

Schriftenreihe der DGAP

Christian Tewes | Magnus Schlette
Thomas Fuchs [Hrsg.]

Verletzlichkeit und Personalität in der Demenz

Anthropologisch-phänomenologische Zugänge



DGAP

https://doi.org/10.5171/9783459365709_bm_7A01s2024_21-1143
Open Access –  – <https://www.nomos-elibrary.de/agb>

VERLAG KARL ALBER



Schriftenreihe der DGAP

Herausgegeben von

Thomas Fuchs

Thiemo Breyer

Boris Wandruszka

Stefano Micali

Band 12

Alle Beiträge zu dieser Reihe durchlaufen
vor der Annahme ein peer-review.

Christian Tewes | Magnus Schlette
Thomas Fuchs [Hrsg.]

Verletzlichkeit und Personalität in der Demenz

Anthropologisch-phänomenologische Zugänge

DGAP

VERLAG KARL ALBER



<https://doi.org/10.5771/9783495995709>, am 11.08.2024, 22:51:43

Open Access –  <https://www.nomos-elibrary.de/agb>

Gedruckt mit großzügiger Unterstützung der Fritz Thyssen Stiftung.

© Titelbild: Michael Hagedorn, Konfetti im Kopf e.V.

Das Foto entstand während des Musikworkshops „KONFETTI Klangräume“, den die MSH Medical School Hamburg gemeinsam mit dem Konfetti im Kopf e.V. regelmäßig für Menschen mit Demenz und ihre Begleitenden anbietet. Ziel des von Prof. Dr. Jan Sonntag empathisch gestalteten künstlerischen Begegnungsraums ist die Aktivierung kreativer, emotionaler und kommunikativer Ressourcen. Der auf dem Foto abgebildete, in seinem Berufsleben professionelle Cellist Klaus Bloh hat – mittlerweile hochbetagt und mit Demenz in einem Hamburger Pflegeheim lebend – in Begleitung einer Musiktherapeutin sein Instrument wieder- und neuentdeckt. Klaus Bloh ist regelmäßiger Besucher der „KONFETTI Klangräume“ und auch in diesem Kurzfilm in Aktion zu sehen: https://www.youtube.com/watch?v=NW_ayEWJbHQ



Kurzfilm

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-495-99569-3 (Print)

ISBN 978-3-495-99570-9 (ePDF)



Onlineversion
Nomos eLibrary

1. Auflage 2023

© Verlag Karl Alber – ein Verlag in der Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Baden-Baden 2023. Gesamtverantwortung für Druck und Herstellung bei der Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG. Alle Rechte, auch die des Nachdrucks von Auszügen, der fotomechanischen Wiedergabe und der Übersetzung, vorbehalten. Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier (säurefrei). Printed on acid-free paper.

Besuchen Sie uns im Internet
verlag-alber.de

Inhaltsverzeichnis

Christian Tewes, Magnus Schlette, Thomas Fuchs

Einleitung

Verletzlichkeit und Personalität in der Demenz

Anthropologisch-phänomenologische Zugänge. 7

I. Personalität und Leiblichkeit 27

Regine Kather

**Der menschliche Leib als Vermittlung zwischen bewussten
und nicht-bewussten Ausdrucksformen 29**

Christian Tewes

**Verkörperte Personalität und Vulnerabilität in der
Alzheimer-Demenz 59**

Erik Norman Dzwiza-Ohlsen

**Verkörperung und Positionierung.
Philosophische Zugänge zu demenziellen Erkrankungen . . . 93**

Marion Bär

**Sinn – Resonanz – Beziehung: Impulse aus der
Existenzanalyse für neue Perspektiven auf das Leben mit
Demenz 131**

II. Leiblichkeit und Selbstaktualisierung 165

Magnus Schlette

**Altern können. Gerontophilosofische Überlegungen zum
Freiheitsproblem in späten Lebensphasen 167**

Hans-Martin Rieger

Die Würde des Gewordenen

Die Bedeutung eines leibgebundenen Personbegriffs für Menschen mit Demenz 185

Daniela Ringkamp

Demenz, Identifikation und Sorge

Zur Möglichkeit eines alternativen Verständnisses personaler Identität bei Demenzbetroffenen 217

Andreas Kruse, Sebastian Ritzi, Eric Schmitt

Zum inneren Erleben von Menschen mit Demenz: Vielfalt, Komplexität und Selbstaktualisierung 235

III. Selbstaktualisierung und therapeutisches Handeln 261

Charlotte Uzarewicz

Atmosphären (in) der Demenz oder: Wie entstehen resonante Räume? 263

Jan Sonntag

**Atmosphärensensibilität bei Menschen mit Demenz
Leibliche Ergriffenheit im Kontext der Musiktherapie 289**

Christiane Schrader

Verletzlichkeit, Zwischenleiblichkeit und die leibliche Dimension in der psychodynamischen Psychotherapie im Alter und bei Demenzerkrankungen 323

Ralph Kunz

**Die Leiblichkeit der Demenz und der Leib, der sich erinnert
Rituale Praktiken der Wiedereingliederung 361**

Autorenverzeichnis 389

Sachregister 395

Personenregister 399

Christian Tewes, Magnus Schlette, Thomas Fuchs

Einleitung

Verletzlichkeit und Personalität in der Demenz

Anthropologisch-phänomenologische Zugänge

Das Thema

In der Forschung geht man davon aus, dass demenzielle Erkrankungen in den kommenden Dekaden weltweit und in Deutschland stark zunehmen werden. 2007 waren beispielsweise in Amerika 3,4 Millionen Menschen (13 % der über 70-jährigen) von Demenzerkrankungen betroffen (Sabat 2014, 24). Im September 2020 waren weltweit 47 Millionen Menschen an Demenz erkrankt, und weitere Schätzungen gehen davon aus, dass es 2050 bereits 139 Millionen weltweit sein werden (Alzheimer's Disease International 2019). Alzheimer ist dabei in allen Altersgruppen der häufigste Typ demenzieller Erkrankungen, wobei vor allen Dingen über 65-jährige Menschen betroffen sind (Guerreiro & Bras 2015). Demenz ist deshalb insgesamt ein Phänomen, das für unsere alternde Gesellschaft mit ihrem medizinischen Fortschritt (Aronowitz 1998) geradezu als prototypisch einzuordnen ist, was sich auch in ihrer Einstufung als Volkskrankheit niederschlägt (Tettenborn & Felbecker 2019, 5). Die genannten Zahlen und skizzierten Entwicklungen deuten bereits an, welche ethischen und gesellschaftspolitischen Probleme aufgrund von Demenzerkrankungen für die Zukunft zu erwarten sind. In Gesellschaften des ›langen Lebens‹ stellt sich deshalb die Frage, auf welche Bilder des Alters und Alterungsprozesses im öffentlichen Diskurs zurückgegriffen wird und wie wir den Umgang mit an Demenz erkrankten Menschen im Alltag, in Pflege und Betreuung gestalten, um den besonderen Herausforderungen der Erkrankungen gerecht zu werden (Kruse 2010, 18).

Die besondere Verletzlichkeit des Menschen, die in Demenzerkrankungen in unterschiedlichen Dimensionen sichtbar wird, darf

dabei ebenso wenig außer Acht gelassen werden wie die Stärken und Kompetenzen im Alter (Kruse 2010, 18). Dabei ist die Wahrnehmung der Verletzlichkeit in der Demenz außerordentlich angstbesetzt und hat auch mit den in der Öffentlichkeit vielfach verbreiteten Bildern der Krankheit zu tun. So wird mit dem Verlust von Selbstkontrolle häufig ein entwürdigendes Geschehen assoziiert, das dem von Souveränität und Autonomie bestimmten Selbstbild diametral entgegengesetzt ist (Werren 2019, 17ff.). Wilfried Härle hat diese Angst vor dem Verlust der Selbstkontrolle näher untersucht und dabei verschiedene Motive identifiziert. Sie reichen von der antizipierten Peinlichkeit, wie man anderen Menschen im Verlauf der Krankheit erscheinen werde, über die Verfügungsgewalt, die andere über einen selbst erlangen, bis zur Vorstellung des Verlustes der Menschenwürde. (Härle 2010, 44f.). Diese Vorstellung hat mit dem Verlust von Fertigkeiten und Eigenschaften wie Vernunft, Selbstachtung und Autonomie zu tun, die eng mit dem Begriff der Person und Personalität verbunden sind, und mit der besonderen Verletzlichkeit, die in der Demenz zu Tage tritt.

Bei der ›Demenz‹ handelt es sich um einen Sammelbegriff für ein Spektrum von Erkrankungen, die mit verschiedenen Symptomen und Verläufen assoziiert sind und unterschiedliche Ursachen haben. Zu nennen ist hier einerseits die *neurodegenerative* Demenz, bei der die Schädigungen die Nervenzellen betreffen. Andererseits gibt es auch die *vaskulären* Demenzen, bei denen die primäre Ursache der Erkrankung in einer Schädigung der Gefäße besteht. Zudem finden sich Mischformen, doch die neurodegenerativen Demenzen stellen mit 65 % die größte Gruppe dar (Kruse 2021, 257). Die Alzheimer-Demenz ist dabei der häufigste Typ demenzieller Erkrankungen in allen Altersgruppen. Im fortgeschrittenen Stadium geht sie mit dem Verlust kognitiver Vermögen wie der sprachlichen Artikulationsfähigkeit, des deklarativen Erinnerungsvermögens oder auch der basalen sensomotorischen Orientierungsfähigkeit einher. Gerade auch die autobiografische Identität der Person wird durch die Symptome der Demenz beeinträchtigt. Es deutet sich damit bereits an, dass bei fortgeschrittenen Formen der Demenz nicht nur die Frage nach einem würdigen Dasein aufgeworfen wird, sondern sogar der Personenstatus insgesamt zur Disposition steht.

Wie ist dieser Zusammenhang zu verstehen? Das Personenkonzept hat sich insbesondere im Rückgriff auf die Tradition von John Locke immer stärker von metaphysischen und substanzontologischen

Voraussetzungen gelöst und wird immer mehr durch empirisch messbare psychische Vermögen oder Eigenschaften bestimmt. Bereits bei Locke kommt der Reflexionsfähigkeit und dem expliziten Gedächtnis, auch wenn es Locke selbst so nicht benennt, eine herausragende Rolle für die Konstitution von Personalität und die Fortdauer personaler Identität im zeitlichen Verlauf zu. Denn nur das, worauf sich das Bewusstsein in der eigenen Vergangenheit explizit beziehen kann, ist als Teil der personalen Identität zu betrachten (Locke 1690/2007). Die Kontinuität der personalen Identität wird in dieser Theorietradition somit allein an der Kontinuität des Selbstwissens festgemacht, die jedoch beim Verlust kognitiver Vermögen verloren zu gehen droht. Die Schlussfolgerung, schwer Demenzkranke nicht mehr als Personen zu betrachten, wird von Vertretern solcher Theorien wie Derek Parfit und Peter Singer, die sich stark auf Locke beziehen, auch dezidiert gezogen (Parfit 1984; Singer 1994).

Doch auch andere Zugänge, welche die Konstitution von Personalität zu bestimmen suchen, wie die Theorien narrativer personaler Identität, sehen sich der Herausforderung gegenüber, Demenzerkrankten bei einem starken Fortschreiten der Erkrankung den Personenstatus gemäß eigenen Kriterien aberkennen zu müssen. Wird bei Alzheimer-Patienten das deklarative Gedächtnis zusehends zerstört, die sprachliche Artikulation fragmentarisch und das Handeln scheinbar planlos, dann ist es nach den kognitivistischen Definitionsmerkmalen in den genannten Theorietraditionen nur folgerichtig, dass der Personenstatus solcher Patienten in Frage gestellt wird (Wetzstein 2010). Aus solchen Auffassungen scheint dann direkt zu folgen, dass Menschen mit schweren Hirnschädigungen bzw. Alzheimer-Patienten in fortgeschrittenen Stadien (mit dazwischen liegenden erheblichen Grauzonen) als *post-personale* Menschen anzusehen sind (McMahan 2002, 46ff.). Peter Singer hat zum Beispiel diese Konsequenzen explizit gezogen und mit seiner Trennung von Mensch- und Personsein, die auch als »Speziesismus-Kritik« bekannt geworden ist, zu verteidigen versucht (Singer 1994). Damit werden Demenzerkrankungen in späten Stadien auch zum »Testfall« unseres Verständnisses von Menschenwürde (Rieger 2018). Denn wenn der Personenstatus nicht für alle Menschen gilt, stellt sich die Frage, ob für Menschen mit einer weit fortgeschrittenen Demenz die Zuschreibung von unveräußerlicher Würde nicht ebenfalls fraglich bzw. obsolet wird.

Auch wenn man diese und ähnliche Schlussfolgerungen ablehnt, wird man keinesfalls leugnen, dass mit der Demenzerkrankung eine

»biografische Katastrophe« verbunden ist, wie Volker Gerhardt zu Recht formuliert hat (Gerhardt 2012). Die grundsätzliche Verletzlichkeit humaner Existenz konkretisiert sich in den Grenzsituationen der Demenzerkrankungen als ein Zusammenbruch des bisher als selbstverständlich erlebten Umgangs mit der Lebenswelt. Dies manifestiert sich nicht nur in den Einschränkungen der bereits genannten kognitiven Vermögen von Denkfähigkeit und Entscheidungsfindung, deklarativem Gedächtnis und sensomotorischer Orientierung, sondern auch in der Störung praktischer Fertigkeiten bei der Realisierung von Handlungsabläufen (Phinney & Chesla 2003, 288). Auch die Teilhabe an sozialen Aktivitäten erfährt hierdurch zunehmende Einschränkungen, weshalb die soziale Isolation für Demenzpatienten ein hohes Risiko darstellt (Becker et al. 2010, 77). Diese umfassenden kognitiven, praktischen und sozialen Beeinträchtigungen gehen zugleich mit einem veränderten affektiven Welt- und Selbsterleben einher, was sich unter anderem in einer starken Zunahme depressiver Symptome bei Demenzerkrankten zeigt (Thorpe 2009, 18). Diesen Gesichtspunkt der emotionalen Veränderungen und Verletzlichkeiten in der Demenz werden wir unten noch einmal ins Zentrum der Betrachtung stellen.

Doch zunächst sind die bereits genannten sozialen Einschränkungen und Transformationen weitergehend zu erörtern, die in Demenzerkrankungen zutage treten. Sozialkonstruktivistische Personenauffassungen, die auch in der Demenzforschung bedeutende Vertreterinnen und Vertreter haben, betonen den Gesichtspunkt, dass Persönlichkeit an soziale Beziehungen und Anerkennungsformen gebunden ist (Sabat & Harré 1992; Radden & Fordyce 2006; Kitwood 2019). Die personale Identität von schwer Demenzkranken hängt nach dieser Auffassung besonders von der Anerkennung und Aufrechterhaltung sozialer Interaktionen ab, woraus sich auch eine weitere ethische Dimension im Umgang mit Demenzerkrankungen bestimmen lässt. Demenzielle Erkrankungen mögen ihre Ursachen in neurodegenerativen oder vaskulären Erkrankungen haben, doch die Gestaltung oder Störung sozialer Prozesse trägt maßgeblich dazu bei, wie sich die betroffene Person im sozialen Feld realisieren kann. Zum Erhalt personaler Eigenschaften, der Lebensqualität und würdevollen Existenz von Betroffenen beizutragen, kann somit als zentrales Anliegen dieses Ansatzes verstanden werden, der in dem maßgeblich von Tom Kitwood entwickelten Konzept der personenzentrierten Pflege eine signifikante methodisch-inhaltliche Ausprägung gefun-

den hat. Ihr Ziel besteht darin, alle therapeutischen Möglichkeiten zu nutzen, die einen Beitrag zum Erhalt der Person (*personhood maintained*) leisten können (Kitwood 2019, 64ff.). Selbst wenn man den sozialkonstruktivistischen Ansatz nicht in jeder Hinsicht teilt, schärft der Blick auf die sozialen Konstitutionsbedingungen von Demenzerkrankungen und ihre Verlaufsformen den Fokus auf die anthropologischen, verkörperten und phänomenologischen Dimensionen der menschlichen Existenz, die in sozialen Interaktionen zum Ausdruck kommen und mitgeprägt werden.

Im Zentrum dieses Bandes stehen deshalb phänomenologische und anthropologische Zugänge zu Demenzerkrankungen, welche das Leibgedächtnis, die expressiv-emotionalen Dimensionen des menschlichen Selbst oder seine zwischenleibliche Eingebundenheit und die damit verbundenen Sinndimensionen zu berücksichtigen suchen (Kather 2007; Fuchs 2020; Tewes 2021). Zwischenleibliche Interaktionen, wie sie zum Beispiel in gemeinsamen Berührungen oder in der direkten Resonanz in wechselseitiger Gestik und Mimik zum Ausdruck kommen, fundieren sinnhafte soziale Beziehungen und sind keinesfalls notwendig abhängig von symbolischen Fähigkeiten und Diskursformen, die in sozialkonstruktivistischen Ansätzen besonders im Vordergrund stehen.

Betrachten wir exemplarisch das Leibgedächtnis. In der jüngeren Forschung ist dafür argumentiert worden, dass das Leibgedächtnis eine bedeutende Funktion nicht nur für vielfältige kognitive Vollzüge, sondern für die gesamte diachrone Existenz des personalen Selbst hat (Fuchs 2017). Das Leibgedächtnis lässt sich in einer ersten Annäherung als ein implizites Gedächtnis bestimmen, das Fähigkeiten und habitualisierte Praktiken umfasst, die zwar in der Vergangenheit gebildet wurden und häufig nicht explizit erinnert werden können, sich aber in der Gegenwart mit einem protentionalen Bezug zur Situation und ihrer nächsten Zukunft manifestieren. Berücksichtigt man, dass bereits bei mittelgradiger Demenz schwere Störungen des deklarativen (episodischen und semantischen) Gedächtnisses auftreten, bei der selbst Ereignisse der jüngsten Vergangenheit unter Umständen nicht erinnert werden können (Wojnar 2014, 62), wird deutlich, wie bedeutsam das Leibgedächtnis für verbleibende Orientierungs- und Ausdrucksmöglichkeiten in der Demenz sein kann. Denn die Orientierungsverluste betreffen nicht nur partielle Episoden der Desorientierung im lebensweltlichen Kontext, sondern die grundlegenden Fähigkeiten zur räumlich-zeitlichen Orientierung ins-

gesamt (Dzwiza-Ohlsen 2021, 79). Schrumpft daher mit zunehmendem Fortschreiten der Erkrankung die zeitliche Orientierung zu einem »Leben im Augenblick« (Wojnar 2014, 62), so ist zu untersuchen, inwieweit der partielle Verlust des autobiografischen Gedächtnisses bzw. des narrativen Selbst durch habitualisierte Lebensvollzüge des Alltags kompensiert werden kann (Hydén & Örvulv 2009); oder wie sich gemeinsame, insbesondere zwischenleibliche Aktivitäten auf der Basis dyadisch habitualisierter Gedächtnisformen positiv auf Demenzerkrankungen auswirken können (Kontos 2005; Fuchs 2018; Hydén 2018). Das verkörperte Gedächtnis wie auch die expressiven Ausdrucksgestalten des Menschen (Gestik, Mimik, Stimme, Haltung etc.), die gerade auch aus anthropologischer Perspektive für die Konstitution von Persönlichkeit hoch bedeutsam sind, sollten deshalb als mögliche Ressourcen für einen wertschätzenden und therapeutischen Umgang mit Demenzerkrankten weitergehend untersucht und genutzt werden.

Wenn man sich vergegenwärtigt, dass mit dem fortschreitenden Orientierungsverlust auch das Vertrauen in die lebensweltlich fundierten Sinndimensionen verloren zu gehen droht, werden die aus der Demenz resultierenden emotionalen Belastungen verständlich (Dzwiza-Ohlsen 2021, 85ff.). Mit der Entfremdung von vertrauten räumlichen, zeitlichen und sozialen Sinnhorizonten steigt deshalb die Gefahr von zusätzlichen psychopathologischen Erkrankungen wie Depression, Psychosen, Halluzinationen, Apathie oder aber einer gesteigerten Ruhelosigkeit. Untersuchungen zeigten, dass von 200 demenziell erkrankten Personen mehr als 90 % auch psychiatrische Symptome aufwiesen (van Neer & Braam 2016, 108).

Umso bedeutsamer sind für Demenzerkrankte therapeutische Ansätze, die zum Beispiel durch Musiktherapie oder auch durch gezielte räumliche Gestaltung die atmosphärische Umgebung von Betroffenen so verändern, dass emotionaler Druck genommen wird und durch ästhetische Erlebnisse positive Selbst- und Gemeinschaftserfahrungen möglich werden (Sonntag 2016), wie sie auch in diesem Band untersucht werden. Gernot Böhme beschreibt die Atmosphären als einen »gestimmten Raum«, also als eine Erfahrung, der durchaus etwas Objektives entspreche. Obwohl also die Atmosphäre eines von Musik erfüllten Raumes, wie bei einem Konzert in einem sakralen Bau, eine starke Verwandtschaftsbeziehung zu Emotionen hat, lassen sich Atmosphären nach Böhme nicht auf subjektive Stimmungen oder Gefühle reduzieren (Böhme 2001, 49). Jedoch sind sie beson-

ders in der Lage, affektive Reaktionen und Gefühle hervorzurufen, sodass ihre bewusste Gestaltung für therapeutische Interventionen relevant ist.

Diese Aspekte sind in hohem Maße mit der Sinndimension menschlicher Existenz verbunden. Wie Marion Bär im Zusammenhang mit Demenzerkrankungen herausgearbeitet hat, kann man »Sinn« hier als gelingende Beziehung zwischen Menschen und Welt verstehen, die in ganz unterschiedlichen Erfüllungsgestalten realisiert werden kann (Bär 2010, 253). Der Umgang mit der besonderen Verletzlichkeit humaner Existenz in der Demenzerkrankung hängt dann davon ab, ob entsprechende Erfüllungsgestalten bestehen, teilweise wiederhergestellt und/oder neu kreiert werden können. Trotz der bedrängenden Symptomatik, der Einschränkungen und Brüche im Welt- und Selbstverhältnis der Patienten hat die Forschung gezeigt, dass positive leiblich-soziale Resonanzphänomene in jedem Demenzstadium noch möglich sind. Die Frage nach derartigen Sinndimensionen in der Demenz stellt ein ebenso zentrales Thema dieses Bandes dar.

