolar-II-Erkrankung

Stimmung

- Episoden voll ausgeprägter Depression
- Episoden mit Hypomanie

Andere Merkmale

- Vermehrter Schlaf und Appetit während Depressionen
- Gelegentlich chronische Depression
- Bipolar-II-Erkrankung bei Blutsverwandten nachweisbar
- Späteres Ersterkrankungsalter
- Seltener stationäre Behandlung erforderlich
- Möglicherweise erhöhtes Risiko für Alkoholabhängigkeit



Merkmale der Zykllothymie

- Stimmung
- Häufiger Wechsel zwischen Phasen leichter Depression und leichter Hypomanie
 - Kurze irregulär zyklische Stimmungsveränderungen
 - Nur kurze Phasen normaler Stimmung
- Andere Merkmale
- Betroffene wachen morgens häufig mit veränderter Stimmung auf
 - Die Stimmungsstörungen beginnen kurz vor dem 20. Lebensjahr oder während der ersten Jahre des dritten Lebensjahrzehnts
 - Häufige Fehldiagnose: »Persönlichkeitsstörung«
 - Gelegentlich entwickelt sich eine Bipolar-I- oder Bipolar-II-Erkrankung

Kriterien für eine hypomanische Episode (ICD-10)

Begriff	Hypomanische Episode
Stimmung	Abgrenzbare Periode mit deutlich gehobener oder gereizter Stimmung
Dauer	Mindestens einige Tage
Anzahl erforderlicher Symptome	Mindestens einige weitere Symptome
Symptome	<ol style="list-style-type: none"> 1. Selbstüberschätzung 2. Vermindertes Schlafbedürfnis 3. Gesteigerter Antrieb bzw. Aktivität oder motorische Ruhelosigkeit 4. Gesteigerte Gesprächigkeit 5. Auffallendes Gefühl von Wohlbefinden und körperlich-seelischer Leistungsfähigkeit 6. Gesteigerte Geselligkeit 7. Übermäßige Vertrautheit 8. Gesteigerte Libido 9. Flegelhaftes Verhalten
Art der psychosozialen Beeinträchtigung	Veränderung in der Lebensführung mit leichten Beeinträchtigungen
Ausschlusskriterien	Keine Manie und Zykllothymie, keine psychotischen Symptome, nicht substanzinduziert oder nicht durch einen allgemeinen medizinischen Krankheitsfaktor bzw. nicht organisch bedingt

Tabelle 3: Kategorisierung „bipolarer“ Verhaltensdimensionen bezogen auf das „Behavioral Activation System“

		(Hypo-)Manie = = BAS ↑		Depression = BAS ↓
Motorisch	Lokomotion	hyperaktiv	↔	verlangsamt,
	Sprache	schnell, vermehrt	↔	schleppend, verringert
	Mimik	ausdrucksvoll	↔	ausdruckslos
Anreiz- Belohnungs- Motivation	Hedonie	exzessives Interesse und Lust	↔	anhedon, interesselos
	Wunsch nach Aufregung/ Neuem	exzessive Beschäfti- gung mit vielen und neuen Tätigkeiten	↔	Vermeidung von Stimulation
Stimmung		gehoben, euphorisch, reagibel	↔	gefühllos, depressiv, nicht reagibel
Unspezi- fische Erregung („Arousal“)	Appetit	verringert	↔	erhöht
	Energie	grenzenlos, gesteigert	↔	leicht ermüdbar, ener- gielos
	Schlaf	verringertes Schlaf- bedürfnis	↔	Hypersomnie, Tagschlaf
	Denken	schnell, Ideenflucht	↔	verlangsamt, Entschei- dungsprobleme
	Aufmerksamkeit	geschärft bis ablenkbar	↔	verringert, schwerfällig

