

## **Aromatherapie in der Psychiatrie**

### **Einleitung und persönlicher Hintergrund**

Menschen, die in einer psychiatrischen Klinik hospitalisiert sind, sind den unterschiedlichsten Belastungsfaktoren ausgesetzt. All diesen individuellen Lebenslagen liegt zugrunde, dass sich der betroffene Mensch in einer schweren psychischen Krise befindet - sei es zum ersten Mal, sei es mit familiärer Vorbelastung, durch ein schwerwiegendes Ereignis ausgelöst oder auch ganz anders. Jeder einzelne Mensch ist damit konfrontiert, dass seine Psyche - sein Ich, sein Denken, sein Fühlen, sein Handeln, ja vielleicht sogar die Art und Weise wie Informationen aufgenommen und verarbeitet werden – nicht mehr ‚richtig‘ funktionieren. Das heisst, der Mensch ist in seinem ganzen Wesen betroffen und muss sich den vielen Fragen stellen, die das Leben mit sich bringt, wenn nichts mehr ist, wie es einmal war. So begegnen wir den Menschen im psychiatrischen Klinikalltag und bieten ihnen mit den unterschiedlichsten Therapieangeboten Hilfestellungen zur Bewältigung ihrer ganz persönlichen Lebenssituation an.

In der Basler Psychiatrie hat sich der Einsatz der ätherischen Öle seit 1996 über die Anwendung im Rahmen der Pflege hin zum aromatherapeutischen Angebot, eingebunden in die Medizinisch Therapeutischen Dienste der Klinik, weiterentwickelt und etabliert.

Damals noch in der Pflege tätig, durfte ich die Aromapflege in der Klinik einführen und aufbauen. Mein Rucksack füllte sich mit vielerlei Erfahrungen. So konnte ich beispielsweise über längere Zeit Menschen mit Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis aromapflegerisch begleiten. Nebst vielerlei Kursen bei namhaften ReferentInnen, die meine Arbeit immer neu bereicherten, bekam ich mit der Aromatherapieausbildung bei Martin Henglein ein neues, für die Psychiatrie wertvolles Instrument in die Hand: den Duftkreis (Henglein, 2014). Hatte ich als Pflegende zuvor noch Bedenken bezüglich therapeutischer Arbeit mit ätherischen Ölen, wurde mir schnell klar, dass sich gerade im psychischen Bereich sehr gut aromatherapeutisch arbeiten lässt, allerdings mit anderen Anwendungen und Dosierungen als in der Aromatherapie in der Somatik: es werden keine internen Verabreichungen angewendet und die Dosierungen halten sich pharmakologisch betrachtet weitgehend in einem unbedenklichen Rahmen. So gestaltet sich Aromatherapie in der Psychiatrie als eigenständige Disziplin.

### **Das Basler Modell**

In den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK) wurde die Aromatherapie 2007 in das therapeutische Angebot aufgenommen, um die Standardbehandlung zu unterstützen. Der Schwerpunkt der aromatherapeutischen Arbeit liegt dabei auf der Selbstwahrnehmung. Über das bewusste Erfahren von Selbstwirksamkeit wird, ausgehend von der jeweiligen Befindlichkeit, die Motivation erarbeitet, Anwendungen selbständig auszuführen.

Ziel ist der Auf- und Ausbau von Selbstfürsorge, möglichst über den stationären Aufenthalt hinaus. Das heisst, die übergeordnete Zielsetzung besteht in der Erweiterung des eigenverantwortlichen Handlungsraumes. Dabei werden schwerpunktmässig die vor allem im verhaltenstherapeutischen Kontext beschriebenen Wirkmechanismen der Selbstwirksamkeit und des Selbstmanagements etabliert und verstärkt.

### **Selbstwirksamkeitserwartung**

Das Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) wurde von dem Psychologen Albert Bandura in den 1970er Jahren entwickelt (Bandura, 1997). SWE bezeichnet die Erwartung, aufgrund eigener Kompetenzen gewünschte Handlungen erfolgreich selbst ausführen zu können. Bandura benennt vier verschiedene Quellen, die die SWE einer Person beeinflussen können: Eigene Erfolgserlebnisse, stellvertretende Erfahrungen, verbale Ermutigung und emotionale Erregung.

