

Sanfte Hilfe für Körper & Seele



Riechstörungen bei neurologischen
Erkrankungen

Zitrusöle gegen Winterdepression?

Schmerz lass nach!

Atemstimulierende Einreibung mit
ätherischen Ölen

Schüttelemlusion: Effektive Pflege unreiner Haut

Ätherisches Himalayakieferöl

Fachzeitschrift F·O·R·U·M

Gesammeltes Fachwissen zu ätherischen Ölen von 1992 bis heute

Die F·O·R·U·M bietet folgende Themen:

- Aromatherapie, Aromapflege und Aromakultur
- Erfahrungsberichte aus der Praxis
- Aktuelles aus der Wissenschaft
- Berichte zu Anbau und Herstellung
- Schmackhaftes aus der Aromaküche
- Interessantes aus der Presse

Insgesamt wurden 64 Titel und zwei Sonderausgaben herausgegeben, davon sind viele noch erhältlich.

Vergriffene Ausgaben erhalten Sie

- als PDF-Datei (Download).
- ausgedruckt als Spiralbindung.

Wie und wo bekommen Sie die F·O·R·U·M?

- Als Mitglied des Vereins FORUM ESSENZIA e.V. kostenlos.
- Werden Sie Abo-Kunde!
- Vereinen als auch z. B. für Ihre Praxis, Ihre Firma, Ihren Laden bieten wir Wiederverkäuferrkonditionen an.



Titelthemen, Leseproben und die vollständige Artikelübersicht jeder Ausgabe (1992–2024) sowie das Direkt-Bestellformular für Zeitschrift oder eBook(-Version) finden Sie unter: www.forum-essenzia.org

Bestellung:

www.forum-essenzia.org

Vertrieb: www.stadelmann-verlag.de

Mitglieder können die digital verfügbaren Ausgaben (ab F·O·R·U·M 29) vergünstigt zum Selbstkostenpreis beziehen, Zugang über den Mitgliederbereich der Homepage.

F·O·R·U·M bereits ab Ausgabe 29 auch digital verfügbar!



Fachliteratur gesucht?

Als Vertriebspartner der Zeitschrift F·O·R·U·M hilft Ihnen der Stadelmann Verlag auch bei der Suche nach internationaler Fachliteratur!

Tipp: Tisserand, Essential Oil Safety erhalten Sie versandkostenfrei bei www.stadelmann-natur.de/buecher

Liebe Leserin, lieber Leser,

der menschliche Geruchssinn ist ein entscheidender Teil unserer Sinneswelt. Seine Bedeutung geht weit über das bloße Erkennen von Gerüchen hinaus: Er spielt eine zentrale Rolle für das Gedächtnis, das emotionale Erleben und die soziale Interaktion. Olfaktorische Störungen haben unmittelbare Auswirkungen auf das Wohlbefinden und die Sicherheit der Betroffenen. Riechstörungen und Riechverlust treten oft im Kontext neurodegenerativer Erkrankungen auf und besitzen als Frühsymptome, z. B. bei der Alzheimer-Demenz und der Parkinson-Krankheit, diagnostische Relevanz. Welche neurologischen Erkrankungen mit Riechstörungen assoziiert sind, lesen Sie in unserem Beitrag ab S. 2.

Werden ätherische Öle korrekt angewandt, sind Sensibilisierungs- und allergische Reaktionen in der Regel selten. Eine Rolle spielen das z. B. Alter der Produkte und die Dosierung. Viele ätherische Öle bzw. deren Inhaltsstoffe besitzen ein antiallergenes Potential, d. h. sie können allergische Symptome verringern, indem sie z. B. die Histaminausschüttung reduzieren oder antientzündlich wirken. Mehr dazu ab S. 8.

Die Finnen sind laut Weltglücksbericht die glücklichsten Menschen der Welt – trotz der langen, dunklen Winter. Welche Rolle dabei ätherische Zitrusöle spielen können, erfahren Sie ab S. 13.

In den Beiträgen zu Aromatherapie und -pflege berichten wir über spannende Anwendungsbeispiele aus der Praxis: eine Aromamischung gegen chronische Schmerzen des Bewegungsapparats (S. 16), eine ASE mit ätherischen Ölen, nicht nur für die Atmung (S. 20), und eine Schüttelemlusion als optimale Anwendungsform zur Pflege pubertärer Problemhaut (S. 22).

