

Peter Ruhrberg

Alexander-Technik bei Alzheimer-Demenz?

Ein kleiner Erfahrungsbericht (Stand: 2.2.2008)

Eigentlich hätte ich mir zunächst kaum vorstellen können, dass AT sogar bei schwerer Alzheimerdemenz einsetzbar sein könnte. Aber was probiert man nicht alles, wenn es um die eigene Mutter geht? Und darum, die Tätigkeiten, die sie weiterhin selbst ausführen kann, ihr ein wenig zu erleichtern?

Aber der Reihe nach. Vor etwa zwei Jahren wurde bei der 88jährigen Toni die Demenz festgestellt, mit massiven Hirnsubstanzverlusten kortikal und subkortikal. Seitdem habe ich ihre häusliche Pflege übernommen und dafür meine sonstige berufliche Tätigkeit so weit und so lange wie nötig reduziert. Nach einem Schlaganfall im Sprachzentrum Ende letzten Jahres wurde Toni nach zwei Wochen Klinikaufenthalt wieder nach Hause und zugleich in die Pflegestufe III befördert (was u.a. Pflegebedarf rund um die Uhr bedeutet).

Teilweise auch durch eine umfangreiche Historie von Vorerkrankungen bedingt, ist die Liste von Tonis Behinderungen und Einschränkungen lang. Hierzu gehört, dass ihre Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsspanne meist nicht länger als ein paar Sekunden währt. Sie kann sich sprachlich nur sehr unvollkommen äußern: es gelingt ihr auch bei sehr einfachen Begriffen kaum noch, das richtige Wort zu finden, was die Verständigung enorm erschwert. Beim Versuch, ein fehlendes Wort zu umschreiben, entsteht noch mehr Wortsalat. Ihr Gleichgewicht ist meist schwer gestört bei drastischem Orientierungsverlust, ihr Kreislauf instabil, die Bewegungsabläufe insgesamt steif, kraftlos und zittrig, unsicher und verlangsam.

Nun habe ich auf diesem auch für mich neuen Weg mehrere Fachleute getroffen, die Menschen in diesem Zustand am liebsten für immer bettlägerig und inaktiv sähen. Das würde die Arbeit der Pflegepersonen sicherlich erleichtern, aber was für ein Leben bedeutet das für die Patienten?

So beschlossen vor zwei Wochen die betreuende Hausärztin und ich, Toni über die verordnete Sprach- und Physiotherapie hinaus zu eigenständigen Bewegungen und Tätigkeiten zu ermuntern und anzuleiten, um die mittelbaren Folgen der vorhandenen Hirnschädigungen zumindest abzumildern und ihre Alltagskompetenz soweit wie möglich zu erhalten.

In dieser Situation fiel mir ein, dass ich 2005 beim Treffen der Affiliated Societies zum ersten Mal ein

Video über Ulli Pawlas' Arbeit hauptsächlich mit dementiell erkrankten Senioren gesehen hatte, das mich bis heute sehr beeindruckt hat. Zwar konnte ich Ullis Arbeitsweise, wie ich sie im Film erlebt hatte, natürlich nicht einfach kopieren. Aber warum nicht einmal überlegen, wie ich für Tonis allererste Alexanderstunden andere Unterrichtsansätze entwickeln könnte als ich bisher gelernt hatte?

Wie zufällig bildeten zunächst das Aufstehen und Hinsetzen, Stehen und Gehen ihre größten Probleme, die wir dann auch als erstes angingen. Ich staunte nicht schlecht, wie schnell Toni lernte: meinen Händen vertrauen, über meine Anregungen nachdenken, zwei- bis dreimal ausprobieren, und der Bewegungsablauf „saß“. Für Tonis Physiotherapeutin war es ein mittleres Wunder, wie leicht innerhalb von drei Tagen die Bewegungen ihrer Patientin abliefen. Inzwischen kann Toni immer häufiger stehen und gehen, ohne sich irgendwo festzuhalten. Ihr Erscheinungsbild und ihr Gang sind in diesen Momenten weit entfernt vom Klischee einer multimorbiden 90jährigen.

Der nächste große Bereich war das Essen. Wie bei vielen anderen älteren Menschen landete die Nahrung mehr und mehr auf der Kleidung und Serviette als im Mund. Sicher, Füttern wäre einfacher und schneller, aber warum nicht stattdessen herausfinden, wo die Schwierigkeiten liegen, und ausprobieren, was Toni noch kann und wie es einfacher gehen könnte?

