

Nicht-medikamentöse Maßnahmen der Schmerztherapie

Möglichkeiten für den Alltag

Autor*innen:

Prof. Dr. Doris Tacke, Dr. Helga Schlichting, Florian Nüßlein

Stand: 18.10.2021

1. Grundsätzliches (Doris Tacke)

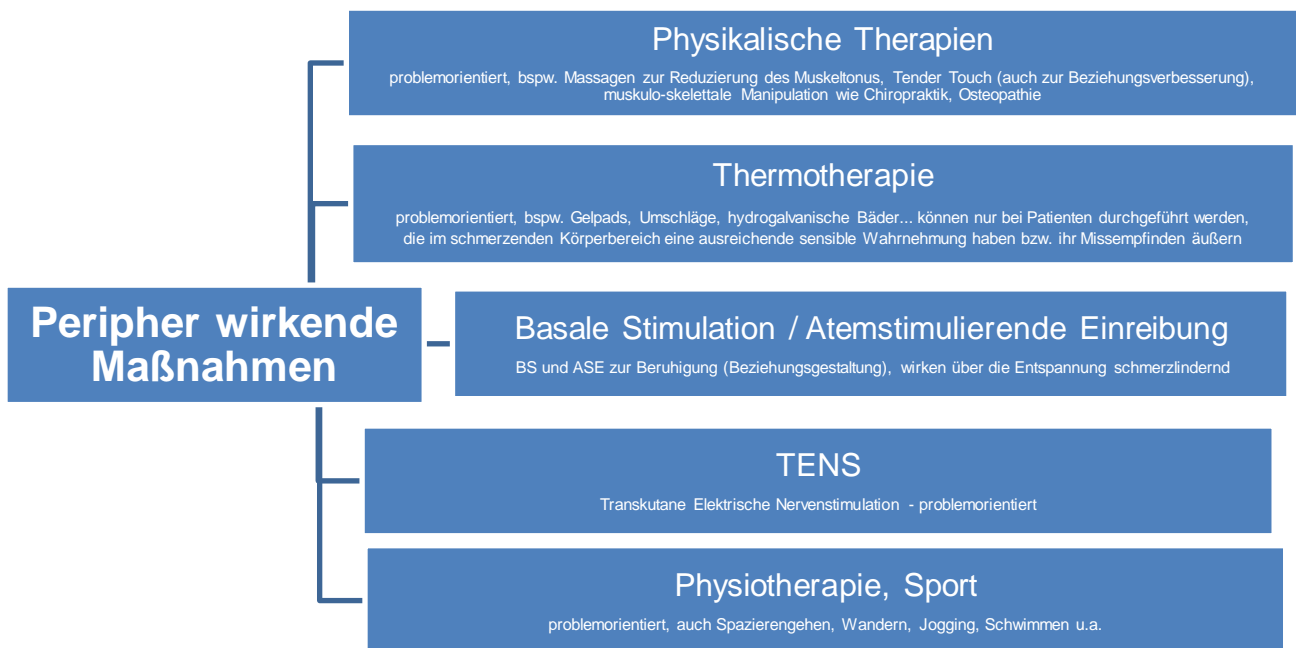
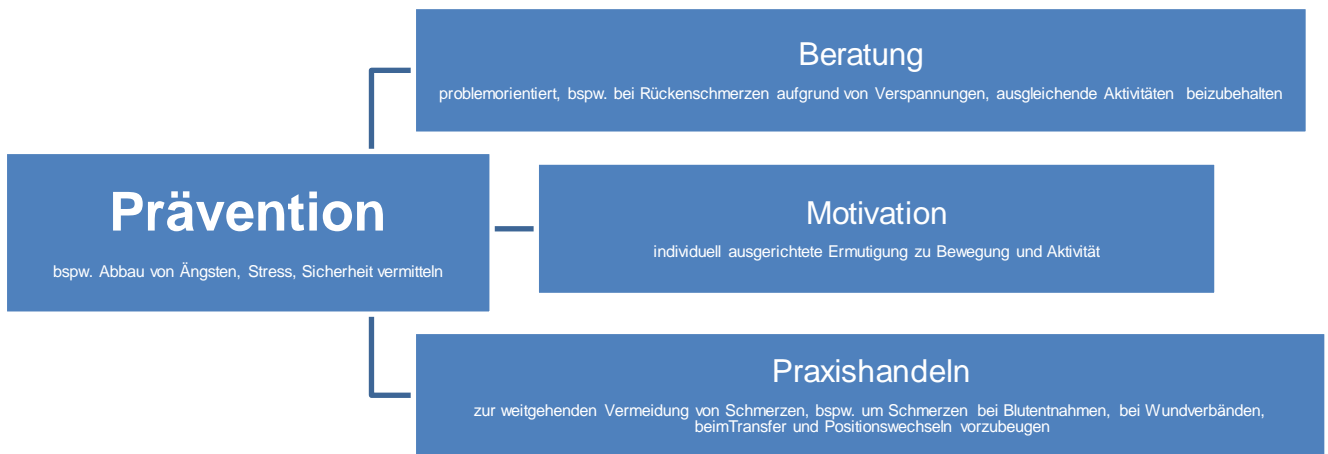
Das Schmerzerleben eines Menschen wird von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst. Dabei wirken Erfahrungen aus der eigenen Biografie, kulturelle Aspekte, die Umgebung, Unter- oder Überforderung, Beziehungskonflikte und aktuell erlebte Bedrängnisse, Ängste, Depressionen und Unsicherheit u.a. auf das Schmerzempfinden ein. Diese können chronische Schmerzen potenzieren, die wiederum das Erleben von Angst und Distress verstärken, vor allem, weil Menschen mit geistiger Behinderung und Kommunikationsbeeinträchtigungen sich Veränderungen im eigenen Körper in Verbindung mit beeinflussenden Bedingungen häufig nur schwer erklären können. Auch Angehörige und professionelle Akteure müssen lernen, das Zusammenwirken diverser, sich beeinflussender Faktoren zu erkennen.