Dürfen wir vorstellen? Ätherisches Himalayakieferöl aus Bhutan, dem Land des Glücks (S. 26) und Drachenkopföl, ein fettes Pflanzenöl, das mit seinem Fettsäurespektrum dem Leinöl ähnelt, aber geschmacklich eine echte Alternative darstellt (S. 29).

Ein duftendes Beispiel für Pioniergeist hat unsere Autorin auf der Insel Krk in Kroatien gefunden – tauchen Sie ein in Lavendel- und Immortellenfelder (S. 30). Weitere duftende Momente bieten die Artikel über einheimische Harze (S. 32) und

über eine Duftkreation der besonderen Art (S. 35).

Last but not least sprechen wir auch noch den Geschmackssinn an mit leckeren Rezepten aus der Aromaküche (S. 38).

Mit diesen Genussmomenten möchten wir uns für dieses Jahr verabschieden. Wir wünschen Ihnen eine schöne Weihnachtszeit und alles Gute für 2025!

Ihre F·O·R·U·M-Redaktion



Ingeborg Stadelmann



Dr. Eva Heuberger



Dr. Christina Hardt

Anmerkung: Bei der Verwendung der weiblichen bzw. männlichen Form sind immer Frauen, Männer und diverse Menschen gemeint.

Inhalt

Aromawissenschaft	Riechstörungen bei neurologischen Erkrankungen Antje Hähne	2
	Allergenes und antiallergenes Potenzial ätherischer Öle Wolfgang Steflitsch	8
	Zitrusöle gegen Winterdepression? Päivi Blöchl	13
Aromatherapie	Schmerz lass nach! Michaela Argyropoulos	16
PTAK/Aromapflege	Atemstimulierende Einreibung mit ätherischen Ölen Sandra Liedtke	20
	Schüttelemlusion: Effektive Pflege unreiner Haut Fabienne Eugster	22
Ursprung	Ätherisches Himalayakieferöl: Duftrarität aus dem Land des Glücks Marion Keller-Hanischnörfer	26
	Drachenkopföl Ruth von Braunschweig	29
	Eine Oase der Ruhe und Düfte Natalie Stadelmann	30
Aromakultur	Einheimische Harze – das Gold des Waldes Alexandra Milesi	32
	Der Duft nach Wurst & Schinken Volkmar Heitmann	35
Aromaküche	Mehr Genuss mit Naturdüften beim Essen und Trinken Susanna Färber	38
Duft-Splitter	aufgelesen von Johanna Bauer	41
Bücher	Buchbesprechungen	42
Veranstaltungsbericht	54. International Symposium on Essential Oils (ISEO)	44
	DreiLänderSymposium 2024	46
	AromaAlliance Herbstkongress 2024	46
Information	Neues von FORUM ESSENZIA e.V.	47

Riechstörungen bei neurologischen Erkrankungen

Riechstörungen sind ein Begleitsymptom vieler neurologischer Krankheiten, wobei insbesondere die neurodegenerativen Erkrankungen mit olfaktorischen Störungen assoziiert sind. Bei den zwei häufigsten neurodegenerativen Erkrankungen, der Alzheimer-Demenz und der Parkinson-Krankheit, ist der Riechverlust inzwischen allgemein als Frühsymptom bekannt und besitzt besondere Bedeutung bei der Diagnostik.