Bei der emotionalen Erregung sind physiologische Reaktionen auf Anforderungssituationen wesentlich für die Bewertung der eigenen Selbstwirksamkeit. Hier finden wir einen Ansatz, mit ätherischen Ölen auf physiologische Stressreaktionen entlastend einzuwirken und damit die Selbstwirksamkeitserwartung prägnant zu stärken. Im aromatherapeutischen Setting werden Situationen erarbeitet, in denen Selbstwirksamkeit erfahrbar wird.

### **Selbstmanagement**

Unter Selbstmanagement versteht man „alle Bemühungen einer Person, das eigene Verhalten zielgerichtet zu beeinflussen“ (König & Kleinmann, 2006). Selbstmanagement ist eine trainierbare Fähigkeit, die durch Lernprozesse verbessert werden kann.

Voraussetzungen für die Verbesserung der eigenen Selbstmanagement-Fertigkeiten sind das Erkennen von eigenen Defiziten und die Bereitschaft, an sich zu arbeiten. Der wichtigste Aspekt dabei ist die therapeutische Zielvereinbarung: diese soll möglichst konkret sein, realistisch, überprüfbar durch den Betroffenen selbst und gekoppelt an eine Belohnung bei Zielerreichung. Hier ist ein wesentlicher Unterschied von der aromatherapeutischen Anwendung zu rein verhaltenstherapeutischen Ansätzen: Anstelle von sekundären Verstärkern haben wir als Belohnung den Effekt der ätherischen Öle selbst (Beruhigung, Entspannung etc.). Die Überprüfung des Ziels erfolgt über die Erfahrung, bzw. die Wahrnehmung des Betroffenen. So wird das bewusste und achtsame Erleben innerhalb des aromatherapeutischen Settings gefördert und trainiert. Über die Erfahrung von Selbstwirksamkeit werden Fähigkeiten und Fertigkeiten gefördert, die eine bessere Selbstregulation ermöglichen, was wiederum die Frustrationstoleranz erhöht und damit den Menschen massgebend in seiner Resilienz stärkt.

### **Vorgehensweise**

Im Laufe meiner praktischen Arbeit habe ich das folgende standardisierte Vorgehen entwickelt, das sich beim Einsatz ätherischer Öle in der Psychiatrie bewährt hat. Es umfasst a.) das in drei Teile gegliederte Erstgespräch, b.) den Transfer in den (Klinik-)Alltag, und c.) die Konsolidierung.

#### **Zu a.) Erstgespräch**

Das Erstgespräch gliedert sich in folgende Teile:

##### **1. Informationsteil**

Der/die KlientIn erfährt, was Aromatherapie in diesem Setting beinhaltet und wird im Rahmen eines standardisierten Interviews über seine/ihre aktuelle Befindlichkeit und mögliche Kontraindikationen befragt. Die Riechreaktion – je nach Ausgangslage nach dem Prinzip des Duftkreises oder nach personenspezifisch individuellem Vorgehen erhoben – komplettiert ein umfassendes Bild der aktuellen Situation.

##### **2. Erfassen des therapeutischen Themas**

Im offenen Gespräch gilt es herauszufinden und einzuschätzen, welche Anwendungsart für den einzelnen Menschen in seiner aktuellen Situation realistisch ist. Dies bildet die Grundlage für die Erfahrung von Selbstwirksamkeit. Bei der Themenwahl gilt es zu klären, ob eine aromatherapeutische Anwendung eher unterstützend oder entlastend sein soll. Der/die KlientIn soll reflektieren, welches Thema er/sie mit ätherischen Ölen angehen möchte.

##### **3. Sich festlegen und gemeinsam eine Mischung erstellen**

Die Indikation – das Thema – und die Anwendungsart werden im gemeinsamen Gespräch festgelegt.