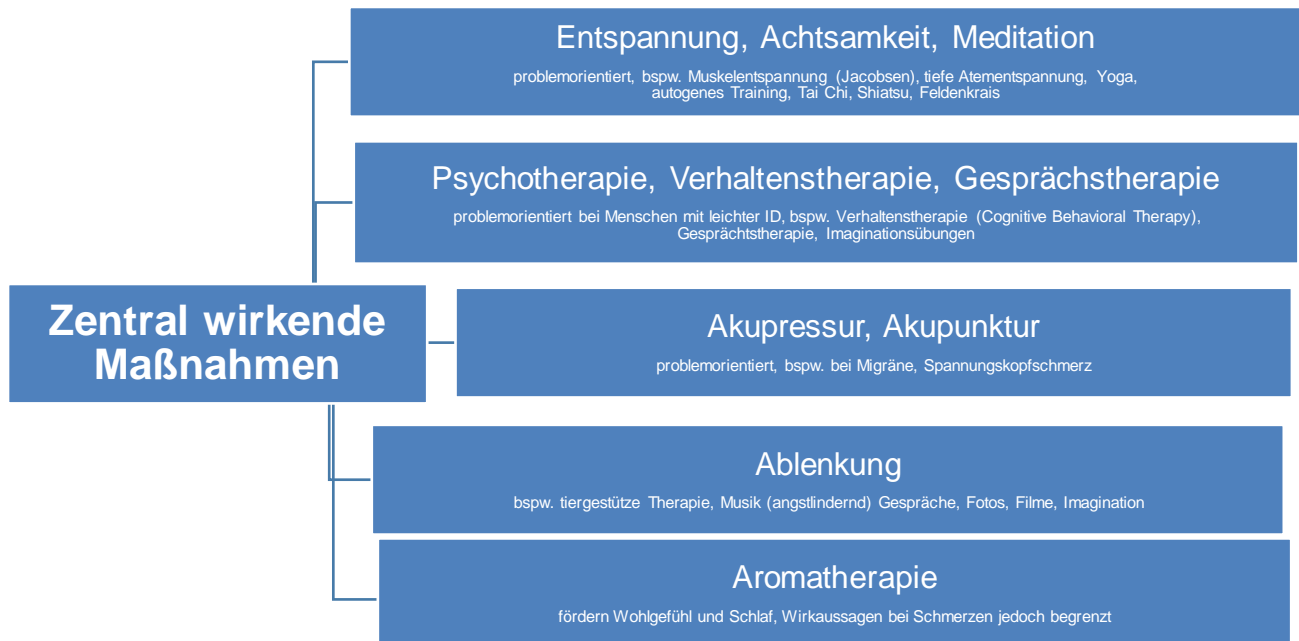
Bei Patienten mit Komplexer Behinderung und chronischen Schmerzen sollten - entsprechend eines Behandlungsplans - medikamentöse und nicht-medikamentöse Maßnahmen zur Anwendung kommen. Auf diese Weise werden die pathophysiologischen und deren komplementäre Faktoren beeinflusst und behandelt. Nicht-medikamentöse Maßnahmen tragen zur Entspannung bei, Ängste lösen sich, wenn gezielt Interventionen zur Schmerzprävention oder -linderung eingesetzt werden. Dabei gehen viele Maßnahmen einher mit Berührungen, die die Beziehung und das Verstehen untereinander beeinflussen und ein Gefühl des Wohlbefindens fördern. Die subjektive Wahrnehmung des Schmerzes verändert sich (Kerr et al. 2006).

[Die Auswirkungen bzw. der Erfolg dieser Maßnahmen im Hinblick auf das Schmerzerleben wird wiederum durch Assessments überprüft (Baustein 1).]

Die Anwendung von Interventionen zur ergänzenden Schmerztherapie ist davon abhängig, ob Menschen mit Komplexer Behinderung sie mit gestützter Kommunikation / Leichter Sprache u. ä. erfassen und anwenden können. Die Forschung ist hier noch ganz am Anfang. Sie zeigt jedoch, dass bspw. Psychotherapie und CBT (cognitive behavioral therapy) auch bei Menschen mit sog. geistiger Behinderung möglich sind und schmerzlindernd wirken (McManus et al. 2014, McGuire et al. 2010).

Nicht-medikamentöse Maßnahmen zur Schmerzlinderung lassen sich in Anlehnung an den Expertenstandard Schmerzmanagement (DNQP 2020) in drei Bereiche einteilen, die hier vorgestellt werden. Einige Maßnahmen werden im Folgenden ausführlicher beschrieben, für die anderen Literaturhinweise gegeben. Hierbei wurden leicht durchführbare, in den Alltag integrierbare Möglichkeiten ausgewählt, die insbesondere für Menschen mit Komplexer Behinderung hilfreich sein können.





Literatur:

Kerr, Diana, & Wilkinson, Heather (2006). Responding to pain needs of people with a learning disability/intellectual disability and dementia: What are the key lessons? *International Journal on Disability and Human Development*, 5(1), 69-75

McManus, S., Treacy, M., & McGuire, B. E. (2014). Cognitive behavioural therapy for chronic pain in people with an intellectual disability: a case series using components of the Feeling Better programme. *Journal of Intellectual Disability Research*, 58(3), 296-306

McGuire, B. E., Daly, P., & Smyth, F. (2010). Chronic pain in people with an intellectual disability: under-recognised and under-treated? *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(3), 240-245

2. Vorstellung verschiedener Maßnahmen

a. Angebote zur Entspannung aus dem Konzept der Basalen Stimulation (Helga Schlichting)

Die Basale Stimulation (Fröhlich 2015) als ursprünglich pädagogisches Konzept bietet vielfältige Möglichkeiten über Angebote zur Wahrnehmungsförderung und zur Entspannung, Menschen Wohlbefinden zu verschaffen.

Grundhaltungen des Konzeptes, wie die unbedingte Orientierung am Menschen und die Herstellung eines Dialogs, sichern, dass Maßnahmen individuell, mit hoher Sensibilität, Wertschätzung und der Gewährleistung größtmöglicher Autonomie ausgeführt werden.

Des Weiteren gibt das Konzept grundlegende Anregungen zur Begegnung und zur Gestaltung der Umwelt, die für Sicherheit und Orientierung bei der Person mit Komplexer Behinderung bzw. bei schwerer Erkrankung sorgt. Mögliche Wege, die die Basale Stimulation zur Schmerzreduktion aufzeigt, sind verschiedene Massagen, Ausstreichungen und Waschungen, die einerseits einen hohen Muskeltonus reduzieren, aber auch zu einer gesamten Entspannung des Menschen führen können. Des Weiteren gibt die Basale Stimulation Anregungen, wie über eine Verbesserung der Atemsituation Entspannung herbeigeführt werden kann.

Menschen mit einer schweren Cerebralparese haben allein aufgrund ihres hohen Muskeltonus Schmerzen und häufig deshalb auch eine eher flache und schnelle Atmung. Kommen nun noch Ängste oder Stress, verursacht durch Schmerzen oder auch aus anderen Gründen hinzu, führt dies zu einer weiteren Verschlechterung der Atemsituation, aber auch zu einer weiteren Erhöhung

von Spastizität. Es ist zu vermuten, dass gerade Menschen mit Komplexer Behinderung und schwerer CP in besonderer Weise von solchen Stressschleifen betroffen sind. Die folgende Abbildung zeigt die Zusammenhänge zwischen den Phänomenen Schmerz, Angst und Stress, Spastizität und Atmung.

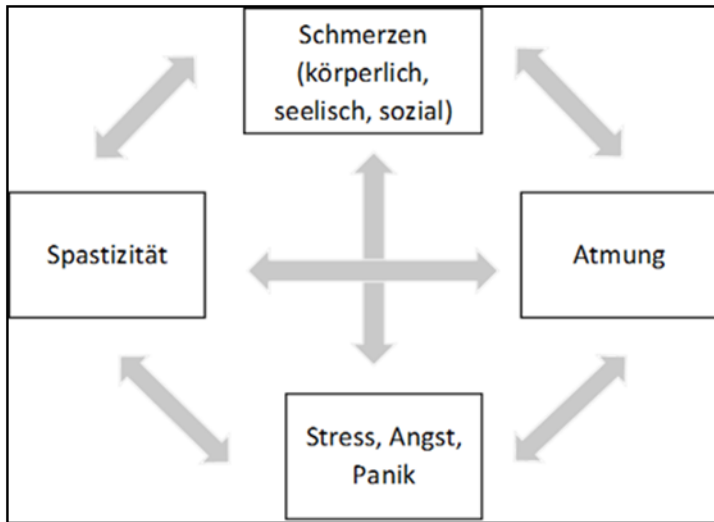


Abbildung 1: Verstärkung von Schmerzen, Spastik und Stress (SCHLICHTING 2021)

Möglichkeiten, solche Stressschleifen zu durchbrechen, bieten sich durch eine Verbesserung der Atemsituation. Eine vertiefte, beruhigte Atmung führt zu mehr Entspannung und nachlassender Spastizität. Ausstreichungen, Massagen und Waschungen können auf die Muskulatur entspannend wirken und auch durch die Wirkung der Massagebewegungen Schmerzen reduzieren, aber auch die Atmung positiv beeinflussen.