Parkinson-Syndrome

Riechstörungen finden sich bei über 90% der Patienten mit *idiopathischem Parkinson-Syndrom* (IPS) (Haehner et al. 2009), dem häufigsten aller Parkinson-Syndrome, und werden hier auch als unterstützendes diagnostisches Kriterium angesehen. Die Riechstörung tritt damit öfter auf als die klassischen IPS-Kardinalsymptome Tremor und Rigor, welche sich bei 70 bzw. 80–90% der Patienten finden. Die Mehrzahl der Patienten weist zum Diagnosezeitpunkt bereits eine schwere Riechminderung bzw. eine Anosmie auf, welche in seltenen Fällen auch durch gelegentliche Phantomgerüche oder Geruchsdistorsionen (Parosmien) begleitet sein kann. Die Riechminderung wird von den Patienten oft selbst nicht bemerkt und ohne Riechtestung häufig übersehen. Gegenwärtig wird angenommen, dass die Riechstörungen den motorischen Symptomen mitunter über 10 Jahre vorausgehen (Haehner et al. 2019), sodass bei vielen Patienten ein jahrelanger, langsam schleichender Riechverlust besteht. Der Riechverlust stellt damit ein Frühsymptom – wenn nicht sogar Erstsymptom – des IPS dar. Daher sollte zumindest bei denjenigen Patienten mit unklarer Riechstörung ein beginnendes Parkinson-Syndrom in Betracht gezogen und neurologisch abgeklärt werden, welche weitere nicht-motorische Frühzeichen wie Schlafstörungen und Depression (Stiasny-Kolster et al. 2005) sowie Familienangehörige mit IPS aufweisen (Ponsen et al. 2004, Berg et al. 2013).

In geringerem Maße treten Riechstörungen bei den selteneren *atypischen Parkin-*



In die olfaktorische Verarbeitung sind eine Vielzahl von Hirnstrukturen eingebunden, in denen sich bei neurodegenerativen Erkrankungen bereits frühzeitig Veränderungen zeigen (Grafik generiert mit pollinations.ai).

son-Syndromen auf. Dabei ist die Multisystematrophie häufig mit mittelgradigen Hyposmien assoziiert, während Patienten mit progressiver supranukleärer Ophthalmoplegie und kortikobasaler Degeneration nur eine leichte Einschränkung zeigen. Diese schweren Parkinson-Syndrome, die im Gegensatz zur idiopathischen Form schlechter auf Medikamente ansprechen und schneller verlaufen, zeigen insgesamt eine geringere olfaktorische Einschränkung.

Zur olfaktorischen Funktion bei *genetisch bedingten (familiären) Parkinsonerkrankungen* liegen bisher nur wenige Studien vor; sie reichen bei den einzelnen Mutationen von einem ungestörten Riechvermögen bis hin zu schweren Riechstörungen (Malek et al. 2016, Vilas et al. 2020).

Demenzen

Schwerwiegende Riechstörungen finden sich ebenfalls bei vielen demenziellen Erkrankungen, wie der *Alzheimer-Demenz* (AD) (Meshulam et al. 1998), der *Lewy-Body-Demenz* (Driver-Dunckley et al. 2014) und der *frontotemporalen Demenz* (Pardini et al. 2009). Die Riechstörung ist bei der Alzheimer-Demenz ebenfalls ein Frühsymptom der Erkrankung und bereits bei Patienten mit *leichten kognitiven Störungen* (MCI) nachzuweisen (Eibenstein et al. 2005). Bei MCI-Patienten können Einschränkungen in der Fähigkeit Gerüche zu identifizieren, den Übergang zur Demenz vorhersagen (Conti et al. 2013). Konkret bedeutete das, dass MCI-Patienten mit eingeschränktem Riechvermögen fünfmal häufiger an AD erkranken (Roberts et al. 2016). Bereits bei Patienten

Amyotrophe Lateralsklerose (ALS): schwere degenerative Erkrankung des motorischen Nervensystems mit Betroffenheit der Extremitäten-, Sprech-, Kau-, Schluck- sowie Atemmuskulatur

Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung: selten auftretende, tödlich verlaufende übertragbare Erkrankung des menschlichen Gehirns mit Demenz und Bewegungsstörungen

Essentieller Tremor: familiärer Tremor, der Extremitäten, Hände oder Kopf betreffen kann

Friedreich-Ataxie: häufigste erbliche Ataxie mit zunehmender Verschlechterung der Muskelkoordination und des Gleichgewichtssinns

Frontotemporale Demenz: schnell fortschreitende Demenz, welche in früherem Alter als die Alzheimer-Demenz ausbricht

Huntingtonsche Erkrankung: autosomal-dominant vererbte Erkrankung des Gehirns mit choreatischen Bewegungen und Demenz

Kortikobasale Degeneration: langsam-progrediente neurodegenerative Erkrankung, die zu den atypischen Parkinson-Syndromen zählt

Lewy-Body-Demenz: fortschreitende Demenz mit parkinsonähnlichen Bewegungsstörungen

Motoneuronerkrankungen: fortschreitende Degeneration motorischer Nervenzellen mit Muskelschwäche, Muskelatrophie und Muskelzuckungen