Die Beiträge

Die in diesem Band versammelten Beiträge lassen sich drei Themenschwerpunkten zuordnen. Während im ersten Teil des Bandes Aufsätze versammelt sind, die unter Rückgriff auf jeweils unterschiedliche theoretische Ansätze die These stark machen, dass die leibliche Verfasstheit des Menschen als konstitutiv für die Zuschreibung von Personalität aufgefasst werden muss, widmen sich die Aufsätze im zweiten Teil vor allem der Frage, wie unter Bedingungen von Demenz eine an unterschiedlichen Formen der Selbstaktualisierung orientierte Lebensgestaltung noch möglich ist. Im dritten Teil schließlich werden Umrisse einer therapeutischen Praxis skizziert, die den Ressourcen der Selbstaktualisierung, die grundsätzlich auch in fortgeschrittenen Stadien der Demenz noch vorhanden sind, entgegenkommen und damit dazu beitragen, die Personalität der von der Demenz betroffenen Menschen zu bewahren.

Personalität und Leiblichkeit

Was die Beiträge des ersten Teils verbindet, ist die Überzeugung, dass es für die Achtung der leiblich-geistigen Integrität der an Demenz erkrankten Menschen nicht unerheblich ist, ob sie trotz des sukzessiven Verlustes ihrer kognitiven Fähigkeiten und der zunehmenden Beeinträchtigung ihrer autobiografischen Identität noch mit guten Gründen als Personen wahrgenommen und angesprochen werden können. Alle vier Aufsätze gehen davon aus, dass das klassische, in Vernunftvermögen, Autonomie und Selbstbewusstsein zentrierte Personalitätskonzept diese Gründe nicht bereithält. So konstatiert *Regine Kather*, dass dieses Konzept auf einer dualistischen Entgegensetzung von Körper und Geist beruht, der zufolge der Körper nichts zur biografischen Individualität mit ihren sozialen Beziehungen beitrage, sondern diese allein funktional ermögliche. Sei dieses Konzept bereits für sich genommen unzureichend, da es die Wechselwirkung zwischen organischen Prozessen und mentalen Ereignissen nicht erklären könne, so führe es in letzter Konsequenz zu einem Ausschluss von Menschen aus dem Kreis der Personen, die über die entsprechenden Fähigkeiten nicht verfügen oder sie eingeübt haben. *Christian Tewes* unterscheidet unter den vorherrschenden Personalitätskonzepten psychologische Kontinuitätstheorien von narrativen Theorien der Personalität, allerdings ebenfalls mit dem Befund, dass mit keinem der beiden Ansätze begründet werden könne, dass Menschen extensionsgleich mit Personen seien. Denn würden der psychologischen Kontinuitätstheorie zufolge die deklarativen Gedächtniskapazitäten des Menschen zu einem entscheidenden Kriterium von Personalität, so sei der narrativen Theorie zufolge der Personstatus an die reflexive Fähigkeit gebunden, sich im Horizont einer Lebensgeschichte als ein zeitlich persistierendes Subjekt zu verorten. *Erik Norman Dzwiza-Ohlsen* erkennt diesen ›Mnemozentrismus‹ auch in der gegenwärtigen Demenzforschung, der an den erkrankten Menschen allein den degenerativen Prozess des Gehirns unter einseitiger Betonung des Verlustes der reflexiven Dimension von Kognition in den Blick nehme. Und *Marion Bär* kommt zu einem ähnlichen Befund in der Sinnforschung der empirischen Psychologie, die nämlich der rationalen Erkenntnisfähigkeit als Voraussetzung individueller Sinnbildung einen zentralen Stellenwert einräume.

Die Autorinnen und Autoren bleiben aber nicht bei einer Kritik vorherrschender Personalitätskonzepte in Philosophie, Psychologie

und Demenzforschung stehen, sondern entwickeln kontrastiv dazu theoretische Ansätze, die der konstitutiven Bedeutung der Leiblichkeit des Menschen für seine Personalität grundbegrifflich besser gerecht werden. *Regine Kather* plädiert geradezu dafür, den Leib, durch den der Mensch bereits präverbal in einer Interaktionsbeziehung mit seiner Umwelt und in einer Kommunikationsbeziehung mit seinen Mitmenschen steht, zum Zentrum des Personalitätsverständnisses zu machen. Im Anschluss an *Wim Dekkers'* Konzept des ›stummen Wissens‹ legt sie dar, dass der Leib mit erlernten Verhaltensweisen, inneren Einstellungen und dem Gespür für die Bedeutung von Situationen zugleich die Individualität und biografische Kontinuität eines Menschen ausdrücke, die ihn als Person qualifizieren. Noch nach dem Zerfall kognitiver Vermögen sei im Leib und leibhaften Erleben die unverwechselbare Individualität und Lebensgeschichte jeweils dieses Menschen gegenwärtig und könne durch die Gestaltung von Lebensräumen und -rhythmen, etwa durch sinnliche Marker in einer vertrauten Umgebung oder durch die Ermöglichung ritualisierter Bewegungen bewahrt bzw. erneut evoziert werden. Wenn aber, wie *Kather* ihre Grundposition zusammenfasst, die menschliche Person eine in sich zentrierte Einheit psychophysischer Prozesse ist, die auf Selbstüberschreitung zu einem spezifischen Umfeld angewiesen ist, dann folgt daraus für den Umgang mit Menschen, die an Demenz erkrankt sind, dass ihre Personalität in dem Maße anerkannt und gestützt wird, wie ihnen durch Gestaltung des Umfelds Angebote gemacht werden, die Fähigkeit zu dieser Selbstüberschreitung, in welcher rudimentären Form auch immer, aufrechtzuerhalten.

Sowohl *Christian Tewes* als auch *Erik Norman Dzwiza-Ohlsen* bemühen sich um eine wechselseitige Ergänzung phänomenologisch-verkörperungstheoretischer und sozialkonstruktivistischer Modellierungen des demenziellen Weltverhältnisses. So verbindet *Tewes* Einsichten aus *Husserls* Phänomenologie des Zeitbewusstseins mit der sozialkonstruktivistischen Positioning-Theorie von *Steven Sabat*. Er argumentiert zunächst mit *Steven Sabat* dafür, dass die Verwendung der Personalpronomina durch die Erkrankten als Ausdruck ihrer leibbezogenen Selbsterfahrung gedeutet werden könne, die trotz schwerer Sprachstörungen und Beeinträchtigungen des Gedächtnisses noch möglich sei. Um nun dieses sich in der Verwendung indexikalischer Ausdrücke und Gesten artikulierende Selbsterleben näher zu bestimmen, rekurriert er auf *Husserls* Phänomenologie des retentional-protentionalen Bewusstseins. Dieses sei zwar im späten Stadium der

Demenz nicht mehr in das Horizontbewusstsein einer dem Subjekt explizit zugänglichen Vergangenheit oder Zukunft eingebunden, sei aber weiterhin in den Gewohnheiten, Dispositionen und Einstellungen der Erkrankten gegenwärtig, die Tewes in Anschluss an Thomas Fuchs mit dem Begriff des ›Leibgedächtnisses‹ bezeichnet (das wiederum Korrespondenzen zu dem von Regine Kather verwendeten Konzept des ›stummen Wissens‹ unterhält). Anhand phänomenologisch reichhaltiger Fallbeispiele verdeutlicht Tewes auch die zwischenleibliche Dimension des Leibgedächtnisses, die sich in dem leiblich-gestischen Beziehungsgeschehen der Interaktion mit anderen Menschen entfaltet – etwa in einem der Fallbeispiele beim Straßenfußball, dessen habitualisierte Bewegungsschemata dem Demenzerkrankten noch zur Verfügung stehen und durch die er einen wesentlichen Aspekt seiner Identität als früher leidenschaftlicher Hobby-Fußballer im spielerischen Umgang mit den Mitspielern erneut erlebnishaft evozieren kann. So positioniert sich der kranke Mensch in einem intersubjektiv geteilten Raum bzw. wird in ihm durch die anderen positioniert – auf eine ihm entgegenkommende, benigne, oder ihn isolierende, die Ressourcen seiner Personalität unterdrückende, maligne Weise.

Erik Norman Dzwiza-Ohlsen wiederum erkundet die Möglichkeiten der Integration einerseits von Embodiment-Theorien – unter primärer Bezugnahme auf Pia Kontos – und andererseits von Positioning-Theorien – vornehmlich im Rekurs auf Steven Sabat – der Demenz. Kontos' Begriff der ›embodied selfhood‹ stehe für die leibliche Tiefenstruktur non-verbaler und habitualisierter Ausdrucks- und Handlungsformen, Sabat wiederum betone das semiotische Potential indexikalischer Kommunikation auf der prä- bzw. postverbalen Basis gestischer Ausdrucksformen – hier ergänzen und differenzieren Dzwiza-Ohlens Ausführungen die Bezugnahme von Christian Tewes auf Steven Sabat. Wie beide Ansätze, der phänomenologische und der sozialkonstruktivistische, einander in der Identifikation vielfältiger Ressourcen der Identitätswahrung in der Demenz ergänzen können, führt der Aufsatz via John Locke vor, indem er zeigt, wie dessen Konzept personaler Identität mit Hilfe der erwähnten Ansätze einerseits leibphänomenologisch, andererseits kommunikationstheoretisch erweitert werden könne. Während Tewes dem Personbegriff Lockes, auf den letztlich die aktuellen Ansätze der psychologischen Kontinuitätstheorie der Personalität zurückgehen, kritisch gegenübersteht, sieht Erik Norman Dzwiza-Ohlsen in ihm

ein mit den Intentionen einer verkörperungstheoretisch basierten Demenzforschung vereinbares Entwicklungspotential.

Um die Bestimmung von Kriterien eines dem Demenzerkrankten entgegenkommenden Umfelds geht es auch *Marion Bär* in ihrem Beitrag. Sie stellt sich explizit die Frage nach den Voraussetzungen für ein gutes Leben in der Demenz. Dabei rückt sie die Möglichkeit der Erfahrung von Sinn ins Zentrum des Begriffs von einem guten Leben. Um einen – in den Worten des Psychiaters Klaus Dörner – der menschlichen »Seinsweise« des »Dementseins« entgegenkommenden Begriff des guten Lebens entwickeln zu können, beruft Bär sich auf die existenzanalytische Anthropologie Viktor Frankls und seiner Nachfolger. Nach Frankl beruhe die Erfahrung von Sinn auf der Fähigkeit, sich zu seinem Leben affirmativ verhalten und auf seine Bewandnisse einstellen zu können. Denke Frankl dabei aber an das Leben im Ganzen bzw. an größere Lebenszusammenhänge, deren Erfassung nun gerade diejenigen kognitiven Leistungen voraussetze, die in der Demenz verloren gingen, so ist Bär überzeugt, dass sich Sinnerfahrungen auch durch Einstellungen zu *einzelnen* Situationen in existentiell förderlicher Weise evozieren lassen, die nicht mehr erinnernd oder vorausschauend in größere Lebenszusammenhänge eingebunden werden. Um diese sozusagen kleinen »Sinneinheiten« begrifflich näher zu fassen, bedient sie sich des Resonanz-Konzepts von Hartmut Rosa: Sinnerfüllung als Resonanz Erfahrung einer lebendigen Selbst-Welt-Beziehung sei dem dementen Menschen auch dann noch möglich, wenn es ihm nicht mehr gelänge, die besagten Sinneinheiten kognitiv in übergreifende Bedeutungszusammenhänge einzubetten. Für das Pflegepersonal folgt daraus für Bär, Handlungsspielräume für die Ermöglichung von Resonanzbeziehungen zu gestalten und sich auf Resonanzbeziehungen zu den Kranken einzulassen.

Leiblichkeit und Selbstaktualisierung

Mit der Fokussierung auf den Begriff des guten Lebens leitet Marion Bärs Beitrag zum zweiten Teil des Bandes über. Er setzt sich mit der Frage auseinander, wie sich das Leben mit der Demenz selbst im fortgeschrittenen Stadium der Krankheit immer noch als eine Lebensform begreifen lässt, die zumindest Aspekte einer an subjektiven Maßstäben der Güte orientierten, spezifisch personalen

Vollzugsweise aufweist. Dabei werden die Autorin und Autoren dieses Teils mit einem ähnlichen Ausgangsbefund konfrontiert wie die Beitragenden des ersten Teils. Während dort gegen den »Mnemozentrismus« in der Demenzforschung und im Diskurs über Personalität argumentiert wurde, um den Personstatus von Demenzerkrankten zu verteidigen, wird die Ausgangslage hier durch gesellschaftliche Deutungsmuster geprägt, die den Begriff des guten Lebens von anspruchsvollen Konzepten der individuellen Freiheit und Selbstverwirklichung, von Selbstbestimmung und persönlichem Wachstum abhängig machen. So betont *Magnus Schlette* in seinem Aufsatz, im Zentrum des Wertesystems der modernen westlichen Gesellschaften stünde ein Freiheitsideal, das Urheberschaft und Selbstmächtigkeit zu wesentlichen Bestimmungsmerkmalen lebenspraktischer Sinnbildung erhebe. Unter Bedingungen einer wettbewerbsförmigen Organisation der Sozialsphären spitze sich dieses Freiheitsideal zur Konkurrenz um die Anerkennung der eigenen unverwechselbaren Individualität zu, die wir im Leben zu verwirklichen streben. Dieses aktivische Freiheitsverständnis vertrage sich nicht mit dem Widerfahrnischarakter des Alterns und trage dazu bei, dass die Demenzerkrankung in der Gesellschaft als »biografische Katastrophe« erlebt werde, wie es Volker Gerhardt in seinem Sondervotum zur Stellungnahme des Deutschen Ethikrats zum Thema »Demenz und Selbstbestimmung« formuliert hat (s.o.). Auch *Hans-Martin Rieger* bettet den Umgang mit dementiellen Erkrankungen in den Zusammenhang der gesellschaftlich verbreiteten Leitorientierung von Personalität als Selbstwerdung durch Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung ein. Indem Flexibilität und Potentialität des Lebens sowie die Fähigkeiten seiner Gestaltung und Modellierung zum »Kern des Personseins« erhoben würden, übten sie eine latente Normativität auf die Menschen aus, die in der »Dämonisierung der Demenz in Teilen der öffentlichen Wahrnehmung« zum Ausdruck gelange.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, welche Leitbegriffe das Leben mit der Demenz so zu erfassen vermögen, dass ihm der Status einer personalen Existenzweise zugebilligt werden kann. Während Magnus Schlette mit Dieter Thomä für ein gesellschaftliches Umdenken plädiert, das von dem aktivischen Ideal der Selbstverwirklichung zugunsten einer Haltung der Selbstliebe abrückt, die darin besteht, mit sich – und das heißt eben auch: mit dem Vergehen und dem Verlust früher selbstverständlicher Fähigkeiten – auskommen zu lernen, bemühen sich die Beiträge von *Hans-Martin Rieger*

und *Daniela Ringkamp* sowie von *Andreas Kruse* zusammen mit *Sebastian Ritzi* und *Eric Schmitt* komplementär darum, den Begriffen der Selbstwerdung, der Willensfreiheit und der Selbstaktualisierung Bedeutungen abzugewinnen, die dem Personstatus von Menschen mit Demenz gerecht werden.

Anstatt Selbstwerdung als Leitorientierung für Menschen im hohen Alter völlig zu verabschieden, schlägt *Hans-Martin Rieger* vor, die lebensgeschichtliche »Körperwerdung«, mit der ein Verlust von Flexibilität und Gestaltbarkeit des Lebens verbunden ist, in den Begriff der Selbstwerdung zu integrieren. Diese Erweiterung des Begriffs der Selbstwerdung führt Rieger zu der Anerkennung, dass die Körperwerdung im Sinne der Verfestigung von Verhaltens- und Erlebensmustern zur irreversiblen Präsenz des Gewordenen ihrerseits ein Potential der Selbstwerdung entfalten kann. Um dieses Potential näher zu bestimmen, beruft er sich auf Viktor Frankl, Viktor von Weizsäcker und Jean-Luc Marion. So verstehe Marion Körperwerdung nicht als Depersonalisation, sondern als konstitutiven Aspekt des Personseins, die »Häufung« des Gewordenen als Zuwachs an Jemeinigkeit. Einen strukturell ähnlichen Gedanken verfolge von Weizsäcker, wo er Freuds bekanntes Diktum mit den Worten variiert, »was Ich war, soll Es werden«, und damit meine, dass sich ein leibliches Es aus dem Ich herausbilde, es damit auch sedimentiere und so zum Mitgestalter der Lebensgeschichte werde. In einem zweiten Schritt geht es Rieger dann darum, nicht nur Selbstwerdung, sondern auch das Vergehen in der Demenz, nämlich die krankheitsbedingte Veränderung und den Verlust von Fähigkeiten als konstitutiv für die personale Lebensweise zu berücksichtigen. Der Begriff der personalen Würde in der Demenz könne nur dann verteidigt werden, wenn es gelinge, ein Verständnis von Personalität zu entwickeln, das den Verlust, der in der Demenz alle Dimensionen des Personseins betreffe, im Sinne eines Vergehens *als* Person, nicht eines Vergehens *der* Person auffasse und als integralen Aspekt würdevollen Personseins anerkenne.

Daniela Ringkamp wiederum greift Harry Frankfurts Konzept der Willensfreiheit auf, um zu zeigen, dass dieses Konzept grundsätzlich kompatibel ist mit dem Anspruch, die personale Existenzweise von Demenzerkrankten anzuerkennen. Willensfreiheit lasse sich grundsätzlich als die Fähigkeit verstehen, sich zu seinen Bedürfnissen und Wünschen wertschätzend zu verhalten und sich mit ihrem Inhalt zu identifizieren. Diese Wertschätzungen seien als Ausdrucksformen einer Grundhaltung personalen Daseins zu verstehen, die Ringkamp

mit Frankfurt als Sorge bezeichnet, einer Haltung der Hinwendung zu den eigenen Wünschen, in der eine Person auslotet, was ihr im Leben wichtig sei. Diese Haltung bekunde sich nicht erst in der rationalen Abwägung von Präferenzen und ihrer expliziten Eingliederung in situationsübergreifende Werthorizonte des ganzen und insbesondere des zukünftigen Lebens, sondern bereits in der situativen Registrierung und Befürwortung eines Wunsches, und zwar »ohne diesen erklären zu müssen« und auch ohne einen umfassenden Bezug auf die biografische Zukunft herzustellen. Die in diesem Sinne von kognitiven Einstellungen entlastete Konzeption von Willensfreiheit als einer Wertschätzung zweiter Ordnung unserer basalen Wünsche und Bedürfnisse sei auch Menschen, die an Demenz erkrankt sind, durchaus möglich. Demenzerkrankte seien keine *wantons*, so Ringkamp, also keine von ihren Wünschen unmittelbar getriebene Wesen, sondern eben Personen, das heißt Menschen, die sich in ein Verhältnis zu ihren Wünschen setzen und dieses Verhältnis auch in ihrem Leibgedächtnis verkörpern.

Über *Daniela Ringkamps* These von der Verankerung einer personalen Lebensweise in habitualisierten Willensbildungen zweiter Ordnung, durch die der Mensch sich wertschätzend auf seine situativ erfahrenen Bedürfnisse und Wünsche bezieht und diese Wertschätzung mimisch und gestisch zum Ausdruck bringt, stellt sich ein direkter Zusammenhang ihres Beitrags mit dem Aufsatz von *Andreas Kruse, Sebastian Ritzi* und *Eric Schmitt* her. Denn die drei Autoren argumentieren, dass auch in fortgeschrittenen Stadien der Demenz immer noch »Inseln des Selbst« erhalten bleiben, die – mit einem Begriff des Entwicklungspsychologen und Begründers einer interdisziplinären Gerontologie in Deutschland, Hans Thomae – um »Daseinsthemen« herum ihre Festigkeit im Wellengang der Psyche bewahren. Kruse und seine Koautoren nutzen die Bildsprache der Dichtung – konkret in Auseinandersetzung mit Goethe und T.S. Elliot – zur phänomenologisch feingliedrigen Beschreibung der Psyche sowie der Veränderung psychischer Prozesse unter Bedingungen der Demenz. So sei der »Erlebensfluss der Psyche« durch die Wechselhaftigkeit und Überlagerung einer Vielfalt der Stimmungen, Emotionen und Affekte charakterisiert, von plötzlichen Umschwüngen innerer Regungen und ihren veränderlichen Intensitäten, der eigenen Gesetzen folge, »die vom Geist nicht bestimmt oder kontrolliert, sondern nur beeinflusst werden können«. Die in der Demenz erloschene Kontrolle von Gefühls- und Verhaltensäußerungen lasse diese Eigenge-

setzlichkeit des Psychischen gegenüber dem Geist besonders deutlich hervortreten. Aber auch unter Bedingungen der fortgeschrittenen Demenz erhielten sich vom früheren Selbst immer noch Aspekte der Personalität. Dass etwa in bestimmten Situationen wiederholt mit positiven Affekten reagiert wird, weist demnach auf das Wiedererkennen dieser Situationen hin: in Präferenzen, Neigungen, Vorlieben würden Reste des Selbst manifest, die aus dem Erlebnisfluss der Psyche als identifizierbare Konstanten herausragen und mit der Metapher der Insel benannt werden können. Sofern es sich dabei um Erlebnis-inhalte handele, »die den Kern der emotionalen (und affektiven) Prozesse bilden, die die Person zeigt«, sei es gerechtfertigt, von Daseinsthemen zu sprechen, die im Laufe der individuellen Entwicklung der Personen eine herausgehobene Bedeutung erlangt haben und in denen sich das Selbst momenthaft aktualisiere. Selbstaktualisierung verstehen Kruse, Ritzi und Schmitt denn auch als das Lebendigwerden der Biografie in der Gegenwart, als Vergegenwärtigung der oftmals bereits in der Kindheit und Jugend angelegten Daseinsthemen und damit als eine »Rückkehr zum Ursprung des eigenen Lebens«, die wesentlich zum Wohlbefinden der Erkrankten beiträgt.