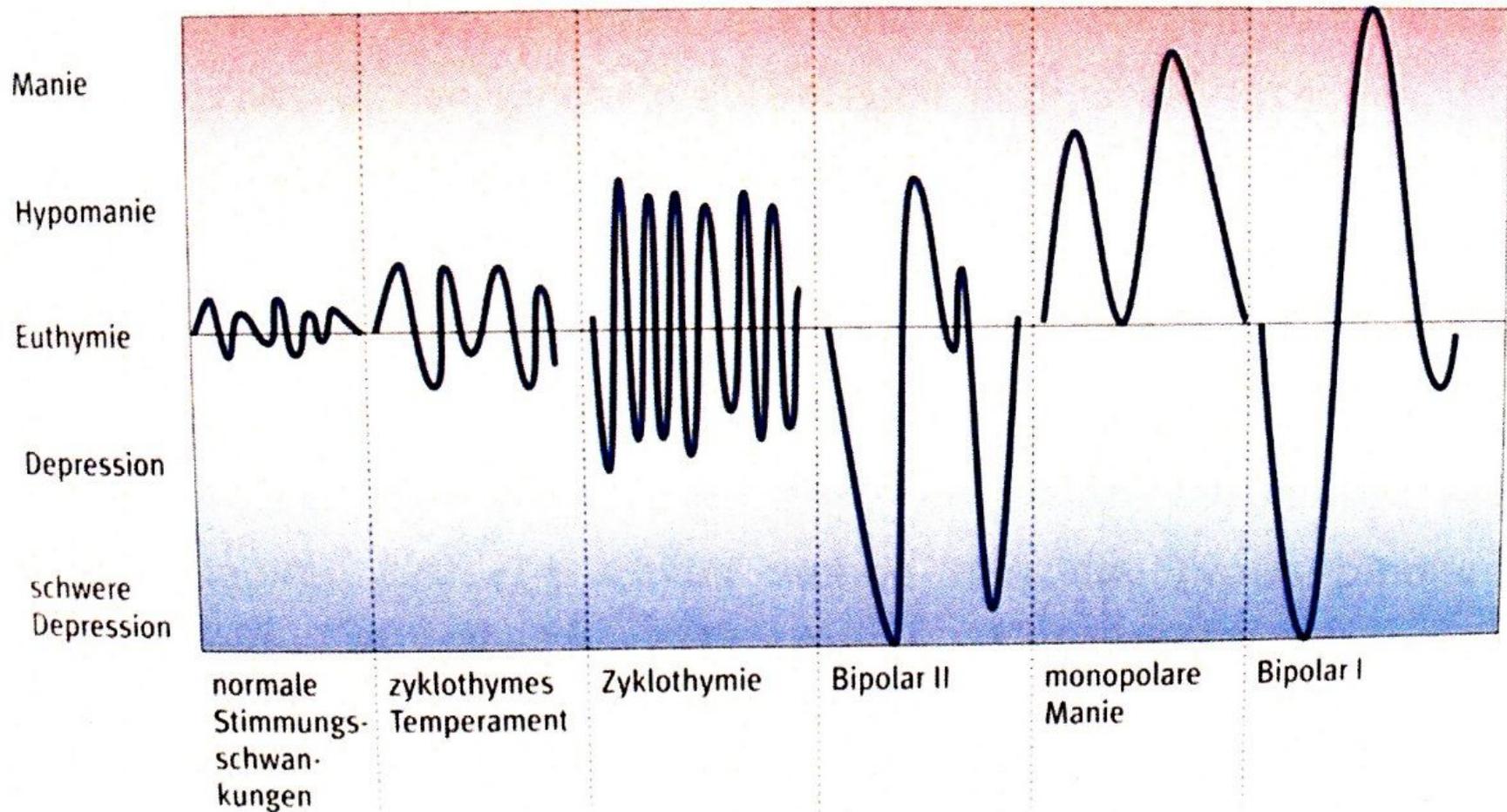


Abb. 1, Stimmungsbilder der bipolaren Störung (Bräunig 2004, S. 19)