Multisystematrophie: rasch fortschreitende neurodegenerative Erkrankung, bei der multiple Systeme betroffen sind

Myasthenia gravis: Autoimmunerkrankung, bei der die Signalübertragung zwischen Nerv und Muskel gestört ist, wodurch es zu einer Ermüdung der Muskulatur kommt, die sich durch Muskelschwäche ausdrückt

Restless-Legs-Syndrom: Syndrom der „unruhigen Beine“ mit einem intensiven, unangenehmen Bewegungsdrang in den Beinen

Spinozerebelläre Ataxie: genetisch und klinisch heterogene Gruppe von Ataxien, welche autosomal dominant vererbt werden und oft multisystemisch imponieren

Supranukleäre Ophthalmoplegie: Blicklähmung mit u.a. langsamen Bewegungen, Muskelsteife und Unbeweglichkeit der Augen

Temporallappenepilepsie: häufigste fokale Epilepsie im Erwachsenenalter, deren Fokus im Schläfenlappen lokalisiert ist

Zervikale Dystonie: Durch Kontraktionen oder Spasmen der Halsmuskulatur weicht der Hals von seiner gewöhnlichen Position ab (Schiefhals).

mit subjektiven kognitiven Störungen wurde eine signifikante Riechminderung im Vergleich zu altersgleichen Älteren ohne kognitive Beschwerden beschrieben (Sohrabi et al. 2009).

Weitere neurodegenerative Erkrankungen

Die *Huntingtonsche Krankheit*, eine autosomal dominant vererbte Erkrankung des Gehirns, ist mit einer mittelgradigen Hyposmie assoziiert, die sich sowohl in der Riechschwelle als auch im Diskriminations- und Identifikationsvermögen von Gerüchen niederschlägt (Nordin et al. 1995). Dabei treten die Riechstörungen sowohl bei asymptomatischen Genträgern als auch bei manifest erkrankten Patienten auf, wobei sie im Laufe der Zeit zunehmen und sich in fortgeschrittenen Stadien auch als schwerwiegendere Defizite zeigen können (Patino et al. 2021). Viele andere neurodegenerative Erkrankungen gehen eben-

falls mit Riechstörungen einher, welche jedoch meist kein Frühsymptom darstellen. So zeigen Patienten mit *spinozerebellärer Ataxie* (Moscovich et al. 2012) und mit *Friedreich-Ataxie* (Connelly et al. 2003) leichtgradige Riechstörungen. Eine milde Riechstörung wird ebenfalls bei Motoneuronerkrankungen beobachtet (Hawkes et al. 1998, Viguera et al. 2018), wobei bei Patienten mit *amyotropher Lateralsklerose* hauptsächlich die Wahrnehmungsschwelle von Gerüchen betroffen zu sein scheint (Günther et al. 2018). Bei der *Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung*, einer übertragbaren neurodegenerativen Erkrankung, werden im Krankheitsverlauf zeitig auftretende Hyposmien beschrieben (Reuber et al. 2001); die Datenlage bei anderen Priorerkrankungen ist unzureichend.

Bei Patienten mit *Restless-Legs-Syndrom* und *essenziellem Tremor* geht man von einem fast uneingeschränkten Riechvermögen aus (Shah et al. 2008).

Weitere neurologische Krankheiten

Die Muskelerkrankung *Myasthenia gravis* geht mit einer deutlichen Riechminderung einher, wobei häufig eine hochgradige Hyposmie nachzuweisen ist, welche mit der Schwere der Erkrankung korreliert

Relative Ausprägung der Riechstörung bei verschiedenen neurologischen Erkrankungen.

Erkrankung	Relative Einschränkung der olfaktorischen Funktion
<ul style="list-style-type: none"> ● Idiopathisches Parkinson-Syndrom ● Alzheimer-Demenz ● Lewy-Body-Demenz 	+++
<ul style="list-style-type: none"> ● Multisystematrophie ● Huntingtonsche Erkrankung ● Myasthenia gravis ● Temporallappenepilepsie 	++
<ul style="list-style-type: none"> ● Motoneuronerkrankungen ● Friedreich-Ataxie ● Spinozerebelläre Ataxie ● Progressive supranukleäre Ophthalmoplegie ● Kortikobasale Degeneration ● Zervikale Dystonie ● Schizophrenie ● Multiple Sklerose 	+
<ul style="list-style-type: none"> ● Restless-Legs-Syndrom ● Essentieller Tremor ● Migräne 	O/(+)

+++ = hochgradiger Riechverlust, ++ = moderater Riechverlust, + = leichter Riechverlust, O/(+) = kein bis allenfalls diskreter Riechverlust.