Mit der Methode der Kontaktatmung kann eine oberflächliche und schnelle Atmung vertieft und beruhigt werden. Die Kontaktatmung eignet sich besonders für Menschen mit Komplexer Behinderung, weil hierbei kein aktives Zutun nötig ist. Bei dieser Methode werden die Hände auf den Brustkorb gelegt und die Atmung wird begleitet. Es ist dabei hilfreich, den Atemrhythmus des Menschen mit Komplexer Behinderung aufzunehmen. Durch leichten Druck auf den Brustkorb wird das Ausatmen unterstützt, beim Einatmen wird durch leichten Zug mit den Händen Luft in die Lunge „hineingezogen“ (Enderling 2000, 175f.). Die Berührung durch die Hände übt dabei einen Reiz auf die Dehnungsrezeptoren der Lungenmuskulatur aus und bewirkt eine Entfaltung und damit Belüftung der stimulierten Areale (ebd.) Die Atmung sollte dabei von der Brust in tiefere Bereiche der Lunge (Bauch und Flanken) gelenkt und durch Druckausübung die Phase des Ausatmens verlängert werden. Viele Menschen reagieren bei der Kontaktatmung mit einer deutlichen Vertiefung und mit einer langsameren und regelmäßigen Atmung, was sowohl Einfluss auf den Spannungszustand der Körpermuskulatur als auch auf psychische Prozesse haben kann.

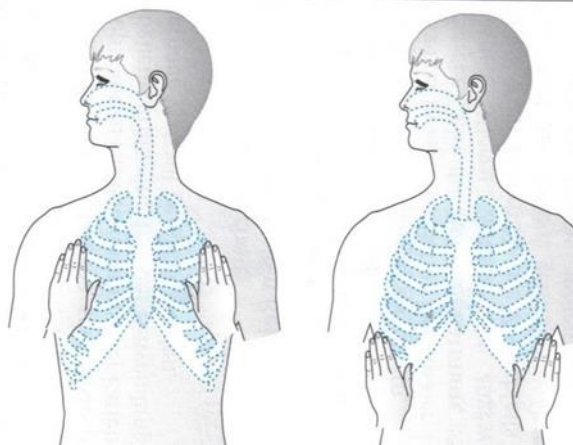


Abbildung 2: Kontaktatmung (Enderling 2000, 176)

Eine ähnliche Wirkung hat die von BIENSTEIN (1999, 161) im Rahmen der Basalen Stimulation in der Pflege entwickelte Atemstimulierende Einreibung. Sie soll die Atmung bei Menschen mit schweren Erkrankungen und Behinderungen, Frühgeborenen, Menschen mit Demenz bzw. Menschen im Koma vertiefen, sie beruhigen, entspannen und ihnen Ängste nehmen. Auch bei dieser Methode ist es notwendig, dass Betreuende den Atemrhythmus des Menschen aufnehmen. Die Bewegung der Hände und der ausgeübte Druck sind dabei dem Atemrhythmus angepasst. Der Bewegungsfluss der Hände auf dem Rücken der Person ist in der Abbildung 3 zu sehen. In der Ausatmung streichen die Hände mit erhöhtem Druck in Daumen und Zeigefinger parallel zur Wirbelsäule (1), danach bewegen sich die Fingerspitzen nach außen und der Handballen beschreibt einen kleinen Kreis (2), dabei ist der Druck in den kleinen Fingern und der Kleinfingerkante erhöht. In der Einatmung wird der Kreis mit der Hand in Richtung Wirbelsäule zurück geschlossen (3), dabei soll der Druck nachlassen. Durch die Aufwärtsbewegung der Hand bekommen die Rippenbögen den Impuls, sich zu heben, und es wird auf diese Weise die Einatmung unterstützt.

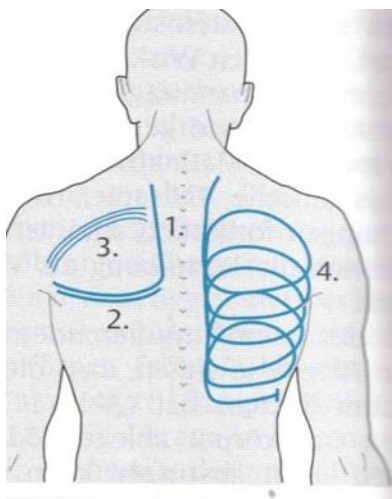


Abbildung 3: Durchführung der Atemstimulierenden Einreibung (Schürenberg 2000, 142)

Die Kontaktatmung und die Atemstimulierende Einreibung sind nicht nur Maßnahmen, um physiologische Funktionen der Lunge zu verbessern und Entspannung zu vermitteln, sondern bieten auch die Möglichkeit, einem Menschen seine Atmung bewusst zu machen und über die Atmung mit ihm in Kontakt oder wie Fröhlich es formuliert, in einen somatischen Dialog (Fröhlich 2003, 67) zu treten. Dieser vollzieht sich einerseits über die Berührung, die Wärme der Hände, und andererseits über den Atemrhythmus. Über einen berührungsgelenkten Austausch erfährt der Mensch seine Atmung und wird von seinem Gegenüber zu einem Atemdialog eingeladen. Um dies noch deutlicher werden zu lassen, kann die Bezugsperson das Ausatmen durch ein Pusten, Schnaufen oder Summen hörbar machen.

Das Konzept der Basalen Stimulation gibt darüber hinaus eine Vielzahl von Anregungen zur Körperwahrnehmung und -stimulation. Diese Möglichkeiten können Menschen zu mehr Wohlbefinden und Entspannung eines erhöhten Muskeltonus verhelfen.

Insbesondere, die von Bienstein und Fröhlich formulierten Berührungsregeln tragen zu diesen Effekten bei und sollten bei den verschiedenen Massagen, Ausstreichungen und Waschungen berücksichtigt werden (Bienstein & Fröhlich 2004, 46ff.). Wesentliche Forderungen sind das großflächige, langsame und deutliche Berühren sowie die Betonung von deren Anfang und Ende und das Kontakthalten (ebd.). Als wichtigste Grundbedingung formulieren Maier und Mayer (2012, 99) die „meinende Berührung“, was bedeutet, dass die Pflegeperson mit ihrer ganzen Aufmerksamkeit beim betreffenden Menschen sein soll und all seine (körperlichen) Äußerungen sensibel wahrnimmt und beantwortet.