Selbstaktualisierung und therapeutisches Handeln

Nahezu alle Beiträge im ersten und zweiten Teil des Bandes reflektieren bei der Erörterung der Kriterien von Personalität und einer personalitätsspezifischen Existenzweise immer auch auf die Bedeutung des sozialen Umfelds für die Stützung des personalen Seins der Demenzbetroffenen und des ihren verbliebenen Fähigkeiten entsprechenden Vermögens der Selbstsorge und Selbstaktualisierung. Der dritte Teil des Bandes rückt nun explizit das therapeutische Handeln ins Zentrum, um unterschiedliche Verfahren zu thematisieren, mit denen die Pflegenden dem Anspruch der Kranken auf ein gutes personales Leben mit der Demenz entgegenkommen. Den Auftakt der Beiträge dieses Teils macht der Aufsatz von *Charlotte Uzarewicz*, die aus der phänomenologischen Einsicht in die besondere Atmosphärenempfänglichkeit des menschlichen Leibes Folgerungen für die Evozierung von Atmosphären durch die Raumgestaltung der Pflegeeinrichtungen zieht und an einem Fallbeispiel illustriert, mit welchen Mitteln der atmosphärensensible Umbau einer Einrichtung auf die Vitalisierung ihrer Bewohnerinnen und Bewohner abzielt. Unter Anschluss an die

Atmosphärenforschung der ›Neuen Phänomenologie‹ unterscheidet Uzarewicz zwischen unterschiedlichen Atmosphärenarten wie Situations- und Raumatmosphären, zwischenmenschlichen und kommunikativen Atmosphären, und zeigt dann, wie diese Atmosphären unser Wohnen bestimmen können, das sie als Gestaltung von Raum bezeichnet, »um heimisch werden zu können«. Heimisch zu werden sei aber unter den Bedingungen der »klassische[n] Heimarchitektur« nur schwer möglich, denn diese erzeuge in den eng bemessenen Zimmern der Bewohnerinnen und Bewohner ohne Übergangszone zwischen öffentlichem und privatem Raum eine »Atmosphäre des Ausgesetztseins«, die die Krankheitsentwicklung eher beschleunige als sie zu verzögern. Eine zentrale Aufgabe der Architektur und Innengestaltung bestehe daher darin, den räumlichen Orientierungsverlust der Demenzerkrankten, ihre Unruhe und ihren ungerichteten Bewegungsdrang durch entsprechende Resonanzangebote aufzufangen. »Akustik, Licht und Farbe, Raumstrukturen und ihre Bewegungssuggestionen, Zeichen, Oberflächenstrukturen mit ihren Synästhesien und Gerüche« tragen dazu bei, Korrespondenzen im Sinne der Verbindung zwischen einer spezifischen Lebensweise und der Atmosphäre spezifischer Orte herzustellen und so strukturell Augenblicke gelingenden Lebens für die Demenzerkrankten zu ermöglichen, anstatt sie zu verhindern.

Zu den akustischen Stimulanzien von situativen Resonanzerfahrungen zählen auch Klänge und Melodien, deren Beitrag zur Güte des Lebens mit der Demenz *Jan Sonntag* in seinem Aufsatz zur Musiktherapie in den Vordergrund stellt. Sonntag hat in den letzten Jahren das Atmosphärenkonzept in der Musiktherapie entwickelt, das davon ausgeht, dass Demenzerkrankte durch die abnehmende Fähigkeit zur Gestaltung ihrer Umwelt, den Mangel an Verbalität und den Verlust der Möglichkeit der kognitiven und medialen Distanzierung von gegenwärtigen Erlebnissituationen in besonderem Maße Atmosphären ausgesetzt sind und affektiv auf diese ansprechen. Hier könne die Musiktherapie ansetzen, die mit dem »gefühlintensiven und räumlich dynamischen Medium Musik« über ein Agens verfüge, das wie kaum ein anderes atmosphärische Qualitäten aufweise. In einem Wechsel zwischen phänomenologisch einprägsamen Fallvignetten und theoretischen Reflexionen legt Sonntag dar, wie unter anderem durch den behutsamen Einsatz von Klängen und Melodien ästhetisch einladende und haltgebende Schwellenräume eröffnet werden können, die er als »therapeutische Atmosphären« bezeichnet und die

es ermöglichen, »sich ohne Handlungs- und emotionalen Druck in spürbarer Anwesenheit anderer selbst zu erleben«. Die Melodien evozieren dabei oftmals im Leibgedächtnis der Kranken verkörperte Erinnerungen, hier: der Intonation eines bestimmten, beispielsweise aus der Kindheit bekannten Liedes, die durch den Musiktherapeuten angeregt werden.

Christine Schrader widmet ihren Aufsatz der psychodynamischen Psychotherapie mit Menschen mit Demenz und insbesondere der Mentalisierungsbasierten Therapie, die sie auch ausführlich an einem Fallbeispiel erläutert. Selbst, Körper und Bindungspersonen bildeten lebenslang ein Gesamtsystem, dessen dynamische Binnenstruktur sich im Verlauf der Entwicklung ändere und in Gestalt verinnerlichter Muster des In-der-Welt- und In-Beziehung-Seins verkörpere. Dazu zählten Erfahrungen, die das Selbst stabilisieren, aber ebenso traumatische Erinnerungen, die in der Interaktion unbewusst inszeniert und erlebbar würden. Die Mentalisierungsbasierte Therapie sehe ihre Aufgabe darin, zu einer Integration und Stabilisierung von Bindungssicherheit, Affektregulation und Mentalisieren innerhalb des Selbst beizutragen. Unter Mentalisierung wird die Fähigkeit verstanden, psychische Zustände bei sich und bei anderen wahrzunehmen und zu reflektieren. Werde die Mentalisierung in der Demenz prekär, so könnten die verbliebenen Potentiale des Mentalisierens durch Bindungssicherheit und Affektregulierung stabilisiert werden. Allerdings erfordere gerade die Demenz eine Modifikation des klassischen Mentalisierungskonzepts. Statt das Mentalisieren in der Theory of Mind zu verorten, sei vorsprachlichen – und im Falle der Demenz eben auch postverbalen – Formen des Mentalisierens Rechnung zu tragen.

In seinem abschließenden Beitrag thematisiert *Ralph Kunz* die wichtige Rolle, die dem rituellen Handeln für die Begleitung und Betreuung von demenzkranken Menschen zukomme, da sie dem Tag eine Struktur geben – etwa in Gestalt von Abendritualen an der Schwelle zur Nachtruhe – und den Verlust der inneren Uhr zu kompensieren vermögen. Vor allem geht es ihm aber um den Begriff des religiösen Ritus im Christentum, dem über die pragmatische Funktion von Alltagsritualen hinaus eine besondere symbolische Bedeutung zukomme. Denn im Ritus verkörpere sich das Inklusionspotential der Kirche, und zwar sowohl im Sinne der Partizipation der Kranken an der Gemeinschaft wie der Erinnerung der Gemeinschaft an die Kranken. Im besten Fall bewirke der Ritus, dass diejenigen, die an ihm teilnehmen, in das Leibsein einer Gottesdienstgemeinschaft versetzt

werden, das als relationales Sein-von-anderen und Sein-für-andere zu verstehen sei. Der Gottesdienst sei eine rituelle Aktualisierung und Sichtbarmachung der relationalen Verbindung des Menschen mit seinen Mitmenschen. Allerdings fragt Kunz auch kritisch, was davon bei den Demenzzkranken ›ankomme‹. Hier sei nach Kommunikationsformen wie dem Mitsingen zu suchen, die intersubjektive Anknüpfungsmöglichkeiten im Leibgedächtnis des Gegenübers eröffneten. Kunz rahmt seinen Beitrag mit einer Bezugnahme auf den Isenheimer Altar, der die christliche Kultur der Sorge bildhaft erfahrbar mache: »Jeder Körper ist und bleibt ein Glied der Kirche, jener größeren Gemeinschaft, die von Paulus *Leib* genannt wird.« In dem Altarbild verdichte sich ikonologisch das Ethos der barmherzigen Werke, an dem sich die Seelsorge orientieren könne.

Das Buchprojekt ist aus einer Tagung hervorgegangen, die im Jahr 2020 an der Forschungsstätte der Evangelischen Studiengemeinschaft (FEST) in Heidelberg stattfand. Wir danken der Fritz Thyssen Stiftung für die Finanzierung sowohl der Tagung als auch der Drucklegung des Buchprojekts.

Bibliographie

- Alzheimer's Disease International (2019). *World Alzheimer Report 2019: Attitudes to dementia*. London: Alzheimer's Disease International.
- Aronowitz, R. A. (1998). *Making Sense of Illness: Science, Society, and Disease*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bär, M. (2010). Sinn im Angesicht der Alzheimerdemenz. Ein phänomenologisch-existenzieller Zugang zum Verständnis demenzieller Erkrankung. In A. Kruse (Hrsg.), *Lebensqualität bei Demenz? Zum gesellschaftlichen und individuellen Umgang mit einer Grenzsituation im Alter* (S. 249–260). Heidelberg: AKA.
- Böhme, G. (1995). *Atmosphäre. Essays zur neuen Ästhetik*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Becker, S., Kaspar, R. & Lindenthal, M. (2010). Zentrale theoretische Zugänge zur Lebensqualität bei Demenz. In A. Kruse (Hrsg.), *Lebensqualität bei Demenz? Zum gesellschaftlichen Umgang mit einer Grenzsituation im Alter* (S. 73 – 97). Heidelberg: AKA.
- Dzwiza-Ohlsen, E. N. (2021). Verloren sein – Der Verlust der lebensweltlichen Orientierung in der Alzheimer-Demenz aus phänomenologisch-psychopathologischer Sicht. *InterCultural Philosophy*, Heidelberg: Universitätsbibliothek.

- Fuchs, T. (2017). Self across time: The diachronic unity of bodily existence. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, *16* (2), 291–315. doi.org/10.1007/s11097-015-9449-4.
- Fuchs, T. (2018). *Ecology of the Brain: The Phenomenology and Biology of the Embodied Mind*. Oxford: Oxford University Press.
- Fuchs, T. (2020). Embodiment and personal identity in dementia. *Medicine, Health Care and Philosophy*, *23*, 665–676
- Gerhardt, V. (2012). Sondervotum, Die Tragödie der Demenz darf nicht verschwiegen werden. In Deutscher Ethikrat, *Demenz und Selbstbestimmung. Stellungnahme*, Berlin.
- Guerreiro, R. & Bras, J. (2015). The age factor in Alzheimer's disease. *Genome Medicine*, *20* (7), 106.
- Härle, W. (2010): Lebensqualität demenzerkrankter Menschen aus Sicht der christliche Ethik. In A. Kruse (Hrsg.), *Lebensqualität bei Demenz? Zum gesellschaftlichen Umgang mit einer Grenzsituation im Alter* (S. 43–50). Heidelberg: AKA.
- Hydén, L.-C. & Örluv, L. (2009). Narrative and identity in Alzheimer's disease: A case study, *Journal of Aging Studies*, *23* (4), 205–214.
- Hydén, L.-C. (2018). Dementia, embodied memories, & the self. *Journal of Consciousness Studies*, *25* (7–8), 225–241.
- Kather, R. (2007). *Person. Die Begründung menschlicher Identität*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Kitwood, T. (2019/1997). *Dementia Reconsidered, Revisited; The Person still comes first*. Hrsg. v. Dawn Brooker. New York: Open University Press.
- Kontos, P. C. (2005). Embodied selfhood in Alzheimer's disease: Rethinking person-centred care. *Dementia*, *4* (4), 553–570. doi.org/10.1177%2F1471301205058311.
- Kruse, A. (2010). Menschenbild und Menschenwürde als grundlegende Kategorie der Lebensqualität demenzkranker Menschen. In A. Kruse (Hrsg.), *Lebensqualität bei Demenz? Zum gesellschaftlichen Umgang mit einer Grenzsituation im Alter* (S. 3–25). Heidelberg: AKA.
- Kruse, A. (2021). *Vom Leben und Sterben im Alter. Wie wir das Lebensende gestalten können*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Locke, J. (2007). *An essay concerning human understanding. Book II: Ideas*. <https://www.earlymoderntexts.com/assets/pdfs/locke1690book2.pdf> (Abgerufen am: 27.02.2023)
- McMahan, J. (2002). *The ethics of killing. Problems at the margins of life*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Parfit, D. (1984). *Reasons and persons*. Oxford, England: Oxford University Press
- Phinney, A. & Chesla, C. A. (2003). The lived body in dementia. *Journal of Aging Studies*, *17*, 283–299.
- Radden, J. & Fordyce, J. M. (2006). Into the darkness: losing identity with dementia. In: J. H. Hughes, S. J. Louw & S. R. Sabat (Hrsg), *Dementia: mind, meaning and the person* (S. 71–88). Oxford: Oxford University Press.

- Rieger, H.-M. (2018). Demenz als Testfall der Menschenwürde. Auf der Suche nach einem leibgebundenen Verständnis von Person und Würde. In M. Bonacker & G. Geiger (Hrsg.), *Menschenrechte in der Pflege. Ein interdisziplinärer Diskurs zwischen Freiheit und Sicherheit* (S. 49–86). Opladen: Barbara Budrich.
- Sabat, S. R. & Harré, R. (1994). The Alzheimer's disease sufferer as a semiotic subject. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 1 (3), 145–160. doi.org/10.1353/ppp.0.0083.
- Sabat, S. R. (2014). The Person with Dementia as Understood Through Stern's Critical Personalism. In L.-C. Hydén, H. Lindemann & J. Brockmeier (Hrsg.), *Beyond loss: Dementia, memory, and identity* (S. 24–38). Oxford, England: Oxford University Press.
- Singer, P. (1994) *Praktische Ethik* (2. Aufl.). Stuttgart: Reclam.
- Sonntag, J. (2016). *Demenz und Atmosphäre. Musiktherapie als ästhetische Arbeit* (2. Aufl.). Frankfurt: Mabuse.
- Tettenborn, B. & Feldbecker, A. (2019). Grundlagen. In A. Feldbecker, V. Limmroth & B. Tettenborn (Hrsg.), *Demenzkrankungen: Das Wichtigste für Ärzte alle Fachrichtungen* (S. 5–12). München: Elsevier.
- Tewes, C. (2021). Embodied Selfhood and Personal Identity in Dementia. In C. Tewes & G. Stanghellini (Hrsg.), *Time and Body. Phenomenological and Psychopathological Approaches* (S. 367–389). Cambridge: Cambridge University Press.
- Thorpe, L. (2009). Depression vs. dementia: how do we assess? *The Canadian Review of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 17–21.
- Van Neer, R. & Braam, S. (2016). *Ich habe Alzheimer. Wie die Krankheit sich anfühlt*. Weinheim: Beltz.
- Werren, M. (2019). *Würde und Demenz. Grundlegung einer Pflegeethik*. Baden-Baden: Nomos.
- Wetzstein, V. (2010). Kognition und Personalität. Perspektiven einer Ethik der Demenz. In A. Kruse (Hrsg.), *Lebensqualität bei Demenz? Zum gesellschaftlichen und individuellen Umgang mit einer Grenzsituation im Alter* (S. 51–70). Heidelberg: AKA.
- Wojnar, J. (2014). *Die Welt der Demenzkranken. Leben im Augenblick*. Hannover: Vincentz Network.

I. Personalität und Leiblichkeit

Regine Kather

Der menschliche Leib als Vermittlung zwischen bewussten und nicht- bewussten Ausdrucksformen

Abstract

Ausgehend von der weit verbreiteten Bestimmung von Personen durch Rationalität, Zeit- und Selbstbewusstsein – Körper und Gehirn werden dabei lediglich durch ihre physiologische Funktionsfähigkeit bestimmt und gelten nicht als Teil der individuellen Biografie – argumentiert dieser Beitrag dafür, Personen stattdessen als psychophysisch in sich zentrierte Entitäten zu verstehen, die sich nur aufgrund vielschichtiger Beziehungen zu ihrem Umfeld entwickeln und erhalten können. Für diese Position entscheidend ist die Differenzierung zwischen physiologisch funktionsfähigem Körper und erlebtem Leib. Dennoch kann nur der funktionsfähige Körper zum erlebten Leib als Moment der individuellen Biografie, Medium des Ausdrucks und intentionaler Akte als Grundlage der Interaktion mit dem Umfeld werden. Wenn die Identität auf der psychophysischen Selbstüberschreitung zu Natur, Kultur und Mitmenschen beruht, sind Personen immer schon eingebettet in eine raum-zeitliche Dynamik, die sie ihrerseits mitgestalten. Die Relevanz dieses Ansatzes wird in den Lebensphasen besonders deutlich, in denen die an Selbst- und Zeitbewusstsein sowie Rationalität gebundenen Formen der Autonomie nicht möglich sind. In diesem Beitrag wird der Fokus jedoch nicht auf den Lebensbeginn, sondern auf Phasen der Demenz am Lebensende gelegt. Durch den Leib mit seinem stummen, erfahrungsgesättigten Wissen entsteht eine biografische Kontinuität, die sich auch über nicht-bewusste Lebensphasen erstreckt. Durch symbolisch aufgeladene Bewegungen sind zumindest bis zu einer gewissen Schwelle nonverbale Formen der Kommunikation und Interaktion mit Mitmenschen, hochentwickelten Tieren und einer die Sinne ansprechenden und Erinnerungen auslösenden Umgebung möglich.

1. Einleitung

Am Anfang und Ende des Lebens sind Menschen besonders verletzlich: In physischer Hinsicht sind die Kräfte, sich selbst zu bewegen und gegen Krankheitserreger zu schützen, in weit geringerem Maße vorhanden als in der Regel bei jungen Erwachsenen und Menschen im mittleren Lebensalter. In psychischer Hinsicht sind die Fähigkeiten, sein Leben selbst zu organisieren und mit Widrigkeiten umzugehen, nicht oder nur eingeschränkt vorhanden. Die daraus resultierende Hilfsbedürftigkeit erzeugt vor allem bei älteren Menschen, die, anders als Kinder, selbstständig gelebt haben und deren Kräfte und Fähigkeiten sich im Abbau befinden, Ängste, Verunsicherung, Verzweiflung, ein Gefühl der Demütigung, des Widerstandes, von Abwehr und Aggression. Vor allem in Hinblick auf Demenz stellt sich die Frage, wie man mit Menschen umgeht, deren sprachlich-rationale Ausdrucksmöglichkeiten und Erinnerungsvermögen kaum noch oder nicht mehr vorhanden sind. Die ethischen Konsequenzen hängen entscheidend von der Bestimmung der Person und damit vom Verhältnis von Körper und Geist und den Beziehungen zu anderen ab.

2. Die biologische Basis der Person: genetischer Code, Gehirn und funktionsfähiger Körper

Bestimmt man eine Person »in der Bedeutung eines rationalen und selbstbewußten Wesens« (Singer 1999, 199), mithin als jemanden, der einen Begriff von sich als von jemandem hat, der »eine Zukunft hat« (ebd.), dann gilt der Körper nicht als Moment der biografischen Identität. Als biologisch funktionsfähiger Organismus ist er Gegenstand naturwissenschaftlicher Analysen. (Vgl. Quante 2002, 27, 56) Auch das Gehirn ist lediglich das Organ, das durch elektrochemische Prozesse mentale Ereignisse erzeugt. Der Körper hat nur die Funktion, Reize aus der Umwelt an das Gehirn weiterzuleiten, das diese zu Vorstellungen verarbeitet, die von Bewusstsein begleitet sind. Anschließend werden die Informationen vom Gehirn zum Körper zurückgeleitet, der sie in Handlungen überführt. Folgt man dem Modell des Gehirnzentrismus, dann basieren Erkennen und Selbstbewusstsein einzig und allein auf neuronalen Prozessen (vgl. Colombetti 2014).

Empirisch beobachtbar sind freilich nur Korrelationen zwischen mentalen Ereignissen, die subjektiv erlebt werden und intentionale Akte beinhalten, mit neuronalen Prozessen, die den Gesetzen von Physik und Chemie unterstehen. Welche Art von Kausalität jedoch das subjektive und qualifizierte Erleben mit objektivierbaren Beobachtungen verknüpft, ist im Rahmen der naturwissenschaftlichen Methode nicht zu klären. (Vgl. Roth 1994, 225)

Unter diesen Prämissen beruht die biografische Individualität einer Person auf einem Komplex von Eigenschaften, die durch Erfahrungen und Gewohnheiten erworben werden und eine bewusste Auseinandersetzung mit dem Umfeld unter der Maßgabe der eigenen Interessen ermöglicht. (Vgl. Quante 2002, 158) Eine Person bildet sich durch einen Akt der Identifikation mit erinnerten und erwünschten Zuständen, mithin durch die Bindung des Erlebten an die Teilnehmerperspektive. (Vgl. ebd., 170, 172) Aufgrund der Fähigkeit, Interessen zu entwickeln, sie rational zu bewerten und selbstständig zu vertreten, gilt sie als autonom und hat das Recht auf ein selbstbestimmtes Leben. (Vgl. ebd., 178) Dabei gilt es allerdings zu berücksichtigen, dass auch Autonomie sehr unterschiedlich interpretiert werden kann: Sie wird gerade nicht, wie bei Kant, als die Fähigkeit verstanden, ungeachtet empirischer Einflüsse aufgrund von Gründen zu urteilen und sich an einem die Biografie überschreitenden Werthorizont zu orientieren. Wenn Autonomie als Identifikation mit den eigenen Wünschen und Erfahrungen interpretiert wird, wird die Fähigkeit, in eine innere Distanz zu sich selbst zu treten irrelevant. Damit verändert sich auch die Grundlage der biografischen Identität: Nicht Spontaneität und damit die Fähigkeit, sich aus innerer Freiheit mit verschiedenen Anforderungen auseinanderzusetzen, sondern die Identifikation mit sich und das Bedürfnis nach Selbstbestätigung werden entscheidend. Die Person sieht sich nicht, mit Scheler gesprochen, als Aktzentrum, sondern als ein Bündel von Erfahrungen, die sich durch biologisch-vitale und psychische Bedürfnisse in Verbindung mit zufälligen Ereignissen gebildet haben (vgl. Kather 2021, 307–324). Unklar ist auch der Status der theoretischen Vernunft, mithin der Fähigkeit, Theorien unabhängig von Erfahrungen und Interessen zu entwickeln. Entscheidet sich jemand bei der Diagnose einer schweren Erkrankung bewusst für aktive Sterbehilfe und passt diese Entscheidung in das Wertgefüge, das bisher für ihn tragend war, dann hat er einen Anspruch darauf, dass man ihm zur Realisierung seiner Interessen verhilft. (Vgl. Quante 2002, 225) Da es jedoch im sozialen

Kontext unmöglich ist, nur aus der Identifikation mit sich selbst zu leben, gewinnt Zwischenmenschlichkeit die Form der Interessenabwägung. Alle Prozesse unterhalb der Schwelle des Bewusstseins gelten als apersonal und haben nichts mit der Person selbst zu tun. Diese Schwelle lässt sich freilich, wie wir noch sehen werden, nicht eindeutig definieren. Auch der Körper trägt nichts zur biografischen Individualität mit ihren sozialen Beziehungen bei, sondern ist nur die notwendige Basis für rationale, intentionale und bewusste Akte. (Vgl. Quante 2002, 117f.)

Die nur an das Selbstbewusstsein gebundene Definition von Person ist jedoch nicht voraussetzungslos. Sie beruht darauf, dass der Körper ein Gegenstand der empirischen Welt ist, dessen Dynamik durch Kausal- und biologische Funktionalursachen erklärbar ist. Damit besteht eine erkenntnistheoretische Asymmetrie zwischen der Perspektive auf Geist und Körper: Während für das bewusste Erleben von Interessen die Perspektive der ersten Person maßgeblich ist, wird der Körper nur unter der der dritten Person, der des außenstehenden Beobachters, gesehen. (Vgl. Quante 2002, 54) Dadurch wird das Bewusstsein zu einem Phänomen der je eigenen Innenwelt, dessen Gegenwart vorden Augen anderer verborgen bleibt. Auch andere begegnen dem Ich nur vermittelt durch den Körper unter der Perspektive der dritten Person, als Er, Sie oder Es. (Vgl. Brüntrup 1996, 15) Die Welt zerfällt in Sachen und Personen, mithin in eine Form des Dualismus, die seit Descartes das Denken beherrscht. Dann aber können auch andere Lebewesen, Pflanzen und Tiere mit ihren spezifischen Formen von Innerlichkeit, Verhalten und Kommunikation nicht angemessen berücksichtigt werden.