Die Mehrzahl der Angaben basiert auf Untersuchungen an kleinen Patientenkollektiven.

(Tekeli et al. 2015). Bei entzündlichen ZNS-Erkrankungen sind Riechstörungen ebenfalls bekannt; die Häufigkeit wird bei der *Multiplen Sklerose* (MS) mit 20–45% angegeben (Lucassen et al. 2016). Dabei wurde die größte Sensitivität bei der Erfassung des Riechdefizits für die Schwelentestung beschrieben; für die Geruchsidentifikation besteht eine Korrelation mit der Schwere der Behinderung durch die MS. In frühen Studien wurde eine Korrelation des olfaktorischen Defizits mit der Anzahl der Plaques im unteren Frontal- und Temporallappenbereich beobachtet, sodass sich Remission und Exazerbation der Plaques in diesem Hirnbereich im Riechvermögen widerspiegeln.

Bei Patienten mit *Temporallappenepilepsie* bestehen deutliche Einschränkungen bei der Geruchssensitivität sowie auch den eher zentral vermittelten Fähigkeiten wie Geruchsidentifikation und -diskrimination (Hummel et al. 2013). Nach epilepsiechirurgischer Behandlung (Temporallappenresektion) wurde ein weiterer Riechverlust auf der Resektionsseite beobachtet (Haehner et al. 2012).

Allgemein wird von einem normalen Riechvermögen bei *Migränepatienten* ausgegangen, wobei in einer Vielzahl von Studien eine eher verminderte Geruchssensitivität nachgewiesen wurde (Kayabaşoglu et al. 2017, Kandemir et al. 2022), welche insbesondere bei Patienten mit Aura ausgeprägt ist. Über 50% der Migräne-Patienten beschreiben das Symptom der Osmophobie (Aversion gegen Gerüche) und bezeichnen sich selbst oft fälschlicherweise als überempfindlich. Studien konnten jedoch zeigen, dass gerade Patienten mit Osmophobie eine herabgesetzte Geruchssensitivität im Vergleich zu Migränepatienten ohne Osmophobie haben. Dem Symptom der Osmophobie kommt differentialdiagnostische Bedeutung bei der Abgrenzung der Migräne gegenüber anderen primären Kopfschmerzen zu (Silva-Neto et al. 2017).

Bei Patienten mit einer akuten *depressiven Episode* ist eine deutliche Minderung der olfaktorischen Sensitivität bekannt (Negoias et al. 2010), wobei nach erfolgreicher medikamentöser Therapie keine signifikanten Unterschiede zu Gesunden bestehen. *Schizophrenie-Patienten* und deren Verwandte ersten Grades sowie jugendliche Risikopersonen zeigen Einschränkungen des Riechvermögens (Moberg et al. 2014), sodass eine genetische Vulnerabilität für chemosensorische Defizite angenommen wird.