Die Wahl der ätherischen Öle erfolgt in jedem Fall wirkungsorientiert UND über die individuelle Riechreaktion.

Die Mischung der zum Einsatz kommenden ätherischen Öle wird über die Anwendung von Riechstreifen gemeinsam erstellt. Der/die Betroffene soll hinspüren was ihm/ihr angenehm ist,

welchen Duft er/sie gerne im Vordergrund möchte, welcher an zweiter Stelle kommen soll etc. Er/sie soll sich überlegen, ob der Duft eher dezent oder eher üppig ausfallen soll.

### **Zu b.) Transfer in den (Klinik-)Alltag**

Nach dem Ersttermin geht der/die Betroffene mit seiner/ihrer persönlichen Anwendung zurück auf die Abteilung und sammelt während einer Woche erste Erfahrungen mit aromatischen Anwendungen.

Oft handelt es sich dabei um eine Trockeninhalation, sehr oft mit Orange süss, manchmal mit einem anderen Zitrusduft oder mit Angelika. Generell kann aber aus dem ganzen Duftsortiment gewählt werden.

### **Zu c.) Konsolidierung**

Ab dem zweiten Termin kommen hauptsächlich Fussbäder zur Anwendung. Zum einen geht es darum, den betroffenen Menschen bei kleinem Aufwand einen grossen Effekt nahe zu bringen. Zum anderen, die jeweilige Befindlichkeit zu erfragen und den Menschen Worte finden zu lassen, was er sich von diesem Fussbad erwünscht. Pro Woche findet ein Termin statt, das heisst, es kann pro Woche eine neue Mischung für ein Fussbad hergestellt werden. Die betroffene Person entscheidet, ob sie die Fussbademischung für eine Woche mitnehmen möchte (zw. 2-7 Portionen), ob sie ein Vollbad nehmen möchte (2-3 Portionen), ob sie ein Fussöl mit derselben Mischung möchte oder vielleicht doch ‚nur‘ eine Trockeninhalation. Wesentlich dabei ist, dass der/die Betroffene angeregt wird zu überlegen, was er/sie braucht und damit ein Übungsfeld hat, die eigenen Bedürfnisse in Worte zu fassen. Erfahrungsgemäss geschieht das von Woche zu Woche mit grösserer Leichtigkeit. Dann geht es darum zu erfragen und zu planen, ob und welche Beratung die Person wünscht, um im besten Fall zu Hause in absoluter Eigenverantwortung weiterhin aromatische Anwendungen auszuführen. Abschliessend findet eine entsprechende Beratung statt.

Aromatherapie in der Psychiatrie stellt somit eine ressourcenorientierte und selbstwirksamkeitsfördernde Intervention zur Gesundheitsförderung und Rückfallprophylaxe dar.

## **Aromatherapie in der Basler Psychiatrie am Beispiel von Burnout und Depression**

Burnout und Depression sind zwei Begriffe, die längst in unserem Alltag Einzug gehalten haben. Sei es am Arbeitsplatz, weil KollegInnen über längere Zeit krankgeschrieben sind - und ihre Arbeit auf uns zurückfällt -, weil eines unserer Kinder unplanmässig eine neue Lehrerin bekommt, aus Medienberichten über prominente Menschen wie Sportler oder Politiker, die in ein Time-out gehen oder wenn wir in einer Klinik tätig sind, in der wir Menschen mit psychischen Erkrankungen behandeln und auf dem Weg ihrer Gesundung begleiten.

**Burnout** ist ein Erschöpfungssyndrom – ein Ausgebranntsein - mit verringerter körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeit, als Folge von chronischem Stress aufgrund anhaltender Überlastung und Überforderung. Zur emotionalen, körperlichen und geistigen Erschöpfung kommen Depersonalisation, somatische Beschwerden, Antriebsminderung und Leistungsschwäche hinzu. Burnout ist keine eigenständige medizinische Diagnose, sondern bezeichnet ein prozesshaftes Geschehen, das unbehandelt zur Depression führen kann. Im ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health; Dilling et al, 1991) wird Burnout als Problem der Lebensbewältigung klassifiziert, als sogenannte gesundheitsschädigende Schwierigkeiten in der Lebensführung (Z73-Faktoren), im DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; Sass et al., 2007) hingegen als eine Form von Depression.