Daraus ergibt sich ein gravierendes Problem: Würde sich der menschliche Körper tatsächlich vollständig naturwissenschaftlich erklären lassen und wäre die physische Welt kausal abgeschlossen, dann könnte der menschliche Geist nicht in sie eingreifen. Es gibt, so Brüntrup (1996, 17f.), »keine nichtphysikalischen Ursachen, die physische Ereignisse bewirken. Also kann das Mentale keine kausale Rolle in der physischen Welt einnehmen.« Würde diese These stimmen, dann wären Handlungen mitsamt ihren Intentionen entweder auf physikalische Kräfte reduzierbar, – oder mentale Akte mit ihren Zielen, Urteilen und Werten irreduzibel, aber gänzlich ohnmächtig. In beiden Fällen wäre das Schreiben wissenschaftlicher Bücher mit bedeutungsvollen Sätzen, die Objektivität beanspruchen und sich an Leser richten, die ihren Sinn verstehen, ebenso unmöglich wie Sprech-

akte, zu denen auch Vorlesungen gehören. Handlungen beinhalten Zielvorstellungen, die sich in den ihnen entsprechenden auf die Zukunft gerichteten körperlichen Bewegungen äußern. Ohne die Möglichkeit zu handeln würde nicht nur das Überleben unmöglich, sondern auch die Ethik auf die innere Gesinnung reduziert und ihrer praktischen Dimension beraubt. Das Verhalten wäre kausal determiniert und Freiheit nur ein Gefühl von rein subjektiver Relevanz, welches das Gehirn aus bisher ungeklärten Gründen erzeugt. (Vgl. Bieri 2001)

Durch die Asymmetrie von Erster- und Dritter-Person-Perspektive wird daher lediglich eine naturalistische Erklärung der Person selbst, ihre Reduktion auf biologische Prozesse, ausgeschlossen, ohne jedoch kommunikative Akte und Handlungen erklären zu können. Anders als die kausal und funktional bestimmten physiologischen Prozesse des Körpers sind mentale Akte durch Intentionalität gekennzeichnet; sie repräsentieren etwas, sie haben eine Bedeutung für den, der sie erlebt und für andere, auf die sie sich beziehen. (Vgl. Quante 2002, 57f.) Aufgrund der Bindung an die Teilnehmerperspektive muss die Person daher mit einer anderen Begrifflichkeit beschrieben werden als ihr Körper. Beide gehören zu unterschiedlichen Ordnungen der Wirklichkeit, die nicht aufeinander einwirken. Eine Person *hat* einen Körper, aber sie lebt nicht in und mit ihm. Ohne Zweifel ist er zwar die Bedingung der Möglichkeit personaler Existenz und deshalb auch Gegenstand medizinischer Operationen; doch die Person selbst wird nur über das aktuell vorhandene Selbstbewusstsein und daraus ableitbare Eigenschaften und Fähigkeiten definiert (vgl. Dekkers 2004, 120).

Nur die Identifikation mit den eigenen Interessen erzeugt mit der personalen Identität das Bewusstsein, einen Anspruch auf Achtung durch andere zu haben. Er entsteht durch einen Akt der Selbstzuschreibung, durch den mit den eigenen Interessen auch das eigene Leben als wertvoll erachtet wird. (Vgl. Quante 2002, 267) Aus dem naturwissenschaftlich verstandenen Sein des Körpers lassen sich dagegen keine Werte und damit auch kein ethisches Sollen ableiten. Als rein biologische Wesen gesehen haben Menschen keinen intrinsischen Wert, keine Würde.

Da die personale Identität nur im Bewusstsein von sich gründet, erstreckt sie sich nicht auf die gesamte Lebenszeit. In den Phasen, in denen kein bewusstes Erleben möglich ist, das ein selbstbestimmtes Leben, Erwartungen an die Zukunft oder biografische Erinnerungen

beinhaltet, hat »ihr Leben keinen Wert an sich. Ihre Lebensreise ist an ein Ende gelangt. Biologisch leben sie, aber nicht biographisch.« (Singer 1999, 201) Am Anfang des Lebens und bei schweren geistigen Behinderungen, etwa bei schwerer Demenz, haben Menschen nur »experiential interests« (Quante 2002, 271f.), mithin die rein biologisch verankerte Abwehr gegen Schmerzen. Mit dem Erlöschen der Fähigkeit, eigene Interessen zu artikulieren, sind daher, so Singer (1999, 201), »Erwägungen des Rechts auf Leben oder des Respekts vor der Autonomie [...] nicht angebracht.« Einen Anspruch auf den Schutz der leiblich-geistigen Integrität der Person kann man unter diesen Prämissen nicht begründen. Dann aber, so folgert Singer explizit, kann es eine sinnvolle Option sein, einen Menschen schmerzfrei zu töten, es sei denn andere Menschen würden in ihren eigenen Interessen und Gefühlen dadurch beeinträchtigt. Ohne eine Spur von Geistigkeit, Intentionalität und biografischer Einzigartigkeit hat der Körper nur noch den Status einer Sache, so dass man die noch funktionsfähigen Organe konfliktfrei für Transplantationen benutzen könnte.

3. Vom Körper zum lebendigen Organismus

Doch schon der Körper ist unterbestimmt, wenn er nur als Gattungsmerkmal gesehen wird. Die Frage, ab wann es sich um ein neues menschliches Lebewesen handelt, lässt sich biologisch eindeutig beantworten: Die Entwicklung beginnt nach der Verschmelzung von Samen- und Eizelle. Mit dem im Vierzellstadium erfolgenden Einsetzen der organismischen Selbststeuerung wird eine erste Form physischer Selbstständigkeit erreicht. Der Organismus hat sich als Funktionsganzheit konstituiert und grenzt sich von der Umgebung aufgrund seiner Eigendynamik ab. Mit der Zeugung sind somit die notwendigen genetischen Bedingungen für die Entwicklung einer Person mit ihren emotionalen und kognitiven Fähigkeiten und Ausdrucksformen gegeben.

Abgesehen von eineiigen Zwillingen besitzt jeder Mensch eine einzigartige Kombination elterlicher Gene. Diese begründen daher vom Zeitpunkt der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle bis zum letzten Atemzug nicht nur eine allgemein menschliche, sondern zugleich eine in biologischer Hinsicht individuelle Entwicklung. Die Kombination der Gene kennzeichnet ein Individuum daher auch

dann, wenn es kein Bewusstsein von sich hat. (Vgl. Rager 1998, 15-159; Quante 2002, 57)

Doch bei der Funktion der Gene sind zwei Aspekte zu berücksichtigen: Obwohl die DNA-Sequenz zeitlebens erhalten bleibt und in die Erbfolge eingeht, sind die Gene keine sich aus einer rein immanenten Dynamik initiierenden Programme. Die Regulation der Genaktivität erfolgt erst durch die Interaktion mit einer spezifischen Umwelt. Schon beim Embryo spielt das Milieu im Mutterleib eine entscheidende Rolle für die Art und Weise, in der Gensequenzen aktiviert werden. Zu ihm gehören nicht nur chemische Substanzen wie Alkohol und Nikotin. Die Entwicklung von Nervensystem und Gehirn, die die Grundlage für erste Formen von qualifizierten Perzeptionen sind, wird auch durch die emotionale Verfassung der Mutter beeinflusst. Etwa vom achten Monat an ändern sich die messbaren Parameter des Kindes, wenn nicht *über etwas*, sondern *mit ihm* gesprochen wird. Schon zum pränatalen Lebensabschnitt gehören somit soziale Kontakte. Im späteren Leben beeinflussen Nahrung, Klima, Umwelt und das biografische Erleben, mithin der Lebensstil insgesamt mit seinen Präferenzen und Werten, die Aktivierungsmuster der Gene, die sich folglich auch bei eineiigen Zwillingen unterscheiden. (Vgl. Kegel 2015)

Auch das Gehirn ist kein in einer Black Box eingeschlossenes Organ; wie die Gene ist es in seiner Funktion auf die Interaktion mit verschiedenen Dimensionen der Umwelt angewiesen. (Vgl. Fuchs 2021) So entwickelt sich das Sprachvermögen nur, wenn ein Menschenkind angesprochen wird und selbst spricht; der Sinn für räumliche Orientierung verkümmert, wenn man sich nur elektronischer Hilfsmittel bedient. Das Gehirn ist ein plastisches Organ, dessen Feinstruktur zeitlebens durch wechselnde Aktivitäten aus- und umgebildet wird.

Das Gehirn wiederum, so argumentiert Antonio Damasio, ist ein integraler Teil des gesamten Organismus, der seinerseits in eine spezifische Umwelt eingebettet ist (vgl. Damasio 2000; Colombetti & Zavala 2019). Reize werden daher nicht nur vom Körper rezipiert und zum Gehirn weitergeleitet. Es ist der gesamte Organismus, der mit der Umwelt interagiert. Erst die dynamische Interaktion zwischen der Physiologie des Organismus, den sensomotorischen Schemata und der Umgebung ermöglichen die Entwicklung und Erhaltung des Lebens. (Vgl. Varela et al. 1993; Thompson & Varela 2001) Die Reaktionen des Organismus können daher nicht isoliert, sondern

nur im dynamischen Zusammenspiel mit einer spezifischen Umwelt verstanden werden. (Vgl. Thompson 2007, 3–65) Schon aufgrund seiner biologischen Konstitution ist der menschliche Organismus daher kein in Raum und Zeit eindeutig lokalisierbares Objekt. Nur durch einen Prozess der Selbstüberschreitung zu einem komplexen Umfeld kann er sich entwickeln und erhalten. (Kather 2013, 21–34; Kather 2018)

Dabei lassen sich die empirisch objektivierbaren Funktionen von Körper und Gehirn nicht von den mit subjektiver Bedeutung aufgeladenen Formen der Perzeption und damit von den aus ihnen resultierenden emotionalen und mentalen Ausdrucksformen trennen. Vor dem Hintergrund der Evolutionstheorie stellt Damasio den Menschen in eine Kontinuität mit anderen Lebensformen und unterscheidet drei hierarchisch aufeinander aufbauende und sich gegenseitig beeinflussende Ebenen des Selbstseins: das Kernselbst, das auf das Hier und Jetzt fokussiert ist, das erweiterte Selbst, das bereits über komplexe Gefühle verfügt und das biografische Selbst, das um Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft weiß und weiß, dass es weiß. Organismen, die die Fähigkeit zu qualifizierten Perzeptionen besitzen, durch die sie ihre Situation in einem spezifischen Umfeld erfassen, bestehen daher nicht nur aus einem losen Bündel von Reiz-Reaktionsmustern. Sie haben, mit Scheler (1983, 11f.) gesprochen, »ein Selbst- und Innesein«, sie verfügen über eine »selbstzentrierte Individualität« (Jonas 1992, 20), die nicht notwendigerweise bereits komplexe Gefühle oder gar Selbstbewusstsein beinhaltet.

Wendet man diese Theorie auf Fälle schwerer Demenz an, in denen das biografische Selbst nicht mehr ansprechbar ist, dann bleibt dennoch eine abgestufte Zentrierung und mit ihr das zumindest punktuelle Empfinden von Gefühlen und die Fähigkeit, ihnen Ausdruck zu verleihen, für eine gewisse Zeit bestehen. Bis zum Zusammenbruch des Kernselbst, das Menschen noch im Hier und Jetzt verortet, bleiben sie in nonverbaler Weise ansprechbar. Sie können durch Berührungen dazu angeregt werden, Bewegungen mitzuvollziehen und durch emotional bedeutsame Bilder und Töne stimuliert werden. Nicht nur das Gehirn, sondern der gesamte Organismus interagiert mit der Umwelt. Diese wird sozusagen durch den gesamten Organismus hindurch in ihren sinnlichen Qualitäten und emotionalen Bedeutungen als bedrohlich, neutral oder angenehm empfunden. Abhängig vom Gesamtzustand des Organismus wird die Aufmerksamkeit auf bestimmte Facetten der Umwelt gelenkt, werden

Erinnerungen erweckt und Gefühle ausgelöst. (Vgl. Gallagher 2005; Wilson & Golonka 2013)

Schon jetzt zeigt sich eine Vielschichtigkeit des Selbstseins, die mit der Fähigkeit einhergeht, sich in ebenso vielfältiger Weise auf die Umwelt zu beziehen und sich zu artikulieren. Personale Identität beruht daher nicht nur darauf, dass die heterogenen Ereignisse des Lebens zu einer in sich zusammenhängenden Geschichte, die Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft verknüpft, verbunden werden und diese Geschichte dann erzählt werden kann. Auch wenn, in Damasio Terminologie, das biografische Selbst und die mit ihm verbundenen Artikulationsformen wegbrechen, bleibt immer noch eine gewisse Zentrierung erhalten. Doch obwohl Damasio immer wieder beteuert, zum Organismus würden auch Emotionen, Gefühle und Bewusstheit gehören, bleibt die Verschränkung subjektiver und objektivierbarer Aspekte seltsam unscharf. Physische Prozesse erscheinen nicht *gleichzeitig* als Manifestation von Bedeutungen, mithin als erlebter Leib.

4. Zur Differenzierung von Leib und Körper

Um die Verschränkung von subjektiven und objektivierbaren Aspekten eines Organismus zu verstehen, muss man die der objektivierenden Methode verpflichteten Naturwissenschaften durch eine Analyse des gesamten Phänomens ergänzen. Wenn sich schon im Mutterleib mit dem Nervensystem die Fähigkeit zu immer komplexeren Wahrnehmungen, Empfindungen und schließlich Gefühlen entwickelt und deren Qualität wiederum die Bildung und Vernetzung von Nervenzellen beeinflusst, dann ist ein Mensch vor der Geburt kein lediglich reizempfindlicher Organismus, dessen individuelle Biografie erst nach der Geburt oder gar mit der Entwicklung des Ich-Bewusstseins etwa im zweiten Lebensjahr beginnt. Ist es also überhaupt angemessen, die organischen Funktionen des Körpers nur unter der Perspektive des außenstehenden Beobachters und Gefühle und Bewusstsein nur unter der Teilnehmerperspektive zu beschreiben?

Ohne Zweifel werden Stimmungen durch chemische Substanzen, durch Medikamente, Drogen oder elektrische Reizungen des Gehirns verändert. Ebenso unbezweifelbar werden viele somatische Störungen ohne jeden organischen Befund durch ein Ereignis ausgelöst, das eine bestimmte *Bedeutung* für *jemanden* hat. Für eine andere Person hätte es eine andere Bedeutung, es würde anders

›wirken‹. Dass schon die bloße Vorstellung von Bewegungsabläufen und gezielte Konzentrationsübungen motorische Abläufe beeinflussen, ist im Leistungssport allgemein bekannt, so dass sich mentales und körperliches Training ergänzen (Schweikle 2006). Gegen die Prämisse, dass körperliche Funktionen ausschließlich naturwissenschaftlich erklärt werden können, gibt es daher gravierende Einwände, die von so unterschiedlichen Autoren wie Edith Stein, Ernst Cassirer, Helmuth Plessner, Maurice Merleau-Ponty, Hans Jonas und in der Naturphilosophie von Alfred N. Whitehead (vgl. Kather 2012, 114–144) entwickelt wurden.

Im Unterschied zu allen anderen materiellen Objekten kann man sich vom eigenen Körper in seiner physischen Konstitution, durch die er ein Teil der äußeren Welt ist, nie vollständig distanzieren; er wird immer auch von innen empfunden. Obwohl er den Gesetzen der Physik untersteht, wird bei einer Berührung nicht die physikalisch berechenbare Kraftübertragung, sondern die Qualität der Empfindung und die mit ihr für den Lebensvollzug verbundene Bedeutung für Einstellung und Verhalten bestimmend. Unter allen Körpern erscheint nur der eigene zugleich als Teil der physischen Welt *und* als Medium qualifizierter Formen des Selbst- und Welterlebens. Eine Person zu sein, so sagt Plessner (1982, 70) treffend, bedeutet »als Körper im Körper« zu existieren. Da der physiologisch funktionsfähige Körper immer zugleich empfundener Leib ist, muss auch er unter der Perspektive der ersten Person betrachtet werden.

Bemerkenswert ist allerdings nicht das Erleben der Leibgebundenheit, sondern die Fähigkeit zur Distanzierung. Nur aufgrund der spezifischen *Form* des Bewusstseins, seiner Exzentrizität, können Leib und Körper überhaupt unterschieden werden. (Vgl. Plessner 1982, 10f.) Durch die Möglichkeit zur Selbstdistanzierung eröffnet sich jedoch nicht nur die Perspektive des wissenschaftlich-objektivierenden Beobachters, dem der Leib als Körper erscheint, auch das leibgebundene Erleben verändert sich qualitativ: Das Gespür für die eigene Leiblichkeit kann systematisch durch Akte der Aufmerksamkeit entwickelt werden. Alle Strukturen des gelebten Leibes – Wahrnehmung, Bewegung, Ernährung und Sexualität – sind daher nicht einfach als physiologische Funktionen zu beschreiben; sie sind Modi, in denen eine bestimmte Person mehr oder weniger bewusst existiert (vgl. Dekkers 2004, 122). Das Bewusstsein von sich umschließt daher immer auch den eigenen Leib. Eine bruchlose Identifikation mit dem

Leib ist dadurch ebenso unmöglich wie die mit dem reinen Geist; weder *ist* der Mensch sein Leib, noch *hat* er einen solchen.

Erst wenn leibliche Prozesse nicht mehr wie bei Tieren einfach hingegenommen und ausgelebt werden, können das Bewusstsein der Verantwortung ebenso wie Gefühle der Scham, des Ekels oder von Entblößung und Demütigung entstehen. Die eigene Hilflosigkeit und unkontrollierbare physische Funktionen werden vor dem eigenen inneren Auge und im Blick der anderen als beschämend und entwürdigend erlebt. Die Beherrschung der Vitalfunktionen wurde als Kleinkind mühsam erworben und galt seither als Signum des Erwachsenseins. Begleitet wurde dieser Prozess von dem Gefühl eines sich ausweitenden Welthorizontes. Der Verlust der Selbstständigkeit aufgrund zunehmender physischer und psychischer Einschränkungen wird folglich als Rückschritt erlebt, als Verfall, als Verengung der Möglichkeit, sich die Welt zu erschließen. Gefüttert zu werden weckt unvermeidlich die Assoziation an kleine Kinder, körperliche Berührungen beim Waschen werden als Eindringen in die Intimsphäre erlebt. Die Hilfeleistungen Fremder werden daher oft heftig abgewehrt und bestenfalls vertrauten Personen gestattet. Auch bei fortschreitender Demenz bleiben trotz großer Lücken in der biografischen Erinnerung Abwehrhaltungen bestehen, ja, sie verstärken sich noch mit abnehmender Kontrolle durch den bewussten Willen und dem allmählichen Verlust der Fähigkeit, die Situation und die Worte anderer Menschen zu verstehen, deren Perspektive mit der eigenen in eine Beziehung zu setzen, sich in sie hineinzusetzen. Dadurch kommen pflegende Personen oft selbst an die Grenzen ihrer körperlichen und psychischen Belastbarkeit; ihr pflegerischer Zugriff wird aufgrund der Kraft, die sie aufwenden müssen, als grob empfunden, was wiederum die Abwehrbewegungen verstärkt. Dennoch sind gerade sie ein Indiz dafür, dass die Unterscheidung zwischen sich und anderen, zwischen Eigenem und Fremdem aufgrund körperlicher Berührungen auch dann noch vorhanden ist, wenn die Person selbst nicht mehr verbal ansprechbar ist. Im leiblichen Ausdruck manifestiert sich noch immer der Eigenwille.

5. Der Leib als Ausdruck der Person

Das qualifizierte Spüren des Leibes bleibt somit nicht auf ein rein innerliches Erleben beschränkt. Ein Wesen, das sich selbst erlebt,

bringt sein Inneres – bewusst oder unbewusst, willentlich oder unwillkürlich – durch Laute, Blicke und Bewegungen zum Ausdruck. (Vgl. Plessner 1982, 50) Schon im unmittelbaren Affektausdruck, etwa dem der Scham, manifestiert sich die Bedeutung, die ein Ereignis für jemanden hat. Sie bestimmt, wie er sich auf andere, von denen er sich wahrgenommen fühlt, bezieht. Der Leib wird nicht nur durch äußere Reize und physikalische Kräfte bewegt, sondern auch aufgrund des Interesses an etwas und dem Sinn für die Bedeutung eines Ereignisses oder einer Begegnung. Alle Bewegungen, die ein irgendwie geartetes Ausdrucksverhalten beinhalten, lassen sich daher nur, so Merleau-Ponty, durch

eine ursprüngliche Intentionalität verstehen. Wir machen unsere Bewegungen nicht in einem leeren, zu ihnen beziehungslosen Raum, sondern in einem, der zu ihnen in ganz bestimmten Beziehungen steht. Seinen Leib bewegen heißt immer, durch ihn hindurch auf die Dinge abzielen, ihn einer Anforderung entsprechen lassen. (Merleau-Ponty 1966, 166f.)

Intentionalität umfasst somit nicht nur bewusste Akte des Wissens, Wollens, Urteilens und Handelns, sondern jede Form zielgeleiteten Verhaltens. Durch den Leib vollzieht sich eine Bewegung auf die Welt zu, die ihrerseits zur Stütze der Bewegung wird, zu Widerstand oder Herausforderung. Als Ausdruck des Inneren ist der Leib die Vermittlung zu einer ganz spezifischen Umwelt, in die man physisch wie psychisch eingebettet ist.

Die meisten Bewegungsabläufe sind zudem nicht angeboren oder werden rein instinktiv vollzogen. Die Fähigkeit zu laufen, zu essen oder zu schreiben muss erlernt und in zahlreichen Wiederholungen eingeübt werden, bis sie irgendwann quasi-automatisch und ohne bewusste Aufmerksamkeit vollzogen werden kann. Fortan lässt sie sich nur durch neue Herausforderungen oder bewusste Anstrengung verändern. Die Möglichkeit, bestimmte körperliche Aktivitäten ohne bewusste Konzentration auszuüben, erlaubt es, die Aufmerksamkeit auf andere, wichtigere Ziele zu richten.