Also schaute ich mir Tonis Bewegungsstrategie „Löffel zum Mund führen“ näher an. Dabei bemerkte ich, dass sie beim Starten der Bewegung fast alle Bewegungsmöglichkeiten ihres Arms durch Versteifung blockierte: Drehung des Unterarms (Pro-/Supination) und Oberarms (Rotation), Bewegungen des Handgelenks und der Finger, ja sogar die Beugungen von Schulter- und Ellbogengelenk. Als Hauptstrategie sah ich dagegen die Abduktion des Oberarms und das Heben des Schultergürtels. Insgesamt hatte ich den Eindruck, dass sie nur noch über zwei Gelenke im Arm zu verfügen schien. Das Ergebnis war dementsprechend: der Löffel stand wie ihr Unterarm quer zum Mund, seine Fläche fast senkrecht – die Suppe war mittlerweile längst wieder im Teller gelandet.

Als ich den Bewegungsbereich ihres Unterarms prüfte, merkte ich, wie fest sie davon überzeugt war, dass alle beschriebenen blockierten Bewegungen ihr

seit Jahren vollkommen unmöglich seien. Die Überraschung war groß, als sie erkannte, dass sobald sie es unterließ, sich steif zu machen, alle Bewegungen nicht nur mühelos ausführbar waren, sondern unvergleichlich besser ineinander griffen und flüssiger abliefen, und wie wenig Kraft sie zum „Heben des Unterarms“ tatsächlich brauchte. Beim Essen war die Wirkung sofort offensichtlich: Der Teller war in kaum fünf Minuten leer und die Servietten mussten nicht mehr annähernd so häufig in die Wäsche.

Vorläufiges Ergebnis nach vier kurzen Lektionen: Viele ihrer Bewegungen strahlen immer häufiger eine kaum zu beschreibende, anstrengungslos majestätische Grazie und Würde aus. Zwei meiner Geschwister, dazu zwei Therapeutinnen und die Hausärztin, die jeweils bei einer dieser Lektionen anwesend waren, konnten fast nicht glauben, wie innerhalb von Sekunden diese alte, gebrechliche Frau sich vor ihren Augen buchstäblich transformierte.

Übrigens: Wie sie es in so kurzer Zeit gelernt hat, sich vollkommen anders zu steuern, bleibt mir schleierhaft. Sie weiß es anscheinend selber nicht, wie sie durch Achselzucken zu verstehen gibt. Ich habe ihr jedenfalls keine Direktiven diktiert, ich habe ihr auch nicht vorgeschrieben, was sie tun oder denken soll. Ich habe ihr nur – mit Engelsgeduld und viel Humor – demonstriert, was bei dem (vergleichsweise sehr guten) strukturellen Zustand ihrer Gelenke an Bewegungen im Arm möglich ist, sobald sie aufhört, ihn

unnötig zu versteifen, und habe sie dann selber experimentieren lassen. Was mich aber am meisten beeindruckt: Man kann während ihrer „helleren“ Momente geradezu sehen, wie sie bei ihren Handlungen nachdenkt, plant, systematisch und geschickt ausprobiert und alleine verbessert – *thinking in activity*.

Für mich ist es schon erstaunlich zu erleben, was hochgradig dementiell erkrankte Menschen, die zudem kaum mehr fähig sind, sich sprachlich zu äußern, an Gedankenleistungen zuwege bringen können. Irgendwie läuft hier beim Lernen wahrscheinlich viel mehr „unbewusst“ ab, als ich mir das bislang in der Theorie und aus meinem bisherigen Verständnis von Alexanders Schriften heraus vorgestellt habe. Doch die für mich wichtigste Erfahrung ist, dass Alexanders Ideen und Lehren anscheinend auch in einer extremen Situation „irgendwie“ vermittelbar sein können und in der Praxis funktionieren. So kann vielleicht auch in solch schwierigem „Fall“ die Eigenständigkeit und -verantwortung eines Schülers bzw. Patienten so lange wie möglich erhalten bleiben.

Peter Ruhrberg unterrichtet die AT hauptberuflich seit 1994. Zuvor war er in der Forschung (im Bereich der medizinischen Akustik) und als Tonmeister tätig. Neben Buchbeiträgen zur Alexander-Technik war er Gründer und Redakteur des GLAT-Infobriefs von 1994-1997.