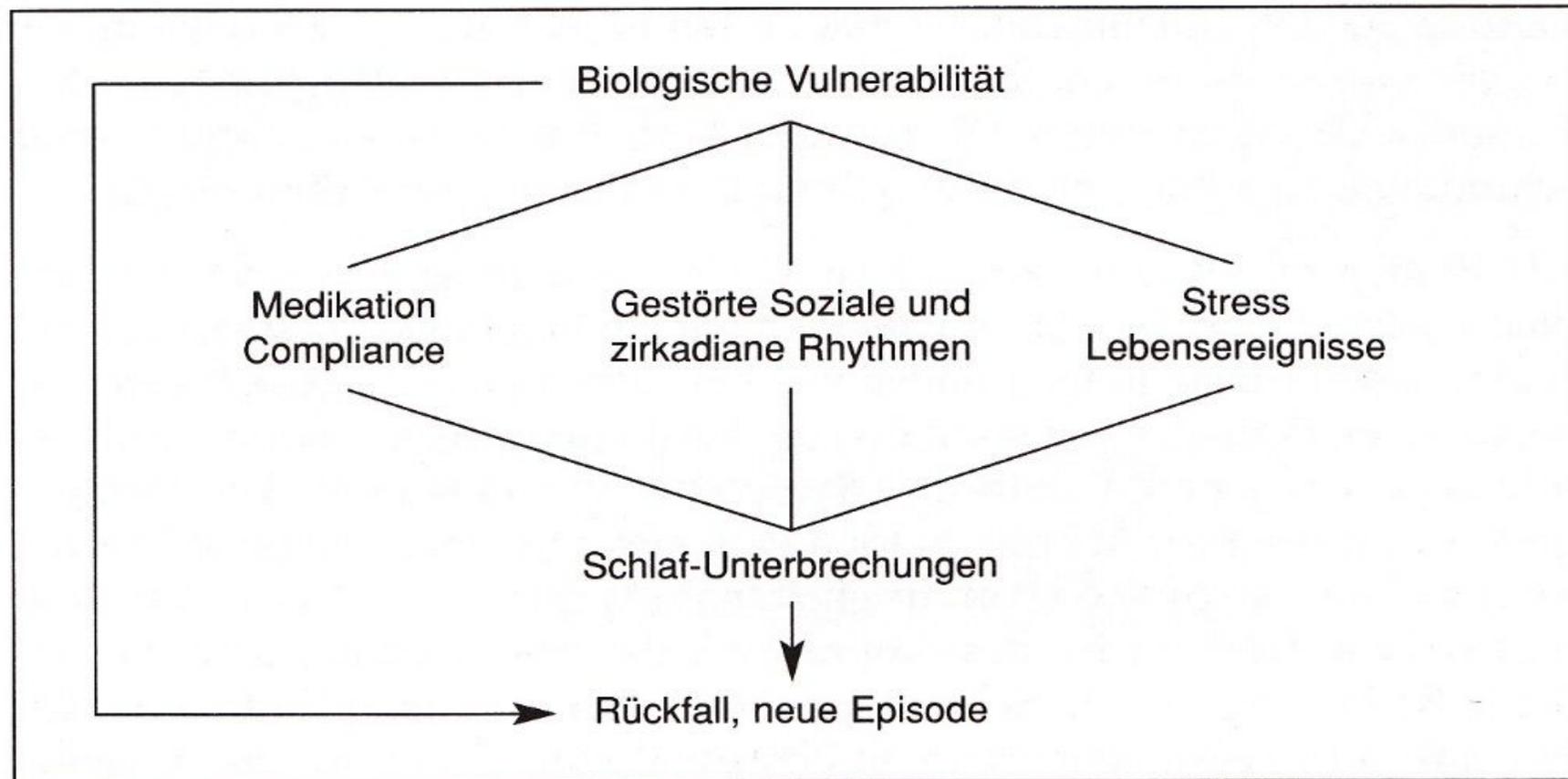


Abbildung 4: Vereinfachte Heuristik zum Verständnis der Entstehung und dem Verlauf bipolar affektiver Störungen

Bipolare affektive Störungen

Körperliche Komorbiditäten:	Psychische Komorbiditäten:
Übergewicht	Angststörungen
Metabolisches Syndrom	Suchtmittelmissbrauch
Herz-Kreislaufstörungen	Persönlichkeitsstörungen
Multiple Sklerose	Zwangsstörungen
Reduzierte körperliche Aktivität / geringe Fitness	(Vancampfort et al. 2013; Faurholt-Jespén et al. 2012; Goodrich & Kilbourne 2010; Wright et al. 2009; Fagiolini et al. 2005)

Bipolare affektive Störungen: Effekte von körperlicher Aktivität / Sport

- Reduktion depressiver Symptomatik
- Angstreduktion
- Stressreduktion
- Evtl. Reduktion manischer Symptomatik
- Befindlichkeitsverbesserungen

(Edenfield 2007; Ng et al. 2007; Shah et al. 2005; Hays et al. 2008)