Die sensomotorische Intelligenz ist keine bloße Vorstufe der Fähigkeit zum rationalen Verstehen von Bewegungen. Entwicklungspsychologisch geht sie dem rationalen Begreifen voraus. (Vgl. Stollorz 2006) Ohne praktische Einübung nur aufgrund von theoretischem Wissen können Bewegungsabläufe weder erlernt werden noch lassen sie sich abrufen. In extremen Situationen, bei drohenden Unfällen etwa, aber auch beim Tanzen, Skilaufen oder akrobatischen Übungen,

›weiß‹ der Körper, wie er sich bewegen muss, um eine Verletzung zu vermeiden oder eine komplexe Bewegung auszuführen, ohne dass bewusste Überlegungen zum Zuge kommen. Im Gegenteil: Diese stören Geschwindigkeit und Fluss der Bewegung. Die bewusste Vergegenwärtigung kann den Bewegungsverlauf nur zeitlich verschoben nachvollziehen, entweder vorlaufend in Form eines mentalen Trainings oder nachfolgend zur Analyse von Fehlern.

Der Körper bewegt sich demnach weder im luftleeren Raum noch genügt eine rein interne Datenverarbeitung im Gehirn. Erfasst werden die Maße und die Bedeutung der Umwelt in Relation zur eigenen Leiblichkeit. Der Leib ›weiß‹ nicht nur auf technische, sondern auch auf vitale und existenzielle Weise, was eine Bewegung für ihn bedeutet. Nur deshalb kann sie auch ohne bewusste Reflexion auf die Umgebung abgestimmt sein. Für Dekkers (2004, 122) verfügt der Leib über ein eigenes, stummes Wissen, das auf einer nicht-bewussten Ebene und damit ohne bewusste Kontrolle abgerufen wird, obwohl es zumindest teilweise bewusst erworben wurde. (Vgl. auch Sanders 2003, 859f.) Alle erlernten Bewegungen vermitteln daher zwischen bewusst vollzogenen Bewegungen und physiologisch gesteuerten körperlichen Funktionen. Nicht nur eingeübte Bewegungen, auch die innere Einstellung zu bestimmten Ereignissen manifestiert sich in der Körperhaltung. Auch sie kann zu einem Habitus werden, der auch dann bestehen bleibt, wenn sich eine Person in ganz anderen Kontexten bewegt. Durch die Fähigkeit, Bewegungen zu erlernen, die andere anders oder gar nicht erlernen, und gewohnheitsmäßig Emotionen und innere Einstellungen auszudrücken, wird der Leib zu einem Moment der Biografie. Nicht umsonst erkennt man einen Menschen sogar in einer großen Menschenmenge oft zuerst an der Art, sich zu bewegen. Die Geschichte des Leibes, also von verkörperten Bewegungsabläufen, bildet sich durch den praktischen Lebensvollzug aufgrund von Wiederholungen. Es handelt sich um sedimentierte Erfahrungen, die kein explizites Gedächtnis erfordern. Dadurch bezeugen sie die biografische Kontinuität auch in den Lebensphasen, die dem bewussten Erleben unzugänglich sind. Die Fähigkeit zum Ausdruck des inneren Zustandes und zur informierten Antwort des Leibes auf die Umgebung berechtigt dazu, von der Sprache des Leibes in einem nicht bloß metaphorischen Sinne zu sprechen. (Vgl. Dekkers 2004, 123) Als erzähltes Leben ist der Leib Teil einer individuellen Biografie; umgekehrt ist Bewusstsein verkörpert; es ist inkarniert. Ein Mensch überschreitet sich vermittels des Leibes nicht nur, wie

Whitehead betont, physisch durch den Stoffwechsel, sondern auch durch den sinnlich-sichtbaren Ausdruck von qualifizierten Perzeptionen und Emotionen. (Vgl. Whitehead 1968, 22)

Dadurch gewinnt der Leib gerade für die Lebensphasen, in denen Menschen sich ihrer selbst nur noch fragmentiert oder gar nicht mehr bewusst sind, eine entscheidende Bedeutung: Klinische Studien zeigen, dass sich demente Patienten gegen künstliche Ernährung oft mit erregten Bewegungen wehren. In diesen Abwehrbewegungen kann man nur dann mehr sehen als Reflexe und einfache biologisch-vitale Impulse, die ignoriert werden können, wenn man den Leib als Medium des Ausdrucks von Intentionen und Bedeutungen sieht, die nicht mehr bewusst reflektiert werden, die aber immer noch eine innere Einstellung verraten: Entweder aufgrund der emotionalen Perzeption der Gesamtsituation oder aufgrund von Überzeugungen, die irgendwann erworben wurden und nun abgerufen werden. Die Art des Ausdrucks verrät etwas über die irgendwie gespürte Bedeutung einer Situation und die noch vorhandene Lebenskraft und den Lebenswillen insgesamt. (Vgl. Dekkers 2004, 119) Vormalig erworbene Einstellungen und fragmentierte Erinnerungen verbinden sich mit den Affekten, die die gegenwärtige Situation wachruft. Versteht man eine Person mit Scheler als eine Einheit in der Vielfalt von Ausdrucksweisen (vgl. Kather 2020a), zu denen nicht nur Sprache und Vernunft, sondern auch Gefühle, Empfindungen und Leibbewusstsein gehören, oder mit Whitehead (vgl. Kather 2020b) und Damasio als einen Organismus, bei dem physische und psychische Prozesse auf allen Ebenen der Komplexität zu einem funktionsfähigen Ganzen integriert sind, dann brechen mit zunehmender Demenz zweifellos immer mehr Ausdrucksformen weg. Der Organismus hat nicht mehr die Kraft, sich in einem Prozess unablässiger Selbstüberschreitung als innere Einheit zu konstituieren, sodass die verbleibenden Ausdrucksformen nicht mehr miteinander koordiniert sind. Mit der Klarheit der Wahrnehmung geht auch die Prägnanz des Ausdrucksvermögens verloren. Schon kleine Reize können dadurch heftige emotionale und leibliche Reaktionen hervorrufen – ebenso wie starke Impulse vollständig verpuffen können. Die Fähigkeit, zwischen den Ereignissen einen konsistenten Zusammenhang herzustellen und die Reaktionen auf die Anforderungen der Umwelt abzustimmen, geht verloren. Dennoch bleibt noch lange Zeit das Bemühen erkennbar, irgendwelche Sinnzusammenhänge im Erlebten zu finden, die jedoch zunehmend nur

noch von subjektiver Relevanz und für andere nicht mehr nachvollziehbar sind.

Sieht man im Leib eine Manifestation erworbener Gewohnheiten und individuellen Erlebens, dann wird die Kluft zwischen Personen mit rationalen Fähigkeiten und Nicht-Personen überbrückt. Als Manifestation eines nicht mehr bewusst steuerbaren Eigenwillens ist der Leib kein Ding unter Dingen; als Ausdruck von impliziten Interessen ist er moralisch relevant, sodass die Bewertung des Lebens nicht nur von Akten rationaler Selbstzuschreibung abhängt. Abwehrbewegungen schwer dementer Personen geben Aufschluss über die Frage, ob lebensverlängernde Behandlungen fortgeführt oder eingestellt werden sollen, ob man sie also eines natürlichen Todes sterben lassen sollte. Dekkers (2004, 122) resümiert: »From a nondualistic, phenomenological perspective, bodily defensive movements can be considered a meaningful answer to extreme circumstances from ›somebody‹ who once was a ›real‹ person.«

Wird Autonomie nur an mentale Fähigkeiten gebunden, dann sind demente Menschen keine Personen; sie haben nicht die Fähigkeit kognitive Inhalte zu erwerben und zu behalten, diese kritisch zu prüfen und aus freiem Willen zu agieren. Sieht man jedoch auch im Leib ein Moment der individuellen Biografie, dann lassen sich Ausdrucksbewegungen als Kundgebung von Gefühlen, als Willensbekundungen und Manifestation impliziter Interessen verstehen. Sie sollten also soweit wie möglich in den Umgang mit Patienten und in Entscheidungen über ihre Behandlung mit einbezogen werden. Da das implizite Wissen des Leibes ohne bewusste Kontrolle abgerufen werden kann und damit nach dem Verlöschen des bewussten, reflexiven Erlebens noch für eine gewisse Zeit vorhanden ist, spricht Dekkers (2004, 125) von einer körperlichen Form der Autonomie. Besser wäre es vielleicht, von einer leiblichen Form der Autonomie zu sprechen, die Raum lässt für eine Sensibilität, die auch noch weit unter der Schwelle des bewussten Erlebens vorhanden sein kann.

Auch das mit der Akzeptanz von Vergänglichkeit und Endlichkeit verbundene existentielle Leid ist eine Dimension des Personseins. Weder eine schier endlose Lebensverlängerung mit technischen Hilfsmitteln, wie sie derzeit in vielen Altenheimen und Kliniken praktiziert wird, wird einer Person gerecht, noch der transhumanistische Ansatz, der die physische Dimension aufheben will, indem er die biografische Identität auf eine Sammlung von Daten reduziert, die in einen Roboterkörper implementiert werden können. Die Auseinandersetzung

mit der eigenen Sterblichkeit beinhaltet im Sinne der stoischen *prae- meditatio malorum* auch die Chance zur Besinnung auf fundamentale Werte und die Bejahung der Gegenwart. Die Ausweitung der Person und ihrer Biografie auf die Leiblichkeit bedeutet daher keine Lebensverlängerung um jeden Preis. Nicht die Länge des Lebens, mithin die Anzahl von Jahren allein ist entscheidend, sondern auch die Fähigkeit zur emotionalen und kognitiven Teilnahme am Leben anderer und dem Kontext, in den das eigene Leben eingebettet ist. Insofern stellt sich angesichts schwerer Demenz auch die Aufgabe, sich der Endlichkeit und Sterblichkeit des Lebens zu stellen und sich mit Hilfe der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme zu fragen: Würde ich selbst in einem Zustand völliger Hilflosigkeit ohne emotionale und bewusste Lebensqualität noch weiterleben wollen? Allzu oft sind es die Interessen der Angehörigen, die jemanden am Leben erhalten wollen, weil er so zumindest physisch noch präsent ist. Damit bekunden sie einerseits, dass der Körper mehr ist als ein biologischer Organismus, dass er noch an die Person erinnert, mit der man sein Leben geteilt hat. Andererseits handelt es sich um einen letzten Akt des Respekts vor eben dieser Person, wenn man eindeutige Abwehrbewegungen etwa gegen künstliche Ernährung als den Wunsch zu sterben interpretiert.

Da sich im Leib Qualität und Bedeutung von Ereignissen manifestieren, werden Umgebung und Akteur ohne die Einschaltung kognitiver, symbolischer und abstrakter Akte durch präreflexive Strukturen aufeinander abgestimmt. Weder bestimmt das Bewusstsein die leiblich vermittelten Erfahrungen noch sind diese die bloße Basis für höherstufige mentale Akte. An jeder Form der Erfahrung sind die verschiedenen Ebenen der Selbstzentrierung und der Interaktion zwischen Selbst und Umwelt beteiligt. Die Zielgerichtetheit einer Aktion entspringt daher nicht allein bewussten, kognitiven Prozessen, sondern umfasst auch die Orientierung des Leibes in seinem raum-zeitlichen Umfeld. Erfahrungen und Lernprozesse verändern nicht nur bewusste Intentionen, sondern auch die physisch-leibliche Disposition und damit das Verhältnis zum Umfeld, das wiederum in veränderter Weise auf den Organismus wirkt.

Für Demente gilt daher: Werden sie in einen bestimmten Kontext versetzt, dann kann dieses stumme Wissen evoziert werden. Das Umfeld erscheint aufgrund der Interaktion mit dem Leib und dem in ihm verkörperten Wissen in einer spezifischen Bedeutsamkeit, die zu Aktivitäten motivieren kann, die als eine Antwort auf diese

Bedeutsamkeit zu verstehen sind. Erst aus dem Kontext und der Vorgeschichte erschließt sich dem außenstehenden Beobachter der Sinn von Bewegungen und Lauten. Die Umwelt ist auch für Demente kein bedeutungsleeres Gegenüber, und die Antwort auf sie sind keine quasi-mechanischen Reflexe oder Automatismen.

Wenn Selbstüberschreitung die Bedingung des biologischen Überlebens ebenso wie der psychischen Entwicklung und des Handelns ist, dann vermittelt der Leib nicht nur zwischen Innerem und Äußerem. Indem eine körperliche Bewegung zu einer bedeutungsvollen Geste wird, vermittelt er auch zwischen Natur und Kultur. Physische Bedürfnisse werden nicht mehr unmittelbar ausgelebt, sondern sind in intersubjektiv vermittelte Formen eingebettet und werden im Kontext der jeweiligen Kultur interpretiert. Menschen sind daher als Naturwesen immer auch Teil ihrer Kultur. Auch die Ausdrucksformen dementer Personen wie die Antworten der sie pflegenden Menschen sind in kulturspezifische Interpretationsmuster eingebettet. Welche Gesten jemand erworben hat, welche Bedeutung Leben und Tod, die eigene Autonomie, die Mitmenschen und das Geschlechterverhältnis haben, wie Hilflosigkeit, Intimität und körperliche Berührungen erlebt werden, hängt nicht nur von der individuellen Biografie ab, sondern auch vom kulturellen Kontext, in dem sie erworben wurden. (Vgl. Hughes 2001)

Die Einheit psychischer und physischer Prozesse, die sich am Anfang des Lebens entwickelt hat, bleibt somit auch an dessen Ende noch lange erhalten (vgl. Dekkers 2004, 123). Vermittels des Leibes ist eine demente Person daher für andere noch in begrenztem Rahmen in ihren Emotionen und Gewohnheiten ansprechbar. Dabei beeinflussen sich physische und psychische Prozesse wechselseitig. Einerseits führt der Abbau der körperlichen und neuronalen Funktionen zu einer Verminderung des Selbstgefühls; andererseits führt der Verlust des Selbstgefühls und kognitiver Fähigkeiten zum Abbau physischer Funktionen, von Gedächtnisleistungen und der Fähigkeit zur Aufmerksamkeit. Regelmäßige körperliche Bewegungen können daher dem Abbau mentaler Fähigkeiten entgegenwirken; diese sind ihrerseits entscheidend für die Ausübung bestimmter Bewegungsformen. Dekkers (2004, 124) betont: »Not only the decay of bodily functions negatively influences the sense of self, but the loss of self and of cognitive capacities also negatively influences the person's bodily functions.« Dass sich der Leib nicht auf physiologische Prozesse reduzieren lässt, sondern immer auch eine Manifestation

seelisch-geistiger Momente beinhaltet, wird auch dadurch deutlich, dass bei dementen Personen plötzlich, wie aus totaler Versunkenheit auftauchend, das Gegenüber angeschaut wird, einzelne Sätze oder Liedsequenzen artikuliert und zielgerichtete Bewegungen auf den Anderen zu ausgeführt werden. Nur wenn im ganzen Organismus seelisch-geistige Prozesse wirksam sind, lassen sich Verhaltensweisen erklären, die rein physiologisch gesehen nicht mehr möglich wären. Insofern ist der Leib auch bei Dementen umfassender als ein naturwissenschaftlich verstandenes Körperkonzept. (Vgl. Fuchs 2000, 41)

Weder kann die Sprache des Leibes, die Bedeutung von Mimik und Gesten, aus biologischen Funktionen abgeleitet werden, noch existieren Bedeutungen nur als subjektiv erlebte Qualitäten in der Privatheit des eigenen Bewusstseins. Die Frage, *wo* genau der Geist auf den Körper einwirkt oder *wie* die neuronalen Prozesse des Gehirns Bedeutung und Sinn erzeugen, ist daher falsch gestellt. Ebenso unbefriedigend ist es, das Verhältnis von Körper und Geist im Sinne eines Parallelismus und einer komplementären Korrelation zu erklären. Für beide Theorien gibt es keinen Sinn im Sinnlichen. Die Relation von Körper und Geist kann daher nicht mit dem Konzept von Kausalität bestimmt werden, das den Naturwissenschaften zugrunde liegt. Schließlich ist auch der Erklärungsversuch der Systemtheorie ungenügend, da diese im Rahmen der objektivierenden Methode der Naturwissenschaften das Verhältnis von Körper und Geist nur durch kausal induzierte Rückkoppelungsprozesse erklärt, nicht aber durch Intentionen und Bedeutungen. Ebenso einseitig ist es freilich, das Ausdrucksverhalten nur durch die Qualität und Bedeutung des subjektiven Erlebens zu verstehen. Nur der physiologisch funktionsfähige Körper wird zum Ausdruck von Intentionalität. Am Beispiel des Leibes zeigt sich daher exemplarisch, dass es Phänomene gibt, bei denen die Trennung von naturwissenschaftlicher und lebensweltlicher Perspektive aufgehoben werden muss. Dabei handelt es sich nicht um ein rein theoretisches Problem, sondern um nichts Geringeres als ein Verstehen der Bedingungen der Möglichkeit des Lebensvollzugs selbst. (Vgl. Jonas 1994, 38) Notwendig wäre es daher, die Interaktion verschiedener Formen von Verursachung, wie sie sich exemplarisch im menschlichen Leib zeigt, zu erarbeiten.

Um das Verhältnis von Leib und Geist wenigstens annähernd zu verstehen, kann eine Analogie aus dem Bereich der Sprache weiterhelfen: Bei einem Wort wird der akustisch vernehmbare Laut zum Träger einer Bedeutung; bei einem Schriftzeichen repräsentiert die sinnlich

wahrnehmbare Linie einen bestimmten Sinn. Ebenso wenig wie sich der Laut von seinem Sinn lösen lässt, lässt sich der Leib von seinem seelischen Ausdruck trennen. Weder ist der Leib nur ein sinnloser physikalischer Mechanismus noch Sinn ein rein geistiges Phänomen. In seiner sinnlichen Erscheinung wird der Leib als Ausdruck des Inneren zum Träger von Sinn. Wie in einem Wort oder einem Kunstwerk bilden Stoff und Form eine Gestaltganzheit. Zerlegt man sie in physiologische Funktionen und rein geistige, nur dem Inneren zugängliche Inhalte, dann wird die Sinngestalt des Leibes zerstört. Leibliches und Geistiges, so sagt Cassirer (1990a, 117), bilden eine »symbolische Relation«. Sinn ist dem Sinnlichen immanent. Er erschließt sich freilich nicht nur durch hermeneutisch-sprachliche Interpretationen; es gibt ein in der menschlichen Entwicklung viel früheres Sinnverstehen: das der Physiognomie des Ausdrucks. Lange vor der Entwicklung der Sprache können Kinder ebenso wie hoch entwickelte Tiere, etwa Blindenhunde, in Gesichtern lesen oder auf die Sprache der Dinge aufgrund ihres Ausdrucks und ihrer Atmosphäre reagieren. Nicht in den physikalisch bestimmten Körper greift daher der Geist ein, wohl aber zeigt er sich vermittels des Leibes. Im Leib manifestiert sich die Person in ihren bewussten wie unbewussten Zuständen. Sie ist daher keineswegs auf die rationale Form des Ausdrucks beschränkt. Zu ihrer Identität gehört auch »Leibbewußtsein« (Scheler 1954, 396).

6. Der Leib als Medium qualifizierter Welterschließung

Als leibgebundene Wesen können Menschen nur in einem hochgradig strukturierten natürlichen Umfeld überleben. Weder besteht die Ordnung der Natur nur aus einem zusammenhanglosen Nebeneinander von Entitäten, noch ist sie ein bloßes Konstrukt des Gehirns: Sie ist eine Bedingung der Möglichkeit des Überlebens und damit des Erkennens. Nimmt man die naturwissenschaftliche Perspektive ein, dann kann man den Stoffwechsel, mithin den Umsatz von Energie, berechnen. Zwar ist auch in diesem Fall ein Organismus kein im Raum lokalisierbares Objekt, sondern ein integraler Teil der Umwelt, mit der er durch Beziehungen verbunden ist, die er ständig aufrechterhalten muss. Doch vermittels des Leibes werden diese Beziehungen in ihren spezifischen Qualitäten erlebt; sie haben sinnliche, vitale, emotionale oder kognitive Bedeutungen, so dass der Raum nicht homogen ist. (Vgl. Merleau-Ponty 1966, 332)

Erst im Umgang mit den Dingen lernen Menschen ihre körperlichen Proportionen, Möglichkeiten und Gefahren einzuschätzen. (Vgl. Mechsner 1997, 90) Eigenschaften und Bedeutung der Dinge sind daher weder nur im Bewusstsein und damit rein subjektiv noch nur außen an den Dingen und damit beobachterunabhängig. Sie sind relativ zu einem Individuum in seiner psychophysischen Konstitution. In diesen Welten-Raum kann man nicht von außen eintreten; er wird unablässig durch die eigene psychophysische Existenz, durch die besondere Stimmung, den Grad der Aufmerksamkeit, Vorwissen, Absichten und Werte konstituiert und modifiziert. Ein und derselbe räumliche Kontext kann daher je nach biografischem Hintergrund sehr unterschiedliche Sinngehalte haben und zu unterschiedlichen Aktionen herausfordern. Doch auch in diesem Fall leben Menschen nicht als isolierte Individuen, sondern eingebettet in eine Kultur. Diese besitzt affektive Zentren mit besonderer Bedeutung, zu denen sich Menschen hingezogen fühlen. Neben heilige Berge in mythisch geprägten Kulturen traten im Mittelalter Kathedralen, Klöster und Schlösser, die neuerdings von Börsenplätzen, Kunstausstellungen und Sportstadien abgelöst wurden. Als reines Bewusstsein hätten Menschen nur eine abstrakte Vorstellung von der Welt; ihre Begriffe wären, wie Kant sagte, ohne sinnliche Anschauung und damit leer. Ihre Freiheit wäre, obzwar grenzenlos, ohne Wirklichkeit und Wirksamkeit. Würde sich ihr Wissen nur aus der Position eines extramundanen Beobachters oder virtueller Imagination speisen, würden mit der Erfahrungsfähigkeit auch der Bezug zur Realität in ihrer existenziellen Bedeutung und das Gespür um Maßstäbe verloren gehen.

Das Netz von Bedeutungen, durch das Menschen mit der Welt verbunden sind, wird daher nicht nur vom Bewusstsein konstituiert, sondern ist untrennbar mit der leiblichen Konstitution verbunden. Dadurch ist der Leib nicht nur Ausdruck und Erscheinung geistiger Akte; er bestimmt seinerseits mit, welche Akte überhaupt realisierbar sind und in welchem Verhältnis sie zum Lebensvollzug insgesamt stehen. (Vgl. Merleau-Ponty 1966, 500f.) Zu handeln ist daher keine bloße Reaktion auf Reize, sondern eine strukturierte Antwort auf eine als bedeutungsvoll erlebte konkrete Situation. Der Leib ist daher kein Mittel, sondern das Medium, durch das der Mensch eine Verankerung in der Welt hat. Der Leib bildet das Scharnier, an dem die Anforderungen der Umwelt in auf sie abgestimmte Handlungen umgesetzt werden, die eine vitale, kognitive und sogar existenzielle Bedeutung haben.