Massagen, Ausstreichungen und Waschungen wirken allein schon durch ihren mechanischen Reiz wohltuend und entspannend und mindern dadurch Spastizität. Die Zuwendung und Aufmerksamkeit, die Menschen dabei erfahren, können sie außerdem beruhigen und Sicherheit geben. Bienstein und Fröhlich (ebd.) zeigen hierzu Möglichkeiten von aktivierender und beruhigender Waschung. Beruhigend wirken z.B. Waschungen mit warmem Wasser in Haarwuchsrichtung, also in der Regel von der Körpermitte in Richtung Extremitätenenden. Hierbei können sich viele Menschen entspannen. Neben dem Nachlassen von Muskeltonus kann eine solche Waschung auch Körperorientierung bieten, damit Sicherheit vermitteln und das Zur-Ruhe-Kommen bzw. Einschlafen fördern.

Ausstreichungen auf dem Rücken oder auch der Extremitäten können vielfältig im Alltag angeboten werden. Auch diese können über die Berührung die Wahrnehmung verbessern, orientieren und darüber Entspannung fördern und Wohlbefinden stärken. Wichtig ist auch hierbei, die Berührungsregeln zu berücksichtigen. Wichtig beim Ausstreichen von Extremitäten ist, dass bestehende Kontrakturen nicht korrigiert bzw. aufgedehnt werden, sondern behutsam mit den Händen umfahren werden (Maier und Mayer 2012, 102).

Eine Darmmassage kann bei Blähungen und Verstopfungen eine Wohltat sein. Die am meisten eingesetzte und anerkannte Massage ist die Colonmassage nach Vogler (Rietzler 2020, 8; Schulze Höing 2012, 171). Es handelt sich dabei um eine Streich- und Druckmassage. Entlang der Dickdarmkontur, von Dickdarmaufgang bis Dickdarmende wird teils durch sanften, teils durch festeren Druck versucht, Darmbewegungen anzuregen. An den vier Wendepunkten Darmanfang, rechte Flexur (Biegung), linke Flexur und unterer Darmabschnitt wird im Uhrzeigersystem mit kreisenden Bewegungen und sanftem Druck massiert. Pädagogische Mitarbeitende können sich zu dieser Massagetechnik durch Physiotherapeut*innen und Pflegefachkräfte anleiten lassen.

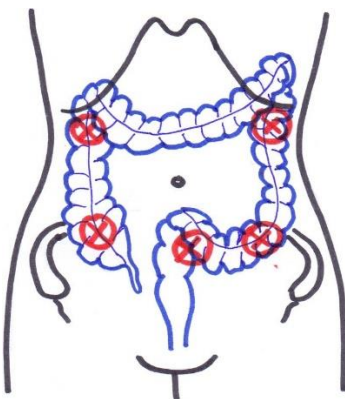


Abbildung 4: Colonmassage

(Quelle: <https://www.act-gesundheitspraxis.ch/en/product-details/kolonmassage/>)

Alle Massagen, Ausstreichungen und Waschungen können mit verschiedenen Zusätzen durchgeführt werden. Für unterschiedliche körperliche Probleme bzw. Schmerzen sind verschiedene Substanzen wie ätherische Öle oder Lotionen beschrieben (z.B. Maier und Mayer 2012, 108ff.). Wichtig ist hierbei, Unverträglichkeiten, Überempfindlichkeiten und insbesondere Vorlieben einer Person zu kennen.

Viele Menschen mit Spastik können sich auch gut entspannen, wenn sie langsam und behutsam bewegt werden (Mathys, Straub 2011). Dabei werden Gelenke großflächig umfasst und gestützt und mit kleinsten Bewegungen in die freien Richtungen innerhalb der Gelenke bewegt. Auch das Wiegen einer Extremität erleben viele Menschen als sehr entspannend. Ein Körperteil wird dazu ganz in ein Badehandtuch oder in eine Decke gehüllt und vorsichtig bewegt. Die Hin- und Her- bzw. Auf- und Abbewegungen, die vorsichtig durchgeführt werden, sollen sich wiederum nach den freien Bewegungsmöglichkeiten richten.

Auch verschiedene Lagerungen können entspannend und wohltuend sein. Manche Menschen können in ihrer Muskelspannung nachlassen und finden besser zur Ruhe, wenn sie ihren Körper gut spüren. Dazu kann beispielsweise eine Nestlagerung, zum Vermitteln der eigenen Körpergrenzen, beitragen oder das Beschweren des Körpers oder von Körperteilen mittels Decken und Kissen mit Sand-, Körner- oder Gelfüllung. Besonders angenehm wird es von Menschen mit Spastik erlebt, wenn diese Hilfsmittel angewärmt sind.

Literatur:

Bienstein, Christel & Fröhlich, Andreas (2004). Basale Stimulation in der Pflege (2. Aufl.). Seelze-Velber: Kallmeyer

Fröhlich, Andreas (2015): Basale Stimulation: Ein Konzept für die Arbeit mit schwer beeinträchtigten Menschen. Düsseldorf: Verlag selbstbestimmtes Leben

Enderling, Georg (2000): Trainingsgeräte und Atemprogramme. In: Bienstein, Christel; Klein, Gerhard; Schröder, Gerhard (Hg.): Atmen Die Kunst der pflegerischen Unterstützung der Atmung. Stuttgart/New York: Thieme, 172-182

Maier, Rosmarie; Mayer, Petra (2012): Der vergessene Schmerz. Schmerzmanagement und -pflege bei Demenz. München: Ernst Reinhardt

Mathys, Rosemarie; Straub, Jan (2011): Spastizität. Pflegerische Interventionen aus Sicht der Basalen Stimulation und der Ortho-Bionomy. Bern: Hogrefe Verlag

Schlichting, Helga (2013): Pflege von Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen. Düsseldorf: selbstbestimmtes leben

Schlichting, Helga (2017): Alternative Möglichkeiten der Schmerzreduktion - Atem- und Körperangebote. In: Behinderte Menschen Zeitschrift für gemeinsames Leben, Lernen und Arbeiten 40 (2), 45-49

Schürenberg, Ansgar (2000): Atemstimulierende Einreibung. In: Bienstein, Christel; Klein, Gerhard; Schröder, Gerhard (Hg.): Atmen: Die Kunst der pflegerischen Unterstützung der Atmung, Stuttgart/New York: Thieme, 139-143

b. Positionierung zur Schmerzvermeidung (Helga Schlichting)

Menschen mit komplexer Behinderung haben oft wenige Möglichkeiten, ihre Position eigenaktiv zu verändern. Aufgrund von Cerebralpareesen, verbunden mit Spastizität und asymmetrisch wirkender Muskulatur, sind sie außerdem von verschiedenen orthopädischen Komplikationen (Skoliosen, Kontrakturen, Luxation) betroffen, die zu Schmerzen führen und besondere Herausforderungen an Lagerung und Positionierung stellen.

Grundsätzlich gilt für Menschen, die wenig eigene Bewegungsmöglichkeiten haben, dass ihre Position so oft wie möglich im Tagesverlauf und hier immer angepasst an die jeweilige Aktivität verändert wird.

Dies unterstützt einerseits alle physiologischen Funktionen und vermindert andererseits die Entstehung von Druckstellen. Dabei müssen es nicht immer große Positionsveränderungen sein, schon kleine Veränderungen, sog. Mikrolagerungen durch untergelegte kleine Kissen oder Decken, verändern die Auflagefläche und verhindern so einseitige Belastungen.