Bewegungs- und sporttherapeutische Zielsetzungen bei affektiven bipolaren Störungen

- Stimmungsregulation/-management
 - Stressregulation
 - Selbstwirksamkeitserfahrungen
 - Strukturbildung / Rhythmus
 - Soziale Kompetenz / Einbindung
 - Erhalt / Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit
 - Minimierung der Gesundheitsrisiken
 - Achtsamkeitsschulung
 - Beachte bei Manie: „The double edged sword“
-

Ausgewählte Ergebnisse der MA-Arbeit von Dany Lahoud:

Up and Down – Möglichkeiten und Grenzen der Bewegungstherapie bei bipolarer affektiver Störung während der manischen Episode (2014)

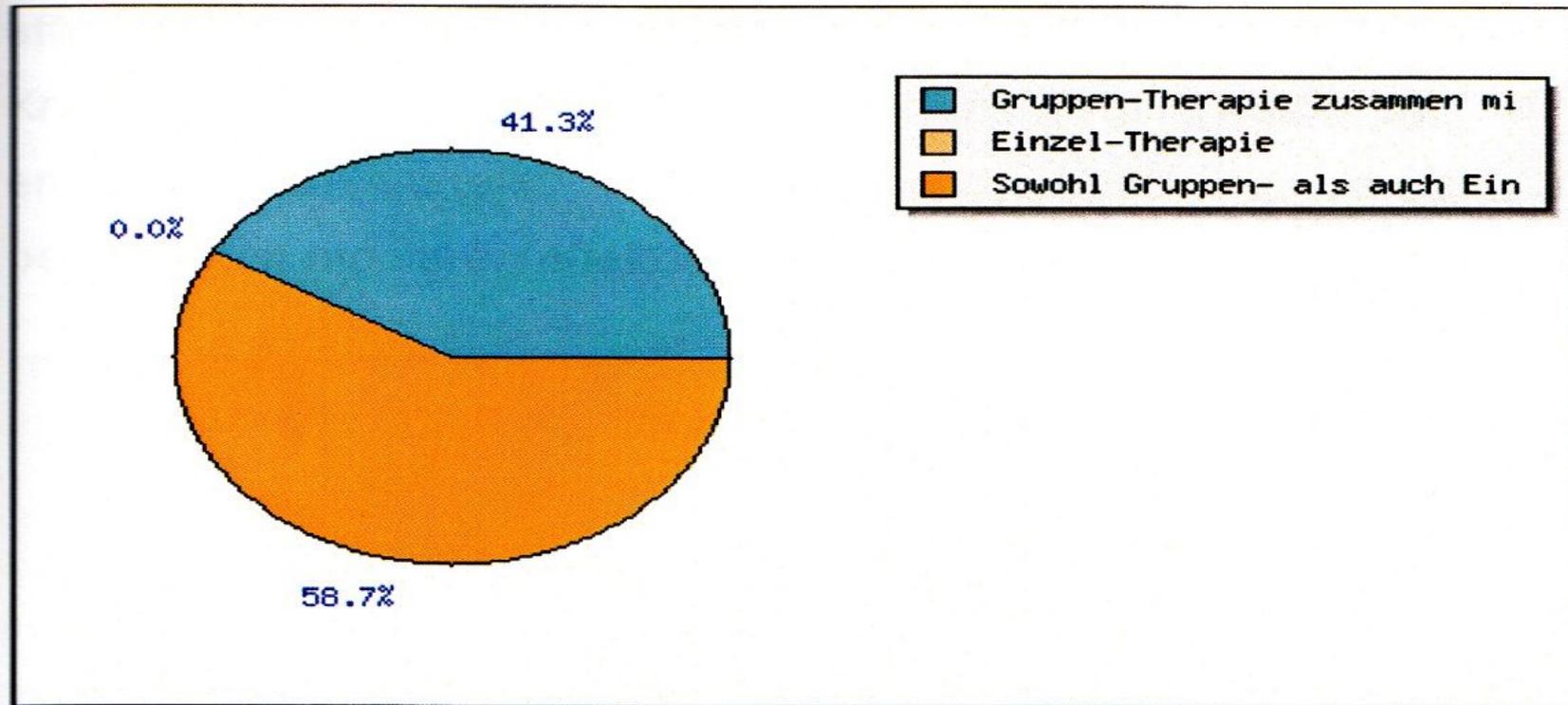


Abb. 4, Fragebogen, S.10, Frage 9; Patienten mit bipolarer Störung werden bei Ihnen im Rahmen der Bewegungstherapie behandelt in Form von: ‚Gruppen-Therapie zusammen mit anderen Krankheitsbildern‘, ‚Einzel-Therapie‘ oder ‚Sowohl Gruppen- als auch Einzel-Therapie‘