Mit dem Ausfall einzelner Sinne und der Einschränkung der Bewegungsfähigkeit verändern sich auch die Maßstäbe, an denen Herausforderungen gemessen werden. Die Verengung des Spielraums an Möglichkeiten wirkt wiederum auf Selbstbild und Stimmungsgefüge ein. Der Vergleich mit früheren Fähigkeiten und mit denen anderer birgt die Gefahr, in Depressionen zu versinken oder in eine Glorifizierung der Vergangenheit zu flüchten. Beides beschleunigt den Verlust des Bezugs zur Gegenwart. Von den Bezugspersonen ist daher eine schwierige Gratwanderung zwischen der Ermutigung zum Ausloten der eigenen Grenzen, zu Anstrengung und Selbstständigkeit einerseits, zur Annahme von mitmenschlicher Hilfe andererseits gefordert.

Die Verwirrung dementer Personen erklärt sich daher nicht nur durch Defizite in neuronalen Verarbeitungsprozessen. Sie beruht vielmehr auf der psychophysischen Interaktion mit dem Umfeld insgesamt. An ihr sind die physiologischen Strukturen ebenso beteiligt wie das sich psychophysisch artikulierende Selbst und seine Lebensgeschichte. Eine Unterstützung der noch vorhandenen Fähigkeiten darf daher nicht nur bei neuronalen Prozessen ansetzen, sondern muss die Beziehung zum Umfeld mit einbeziehen. (Vgl. Martinez-Pernia 2020) Für demente Menschen, die zu einer abstrakten Orientierung in Raum und Zeit nicht mehr fähig sind, sind sinnliche Marker in einer vertrauten Umgebung die entscheidenden Orientierungspunkte: Geräusche, Gerüche, Farben, Bilder, die verkörperte Erinnerungen wecken. Werden sie dagegen in eine Umgebung versetzt, mit der sie sinnlich und emotional nicht vertraut sind, in der sie sich nicht mehr auf als bedeutungsvoll erlebte Zeichen beziehen können, brechen die Verbindungen zur Umwelt zusammen und führen zu Unruhe und Panik. Wie alle Menschen sind auch sie in ein Umfeld eingebettet, das sich aus sozialen, kulturellen und natürlichen Momenten bildet. Vertraute Nischen unterstützen daher die noch verbliebene Fähigkeit, sich selbständig zu orientieren.

Doch nicht nur die leibliche Orientierung im Raum, sondern auch die im Gedächtnis des Leibes gespeicherten Zeitgestalten können bei der Orientierung helfen: Rhythmen beim Tanzen etwa oder ritualisierte Bewegungen. Rituale sind regelmäßig wiederkehrende Muster, die durch bestimmte Bewegungen, Farben oder Klänge vor allem die Sinne und die Emotionen ansprechen. Sie bilden Brücken zwischen verschiedenen Tagesabschnitten und Orten. Obwohl moderne Rituale zunehmend nur von Individuen für sich alleine

ausgeübt werden, sind kulturell vermittelte Rituale Ausdruck für die Partizipation an einer Gemeinschaft. Sie befreien aus der Verslossenheit in sich und binden in nicht-verbal vermittelte Formen des Miteinanders ein. Ähnlich wie begriffliche Kategorien für das Denken sind auch Sinne und Emotionen auf Ordnungsstrukturen angewiesen.

Nur wenn man auch das Gedächtnis des Leibes als Teil der Lebensgeschichte begreift, entgeht man der Reduktion der Biografie auf das erzählte Leben, mithin auf die Einheit eines Narrativs, wie MacIntyre (1985) formuliert. Danach ist »what the agent is able to say intelligibly as an actor [...] deeply affected by the fact that we are never more (and sometimes less) than the co-authors of our own narratives.« (ebd., 213) Dennoch kann es auch diese Geschichte, die den Leib einbezieht, nur geben, solange zumindest ein Mindestmaß an in sich zentrierter Subjektivität vorhanden ist, die das Perzipierte im Sinne von Whitehead immer wieder verknüpft. Geht man mit Damasio von der Vielschichtigkeit des Selbst aus und sieht den Leib als Teil eines Narrativs, beruht die biografische Kontinuität auf dem Lebenszusammenhang insgesamt, von dem Bewusstheit nur ein Aspekt ist.

Der Lebenszusammenhang erschließt sich freilich nicht nur durch räumliche, sondern auch durch *zeitliche* Proportionen. Nur die gemessene Zeit als Reihung homogener Abschnitte ist ein Parameter, der dem Inhalt und damit dem individuellen Erleben äußerlich ist, auf Konventionen beruht und für alle gleichermaßen gilt. Doch wie der Raum ist auch die Zeit nicht nur auf rationale Einteilungen, sondern auch auf den Menschen als Lebewesen bezogen. Durch das Gedächtnis altern Menschen nicht wie Dinge; sie zerfallen nicht einfach unter dem Einfluss physikalisch wirkender Kräfte und sie werden auch nicht nur durch Erfahrungen geprägt. Sie können das Gewesene mit Gegenwart und Zukunft verknüpfen und so die drei Ekstasen der Zeit zueinander in Beziehung setzen. Dabei werden nicht qualitätslose Zeitpunkte verbunden. Die gelebte Zeit ist mit Bedeutung und Sinn beladen; sie erscheint als erfüllt oder leer, als kurz oder lang oder als der rechte Augenblick. Durch die Möglichkeit, sich mit dem Beginn und Ende des eigenen Lebens auseinanderzusetzen, gewinnt sie eine existenzielle Dimension. Dabei ist die Vergangenheit keineswegs abgeschlossen; immer wieder ändert sich das Gewicht vergangener Ereignisse mit der Bedeutung des gegenwärtig Erlebten und den Möglichkeiten, die die Zukunft in sich trägt. Dadurch verän-

dert sich auch das Verhältnis von Vergangenheit und Zukunft mit den einzelnen Lebensphasen.

Als Einheit im Wandel der Ereignisse erlebt sich ein Mensch jedoch nur, wenn es ihm gelingt, die drei Dimensionen der Zeit bewusst zu synthetisieren. Dennoch erstreckt sich die Erinnerung nicht nur auf das, was dem Bewusstsein aktuell zugänglich ist. Sinneseindrücke, Gerüche oder Geräusche, Berührungen oder Ertastetes, verknüpfen sich mit den ins Unbewusste abgesunkenen Spuren der Erinnerung. Plötzlich ist die Vergangenheit wieder gegenwärtig, wie Marcel Proust wusste (in: Mechsner 1997, 83). Körpertherapien, etwa die von Feldenkrais, machen sich diese Erkenntnis schon lange zu Nutze. Auch in fortgeschrittenen Stadien der Demenz können durch Musik oder Bilder Erinnerungen geweckt werden. Durch die emotionale Stimulierung tauchen sie für kurze Zeit aus ihrer Versunkenheit auf.

Darüber hinaus haben körperliche Prozesse eine zeitliche Dynamik, weil Menschen als Organismen ein Teil der Natur sind. (Vgl. Cassirer 1990b, 83f.) Die biologischen Funktionen von Organismen haben keine lineare, offene, sondern eine kreisförmig geschlossene Struktur. Durch die regelmäßige Rückkehr in den Ausgangszustand erneuert sich ein Organismus und erhält auf diese Weise seine Struktur für eine gewisse Dauer. (Vgl. Aschoff 1989, 134) Die Reihenfolge der einzelnen Phasen eines Zyklus lässt sich dabei weder umkehren noch vertauschen. Außerdem kann kein Rhythmus isoliert betrachtet werden. Erhaltung, Regeneration und Belastungsfähigkeit eines Organismus hängen von dem hochgradig koordinierten Zusammenspiel einer Vielzahl von Rhythmen ab. Weniger die quantitativ bestimmbare Zeitdauer, als vielmehr das Verhältnis verschiedener Zeitgestalten zueinander bestimmt die Funktionsweise biologischer Prozesse. Diese werden zumindest teilweise durch äußere Taktgeber, insbesondere durch den Wechsel von Tag und Nacht, Licht und Dunkelheit, koordiniert.

Eines der auffälligsten Merkmale von Demenz ist die zunehmende Unfähigkeit, das eigene Leben noch zeitlich zu strukturieren. Was aber könnte Menschen, die keine Uhren mehr verwenden können, helfen, ihren Alltag noch selbst zu gestalten? Durch den Leib als Manifestation des seelischen Ausdrucks ändert sich auch das Verhältnis zu nichtmenschlichen Lebewesen. Da der Mensch selbst aus dem Prozess der Evolution hervorgegangen ist, sind Menschen und Tiere trotz aller Unterschiede nicht nur genetisch, sondern auch

durch bestimmte Emotionen und ihr Ausdrucksverhalten miteinander verbunden. Schon Tiere, so hatte Herder (1960, 3–12) betont, haben eine »Sprache der Empfindungen«, in der sie sich artikulieren, um mit anderen Lebewesen zu kommunizieren. Heute bestätigt die moderne Verhaltensforschung die erstaunlichen Wahrnehmungsfähigkeiten vieler Tiere und ihre Fähigkeiten, auf Menschen mit Einfühlungsvermögen und Empathie zu reagieren. (Vgl. Waal 2008; Wolf 2009) Zwischen beiden besteht eine innere Affinität, die ein nicht-objektivierendes Verhältnis zu anderen Lebewesen ermöglicht, ein Verhältnis der Partizipation. (Scheler 1985, 112, 114)

Zumindest im Hinblick auf höhere Tiere ist deshalb eine, wenn- gleich eingeschränkte, wechselseitige Kommunikation möglich. Viele Tiere sind Spielgefährten und Begleiter des Menschen. Mit einer schier unerschöpflichen Geduld und Treue, die die von Menschen weit übersteigen, können Hunde ihr blindes Herrchen begleiten oder einem Rollstuhlfahrer im Haushalt helfen. Offensichtlich spüren diese Tiere, was in den Menschen vorgeht und vertrauen ihnen; umgekehrt können Menschen innerhalb bestimmter Grenzen die nonverbale Sprache der Tiere, ihren physiognomischen Ausdruck und ihre Laute deuten.

Vor allem Hunde, die seit mehr als 10 000 Jahren mit Menschen zusammenleben, haben gelernt, den mimischen Ausdruck, den Tonfall und kleinste Gesten zu verstehen. Erhalten sie dann noch eine besondere Schulung, können sie dementen Menschen helfen, ihren Alltag für eine gewisse Zeit noch selbst zu strukturieren. Dank der Interaktion mit Tieren »wissen« sie auf nicht-kognitive Weise, wann es Zeit ist, zu essen oder schlafen zu gehen. Außerdem sind Tiere eine wichtige Hilfe, um noch Emotionen wie Zuwendung, Fürsorge oder Zärtlichkeit zum Ausdruck zu bringen und implizite Verantwortung für ein anderes Lebewesen zu übernehmen. Dadurch bleiben Menschen auch nach dem Wegbrechen sprachlich-rationaler Ausdrucksformen und der Fähigkeit zu bewusster Planung noch in die Gestaltung der sozialen Umgebung und des ihnen vertrauten Raumes aktiv eingebunden.

7. Die Bedeutung des Leibes für die Intersubjektivität

Durch die Doppelperspektive von Körper und Leib ändert sich auch das Verhältnis zu anderen Menschen. Die Bewegung des Sich-Aus-

drückens ist nur der erste, entscheidende Schritt zu einer Beziehung zu ihnen. Nur durch die Fähigkeit, sich vermittels des Leibes durch gezielte Bewegungen oder artikulierte Laute auszudrücken, können Personen überhaupt über ihre Interessen und Erfahrungen kommunizieren. Nicht die Physiologie des Körpers, sondern die Bedeutung des leiblichen Ausdrucks entscheidet, wie man sich zu seinem Gegenüber verhält. Auch Worte sind sinnlich vermittelt. Eine Person, so Dekkers (2004, 120), »communes with, and learns about, the world through her eyes and ears and touch and smell. She interacts with others through movement and words.« Der Leib ist deshalb nie nur Leib für mich, sondern immer schon Leib mit anderen und eine fundamentale Bedingung der Möglichkeit von Kommunikation. In der Symbolik des Leibes wird daher immer schon die Präsenz eines anderen Menschen mit wahrgenommen.

Besonders deutlich wird dies am Vorgang des Sehens: Gewöhnlich wird er dadurch erklärt, dass optische Reize, die von irgendeinem äußeren Objekt reflektiert werden, auf die Netzhaut treffen und zum Gehirn weitergeleitet werden. Aufgrund komplizierter neuronaler Verarbeitungsmechanismen entsteht schließlich ein Bild. Sehen lässt sich, so scheint es, kausal als eine Reaktion auf Reize und deren Verarbeitung erklären. Für die wissenschaftliche Erklärung wird ein sehendes Ich nicht benötigt.

Aber haben wir damit tatsächlich schon alle Elemente des Sehens erfasst? Fiele die Antwort anders aus, wenn man fragt, wie man den Blick des Anderen erklären kann? Dessen Interpretation ist im alltäglichen Leben für das Verhalten viel ausschlaggebender als die Frage, wie der Sehvorgang funktioniert. Dabei setzt freilich die Deutung des Blicks die physiologische Fähigkeit zu sehen voraus. Der Blick richtet sich auf etwas oder auf jemanden; in ihm manifestiert sich eine Absicht, eine Frage oder eine Stimmung. Während man es vermeiden kann, auf sich zu reflektieren, spürt man im Blick des Anderen unweigerlich sich selbst, so dass man nicht bei einem Bewusstsein von den Dingen oder einem rein imaginierten Bild von sich stehen bleiben kann. Man spürt, dass einen der Andere in einer Weise sieht, die einem letztlich unzugänglich bleibt. Erst im Blick des Anderen kann daher die Unsicherheit entstehen, wie der eigene Leib von ihm wahrgenommen wird, können Ekel und Scham erlebt werden, wie Sartre in seiner Analyse des Blicks betont (vgl. Kather 2007, 171–174). Man weiß nicht, wie der Andere einen sieht, ob er einen verachtet, Mitgefühl oder Abscheu empfindet.

Dass einem ein Mensch ›zu nahe tritt‹ ist nicht nur im übertragenen Sinne, sondern auch im wörtlichen zu verstehen. Sobald eine bestimmte räumliche Distanz unterschritten wird, entsteht ein Gefühl des Unbehagens und Bedrängtseins. Blicke können erbarmungslos fixieren und das Gefühl erzeugen, jemandem hilflos ausgeliefert und in seinen seelischen wie körperlichen Reaktionen wie gelähmt zu sein. Nicht durch die körperliche Gewalt, sondern durch die sich in ihr manifestierende Absicht, als Objekt eines fremden Willens, verliert ein Mensch die Achtung vor sich selbst. Er zerbricht, – und kann daran auch physisch zu Grunde gehen. Die Würde der Person kann daher nicht nur geistig durch einen Verstoß gegen ihre Interessen, sondern auch durch den Angriff auf den Leib als Ausdruck der Person verletzt werden.

Da das Gefühl der Scham nicht nur auf dem rationalen Begreifen einer Situation beruht, sondern auch durch Berührungen und Blicke ausgelöst wird, bleibt es auch bei Dementen bestehen. Im Blick des Anderen wird der eigene Leib gespürt und mit ihm Scham und Ekel vor unkontrollierbaren körperlichen Funktionen und der eigenen Hilflosigkeit. Da er den schon präreflexiv vorhandenen Wunsch nach Achtung und Anerkennung berührt, ist oft auch ein einfühlsamer Umgang machtlos gegen diese Gefühle. Nimmt die Angst vor Verletzung überhand, dann geht die für Menschen konstitutive Weltoffenheit, die Fähigkeit neugierig zu sein, zu staunen, Neues zu entdecken und sich auf andere einzulassen, verloren.

Doch die Leibgebundenheit hat zwei Seiten: Das Gefühl des Ausgesetztseins, des Verletztwerdens und der Gefährdung einerseits, die Möglichkeit zu physischer Nähe, Zärtlichkeit und Mitgefühl andererseits. Schutzlosigkeit ist nur die Kehrseite der Möglichkeit, in einer Umarmung Trost zu spenden, Geborgenheit und Wärme zu vermitteln, Zärtlichkeiten und Liebe auszutauschen. Bei kleinen Kindern ebenso wie bei Dementen ist die Brücke zu anderen und zur Welt nicht die verbale Sprache, sondern der Klang der Stimme und die körperliche Berührung. In der Art und Weise eines Händedrucks oder einer Umarmung spürt man nicht nur diesen Körper, sondern durch ihn hindurch diese Person mit ihrer besonderen Intention. Der Akt des Bewusstseins, der Grad der Aufmerksamkeit, die momentane Absicht, Emotionen, Anteilnahme, Wertvorstellungen und Vorgeschichte vermitteln sich durch den Leib hindurch. Die Differenz, ob jemand mit seinen Gedanken bei einem ist oder gerade ein schwieriges Problem löst und deshalb innerlich abwesend ist,

wird physisch spürbar. Berührt und gestreichelt zu werden, die Hände gehalten zu bekommen bedeutet gerade für Demente eine Vergewisserung ihrer Identität und des Noch-in-der-Welt-seins, des Noch-offen-seins zu anderen. So wichtig die Anerkennung dessen ist, was jemand auch in dieser Phase noch leisten kann, so ist doch die Achtung vor ihm weitreichender: Sie ist zum einen im Sinne von Kant ein Vernunftgefühl, das sich jemandem vermittelt, der sein Leben nicht mehr aktiv gestalten kann; zum anderen beinhaltet sie über Kant hinaus die Ansprechbarkeit im Anderen, die auch noch über Berührungen und den Klang der Stimme erfolgen kann. Während das Vernunftgefühl ein gegenseitiges Anerkennungsverhältnis fundieren kann, kann sich die Ansprechbarkeit des Anderen als ein Du auch über Gefühle, den Klang der Sprache, Blicke, Berührungen vollziehen. Wenn Geist im ganzen Organismus präsent ist und nicht nur von Gehirnfunktionen erzeugt wird, dann kann auch noch bei schwerer Demenz vermittelt des Leibes kommuniziert werden. Dennoch ist das Glück, mit einem dementen Menschen vermittelt leiblicher Akte zumindest noch eingeschränkt kommunizieren zu können, mithin zu erleben, dass er noch ansprechbar ist, begleitet von dem Leid, ihn immer mehr als Gegenüber zu verlieren. Wäre dagegen, wie Singer und Quante glauben, eine Person nur durch mentale Eigenschaften bestimmt und der Körper nur deren biologische Grundlage, dann wäre nicht nur der symbolische Ausdruck, sondern auch eine Kommunikation vermittelt des Leibes ausgeschlossen.

Vermittels des Leibes hat daher jeder Mensch ein Sein für andere, das sich ihm unwiderruflich entzieht und das doch ein Moment der eigenen Identität ist. Diese konstituiert sich nicht als rein geistiger Akt in der eigenen Innerlichkeit, sondern aus der leibhaften Beziehung zu ihnen. Als Ausdruck der Person ist der Leib Medium der Kommunikation mit menschlichen Personen ebenso wie mit nicht-menschlichen Kreaturen. In diesem Sinne gibt es Autonomie im Sinne einer Selbstaktualisierung der eigenen Identität nur aus der Beziehung zu anderen.

8. Zusammenfassung

Die menschliche Person, so hat sich gezeigt, ist eine in sich zentrierte Einheit psychophysischer Prozesse, die auf Selbstüberschreitung zu einem spezifischen Umfeld angewiesen sind. Zu diesem gehören auf-

grund der Vielschichtigkeit und Komplexität des Selbstseins die Natur mitsamt der Vielfalt an Lebensformen ebenso wie die Kultur und zwischenmenschliche Beziehungen. Die Lebensgeschichte schreibt sich nicht nur in das biografische Gedächtnis ein, sondern auch in den Leib. Bis zum Zusammenbruch des Kernselbst, das nur noch eine punktuelle Verortung in der Raumzeit ermöglicht, bleiben Ausdrucks- und Kommunikationsformen erhalten, durch die ein Mensch an seinem Umfeld teilnimmt. Vermittels des Leibes ist er auch dann noch als diese Person ansprechbar, wenn kognitive und sprachliche Fähigkeiten erloschen sind. Gerade deshalb sind freilich auch die Ausdrucksformen ernst zu nehmen, in denen sich eine Abwehr gegen künstliche Lebensverlängerung manifestiert.

Literaturverzeichnis

- Aschoff, J. (1989). Die innere Uhr des Menschen. In H. Gumin & H. Meier (Hrsg.), *Die Zeit. Dauer und Augenblick* (S. 133–144). München: Piper.
- Bieri, P. (2001). *Das Handwerk der Freiheit. Über die Entdeckung des eigenen Willens*. München: Hanser.
- Brüntrup, G. (1996). *Das Leib-Seele-Problem. Eine Einführung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Cassirer, E. (1990a). Phänomenologie der Erkenntnis. In Cassirer, E., *Philosophie der symbolischen Formen, Bd. III* (9. Aufl.). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- (1990b). *Versuch über den Menschen. Einführung in eine Philosophie der Kultur*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Colombetti, G. (2014). *The feeling body? Affective science meets the enactive mind*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Colombetti, G. & Zavala, E. (2019). Are emotional states based in the brain? A critique of affective brainocentrism from a physiological perspective. *Biology & Philosophy*, 34 (5), 45. doi.org/10.1007/s10539-019-9699-6.
- Damasio, A. (2000). *Ich fühle, also bin ich. Die Entschlüsselung des Bewusstseins*. München: List.
- Dekkers, W. J. M. (2004). Autonomy and the lived body in cases of severe Dementia. In: R. B. Purlito & H. Ten Have (Hrsg.), *Ethical foundations of Palliative Care for Alzheimer Disease* (S. 115–130). Baltimore London: Johns Hopkins University Press.
- Fuchs, T. (2000). *Leib – Raum – Person. Entwurf einer phänomenologischen Anthropologie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- (2021). *Das Gehirn – ein Beziehungsorgan. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption* (6. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Gallagher, S. (2005). *How the Body shapes the Mind*. Oxford: Oxford University Press.