Das Erklärungsmodell von Bakker & Demerouti (2006) verwendet das Bild der Energiebilanz. Es beschreibt Faktoren, die Energie verbrauchen und solche, die Energie einspeisen. Besteht hier ein Ungleichgewicht, können längerfristig schwerwiegenden Belastungen zu Krankheiten führen.

Tabelle 1: Faktoren des Job-Demand-Resources-Model nach Bakker & Demerouti (2006)

Anforderungen (Energieverbrauch)	Ressourcen (Energiequellen)
Aufmerksamkeit und Konzentration unter Zeitdruck	Wertschätzung und ‚gute‘ Beziehungen (Zugehörigkeit)
Emotional belastende Situationen und Verhalten	Erfolgslebnisse (Leistungen) und Feedback
Körperliche Anspannung und Belastung	Gestaltungsmöglichkeiten, Kreativität und Einfluss
Zunehmende Komplexität und steigende Ansprüche	Persönliches Wachstum, Lernen und Ethik

**Depressionen** sind als häufigste psychische Erkrankung zur Volkskrankheit geworden.

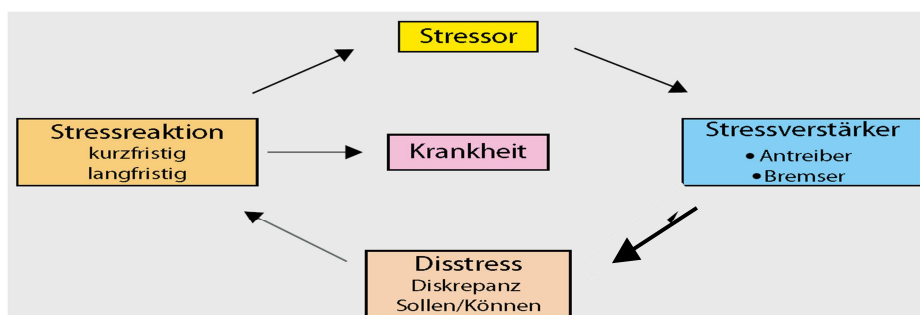
Nach ICD-10 wird heute ‚nur‘ noch zwischen einer depressiven Episode oder einer rezidivierenden (wiederkehrende) depressiven Störung unterschieden. Die Ursachen sind komplex, man geht von einem multifaktoriellen Entstehungsmodell aus, also dem Zusammenwirken mehrerer Ursachen: Botenstoffe im Gehirn, Veranlagung, Medikamente, psychische und soziale Faktoren, schwere körperliche Erkrankung, traumatische Lebensereignisse und psychische Erkrankungen wie Angst-, Zwangs- und Somatisierungsstörungen, Substanzmissbrauch, Anorexie und Bulimie, schizoaffektive Störungen, schizophrene Psychosen, Persönlichkeitsstörungen und Burnout Syndrom.

In der Psychiatrie begegnen wir dem Krankheitsbild Depression ausgesprochen häufig.

Leitsymptome einer Depression sind psychische Niedergeschlagenheit (gedrückte Grundstimmung), Antriebsmangel und Interessenverlust. Begleitsymptome sind Schlafstörungen, verminderter Appetit, negative Zukunftsvorstellungen, vermindertes Selbstwertgefühl, bis hin zu latenter oder akuter Suizidalität mit Selbstmordhandlungen.

Die auftretenden Symptome bei Burnout und Depression unterscheiden sich im stationären Rahmen kaum und werden gleich behandelt. Dennoch zeigt Brühlmann (2013) in seinem Modell des psychischen Stresszirkels interessante Unterschiede (Aufwärts- und Abwärtsspirale), die zur Abgrenzung zwischen Burnout und Depression genutzt werden können. Und die meines Erachtens ebenfalls genutzt werden können um zu erkennen, wie ein Mensch grundsätzlich mit belastenden Situationen umgeht.