Therapieziele	nicht zu- treffend	un- wichtig	weniger wichtig	Wichtig	sehr wichtig
Energie- Erregungsabbau u.	0 TN ¹² 0 % ¹³	1 3 %	5 13 %	16 41 %	17 43 %
Stressregulation	0 0 %	1 3 %	5 13 %	18 46 %	15 38 %
Erlernen der Ent- spannungsverfahren	3 8 %	3 8 %	15 38 %	12 31 %	6 15 %
Krankheitsspezifische Wissensvermittlung	3 8 %	6 15 %	15 38 %	11 28 %	4 10 %
Verbesserung der Körperwahrnehmung	0 0 %	2 5 %	5 13 %	15 38 %	17 44 %
Stimmungsregulation	0 0 %	0 0 %	4 10 %	19 48 %	16 41 %
Umgang mit Wutge- fühlen u. Aggression	0 0 %	0 0 %	4 10 %	23	12 31 %
Verbesserung der Fitness	1 3 %	6 15 %	17 43 %	12 31 %	3 8 %
Entwicklung sozialer Kompetenzen	0 0 %	3 8 %	6 15 %	21 54 %	9 23 %
Stabilisierung allge- meines Wohlbefinden	0 0 %	0 0 %	5 13 %	21 54 %	13 33 %
Summe	7	22	81	168	112

Tab. 5, Fragebogen; S. 18, Frage 17: Welche grundlegenden Therapieziele verfolgen Sie in der Behandlung von manischen und hypomanischen Patienten? Ordnen Sie diesen Zielen eine Priorität zu.

Ranking der Therapieziele bei (hypo-)manischen Episoden

1. Stimmungsregulation
 2. Umgang mit Wut / Aggression
 3. Stabilisierung des allgemeinen Wohlbefindens
 4. Energie-/ Erregungsabbau
 5. Stressregulation
 6. Verbesserung der Körperwahrnehmung
 7. Entwicklung sozialer Kompetenzen
 8. Erlernen von Entspannungsverfahren
 9. Krankheitsspezifische Wissensvermittlung
 10. Verbesserung der Fitness
-

Methoden, Verfahren, Übungen	nicht zutreffend	Unwichtig	weniger wichtig	Wichtig	sehr wichtig
Spaziergehen	8	2	3	16	10
Radfahren	20	1	7	9	2
Langlauf Jogging	6	2	7	21	3
Schwimmen	19	4	6	7	3
Aqua-Jogging	22	8	6	2	1
Aerobic / Taebo	20	6	8	5	0
Boxen gegen den Sandsack	15	4	9	8	3
Klettern	21	5	8	4	1
Ballspiele	4	1	3	18	13
Fangspiele	10	4	11	8	6
Zirkel-/Stationentraining	3	1	13	13	9
meditative Spürarbeit u. Achtsamkeitsschulung	5	2	7	16	9
Atemtherapeutische Übungen	7	3	9	15	5
Körperhaltung	5	3	6	19	6
Rhythmusarbeit	8	5	10	9	7
Joga	14	5	10	8	2
Feldenkrais	20	3	8	5	3
progressive Muskelentspannung	8	4	12	10	5
Funktionelle Entspannung	9	2	8	13	7
Qigong und Taijiquan	14	3	13	6	3
Übungen aus der Tanztherapie	15	3	9	8	4
Summe	253	71	173	220	102

Tab. 6, Fragebogen, S. 19, Frage 18: Welche Methoden / Verfahren / Übungen kommen bei Ihnen zum Einsatz? Ordnen Sie den Methoden / Verfahren / Übungen eine Priorität zu.