- Herder, J. G. (1960). *Sprachphilosophische Schriften*. Hamburg: Meiner.
- Hughes, J. C. (2001). Views of the person with Dementia. *Journal of Medical Ethics*, 27 (2), 86–91.
- Jonas, H. (1992). *Philosophische Untersuchungen und metaphysische Vermutungen*. Frankfurt a. M. Leipzig: Insel.
- (1994) *Das Prinzip Leben. Aufsätze zu einer philosophischen Biologie*. Frankfurt a. M. Leipzig: Insel.
- Kather, R. (2007). *Person. Die Begründung menschlicher Identität*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- (2012). *Die Wiederentdeckung der Natur. Naturphilosophie im Zeichen der ökologischen Krise*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- (2013) Der menschliche Leib – Medium der Kommunikation und der Partizipation. In M. Hähnel & M. Knaup (Hrsg.), *Leib und Leben. Perspektiven für eine neue Kultur der Körperlichkeit* (S. 21–34). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- (2018). *Von der Würde des Menschen und dem Eigenwert der Natur. Die Integrative Bioethik als Rahmen für eine normativ-ethische Bewertung des Lebens in der Vielfalt seiner Erscheinungsformen*. Fernuniversität Hagen: Fakultät für Kultur- und Sozialwissenschaften.
- (2020a). Person – eine Einheit in der Vielfalt ihrer Ausdrucksformen zwischen Natur und Kultur. *Salzburger Jahrbuch für Philosophie: Personalität und Freiheit*, 65, 27–44.
- (2020b). Rethinking the concept of organism and freedom as the foundation of the process of life. A comparison between A. N. Whitehead and H. Jonas. In A. Haitos & H. Maaßen (Hrsg.), *Variations on Process Metaphysics* (S. 49–71). Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing.
- (2021). Kreativität, Spontaneität und Freiheit: Das Selbst als Aktzentrum. In P. Becker, S. Jöris & A. Meuthrath (Hrsg.), *Die Seele. Genese, Vielfalt und Aktualität eines vergessenen Konzepts. Quaestiones Disputatae 318* (S. 307–324). Basel: Herder Verlag.
- Kegel, B. (2015). *Epigenetik. Wie unsere Erfahrungen vererbt werden*. Köln: Dumont.
- MacIntyre, A. (1985). *After Virtue: a study in moral theory* (2. Aufl.). London: Duckworth.
- Martinez-Pernia, D. (2020). Experiential Neurorehabilitation: A neurological therapy based on the enactive paradigm. *Frontiers in Psychology*, 11 (924), 1–14.
- Mechsner, F. (1997). Auch Bilder sind keine Bilder: Wahrnehmung als die Pforte zur Welt. In R. Breuer (Hrsg.), *Das Rätsel von Leib und Seele* (S. 70–91). Stuttgart: Dt. Verlagsanstalt.
- Merleau-Ponty, M. (1966). *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin: De Gruyter.
- Plessner, H. (1982). *Mit anderen Augen. Aspekte einer philosophischen Anthropologie*. Stuttgart: Reclam.
- Quante, M. (2002). *Personales Leben und menschlicher Tod. Personale Identität als Prinzip der biomedizinischen Ethik*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

- Rager, G. (Hrsg.) (1998): *Beginn, Personalität und Würde des Menschen* (2. Aufl.). Freiburg München: Alber.
- Roth, G. (1994). *Das Gehirn und seine Wirklichkeit*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Sanders, A. (2003). Tacit Knowledge. In N. H. Gregersen, N. R. Howell, W. J. Wildman & W. v. Huyssteen (Hrsg.), *Encyclopedia of Science and Religion. Vol. II* (S. 859f.). New York München: Macmillan Reference.
- Scheler, M. (1954). *Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik. Neuer Versuch der Grundlegung eines ethischen Personalismus* (4. Aufl.). Bern: Francke.
- (1983). *Die Stellung des Menschen im Kosmos* (10. Aufl.). Bern: Francke.
- (1985). *Wesen und Formen der Sympathie*. Bonn: Bouvier.
- Schweikle, J. (2006). Quäl Dich, Körper! Die Psychotricks der Spitzensportler. *Zeit wissen*, 3, 18–24.
- Singer, P. (1999). Texte zur Person. In M. Brasser (Hrsg.), *Person. Philosophische Texte von der Antike bis zur Gegenwart* (S. 199 – 201). Stuttgart: Reclam.
- Stollorz, V. (2006). Bewusstsein durch Bewegung. *Geo-Wissen*, 37, 106–117.
- Thompson, E. (2007). *Mind in Life. Biology, Phenomenology, and the Sciences of Mind*. Cambridge, MA London: The Belknap Press of Harvard University Press.
- Thompson, E. & Varela, F. (2001). Radical Embodiment: Neural dynamics and consciousness. *Trends in Cognitive Science*, 5, 418–425.
- Varela, F., Thompson, E. & Rosch, E. (1993). *The Embodied Mind: Cognitive Science and Human Experience*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Whitehead, A. N. (1968). *Modes of Thought*. New York: Free Press.
- Waal, F. de (2008). Putting the altruism back into altruism: The evolution of empathy. *Annual Review of Psychology*, 59, 279–300.
- Wilson, A. & Golonka S. (2013). Embodied cognition is not what you think it is. *Frontiers in Psychology*, 4 (58), 58. doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00058.
- Wolf, J.-C. (2009). Eine Ethik der natürlichen Sympathie. In C. Otterstedt & M. Rosenberger (Hrsg.), *Gefährten – Konkurrenten – Verwandte. Die Mensch-Tier-Beziehung im wissenschaftlichen Diskurs* (S. 348–367). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Verkörperte Persönlichkeit und Vulnerabilität in der Alzheimer-Demenz

Abstract

Im Zentrum dieses Beitrags steht die Frage, was *Embodiment*-Theorien zur Klärung von Identität und Vulnerabilität der verkörperten Persönlichkeit in der Alzheimer-Demenz beitragen können. Ergibt sich aus verkörperungstheoretischen Ansätzen eine anthropologische Perspektive, wie der zunehmende Verlust von Autonomie, Selbstständigkeit, Orientierung in späten Stadien der Demenz für die Persönlichkeit des Menschen zu bewerten ist? Und haben solche Einsichten und Perspektiven auch ethisch-praktische Konsequenzen in der konkreten sozialen Interaktion und für das Zusammenleben mit Demenzerkrankten? Im ersten Teil werden die Herausforderungen der Alzheimer-Demenz für die anthropologische Deutung des Menschen aufgezeigt. Daraufhin wird das bewusste Erleben von Alzheimer-Betroffenen in das Zentrum der Untersuchung gestellt und nach dessen krankheitsbedingten Veränderungen wie auch bleibenden Eigenschaften gefragt. Im dritten Abschnitt wird die Ich-Du-Beziehung in ihrer Bedeutung für Alzheimer-Betroffene herausgearbeitet. Auf dieser Grundlage soll abschließend erörtert werden, ob und wie ein verkörperungstheoretisch-phänomenologischer Ansatz im Wechselverhältnis von Leib, Selbst und Zwischenleiblichkeit zur Beantwortung der oben gestellten Fragen einen Beitrag leisten kann.

Einleitung

Die Existenz des Menschen ist immer schon durch eine besondere Verletzlichkeit und Fragilität mitbestimmt. Das ergibt sich bereits aus der Tatsache unserer Sterblichkeit. Schon auf der basalen biologischen Ebene sind Organismen in ihrer Seinsweise durch eine andauernde

prekäre Prozessualität in ihren Lebensvollzügen gekennzeichnet: Die dynamische autonome Form organischen Lebens ist in ihrer Existenz nur so lange möglich, wie die eigene Grenze gegenüber der Umwelt im Metabolismus sowohl überschritten als auch aktiv aufrechterhalten wird (Jonas 1997). Denn auf der einen Seite eröffnet organisches Leben vollständig neue Möglichkeiten der Existenz, aber auf der anderen Seite liegt in der biologischen Existenzform auch ihre Verletzlichkeit durch Krankheit und Tod begründet.

Beim Menschen tritt diese Tatsache besonders in existenziellen *Grenzsituationen* ins Bewusstsein, welche nicht nur seine physische, sondern die gesamte psychische und geistig-soziale Lebensform betreffen. Wenn Krankheiten oder gar der nahende Tod einen Menschen in einer Lebenssituation direkt betreffen, dann zerbricht, wie Karls Jaspers es ausgedrückt hat, unser »Gehäuse«, mit dem wir uns im Leben eingerichtet haben (Jaspers 1919, 269). Das bedeutet, dass der Mensch in solchen existenziellen Situationen der Konfrontation mit der eigenen Verletzlichkeit bzw. Vulnerabilität nicht ausweichen kann. Dies gilt für die betroffenen Menschen, aber in unterschiedlichen Graden auch für deren soziales Umfeld.

Es steht außer Frage, dass die demenziellen Erkrankungen im höchsten Maße eine solche Grenzsituation für die Betroffenen und ihr soziales Umfeld entfalten. Bei Alzheimererkrankten, auf die ich mich in diesem Text beziehen werde, kommt es aufgrund der Plaquebildung im Gehirn neben kognitiven Einschränkungen, die unter anderem das Gedächtnis betreffen, die Fähigkeit zur symbolischen Kommunikation oder auch die Orientierung in Raum und Zeit, häufig zu starken emotionalen und charakterlichen Veränderungen (Thorpe 2009). Dies kann beim Fortschreiten der Erkrankung so weit gehen, dass Angehörige den Eindruck gewinnen, dass sie es nicht mehr mit derselben Person zu tun haben bzw. am Ende des Lebens nur noch mit einer körperlichen Hülle konfrontiert sind (Lindemann 2014). Damit steht in einer derartigen Grenzsituation alles zur Disposition: Der Verlust sonst selbstverständlicher Fähigkeiten und Veränderungen der Persönlichkeit können in einem solchen Krankheitsstadium ein derartiges Ausmaß annehmen, dass sogar ihre Identität als Person wie auch ihre individuelle Persönlichkeit beeinträchtigt erscheint. So wird auch die Würde des Menschen in der gegenwärtigen Debatte häufig an die reflexive Selbstachtung eines Menschen geknüpft und genau diese Fähigkeit zur dezidierten Wertschätzung und Achtung der eigenen Existenz droht – wie viele andere Fähigkeiten und Kompetenzen auch

– verloren zu gehen (vgl. Wetzstein 2010, 56ff.). Komplementär dazu steigt das Risiko aufgrund der schwindenden Selbstständigkeit und Selbstbestimmungsmöglichkeiten einem entwürdigenden Verhalten ausgesetzt zu werden. Die Vulnerabilität in der Demenz bezieht sich somit auf die gesamte psychophysische Integrität der verkörperten Persönlichkeit. Es steht daher außer Frage, dass ein solcher gravierender Riss oder Bruch in der eigenen Existenz eine »biografische Katastrophe« darstellt, die nicht verharmlost werden darf, wie Volker Gerhardt es treffend formuliert hat (vgl. Gerhardt 2012, 103).

Die Feststellung dieser Tatsache lässt jedoch entscheidende anthropologische Fragen offen. Hört eine individuelle Persönlichkeit mit dem genannten Verlust von Eigenschaften und Kompetenzen einfach auf zu existieren? Oder reicht die Tiefenstruktur personaler Existenz so weit, dass sie selbst wie z.B. nach dem Verlust des biografischen (deklarativen) Gedächtnisses noch zum Ausdruck kommt wie in gestischer und mimischer Kommunikation? Allein diese Überlegung und die Implikationen möglicher Antworten verdeutlicht, dass die ›Frage nach dem Menschen‹ gerade auch in den Grenzsituationen menschlicher Existenz keinesfalls als erledigt gelten kann.

Denn es ist nicht nur in theoretischer Hinsicht ein maßgeblicher Unterschied, ob wir davon ausgehen, dass die Personalität eines Menschen auch in basalen Vollzugsformen des Daseins noch zum Ausdruck kommt oder nicht. Auch in ethischer Hinsicht bis in die Pflegepraxis hinein zeigen sich hier wichtige Konsequenzen. So kann bereits das soziale Wissen um die Alzheimer-Diagnose dazu führen, dass Erkrankte nicht mehr als eigenständige Persönlichkeiten von anderen Menschen akzeptiert und angesprochen werden (Taylor 2007). Zudem gibt es ernsthafte Befürchtungen, dass mit der impliziten oder expliziten Aberkennung des Personenstatus gar die Qualität der Pflege der Betroffenen leidet (Hampson & Morris 2016): Das verdeutlicht einmal mehr die physische und psychisch-soziale Vulnerabilität, die mit der Erkrankung und dem Verlust von Autonomie einhergeht. Personenzentrierte Pflege in der Demenz, wie sie insbesondere von Tom Kitwood erforscht und angeregt wurde, setzt hingegen auf den genau gegenteiligen Zusammenhang: Demenzerkrankten Patient:innen soll im gemeinsamen Zusammenleben, der Pflege und

in Therapie so begegnet werden, dass ihre Persönlichkeit möglichst umfassend erhalten und gefördert werden kann (Kitwood 2019).¹

Im vorliegenden Beitrag geht es um die Frage, was *Embodiment*-Theorien zur Klärung von Identität und Vulnerabilität der verkörperten Persönlichkeit insbesondere in der Alzheimer-Demenz beitragen können. Ergibt sich hier eine spezifische oder zumindest zusätzliche anthropologische Perspektive, wie der zunehmende Verlust von Autonomie, Selbstständigkeit, Orientierung und Urteilsfähigkeit in späten Stadien der Demenz zu bewerten und ihm zu begegnen ist? Ist es angemessener von fragmentierten Persönlichkeiten (vgl. Matthews 2006, 175) auszugehen oder verschwinden bzw. ›erlöschen‹ die Betroffenen gar und werden zu Post-Personen, wie kognitivistische Interpretationen der Persönlichkeit nahelegen (McMahan 2002)? Im ersten Abschnitt wird die Herausforderung der Alzheimer-Demenz für die anthropologische Deutung des Menschen aufgezeigt. Daraufhin wird der an Alzheimer-Demenz Erkrankte als erlebendes Subjekt in das Zentrum der Untersuchung gestellt. Im dritten Abschnitt wird die kaum zu überschätzende Ich-Du-Beziehung in ihrer Bedeutung für Alzheimer-Demenz-Betroffene (ab jetzt: AD-Betroffene) herausgearbeitet. Auf dieser Grundlage soll schließlich erörtert werden, ob und wie ein verkörperungstheoretisch-phänomenologischer Ansatz im Wechselverhältnis von Leib, Selbst und Zwischenleiblichkeit zur Beantwortung der oben gestellten Fragen einen Beitrag leisten kann.

1. Die Alzheimer-Demenz als anthropologische Herausforderung

Die AD stellt in verschiedener Hinsicht eine besondere anthropologische Herausforderung für unser Menschenbild dar. So kann in säkularen Zusammenhängen zum Beispiel nicht mehr wie selbstverständlich von der Ebenbildlichkeit des Menschen mit Gott ausgegangen werden. Im Rahmen eines christlich-theologischen Deutungs-

¹ Ich verwende, anders als in der Forschung teilweise üblich (Neuhäuser 2017, 324ff.) den Begriff ›Persönlichkeit‹ und ›Personalität‹ in diesem Aufsatz terminologisch so, dass beide ontologisch gesehen nur auf Personen zutreffen. Das bedeutet, dass die Zuschreibung von Persönlichkeit oder Personalität gegenüber S nur dann gerechtfertigt ist, wenn es sich bei S auch um eine Person handelt. Davon grenze ich die Zuschreibung von ›personalen Zügen‹ oder ›personalen Charakteristika‹ ab, die auch auf Wesen zutreffen können, die keine Personen sind.

horizontes geht selbst in Situationen schwerster Erkrankung die Personalität des Menschen, welche theologisch in der genannten Ebenbildlichkeit begründet liegt, aufgrund einer eschatologischen Sinndimension nicht verloren (vgl. Werren 2019, 91). Mit der Etablierung naturwissenschaftlicher Methoden und dem Vorherrschen naturalistischer Kriterien zur Bestimmung des Menschen seit der Neuzeit wird deren Erforschung zunehmend ein Projekt der empirisch verfahrenen Wissenschaften.

1.1. Psychologische Kontinuitätstheorien der Personalität

Insbesondere die durch den Substanzdualismus Descartes' theoretisch vollzogene Trennung von Körper (*res extensa*) und Geist (*res cogitans*) bereitete den Weg für eine intensionale und extensionale Unterscheidung von Menschen und Personen. Bereits John Locke vollzieht diese Konsequenz in aller Deutlichkeit, die einer rein kognitiven Deutung des Personenkonzeptes den Weg bereitet. So bindet er die diachrone Identität von Personalität an das (retrospektive) Selbstbewusstsein bzw. dessen Fähigkeit, Ereignisse in der Vergangenheit explizit als die *selbst erlebten* zu identifizieren (vgl. Locke 2017, XXVII, 11). Auch wenn Locke es nicht explizit erwähnt bzw. genauer ausführt, werden damit die deklarativen Gedächtniskapazitäten des Menschen zu einem entscheidenden Kriterium für *Personalität*. Nur was sich semantisch oder als ehemaliges Ereignis erinnern lässt, kann als Bestandteil der entsprechenden Person gelten.

Diese *psychologische Kontinuitätstheorie* der Person hat in der Gegenwart weitere Ausformulierungen gefunden. Eine der bedeutendsten stammt von Derek Parfit, der die psychologische personale Kontinuität des ›Ich‹ oder ›Selbst‹, holzschnittartig formuliert, von dem dichten Bestehen sich überlagernder psychischer Verbindungen wie von Überzeugungen, Wünschen oder Charaktereigenschaften abhängig macht. Die Konsequenzen sind ähnlich wie bei Locke. Bestehen keine oder nicht ausreichende Verbindungen zwischen Charaktereigenschaften oder Gedächtnisinhalten, kann nicht mit Recht behauptet werden, dass ein früheres Selbst t und ein späteres Selbst t^* derselben Person zugeschrieben werden können (vgl. Parfit 1971, 25). Peter Singer hat schließlich aus einer ähnlich konzipierten Position im Rahmen seines Spezies-Argumentes die logische Konsequenz gezogen, dass Menschen, die an schwerer Demenz leiden, eben nicht

mehr als Personen zu betrachten seien. In Anlehnung an Locke definiert Singer den Personenbegriff folgendermaßen:

In any case, I propose to use ›person‹, in the sense of a rational and self-conscious being, to capture those elements of the popular sense of a ›human being‹ that are not covered by ›members of the species of Homo sapiens‹. (Singer 1993, 87)

Damit wird deutlich, dass für Singer Menschen eben nicht extensionsgleich mit Personen sind; wie zum Beispiel neugeborene Kinder, die aus seiner Sicht nicht den Wunsch haben können, weiterzuleben, weil sie noch nicht über den Begriff eines mentalen Subjektes wie auch über einen Begriff der Zukunft verfügen würden (vgl. Singer 1993, 171). Wenig überraschend argumentiert Singer dann analog im Hinblick auf demenziell erkrankte Menschen. Wenn die Krankheit sich in einem sehr fortgeschrittenen Stadium befindet, wird der Mensch graduell zu einer leeren Hülle (»empty husk«) bis die Person verschwunden ist bzw. aufgehört hat zu existieren (vgl. Singer 2016, 95). In solchen Fällen sieht Singer die direkte Sterbehilfe gerechtfertigt, um die Kosten und die Belastung für die Pflegenden und die Familie zu reduzieren. Wie bereits erwähnt, hat eine solche Position nicht nur erhebliche ethische Konsequenzen für die Sterbehilfe, sondern auch für die Pflege der Demenzerkrankten. Denn es scheint in diesem Fall nicht mehr erforderlich zu sein, die seelisch-mentale Dimension der Erkrankten bei der Pflege und im sozialen Umgang mit ihnen zu berücksichtigen (vgl. Hampson & Morris 2016, 2). Das wäre zumindest dann der Fall, wenn man davon ausgeht, dass demenzerkrankte Menschen mit ihrem Personenstatus auch ihre Würde im normativen Sinne verlören – ein wichtiger und umstrittener Gesichtspunkt, der im Rahmen dieses Aufsatzes nicht weiter behandelt werden kann.

1.2. Narrative Theorie der Personalität

Was den Personenstatus anbelangt, kommen Konzeptionen narrativer Identität ohne weitergehende Fundierungen bzw. Theorieerweiterungen zu ähnlichen Ergebnissen wie psychologische Kontinuitätstheorien personaler Identität. So hat Charles Taylor in *The Sources of the Self* (1989) sicherlich zu Recht darauf hingewiesen, welche Bedeutung die Sprache für die Enkulturation des Menschen und seine Personalität hat. Sich sprachlich (symbolisch) zu artikulieren,

befähige den Menschen überhaupt erst dazu z.B. moralische Verantwortung übernehmen zu können, wie auch ihm diese in berechtigter Weise zuzusprechen. Auch der soziale Raum bzw. der soziale Status von Menschen ist nach Taylor maßgeblich durch das (verwirklichte) Vermögen zur symbolischen Sprache gestiftet. Solche Überlegungen führen ihn schließlich zu der Überzeugung, dass der Zugang zur Personalität nur durch die Sprache überhaupt möglich ist (vgl. Taylor 1989, 35). An solche und ähnliche Gesichtspunkte knüpften Theorien der narrativen personalen Identität an bzw. führen sie weiter aus. So charakterisiert Marya Schechtman ihre Konzeption der narrativen Selbst-Konstitution (»narrative self-constitution view«) wie folgt:

[T]he difference between persons and other individuals (I use the word 'individual' to refer to any sentient creature) lies in how they organize their experience and hence their lives. At the core of this view is the assertion that individuals constitute themselves as persons by coming to think of themselves as persisting subjects who have had experience in the past and will continue to have experience in the future, taking certain experiences as theirs. Some, but not all, individuals weave stories of their lives, and it is their doing so which makes them persons. (Schechtman 1996, 94)

Erst wenn es Individuen möglich ist, die eigenen Erfahrungen narrativ zu einem eigenen Lebensentwurf aktiv zu organisieren und einer Deutung zu unterziehen, entsteht nach Schechtman somit eine personale Struktur bzw. eine Person. Im Vordergrund steht bei diesem Ansatz damit ein autobiografischer Selbstentwurf, der eine erlebte Vergangenheit als *die eigene* konstituiert (»taking certain experiences as theirs«), aber auch auf die Zukunft abzielt. Die Persistenz der Person, die von der Vergangenheit in die Zukunft reicht, wird auf dieser narrativen Grundlage geschaffen. Erst dadurch, glaubt Schechtman, ist es möglich, die Relation zu vier Grundeigenschaften anzugeben, die eine Theorie personaler Identität zu fundieren habe, nämlich: das *Überleben*, *moralische Verantwortlichkeit*, das *Selbstinteresse* und ein Verlangen nach *Kompensation* (vgl. Schechtman 1994, 2). Es ist in der Forschung umstritten, ob lediglich Konzeptionen narrativer Identität diese vier zentralen Aspekte personaler Identität fundieren können (Lane 2011).

Die Verbindung zu Taylors personal-sprachlicher Enkulturationshypothese wird sofort deutlich, wenn man bedenkt, dass moralische Verantwortlichkeit im strengen Sinne nur dann gegeben sein kann, wenn man einen Zugang zum »Raum der Gründe« (Sellars

1997) hat und dadurch verschiedene Handlungsalternativen abwägen, wie auch nach ethisch-moralischen Gesichtspunkten evaluieren kann. Auch die Herausstellung des Überlebens als weitere zentrale Verbindung zur personalen Identität ist nachvollziehbar, wenn man bedenkt, dass Schechtman hier an hochreflexive Grenzsituationen im Sinne Jaspers denkt, in denen Menschen erfahren, dass sie bald sterben werden. In der Regel bedeutet dies dann, dass uns etwas an unserem Überleben liegt, uns darum zu sorgen, ob wir sterben werden oder auch darüber, wer wir in Zukunft sein werden. Dass gerade in dieser besonderen reflexiven Selbstbezüglichkeit eine Quelle psychopathologischer Erkrankungen liegt, ist im anthropologisch-psychiatrischen Kontext untersucht und herausgestellt worden (Fuchs 2013) und wird uns im Hinblick auf die Dialektik von Identität und Vulnerabilität in der Demenz noch beschäftigen.