In einer Befragung von THIELE äußerten junge Menschen mit cerebraler Bewegungsstörung, dass durch Zeitmangel in der Schule oder auch bei Arbeitstätigkeit Lagewechsel und Pausen vernachlässigt werden, was dann unter Umständen zu Druck- oder Gelenkschmerzen führen kann. Auch wird der Wunsch nach Lageveränderung immer wieder von Mitarbeitenden nicht ernst genug genommen (Thiele 2010, 236).

Wichtig ist zu bedenken, dass es für Menschen mit schwerer Cerebralparese äußerst anstrengend sein kann, sich in einer sitzenden Position aufrecht zu halten.

Eine Rollstuhlanpassung muss hier mit äußerster Sorgfalt ausgeführt werden und einem Menschen ausreichend Halt und Stütze bieten, aber auch bequem und körpergerecht sein, um drückende Stellen zu vermeiden. Trotzdem ist ein Wechsel z.B. in eine liegende Position immer wieder zur Erholung anzubieten.

Menschen mit Komplexer Behinderung sollten dabei nicht nur in Rücklage positioniert werden, sondern auch die Seiten-, 180 Grad- oder Bauchlage erfahren. In den Pflege- und Therapiewissenschaften werden unterschiedliche Lagerungskonzepte diskutiert. Für Menschen mit schwerer Cerebralparese kann das LiN-Konzept - Lagerung in Neutralstellung (LiN) - hilfreich sein, da es eine körpergerechte und bewegungsunterstützende sowie eine schmerzarme Lagerung ermöglichen hilft.

Der Begriff Neutralstellung leitet sich von der Grundidee des Konzeptes ab, die Körperabschnitte möglichst in einer Position zwischen Beugen und Strecken, Abspreizen und Kreuzen, Innen- und Außenrotation, d.h. in Neutralstellung zu positionieren.

(Debrunner 1971, Mink 1996, Klein-Vogelbach 2000 in LiN-Arge e.V.). Dazu werden die Körperabschnitte mit Lagerungsmaterialien wie zum Beispiel Stepp- oder Woldecken, Handtücher und Kissen durch Modellieren und Unterstopfen stabilisiert. Alle bekannten Positionen können mittels LiN-Kriterien modifiziert werden (LiN-Arge e.V.).

Wichtige Kriterien der LiN-Lagerung sind:

- Es werden Überdehnung und Verkürzung von Muskeln vermieden, die Gelenke sind in einer möglichst „neutralen“ Stellung.
- Paretische und spastische Körperabschnitte werden mit ausreichend Lagerungsmaterial stabilisiert. Hohlräume werden vermieden und damit eine gleichmäßige Druckverteilung hergestellt.
- Die Körperachsen (Längsachse und Querachsen im Schulter- und Beckenbereich) sind möglichst symmetrisch.
- Hierbei sind die Körperkonstitution, die Position und die eventuell bestehenden Kontrakturen begrenzende Faktoren.

Auf den Seiten der LiN-Arge e.V. finden sich entsprechende Hinweise, weiterführende Literatur und Praxisbeispiele (https://www.lin-arge.de/uploads/files/Abb_1_Vergleich_LiN-KON_dt_%20%C3%84rzteblatt.jpg).

Insbesondere Menschen mit Cerebralparese sind häufig auf verschiedenste Hilfsmittel, wie Roll- und Therapiestühle, Lauf- und Stehgeräte, Korsetts, Orthesen und besondere Matratzen, Lifter für Transfersituationen und verschiedenste Alltagshilfen angewiesen. Hilfsmittel müssen grundsätzlich medizinisch und im Rahmen der Indikationsstellung verordnet, präzise hergestellt und im Alltag fachgerecht verwendet werden.

Im Hinblick auf Schmerzvermeidung ist eine ständige Kontrolle der Passgenauigkeit, der professionellen Anwendung sowie der Funktionalität eines Hilfsmittels notwendig.

Gerade Kinder wachsen sehr schnell aus einem Hilfsmittel heraus, aber auch bei erwachsenen Menschen können sich Körperformen oder -proportionen verändern, die eine erneute Anpassung eines Hilfsmittels nötig machen (Baumann, Dierauer, Meier-Heim 2018, 352f.).

Beim Tragen von Orthesen und orthopädischen Schuhen sollte regelmäßig das Gangbild beobachtet werden. Beim Stehen im Stehgerät muss die Körperhaltung und die Passung insbesondere an Knien und Hüfte regelmäßig geprüft werden. Wenn hier Pelotten an den falschen Stellen ansetzen und Druck ausüben, kann das sehr schmerzhaft sein. Menschen mit Nachtlagerungsschienen sollten nach ihrem Schlafvermögen und der Schlafqualität gefragt werden. Es ist auf Dauer nicht hinzunehmen, dass der Schlaf bei der Person selbst bzw. die Nachtruhe der gesamten Familie oder von Mitbewohner*innen gestört wird.

Korsetts und Orthesen sitzen eng am Körper: Im Sommer kann dies zum Schwitzen führen, vermehrter Schweiß kann reiben und zu offenen Stellen führen. Im Winter kühlen insbesondere die Unterschenkel und die Füße in Kunststofforthesen aus. Außerdem geht ein „Feststellen“ von Körperteilen immer mit Wahrnehmungsverlust einher, die sich unter Umständen als schmerzhaftes Kribbeln äußern können. Deshalb müssen diese Hilfsmittel zwischendurch abgenommen und die entsprechenden Körperteile bewegt und massiert (ausgestrichen) werden. Je weniger eigene Bewegungsmöglichkeiten ein Mensch hat, desto wichtiger wird das.

Menschen mit einer schweren Cerebralparese benötigten angepasste Sitz- und Lagerungssysteme, die entsprechend individueller Bedürfnisse im reha-orthopädischen Sonderbau angefertigt werden müssen. Durch besondere viskoelastische Materialien lassen sich dadurch z.B. Druckstellen vermeiden. Des Weiteren müssen die Sitzschalen, Haltepelotten und Bein-, Arm- und Kopfstützen sowie Begurtungen die individuellen neuromuskulären und bewegungsbezogenen Faktoren berücksichtigen, wie Rumpf und Kopfkontrolle, Gelenkbeweglichkeit bzw. Gelenkstabilität, Muskeltonus (erhöht/erniedrigt), Skoliosegrad usw.

Literatur:

Baumann, Thomas; Dierauer, Stefan; Meier-Heim, Andreas (2018): Zerebralparese: Diagnose, Therapie und multidisziplinäres Management. Stuttgart: Thieme

Kortwinkel, Monika; Ludwig, Torsten (2016): Gut gelagert. Z. JuKiP - Fachmagazin für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege 05(05), 236-239

LiN-Arge e.V.: LiN - LAGERUNG IN NEUTRALSTELLUNG – Ein pflege-therapeutisches Lagerungskonzept. Definition. Verfügbar unter: <https://www.lin-arge.de/de/definition>

Thiele, Annett (2010): Schmerzerfahrungen von Menschen mit körperlichen Behinderungen: Potentiale der Kommunikation und Grenzen der Kommunizierbarkeit des Phänomens, empirisch untersucht an jungen Erwachsenen. In: Schildmann, Ulrike (Hg.): Umgang mit Verschiedenheit in der Lebensspanne. Behinderung – Geschlecht – kultureller Hintergrund – Alter/Lebensphasen. 1. Aufl. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, 232-239

c. Aromatherapie und Aromapflege (Florian Nüßlein)

Als Aromatherapie wird eine medizinisch-begleitende Maßnahme mittels ätherischer Öle bezeichnet, die es aufgrund ihrer Wirkweise ermöglicht, Erkrankungen zu lindern oder das gesundheitliche Wohlbefinden zu steigern. Dazu werden die Wirkungen der verschiedenen ätherischen Öle detailliert erkundet und zielgerichtet eingesetzt. Die Aromatherapie stellt eine Form der Pflanzenheilkunde (Phytotherapie) dar und zählt zu den alternativen bzw. komplementärmedizinischen Therapieformen. Maßnahmen der Aromatherapie ist eine Leistung von Ärzt*innen oder Heilpraktiker*innen.