Training mit Düften in der Therapie

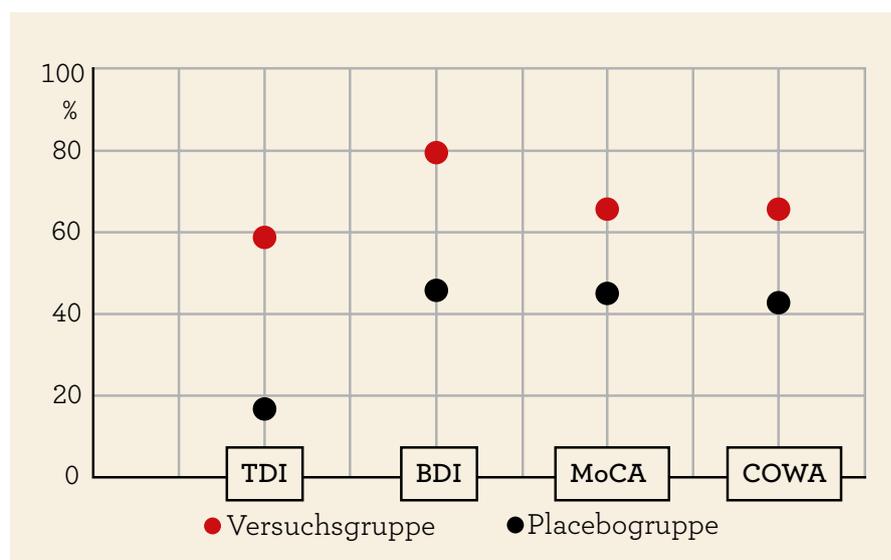
Neurodegenerative Erkrankungen

Eine Riechstörung beeinträchtigt erheblich die Lebensqualität der Patienten. Häufig stehen jedoch die Symptome der Grunderkrankung im Vordergrund oder die Patienten haben sich durch den langsam progredienten Verlauf bei neurodegenerativen Erkrankungen an die verminderte Riechwahrnehmung gewöhnt, sodass in vielen Fällen die Riechstörung als nicht therapiebedürftig empfunden wird. Mit Hinblick auf mögliche Folgen der olfaktorischen Störung, wie z.B. fehlende Wahrnehmung von Gasgeruch oder verdorbenen Speisen, sollte eine Information der Patienten über die Riechstörung als Begleitsymptom jedoch unbedingt erfolgen.

Eine Therapie der olfaktorischen Dysfunktion bei neurologischen Erkrankungen ist bisher nur begrenzt möglich. Beim idiopathischem Parkinson-Syndrom (IPS) beeinflusst die medikamentöse Parkinson-Therapie die Riechstörung nicht, wohingegen die in fortgeschrittenen Krankheitsstadien durchgeführte Tiefenhirnstimulation im Nucleus subthalamicus zu einer signifikanten Besserung der Diskrimination von Gerüchen führt (Hummel et al. 2005). Vielversprechend und auch routineteuglich sind Therapieansätze mit Riechtraining (Hummel et al. 2009), wobei zweimal täglich an vier Dünf-

ten geschnüffelt werden soll. Das Riechtraining wird bereits seit vielen Jahren in der HNO eingesetzt und ist Bestandteil der Leitlinienempfehlungen zur Therapie von Riechstörungen. Beim IPS führte mehrmonatiges Riechtraining zu einer signifikanten Zunahme der Fähigkeit, Gerüche zu identifizieren und zu unterscheiden (Haehner et al. 2013). Begleitend wurden positive Effekte auf die Stimmung und die Kognition beobachtet (s. Abb.).

Positive Effekte des Riechtrainings konnten ebenfalls bei Patienten mit leichten kognitiven Störungen (MCI) nachgewiesen werden. Nach viermonatigem Riechtraining zeigten sich eine Zunahme des Riechvermögens sowie der kortikalen Dicke des Hippocampus im MRT (Haehner et al. 2022). Letztere ist typischerweise bereits früh im Krankheitsverlauf reduziert und besitzt diagnostische Aussagekraft. Eine mit neuropsychologischen Tests fassbare kognitive Verbesserung bei MCI-Patienten ließ sich beim Training mit Düften nicht feststellen. Dahingehend gibt es bei Patienten mit manifester Demenz Hinweise für positive Effekte eines intensiven Riechtrainings (Cha et al. 2022) sowie der Aromatherapie (Fung et al. 2012). Im Gegensatz zur Studienlage bei kognitiv beeinträchtigten Personen ist die Wirkung eines consequenten Trainings mit Düften auf die kognitiven Fähigkeiten gesunder Älterer gut belegt (Wegener et al. 2018, Oleszkiewicz et al. 2021, 2022).



Besserungsrate nach fünfmonatigem Riechtraining bei 60 Patienten mit idiopathischem Parkinson-Syndrom, dargestellt für das Riechvermögen (Sniffin Sticks, TDI), den Depressionsscore (BDI), kognitive Fähigkeiten (MoCA) und die Wortflüssigkeit (COWA). Es zeigen sich signifikant bessere Ergebnisse für die Versuchsgruppe (Training mit gut wahrnehmbaren Düften) im Vergleich zur Placebogruppe (Training mit Konzentrationen unterhalb der Wahrnehmungsschwelle).