Abbildung 1: Psychischer Stresszirkel, Brühlmann (2013)



Sowohl bei Burnout als auch bei Depression wirken Brühlmanns Modell zufolge dieselben Faktoren (Stressor, Stressverstärker, Distress und Stressreaktion), allerdings unterscheiden sich die jeweiligen Inhalte. Tabelle 1 fasst die wesentlichen Unterschiede zusammen.

Tabelle 1: Unterschiede zwischen Burnout und Depression im Stresszirkel nach Brühlmann (2013)

	<b>Burnout Beschleunigungsspirale</b>	<b>Depression Verlangsamungsspirale</b>
<b>Stressor</b>	Hohe Anforderungen	Unspezifische Erwartungen
<b>Stressverstärker (Antreiber/Bremser)</b>	Selbstaufforderung „ <b>ich schaffe es</b> “	Selbstzweifel „ <b>ich kann nicht</b> “
<b>Distress (Diskrepanz zw. Sollen und Können)</b>	Überforderung	Hilflosigkeit
<b>Stressreaktion (kurzfristig/langfristig)</b>	Kränkung „ <b>trotzdem</b> “	Entmutigung „ <b>chancenlos</b> “
<b>Krankheit</b>	„Ausgebrannt“	„Abgestorben“
<b>→ Stressor</b>	hohe Anforderungen...	unspezifische Erwartungen...

### **Aromatherapeutische Anwendungen bei Burnout und Depression**

Vor dem Hintergrund der oben dargestellten Modelle und Erklärungsansätze wird deutlich, dass die Aromatherapie eine genaue Erfassung der individuellen Ausgestaltung der obigen Faktoren und ein darauf abgestimmtes individuelles Vorgehen erfordert.

Bei einer schweren depressiven Symptomatik geschieht der Einstieg in die aromatherapeutische Behandlung oft über die **Fussmassage**. Die Betroffenen sollen zu Beginn der Behandlung ohne das Erbringen einer Eigenleistung während der Fussmassage ihren Körper wahrnehmen und spüren, dass sich etwas in ihnen ‚bewegt‘. Der Fokus auf diese Aktivität von aussen wird sukzessive auf eigene Aktivitäten gelenkt. Ziel ist, die Person soweit zu motivieren, dass die Selbstanwendungen – meist Füsseinreibungen – tatsächlich ausgeführt werden.

Welche Anwendungen als Selbstanwendungen etabliert werden, hängt stark von der Motivation des/der KlientIn ab. Fussbäder und Einreibungen wirken nur dann, wenn sie auch tatsächlich umgesetzt werden.

Nachfolgend sind die wesentlichen Anwendungen mit den jeweiligen therapeutischen Fragestellungen (Festlegen des Themas bzw. der Indikation) und bewährten ätherischen Ölen bzw. Mischungen zusammengestellt.

#### **Trockeninhalation**

*Fragestellung:* Was soll die Trockeninhalation bewirken? Geht es um Unterstützung in schwierigen Momenten, um Ablenkung, um Trost, darum die Stimmung aufzuhellen, das Ein- und Durchschlafen zu fördern, Angst zu vermindern oder vielleicht ‚nur‘ darum, erste Erfahrungen zu sammeln in der eigenverantwortlichen Anwendung von ätherischen Ölen?

*Bewährte ätherische Öle:*

- Orange süß: der absolut meistgewählte Duft. Gut zur Entspannung, Stimmungsaufhellung, Trost

- Grapefruit: gut zur Unterstützung bei kopflastigen Arbeiten
- Angelika: hilft zur Ruhe zu kommen und Kraft zu tanken, gibt Boden unter den Füßen
- Tonka: beruhigt das Karussell im Kopf und entspannt

### **Fussbäder**

*Fragestellung:* Was soll das Fussbad bewirken, was soll es dem Betroffenen geben? Geht es um Stärkung, um Entspannung, um Erfrischung, darum die Füße zu pflegen, Schmerzen zu lindern, Erkältungssymptome zu lindern, die Atmung zu vertiefen, die Stimmung aufzuhellen oder den Schlaf zu fördern?