Die Berufsbezeichnung Aromatherapeut*in erfolgt nach bestandener Heilpraktikerprüfung §1 des deutschen Heilpraktikergesetzes (HPG). Der Gesetzgeber schreibt vor, dass in Deutschland Aromatherapie nur von Ärzten und Heilpraktikern mit einer Zusatzqualifikation angewendet werden darf, da ätherische Öle hochwirksame Substanzen sind, die unsachgemäß eingesetzt zu Nebenwirkungen führen können (allergische Reaktionen, Unverträglichkeit mit Homöopathie, akute Erkrankungen, u.a.).

In Abgrenzung zur Aromatherapie umfasst die Aromapflege einen begleitenden und unterstützenden Einsatz von Düften und Einreibungen, die nach den individuellen Bedürfnissen und der situativen Verfassung der jeweiligen Person eingesetzt werden. Im Mittelpunkt steht hierbei der positive Einfluss, Lebensqualität und Wohlbefinden in bestimmten Lebensphasen zu steigern.

Ein verantwortungsbewusster Umgang mit ätherischen Ölen und die Absprache mit der Person (soweit dies möglich ist), dem Arzt und den Angehörigen gelten als Grundvoraussetzung.

Ätherische Öle sind in organischen Lösungsmitteln lösliche Extrakte und wurden mittels Wasserdampfdestillaten aus Pflanzen oder Pflanzenteilen hergestellt, die einen mächtigen und charakteristischen Geruch haben. Die ätherischen Öle werden als „ätherisch“ bezeichnet, da die Substanzen bei Erhitzung oder unsachgerechtem Umgang verdunsten und keinen Rückstand hinterlassen. Im Umgang mit ätherischen Ölen ist darauf zu achten, dass es sich um reine ätherische Öle aus konventionellem, kontrolliert biologischem Anbau (bio/kbA) handelt. Nur mit dieser Bezeichnung ist das vielfältige Wirkungsspektrum nachgewiesen. Es gibt unter den naturreinen Ölen wie beim Lavendel unterschiedliche Nuancen je nach Herkunftsland. So kann ein Duft in seiner Wahrnehmung wie auch in seiner Wirkung sehr unterschiedlich ausfallen.

Der Geruchssinn ist eine der ältesten menschlichen Sinne. Die Anwendung und die Wirkung ätherischer Öle erfolgen über den Geruchssinn und über die intakte Haut. In der Riechschleimhaut, die in jeder Nasenhöhle vorhanden ist, befinden sich Riechsinneszellen. Von diesen führen Fortsätze weiter zu sogenannten Rezeptorbündeln, die mit Duftmolekülen in Kontakt treten. Eine dadurch entstehende neuronale Erregung (Reiz) wird über das Axon (Nervenbahn) weitergeleitet und im Gehirn moduliert.

Die ätherischen Öle wirken über den Geruchssinn nicht nur auf das limbische System im Gehirn, sondern auch auf das gesamte Nervensystem. Dadurch werden bestimmte Nervbotenstoffe wie Endorphine, Noradrenalin oder Serotonin ausgeschüttet. Diese können anregend, beruhigend, schmerzlindernd oder anderweitig stimulierend wirken.

Unser Riechsystem ist fähig, ein Duftmolekül binnen hundertstel Sekunden zu identifizieren, noch ehe wir wahrnehmen, dass uns ein Duft umgibt. Die etwa 30 Millionen Riehzellen, die beidseitig in die Riechschleimhaut in unserer Nase eingebettet sind, leiten die Geruchsinformation unmittelbar an das limbische System in unserem Gehirn weiter. Dort wird ein komplexer Reiz-Reaktions-Mechanismus ausgelöst, über den die ätherischen Öle unseren Körper beeinflussen, Wohlbefinden erzeugen und damit Heilungsprozesse unterstützen können (STADELMANN 2015, 22).

In der Praxis kommen reine ätherische Öle zum Einsatz. Pro Anwendung können bis zu fünf Tropfen in das Wasser des Ultraschallverneblers gegeben werden. Um Wasserrückstände zu vermeiden, sollte nur destilliertes Wasser verwendet werden. Es ist zu empfehlen, nur einzelne Düfte und keine Duftmischungen einzusetzen. Der Anwendungszeitraum kann individuell angepasst werden. Neuere Vernebler schalten sich nach längerer Laufzeit automatisch aus, so dass einer „Überduftung“ entgegengewirkt wird.

Nachfolgende ätherische Öle haben im Alltag als aromapflegerisches Angebot eine wohltuende Wirkung auf die Wohngruppe und auf einzelne Bewohner gezeigt. Eine therapeutische Wirkung ist über die Duftlampe/Vernebler nicht zu erwarten.

Unterstützende und Erleichterung verschaffende Aromapflege im Alltag (Anwendung mit einem Ultraschallvernebler)
Bergamotte (<i>Cirtus aurantium bergamia</i>)
<ul style="list-style-type: none"> ○ Beschreibung: Bergamotte hat eine antidepressive Wirkung und wirkt belebend, aktivierend ○ Anwendung: z.B. Start in den Tag; Zimmer ca. 20 Min. vor dem Wecken und dem Beginn der Pflege beduften
Mandarine Rot (<i>Citrus retikulata</i>)
<ul style="list-style-type: none"> ○ Beschreibung: Mandarine ist ein Duft, der beruhigt und Geborgenheit vermittelt, dabei antidepressiv ausgleichend ○ Anwendung: bei Bedarf
Lavendel fein (<i>Lavendula officinlis</i>)
<ul style="list-style-type: none"> ○ Beschreibung: Lavendel ist beruhigend und ausgleichend ○ Anwendung: als Einschlafhilfe ca. 20 Min. vorher das Zimmer beduften

Abbildung 1: Unterstützende und Erleichterung verschaffende Aromapflege nach WABNER & BEIER 2011

Trägeröle und Schmerzöle im Überblick:

Das Johanniskrautöl (*Hypericum perforatum*) kann als schmerzlinderndes Trägeröl (Basisöl) Anwendung finden. In der Literatur wird es auch als wundheilendes Öl beschrieben, das „wärmenden“ Charakter besitzt. Nach der Anwendung sollte man sich nicht der direkten Sonneneinstrahlung aussetzen.

Ein weiteres Trägeröl stellt das Mandelöl (*Prunus amygdalus/dulcis*) dar. Es ist eines der am meist genutzten Trägeröle. Dieses Öl eignet sich gut für trockene und spröde Haut. Es nährt und pflegt die Haut. Darüber hinaus ist es bekannt für seine beruhigende Wirkung und unterstützt die Regenerierung der Haut.