Ranking der Methoden/Verfahren/Inhalte bei (hypo-)manischen Episoden

1. Ballspiele
 2. Spaziergänge
 3. Achtsamkeitsschulung
 4. Jogging/ Ausdauertraining
 5. Zirkeltraining
 6. Atemtherapeutisches Übungen (Tai Chi / Qi Gong)
 7. Entspannungsmethoden (PMR)
 8. Tanztherapeutische Inhalte / funktionelle Entspannung
 9. Radfahren / Schwimmen (Aqua-Jogging)
 10. Boxen (gegen Sandsack)
-

Effekte der BT / Sporttherapie auf manisches Verhalten

Regulierung von:	1	2	3	4
Erhöhter Energie	1 TN 3%	11 28%	17 43%	10 26 %
Beschäftigungs- und Bewegungsdrang	3 8%	5 13%	16 41%	15 38%
Überaktivität	2 5%	9 23%	19 49%	9 23%
Unruhe, Nervosität	1 3%	8 21%	20 51%	10 26%
Übermotivation	1 3%	17 43%	15 38%	6 15%
Gesteigertem Kraftgefühl	0 0%	18 46%	13 33%	8 21%
Vermindertem Ruhe- und Schlafbedürfnis	2 5%	15 38%	16 41%	6 15%
Erhöhter Risikobereitschaft	4 10%	15 38%	14 36%	6 15%
Ungehemmtem Verhalten	2 5%	13 33%	15 38%	9 23%
Geltungsbedürfnis	4 10%	11 28%	17 43%	7 18%
Summe	20	122	162	86

Tab. 7, Fragebogen, S. 21, Frage 20: Inwieweit wirkt sich Ihrer Meinung nach die Bewegungs- und Sporttherapie auf die Regulierung der Symptome aus? Skala 1-4; 1 = gar nicht zutreffend, 2 = etwas zutreffend, 3 = überwiegend zutreffend, 4 = sehr zutreffend.

Ranking	Regulierung von:	Punkte
1	Beschäftigungs- und Bewegungsdrang	95
2	Unruhe, Nervosität	83
3	Überaktivität	73
4	Erhöhter Energie	68
5	Ungehemmtem Verhalten	53
6	Geltungsbedürfnis	53
7	Vermindertem Ruhe- und Schlafbedürfnis	40
8	Gesteigertem Kraftgefühl	35
9	Übermotivation	34
10	Erhöhter Risikobereitschaft	32

Tab. 7a, Ranking der Auswirkungen auf die Linderung der Symptome.

Verhaltensproblematiken während der BT-/ Sporttherapiestunden

Störung anderer Patienten, Störung der Gruppensituation	13
Ständige Grenzüberschreitung, Missachtung von Regeln	11
Erhöhte Aktivität, erhöhte Risikobereitschaft	10
Erhöhter Bedarf an Aufmerksamkeit, Ich-Bezogenheit	9
Mangelnde Motivation und niedrighschwellige Frustrationsgrenze	9
Mangelnde Konzentrationfähigkeit	8
Distanzgemindert Verhalten	6
Gestörte Affektregulation	6
Erschwerte Regulierbarkeit von außen	4
Mangelnde Krankheitseinsicht, gestörte Selbstwahrnehmung	4
Mangelnde Kritikfähigkeit	2
Ständige Deeskalation durch den Therapeuten nötig	2
Überforderung der Teilnehmer, gestresste Teilnehmer	2
Fehlende Angebotsmöglichkeiten, Zeitmangel	2
Therapeutenbündnis ist schwer herzustellen	1

Tab.8, Fragebogen, S. 23, Frage 22: Was sind die größten Probleme im Umgang mit manischen bzw. hypomanischen Patienten während der Bewegungs- und Sporttherapie?

Abschließende empfehlenswerte Inhalte: Bipolare Störungen

- Aerobe Aktivitäten: Walking, Nordic Walking, Ausdauerlaufen, Radfahren, Schwimmen (Aqua-Jogging), Skilanglauf
 - Moderates Krafttraining
 - Spiele (Rückschlagspiele, z.B. Badminton, Tennis; Volleyball; Achtung: Vermeidung von zu starkem Wettkampfcharakter!)
 - Körperwahrnehmungsorientierte Methoden (PMR; atemtherapeutische Übungen; Qi Gong, Yoga, u.a.)
 - Kooperationsorientierte Aufgaben: Schulung sozialer Kompetenzen / Erlebnispädagogische Aufgaben
-

Vielen Dank für
Ihre
Aufmerksamkeit!