*Bewährte Mischungen:*

- Lavendel, Balsamtanne, Zitrone
- Angelika, Neroli 10%, Berglavendel
- Angelika, Lavendel, Grapefruit
- Jasmin 5%, Ho-Blatt, Verbena Grasse
- Angelika, Melisse 10%, Orange süß
- Ylang Ylang, Berglavendel, Zitrone
- Lavendel, Cajeput, Palmarosa

### **Vollbäder**

*Fragestellung:* Was soll das Vollbad bewirken? Geht es darum, Spannung abzubauen, die Muskeln zu relaxieren, Schmerzen zu reduzieren, das Immunsystem zu stärken, sich Einzuhüllen, Abzutauchen, sich hinzugeben oder einfach ‚nur‘ darum, sich zu verwöhnen?

*Bewährte Mischungen:*

- haltgebend, stärkend, entspannend und Atmung vertiefend: Angelika, Lavendel, Latschenkiefer, Mandarine, Zedrat
- entspannend, kräftigend und haltgebend: Orange süß, Majoran, Thymian linalol, Atlaszeder
- kräftigend und leicht zugleich: Bergthymian, Himalaja-Zeder, Orange süß
- entspannend und Boden gebend : Berglavendel, Angelika, Majoran, Rosenholz

### **Einreibungen**

*Fragestellung:* Was soll die Einreibung bewirken? Soll die Einreibung gross- oder kleinflächig sein?

**Kleinflächige Einreibung**, punktuell begrenzt auftragen -> „therapeutisches Parfüm“. In der Regel zw. 0,5 – 3%, bei Bedarf höher, in Basisöl.

Stimmung aufhellen, Freude bereiten, Trösten, Angst lindern, Schutz vermitteln, Ablenken, Stärken, Entspannen.

Mischungen im Roller können unter Berücksichtigung der Fototoxizität und möglicher Hautreizungen höher dosiert werden, da diese lokal begrenzt zur Anwendung kommen.

**Grossflächige Einreibung** zw. 0,5 – 3%, in Basisöl.

Schlafhygiene – Abendritual, Fusspflege, Nackenentspannung, Schmerzreduktion, Hautpflege, Kontakt mit sich selber fördern, Körperwahrnehmung trainieren, Erkältungssymptome lindern, Stimmung aufhellen, Freude bereiten, Trösten, Schutz vermitteln, Kraft spenden

*Bewährte Mischungen:*

- aktivierend und stärkend: Lemongrass, Bergamotte, Zirbelkiefer
- haltgebend und stärkend: Wacholder, Zypresse, Zedrat
- aktivierend, haltgebend, Brustraum öffnend: Douglasie, Angelika, Rosmarin
- haltgebend und entspannend: Angelika, Majoran

### **Fazit**

**Aromatherapie in der Psychiatrie ist ressourcenorientiert. Ihre wesentlichen Wirkfaktoren sind die Selbstwirksamkeit und das Selbstmanagement im Zusammenspiel mit den psychophysiologischen Effekten der ätherischen Öle! Sie arbeitet damit an den Grundlagen für selbstkompetentes, gesundheitsorientiertes Verhalten mit dem Ziel, den eigenverantwortlichen Handlungsraum des einzelnen Menschen zu erweitern und zu stärken.**

## Literatur

- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of managerial psychology, 22(3)*, 309-328.
- Bandura, A. (1997): Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman.
- Brühlmann, T. (2013). Burnout. *Der Schmerz, 27(5)*, 521-533.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., & World Health Organization. (1991). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V.
- Henglein, M. (1994). Die heilende Kraft der Wohlgerüche und Essenzen. Orbis.
- König, C. J., & Kleinmann, M. (2006). Selbstmanagement. *Lehrbuch der Personalpsychologie, 2*, 331-348.
- Saß, H., Wittchen, H. U., & Zaudig, M. (1996). DSM IV. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (Deutsche Bearbeitung). Göttingen: Hogrefe.