Das Olivenöl war schon in der Antike ein hoch geschätzter Rohstoff, der durch das Auspressen der Oliven gewonnen wurde und bis heute an Bedeutung nichts verloren hat.

Das Olivenöl regeneriert und pflegt unsere Haut und ist in verschiedenen Preiskategorien und Güteklassen erhältlich. Die Form des kaltgepressten Olivenöl ist am bekanntesten und kann im Alltag gut eingesetzt werden.

Bei Ölmischungen müssen sogenannte Trägeröle (Basisöle) zum Einsatz kommen, damit sich durch die Zugabe der ätherischen Öle diese gleichmäßig verteilen können, ohne die empfindliche Haut zu reizen. Man sollte auf eine Verdünnungstabelle zurückgreifen und sich an Rezeptvorgaben halten, die sich mit dem wissenschaftlichen Einsatz von ätherischen Ölen auseinandergesetzt haben (vgl. BRAUN, Sharing Expertise).

Grundlage bilden daher in der praktischen Anwendung die nachfolgenden, klassischen Schmerzölmischungen aus dem Krankenhaus Neuperlach (vgl. BRAUN, Sharing Expertise) sowie aus den Vorgaben von WABNER & BEIER (WABNER & BEIER 2011).

Cajeput Schmerzöl - Klassiker (aus dem Krankenhaus Neuperlach)
30 ml Mandelöl
20 ml Johanniskrautöl
20 Tr. Cajeput
5 Tr. Rosmarin Cineol
5 Tr. Lavendel

Abbildung 2: Cajeput Schmerzöl

Tonka Schmerzöl (aus dem Krankenhaus Neuperlach)
50 ml Mandelöl
6 Tr. Zedernholz
2 Tr. Tonka
2 Tr. Orange
2 Tr. Lavendel

Abbildung 3: Tonka Schmerzöl

Muskel- und Gelenköl
50 ml Johanniskrautöl
10 Tr. Cajeput
10 Tr. Rosmarin Cineol
10 Tr. Wacholderbeere
5 Tr. Zitrone
10 Tr. Weißtanne

Abbildung 4: Muskel und Gelenköl

Spannungsschmerzöl
30 ml Sesamöl
10 Tr. Palmerosa
4 Tr. Zeder
5 Tr. Cajeput
4 Tr. Mandarine rot/gelb

Abbildung 5: Spannungsschmerzöl

Die ätherischen Öle werden nach Vorgaben in das Trägeröl/Basisöl (bspw. Mandelöl/Johanniskrautöl) gemischt. Die Anwendung erfolgt durch Auftragen und eine sanfte Massage auf das schmerzende Gebiet (vgl. WABNER & BEIER 2011, 444 ff). In dieser Form gelangen die Ölmischungen über die Haut in den Blutkreislauf. Die Praxis zeigt, dass sich weitere Trägeröle wie Olivenöl oder Traubenkernöl für Mischungen eignen.

In der folgenden Abbildung (6) lassen sich nochmals wichtige Hinweise im Umgang und bei der Anwendung ätherischer Öle im Alltag zusammenfassen. Voraussetzung ist, sich das notwendige Fachwissen anzueignen, da unter richtiger Anwendung ein breites Spektrum an Möglichkeiten offensteht. Aromapflegerische Angebote im Alltag von Menschen mit schwerer mehrfacher Behinderung sollen sensibel machen, wie Schmerzlinderung in pflegerische Situationen eingebettet werden kann.

Hinweise bei der Anwendung ätherischer Öle im Alltag
○ Kontaktprobe machen (Trägeröl in Ellenbeuge auftragen und 1 Tr. des gewünschten ätherischen Öls hinzugeben). Nach 10–20 Min. mögliche Hautreaktion abwarten
○ Ätherische Öle können phototoxisch wirken (Vorsicht bei UVA- und UVB-Strahlung)
○ Ätherische Öle nicht oral einnehmen
○ Kontakt mit Schleimhäuten vermeiden, Überreizung des Nervensystems
○ Ätherische Öle unzugänglich aufbewahren
○ Ätherische Öle nur stark verdünnt auftragen (Trägeröl/Basisöl verwenden)
○ Nur 100% reines ätherisches Öl benutzen (kein naturidentisches Öl oder Parfümöhl)
○ Bestimmte Öle nicht in bestimmten Lebensphasen (Kleinkindern, Schwangerschaft, u.a.) verwenden
○ Bei bestimmten Krankheiten (Bluthochdruck, onkologische Erkrankungen, Allergien, Akute Infektionserkrankung, Epilepsie, psychische Erkrankungen) Rücksprache mit dem Arzt halten
○ Individuelle Unverträglichkeiten können nie ganz ausgeschlossen werden

Abbildung 1: Hinweise bei der Anwendung ätherischer Öle im Alltag

Dieser Text ist ähnlich erschienen in Nüsslein, Florian (2017): Alternative Möglichkeiten der Schmerzreduktion - Teil 2 Aromapflegerische Angebote Eine Einführung. In: Behinderte Menschen Zeitschrift für gemeinsames Leben, Lernen und Arbeiten 40 (2), 49-54

Literatur:

Stadelmann, Ingeborg (2015). Aromapflege – Praktische Aromatherapie für den Pflegealltag: Ganzheitliche Begleitung für Kranke und Pflegebedürftige. Stadelmann Verlag

Wabner, Dietrich & Beier, Christiane (2011). Aromatherapie: Grundlagen, Wirkprinzipien, Praxis. Urban & Fischer Verlag/Elsevier. München

Weiterführende Literatur

Stefflitsch, Michaela & Stefflitsch, Wolfgang (2007). Aromatherapie, Wissenschaft – Klinik – Praxis. Springer.

Stefflitsch, Wolfgang (2013). Aromatherapie in Wissenschaft und Praxis. Stadelmann Verlag

Wabner, Dietrich & Theierl, Stefan (2016). Klinikhandbuch Aromatherapie: Pflege, Therapie und Prävention. Verlag Systemische Medizin. Bad Kötzing

Werner, Monika (2013) (Hrsg.). Lernkarten Aromatherapie: Ätherische Öle Sondereinband. Haug Verlag

Werner, Monika & von Braunschweig, Ruth (2016). Praxis Aromatherapie. Grundlagen, Steckbriefe und Indikationen. Haug Verlag. Stuttgart

Zimmermann, Eliane (2017). Aromatherapie für Pflege- und Heilberufe: Kursbuch für Ausbildung und Praxis

d. Thermotherapie (Doris Tacke)

Grundsätzliches:

Sowohl in der Selbstpflege als auch in der Versorgung durch professionelle Akteure werden seit Jahrzehnten Kälte- und Wärmeanwendungen genutzt. Die Forschungslage zu Anwendungen von Thermotherapien bei Schmerzen ist jedoch wenig ergiebig und die Ergebnisse variieren.

Allgemein verwendet man Kälte eher bei akuten entzündlichen Prozessen, während Wärme eher bei chronischen Schmerzen eingesetzt wird (DNQP 2020).

Thermotherapien werden jedoch nur bei solchen Patienten durchgeführt, die im schmerzenden Körperbereich eine ausreichende sensible Wahrnehmung haben bzw. ihr Missempfinden zum Ausdruck bringen können. Eine verlangsamte Reaktionsfähigkeit sollte beachtet werden. Darüber hinaus ist der Einsatz von Kälte- und Wärmetherapie abhängig davon, ob Personen mit komplexer Behinderung und Schmerzen die Anwendung als angenehm empfinden oder diese eher ablehnen.

Thermotherapien und Bäder können bei Patienten mit komplexer Behinderung zur Anwendung kommen, die im schmerzenden Körperbereich und darüber hinaus eine ausreichend sensible Wahrnehmung haben und ihr Missempfinden bspw. bei Unterkühlung oder Überwärmung äußern.

Kälteanwendungen:

Die Reaktion auf Kälte erfolgt über das Nervensystem, über den Stoffwechsel und das Gefäßsystem. Durch die Unterkühlung des Gewebes werden Schmerzrezeptoren und Schmerzweiterleitung gehemmt. Daher werden Kälteanwendungen bei akut-entzündlichen Erkrankungen oder nach Verletzungen, die mit Hämatomen, Kontusionen oder Schwellungen einhergehen, empfohlen. Auch nach Operationen können Kühlkompressen zur Anwendung kommen. Eine Senkung der Gewebetemperatur wirkt lokal anästhetisch, Ödeme bilden sich zurück. Bei akuten Schüben von Rheumaerkrankungen führen lokale Kälteanwendungen zur Linderung von Beschwerden in einzelnen Gelenken, weil Kühlpackungen hier abschwellend und entzündungshemmend wirken (Carr & Mann 2014, Lange & Rehart 2013, Schneider et al. 2019).

Auch bei Personen mit spastischen Beeinträchtigungen kann die Kryotherapie, wie die Kältebehandlung auch genannt wird, kurzfristige Erfolge hervorbringen. Eine Kühlung von Haut und Muskeln bewirkt eine Reduktion der Spastik, die allerdings nur etwa 2 Stunden lang Wirkung zeigt. Aus diesem Grund werden Kälteanwendungen vor geplanten Physio- oder Ergotherapien durchgeführt. Auf diese Weise konnten bspw. deutliche Fortschritte im Bereich der motorischen Fähigkeiten bei Kindern mit Zerebralparese im Bereich der Handfunktion erzielt werden (Abd El-Maksoud et al. 2011, Smania et al. 2010).

Bei Menschen mit komplexer Behinderung werden eher kurzfristige lokale Kälteanwendungen mit einer Dauer von 10–15 Minuten zum Einsatz gebracht. Dabei muss bei jeglicher Anwendungsform (bspw. Kühlpacks, Eiskompressen, kalte Wickel) der Hautschutz beachtet werden und abgeklärt sein, ob Kontraindikationen wie bspw. Herz- und Gefäßerkrankungen oder Kälteallergien vorliegen.

Lokale Wärmeanwendungen und Bäder:

Wärmeeinwirkung fördert die Durchblutung und wirkt besonders muskelentspannend und damit schmerzlindernd. Lokale Wärmeanwendung ist indiziert bei nicht-entzündlichen Erkrankungen, vor allem bei Beeinträchtigungen des Stütz- und Bewegungsapparates im chronischen Stadium, bei Nacken- und Rückenschmerzen aufgrund muskulärer Verspannungen und bei Arthrosen. Auch bei schmerzbedingter Unruhe und Erregungszuständen hat Wärme eine entspannende und damit auch schmerzlösende Wirkung. Lokal kommt Wärme in Form von Wärmepflastern, Wärmepackungen, aber auch Heißluft oder Fangopackungen u.a. zum Einsatz (Baumgarten 2019, Deutsche Schmerzgesellschaft 2017, DNQP 2020).

Ganzkörperwärmeanwendungen wie bspw. warmer Whirlpool oder Vollbäder und Moorbäder bewirken besonders in der kalten Jahreszeit bei Personen mit Fibromyalgiesyndrom eine Schmerzlinderung und sollten 2–3x / Woche zur Anwendung kommen (Deutsche Schmerzgesellschaft 2017).

Darüber hinaus führen hydrogalvanische Teil- oder Vollbäder - die sogenannten Stangerbäder - durch das 36–38 Grad warme Wasser verbunden mit Gleichstrom und einer Fließrichtung vom Oberkörper zu den Füßen eine Entspannung der Muskeln und Nerven und damit eine Schmerzlinderung herbei. Die positive Wirkung ist bei rheumatoider Arthritis, Multipler Sklerose, bei Erkrankungen der Wirbelsäule oder bei durch Nervenerkrankungen hervorgerufene Lähmungserscheinung nachgewiesen (Alsharani et al. 2020).

Auch für Paraffinbäder wurde in Kombination mit Bewegungsübungen eine Verbesserung der Gelenkbeweglichkeit und Greiffunktionen mit Schmerzlinderung bei rheumatischen Beschwerden, Gelenkentzündungen und Arthritis beschrieben (Lange & Rehart 2013).

Wärmeanwendungen umfassen in der Regel eine Dauer von 15-20 Minuten. Der Hautschutz muss beachtetet und Überhitzungen vermieden werden. Vorher wird abgeklärt, ob mögliche Kontraindikationen wie bspw. Herzerkrankungen, Kreislaufschwäche o.a. vorliegen.

Literatur:

Abd El-Maksoud, Gehan M., Sharaf, Moussa A., & Rezk-Allah, Souheir. S. (2011). Efficacy of cold therapy on spasticity and hand function in children with cerebral palsy. *Journal of Advanced Research*, 2(4), 319-325

Alshahrani, Mastour Saeed., Tedla, Jaya Shanker, Reddy, Ravi Shankar, Asiri, Faisa & Santafe, Manel (2020). Effectiveness of Hydrogalvanic Bath on Improving Pain, Disability, and Quality of Life in Individuals with Chronic Nonspecific Neck Pain: A Randomized Controlled Trial. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, (10159), 1-7

Baumgarten Christian (2019) Quantitative sensorische Testung bei Patienten mit chronischen Nackenschmerzen vor und nach Anwendung einer Wärmeauflage. Inaugural Dissertation. Medizinische Fakultät Universität Duisburg-Essen. https://duepublico2.uni-due.de/servlets/MCRFileNodeServlet/duepublico_derivate_00071209/Diss_Baumgarten.pdf

Carr, E. C.J. & Mann, E. M. (2014). Schmerz und Schmerzmanagement, Bern: Huber Verlag

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2020). Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege – Aktualisierung 2020. Osnabrück. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege

Deutsche Schmerzgesellschaft (2017). Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms. AWMF Leitlinie. Registernummer 145-004 <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/145-004.html>

Lange, U., & Rehart, S. (2013). Stellenwert und Bedeutung der physikalischen Medizin im Kontext der konservativen Therapie bei rheumatologischen Patienten. Der Orthopäde, 42(10), 813-821

Schneider, Matthias, Baseler, Gudrun, Funken, Oliver, Herberger, Stephan, Kiltz, Uta et al. (2019). Interdisziplinäre Leitlinie Management der frühen rheumatoiden Arthritis. AWMF online. AWMF-Register Nr. 060/002, Klasse: S3. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/060-002l_S3_Fruehe_Rheumatoide-Arthritis-Management_2019-12_01.pdf

Smania, A., Picelli, A., Munari, D., Geroin, C., Ianes, P., Waldner, A., Gandolfi, M. (2010). Rehabilitation procedures in the management of spasticity. European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine 46 (3), 423-438