An dieser Stelle ist zunächst die Frage zu stellen, welche tiefergehenden kognitiven Voraussetzungen narrative Konzeptionen personaler Identität wie die von Schechtman aufweisen. Sicherlich gibt es bedeutende Unterschiede zu psychologischen Kontinuitätstheorien. Jedoch ist für Schechtman die Möglichkeit zur personalen Selbstreferenz gleichfalls an die reflexive Fähigkeit gebunden, sich im Horizont einer Lebensgeschichte als ein zeitlich persistierendes Subjekt nicht nur zum gegenwärtigen Zeitpunkt t_g zu verorten, sondern sich auch vergleichend mit beliebig erinnerten Ereignissen Et_1, Et_2, \dots, Et_n in der eigenen, entworfenen Lebensgeschichte L zu re-identifizieren. Damit deutet sich bereits an, wie kognitiv voraussetzungsreich und komplex eine narrative Konzeption personaler Identität eigentlich ist. Die Ereignisse einer Lebensgeschichte sind durch vielfache *Sinndimensionen* in unterschiedlichsten linearen und nicht-linearen Bezügen miteinander verbunden. Welche Erinnerungen in dieser Organisationsform geordnet werden (können), beruht auf semantischen und episodischen Gedächtniskapazitäten, welche bekanntlich in der AD immer stärker erodieren.

Was bedeutet das für das Verhältnis der narrativen Sinndimensionen zum personalen Selbst? Wie Schechtman in dem obigen Zitat ausführt, ist es genau die narrative Organisationsform, die darüber entscheidet, ob ein Individuum *sich selbst* als Person bestimmen kann und damit auch über ein explizites Verhältnis zur eigenen, zeitlichen Verfasstheit verfügt. Diese gedankliche Figur erinnert ein wenig an die Selbstsetzung des Ich in der Wissenschaftslehre Fichtes: Individuen konstituieren sich dadurch als Personen, dass sie sich als

persistierende Subjekte explizit denkend selbst bestimmen. Diese Konstitution ist allerdings nur im sozialen Raum möglich, da sie an die diskursiven Fähigkeiten der Subjekte gebunden ist. Es wird bei Schechtmans Ansatz zudem davon ausgegangen, dass der Selbstwerdung einer Person eine Individualität (logisch und zeitlich) voraus geht, die dann aber bereits über die Fähigkeiten verfügen muss, die Transformation zu sich selbst als Person aktiv zu bewerkstelligen.

Hier stellt sich die weitergehende Frage, wie diese Individualität verfasst sein muss, damit eine derartige Transformation überhaupt möglich ist, eine Frage, die für Schechtman im Zusammenhang der zitierten Stelle nicht weiter bedeutsam zu sein scheint (»I use the word ‚individual‘ to refer to any sentient creature«). Wie wichtig die Untersuchung dieses Gesichtspunktes ist, wird jedoch deutlich, wenn man bedenkt, dass z.B. Michael Luntley davon ausgeht, mit der Erosion des autobiografischen Bewusstseins sei auch das Selbst des Menschen dem Verschwinden ausgesetzt. Sein zentraler Argumentationsansatz besteht darin aufzuzeigen, dass die zeitliche Verfolgung eines Gegenstandes die Fähigkeit zur »zeitlichen Bindung«, also ein autobiografisches Gedächtnis, voraussetzt. Seiner Auffassung nach hängt das Selbst des Menschen von dieser Kapazität insofern ab, als mit dem kognitiven Verlust, einen Gegenstand raumzeitlich identifizierend verfolgen zu können, auch das Selbst des Menschen verschwindet (vgl. Luntley 2006, 106). Weist man dann empirisch nach, dass in der AD eine identifizierende Gegenstandsreferenz von AD-Betroffenen nicht mehr möglich ist, dann erodiert nach dieser Konzeption auch das Selbst des Patienten bzw. existiert im diachronen Verlauf nicht mehr.

Luntleys weitergehende Konkretisierung dieser Auffassung macht erst deutlich, welche Bedeutung seine begrifflichen Erwägungen für die empirische Beurteilung von Äußerungen demenziell erkrankter Menschen haben. Erlischt die Fähigkeit der zeitlichen Bindung von Gegenständen im Zusammenhang mit der zunehmenden Fragmentierung des autobiografischen Gedächtnisses, dann wird auch fraglich, ob ein Satz wie »Ich habe Durst« überhaupt noch auf ein erlebendes Subjekt referiert und einen Sinn aus der Sprecherperspektive zum Ausdruck bringt. Der Grund ist nach Luntley, dass die mit dem Satz verbundenen logischen bzw. begrifflichen Implikationen für AD-Patient:innen in späten Stadien unter Umständen nicht mehr erschließbar bzw. verstehbar sind. Es sei in solchen Fällen dann nicht mehr gerechtfertigt, so Luntley, einen solchen Satz als symbolischen

Ausdruck eines Subjekts und dessen Wunsch nach Flüssigkeit zu deuten (vgl. Luntley 2006, 118f.). Besteht eine notwendige Bedingung für Personalität darin, eine raumzeitlich übergreifende Referenz von Gegenständen, Eigenschaften und deren Relationen vornehmen zu können, erlischt sie mit dem Verschwinden der symbolischen Artikulationsfähigkeit wie auch den entsprechenden begrifflichen Fähigkeiten.

Spätere Ausführungen Schechtmans zur personalen Identität legen jedoch nahe, dass die bisher erörterte Konzeption des narrativen Selbst das Phänomen der personalen Selbstkonstitution – wie auch des subjektiven Erlebens – nicht vollständig erschöpfen kann. In Anlehnung an Raymond Martin diskutiert sie den auf der phänomenalen Ebene bestehenden Eindruck eines »Beobachtungs-Selbst« (»perceiver-self«). In diesem Zusammenhang stellt Schechtman gegenüber der psychologischen Kontinuitätstheorie der Person von Locke zunächst heraus, dass wir mit einem besonderen Interesse auf den Sinnzusammenhang unserer temporalen Existenz schauen. Das Erleben eigener Gefühle oder externer Ereignisse spielt sich als Teil unseres Erlebnisstroms ab, der sich nicht einfach anonym entfaltet. Was vielmehr erlebt wird, ist eine Form impliziter Selbstbeobachtung, welche mit unserem Erlebnisstrom untrennbar verbunden sei. Aus solchen und ähnlichen Erwägungen kommt sie deshalb zu folgender Charakterisierung des Beobachtungs-Selbst: »The »perceiver-self« then should be thought of as a stable observer who views and records the passing flux of experience, and recognizes it as part of a single life [...]« (Schechtman 2005, 19).

Diese Passage ist aufschlussreich, denn sie legt nahe, dass sowohl die psychologische Kontinuitätstheorie wie auch die narrative Theorie keine vollständige Konstitutionsanalyse des personalen Selbst leisten können. So schreibt Schechtman diesem Selbst (a) die Fähigkeit zu, zu realisieren, dass eine Erfahrung Teil eines einzelnen Lebens ist. Dies setzt, wie narrative Theorien der Identität betonen, die Fähigkeit eines Selbst voraus, sich in der eigenen Biografie explizit zu bestimmen und das eigene Leben in einem übergreifenden Sinnzusammenhang zu deuten. Jedoch gibt es zudem (b) auch eine Form der *impliziten* Selbstbeobachtung, welche den inneren Bewusstseinsstrom unaufhörlich zu begleiten scheint.

Gerade im Hinblick auf diese letzte Komponente (b) des Beobachtungs-Selbst ist die Frage zu stellen, die Schechtman gerade nicht zu beantworten sucht, ob überhaupt eine derartige implizite Selbstbe-

züglichkeit in Theorien des narrativen Selbst integriert werden kann, ohne den gesetzten Theorierahmen zu überschreiten. Denn es ist klärungsbedürftig, ob eine solche implizit selbstbezüglich-wahrnehmende Instanz des eigenen Bewusstseinsstroms überhaupt notwendigerweise sprachlich verfasst ist. Dass eine solche Notwendigkeit vorliegen soll, ist zumindest *prima facie* unplausibel. Denn warum sollten die Erfahrungen reichhaltiger Klangerlebnisse in einem Konzertsaal oder das Erleben von Farben an einem Frühlingstag einer prächtigen Blumenwiese grundsätzlich explizit selbstreflexiv-symbolisch verfasst sein? Auch Säuglingen im präverbalen Alter wird man nur unter reduktionistischen Annahmen perspektivisches, subjektzentriertes Erleben absprechen. Damit deutet sich bereits an, dass das Selbsterleben und der kontinuierliche Bewusstseinsstrom konstitutive Elemente von Personalität auch in der späten Demenz sein könnten, die jedoch weder von der psychologischen Kontinuitätstheorie noch von narrativen Theorien der Selbstkonstitution zureichend erfasst werden. Was dies für die Bewertung von Personalität und Vulnerabilität in der fortgeschrittenen Demenz bedeutet, soll im nächsten Schritt im Hinblick auf verkörperungstheoretische Positionen näher untersucht werden.

2. Das erlebende Subjekt in der Demenz

Auch ohne einen dezidiert phänomenologisch-verkörperungstheoretischen Ansatz zu vertreten, ist in der Alzheimer-Forschung beispielsweise von Steven Sabat deutlich herausgearbeitet worden, dass eine genauere Einschätzung, wie sich die Erkrankung zur Erfahrung und Personalität von Betroffenen verhält, die Unterscheidung und Untersuchung unterschiedlicher Dimensionen des Selbst notwendig macht. Auf dieser Grundlage bestimmt Sabat in einem ersten Schritt die direkte Erfahrungs- oder Erlebnisdimension des Selbst als denjenigen Standpunkt, mit dem sich die Person auf ihre eigene Identität bezieht. Dabei komme den Personalpronomen wie ›ich‹, ›mir‹, ›mein‹ oder ›mich selbst‹ eine große Bedeutung zu, sich lokal zu verorten. Dies gelte sowohl leibzentriert für den physischen Raum als auch für die Orientierung in der psycho-sozialen Welt (vgl. Sabat 2001, 277). Die Artikulation dieser leibbezogenen Selbsterfahrung sieht Sabat in den oben erwähnten indexikalischen Ausdrücken der Personalpronomen auch in fortgeschrittenen Stadien der AD durchaus noch gegeben,

obwohl er Luntleys Position als möglichen begrifflichen Gegeneinwand durchaus antizipiert:

Of course, one might argue that the use of first-person pronoun might be merely a verbal habit that persists as something of a vestigial reflex, thus producing the illusion of the survival of personal identity, but such an illusion would likely be shattered by studying the persons discourse in further detail (Sabat 2001, 277).

Sabats Forschungsstrategie besteht somit darin, aufzuzeigen, dass indexikalische Äußerungen bei AD-Betroffenen, selbst wenn schwere Sprachstörungen und Beeinträchtigungen des Gedächtnisses vorliegen, nicht als bloße Reflexe oder habitualisierte Stereotypen gedeutet werden dürfen. So zeigt er in seinen Interviewstudien mit verschiedenen Demenzerkrankten eindrucksvoll auf, dass in vielen Fällen die soziale Positionierung von AD-Betroffenen in den verschiedenen diskursiven Kontexten darüber entscheidet, ob Demenzerkrankte als »Semiotische Subjekte« in Erscheinung treten können, also überhaupt über die Gelegenheiten und Möglichkeiten verfügen, ihre verbliebenen sprachlichen Fähigkeiten sinnvoll einzusetzen. Dies deutet bereits auf eine weitere, nämlich die intersubjektive Dimension des personalen Selbst und seine Möglichkeiten der Selbstaktualisierung hin, worauf im späteren Verlauf des Textes noch genauer einzugehen sein wird.

Aus bewusstseinsphänomenologischer und verkörperungstheoretischer Sicht stellt sich an diesem Punkt die Frage, worauf diese sprachlichen Ausdrucksformen wie bei der Verwendung indexikalischer Ausdrücke eigentlich basieren. Sabat gibt bereits einen eigenen wichtigen Hinweis auf eine mögliche Antwort, wenn er ganz allgemein auf die Erlebnisdimension des personalen Ich verweist. Der selbstreferentielle symbolische Verweis auf das eigene Ich bei der Verwendung indexikalischer Ausdrücke ist nur dann kein Reflex, wenn aufgrund der symbolischen Prägnanzbildung bewusste Erfahrungen der Betroffenen artikuliert werden. Es ist naheliegend, dass diese Erfahrungen in dem oben erwähnten Selbsterleben des Subjekts (»perceiver self«) eine bedeutende Fundierung haben. Dieses Selbsterleben ist weder notwendig symbolsprachlich-begrifflich verfasst noch reflexiver Natur. Wie lässt es sich dann weitergehend bestimmen? Bereits bei Schechtman finden wir, wie ausgeführt, die Einsicht, dass ein konkretes episodisches Erlebnis wie eine Sinneswahrnehmung, ein Gefühl oder auch ein Gedanke Teil eines konti-

nuerlichen Bewusstseinsstroms sein muss, der von einem Selbst implizit bemerkt bzw. aktual begleitet wird. Nur auf einer solchen Grundlage wird überhaupt ein übergreifender Sinnzusammenhang der diachronen Existenz des Menschen verständlich, zu dem diese Episoden gehören.

2.1. Bewusstseinsstrom und erlebendes Ich

Edmund Husserl hat die formale temporale Struktur des Bewusstseinsstroms bekanntermaßen mit phänomenologischen Mitteln weiter untersucht und differenziert (Husserl 2001a): In dem Jetztbewusstsein des erlebten »Präsenzfeld[es] der Gegenwart« ist bereits die Zukunft und Vergangenheit eingeschrieben. Ohne sich explizit zu erinnern, was die Existenz eines deklarativen Gedächtnisses voraussetzt, gibt es ein direktes Erleben des »nicht-mehr«, also von denjenigen Bewusstseinsselementen, die gerade vergangen sind, ein Phänomen, das Husserl als *retentionales* Bewusstsein bezeichnet (Husserl 2001a). Dabei handelt es sich um ein Mit-Bewusstsein eines Subjekts des »gerade eben« Vergangenen, das überhaupt erst sinnhaftes Handeln ermöglicht. Befinde ich mich beispielsweise in einem Gespräch, kann ich bei zureichender Aufmerksamkeit mich an dessen Verlauf aktiv beteiligen und auch rezeptiv (verstehend) folgen, ohne dass ich mir alle bisher manifestierten narrativen Inhalte des Dialogs explizit vor Augen führen müsste. Störungen und Missverständnisse lassen es im gesunden Zustand zu, einen Bewusstseinswechsel durchzuführen, um sich dann explizit auf das eben Vergangene reflektierend und fragend zu beziehen. Dieser Aufmerksamkeitswechsel ist dann auch mit einem anderen Bewusstseinsmodus verbunden.

Auf der einen Seite verdeutlichen diese Ausführungen zum Bewusstseinsstrom, dass die von Sabat ins Zentrum gestellte symbolische Artikulation des »Semiotischen Subjekts« in einem erlebenden Selbst fundiert sein muss, damit die Rede von einem sinnhaften Verhalten gegenüber der Annahme bloß mechanischer Reflexe in den Äußerungen der AD-Betroffenen auch tatsächlich gerechtfertigt ist. Auf der anderen Seite stellt sich deshalb die Frage, ob die krankheitsbedingten Veränderungen der Betroffenen von AD nicht derart weitreichend sind, dass selbst der oben skizzierte basale Bewusstseinsstrom bzw. das erlebende Subjekt in seiner Gesamtkonstitution betroffen ist. Oder anders formuliert: Könnte die Vulnerabilität in der

späten Demenz nicht sogar so weit reichen, dass der Bewusstseinsstrom von AD-Betroffenen vollständig oder zumindest partiell zu fragmentieren droht, also einzelne erlebte Episoden selbst zeitlich unverbunden nebeneinanderstehen? Würde in einem solchen Fall dann nicht auch das Ich in Frage gestellt werden, das nach Husserl im Zentrum des Bewusstseinsstrom steht? Wäre es nicht in einem solchen Fall sogar denkbar, dass die implizite Selbstbezüglichkeit des Bewusstseinsstroms, welche Schechtman als Beobachtungs-Selbst bezeichnet, in diesem Stadium nicht mehr oder eben nur noch okkasionell auftritt?

Im Hinblick auf diese Fragen ist zunächst festzuhalten, dass es gerade für die späte Phase der AD-Erkrankung aufgrund des häufig fast vollständigen Zusammenbruchs der symbolischen Kommunikation auch methodisch und empirisch eine große Herausforderung darstellt, diese Aspekte angemessen zu erforschen. Es ist allerdings keinesfalls aussichtslos, wie gerade auch verkörperungstheoretische und gerontologische Ansätze in der empirischen Forschung zeigen (vgl. Kruse 2021, 252f.). Bevor besonders im Abschnitt 4 auf die genannten schwierigen Fragen eingegangen wird, möchte ich zunächst den Blick vorbereitend darauf lenken, wie der räumliche und zeitliche Orientierungsverlust sich in späten Stadien von AD voraussichtlich auf die Bewusstseinsverfassung auswirkt.

2.2. Orientierungsverlust in der Alzheimer-Demenz

Es ist bereits gut erforscht, dass die räumlichen Orientierungsprobleme bis hin zu einem fast vollständigen Orientierungsverlust nicht nur die abstrakte Raumorientierung betreffen, sondern auch die direkte, leiblich erlebte Lebensweltorientierung auf verschiedenen Ebenen stark tangiert. (Dzwiza-Ohlsen 2021) Gerade auch kontextuelle Aspekte des direkten raumzeitlichen Geschehens, die durch indexikalische Ausdrücke wie ›diese:r‹, ›hier‹ und ›jetzt‹, wie auch Personalpronomina wie ›ich‹, ›du‹, ›er‹, ›sie‹ usw. zum Ausdruck gebracht werden, werden immer schlechter verstanden, was direkt mit dem Verlust von kontextueller und situativer Orientierung verbunden ist (vgl. Dzwiza-Ohlsen 2021, 80).

In welchem Zusammenhang steht dieser Orientierungsverlust mit der temporalen Konstitution des Bewusstseins gerade auch in der späten AD? Bereits bei mittelschweren Demenzen kommt es

nicht nur zu starken Beeinträchtigungen des deklarativen Gedächtnisses, sondern das Verhältnis des Langzeitgedächtnisses zur erlebten Gegenwart verändert sich signifikant. Die Fähigkeit zur bewussten Evokationen von Erinnerungen nimmt ab und stattdessen treten Erinnerungen situativ und in direkter Reaktion auf Stimmungen und Emotionen auf (vgl. Wojnar 2014, 66). Dabei ist häufig eine Vermischung bzw. Überlagerung von Erinnerung und gegenwärtigem Erleben festzustellen, wenn beispielsweise die Tochter einer AD-Betroffenen mit der bereits vor vielen Jahren verstorbenen Schwerster identifiziert wird. Diese Veränderungen legen jedoch nicht nahe, dass der Bewusstseinsstrom oder das erlebende und handelnde Ich der Betroffenen von diesen Veränderungen bereits *konstitutionell* tangiert sind. Allerdings tritt auch das folgende von Jan Wojnar beschriebene Phänomen schon in der mittleren AD-Phase auf, das sich dann in der späten Demenz noch einmal besonders verstärkt:

Weil sie bereits nach wenigen Sekunden das soeben Geschehene vergessen, pflegen viele Demenzkranke, noch am Frühstückstisch sitzend, zu fragen, wann sie Frühstück oder etwas zu essen bekommen. Auf die Antwort: »Du hast soeben gefrühstückt« Reagieren sie mit freundlichem: »Ach ja? Danke! Und wann bekomme ich mein Frühstück?« (Wojnar 2014, 62)

An dieser Beschreibung wird im Gegensatz zu erstgenannten Veränderungen deutlich, dass der Bewusstseinsstrom auch in der von Husserl bestimmten Weise durchaus betroffen zu sein scheint. Denn was hier geschildert wird, ist nicht einfach nur mit dem Verlust des deklarativen Gedächtnisses zu erklären. Betroffen ist hier auch das Kurzzeitgedächtnis, welches bei Husserl mit dem Ausdruck des retentionalen Bewusstseins, das er auch als Nachhallbewusstsein bezeichnet, zumindest gewisse Überschneidungen aufweist. Das *gerade eben* gegessene Frühstück ist nicht mehr im Bewusstsein und gefährdet deshalb das sinnhafte Verstehen und Handeln in der konkreten Situation. Damit einher geht eine grundsätzliche Verschiebung der Erlebnissituation der Betroffenen hin zum »Leben im Augenblick« (Wojnar 2014, 62). Diese Gegenwartszentrierung legt nahe, dass der Bewusstseinsstrom in seinem konstitutionellen Grundgefüge mindestens *verändert* ist. Damit beantwortet ist allerdings noch nicht die entscheidende Frage, ob diese Veränderung auch mit der Fragmentierung des Bewusstseinsstroms insgesamt auftritt, die seiner (temporal partiellen) Unterbrechung gleichkäme. Darüber hinaus ist zu klären, ob in diesem Fall das implizite Selbsterleben

der AD-Betroffenen überhaupt die Identität des Subjekts auf dessen erstpersionaler Erlebnisperspektive verbürgen könnte. Denn warum sollte das Ich des Demenzkranken nach einer solchen Unterbrechung des Bewusstseinsstroms, falls es sie gibt, noch dasselbe Ich und nicht ein anderes sein?

Eine erste tentative Antwort auf diese schwierigen Fragen ergibt sich aus der Beobachtung in der Demenzforschung, dass zum Beispiel die Zeigegeste oder auch gemeinsame leibliche Vollzüge dazu geeignet sind, sowohl die Ausdrucksmöglichkeiten von Demenzerkrankten als auch ihr situatives augenblickliches Verstehen deutlich zu verbessern. Dies gilt gerade auch dann, wenn sich symbolische Kommunikationsmöglichkeiten nur schwer oder kaum noch manifestieren können (vgl. Wojnar 2014, 66; Hydén 2018; Hydén et al. 2022). Dieser Gesichtspunkt verweist darauf, dass offenbar auch das retentionale Bewusstsein des Menschen einer differenzierten bzw. mehrdimensionalen konstitutionellen Betrachtung zu unterziehen ist. Denn wenn es andere verkörperte Ausdrucksformen gibt, die mindestens teilweise noch intakt sein können, auch wenn symbolisch-basierte Erinnerungen kaum noch bestehen, dann ist nicht unmittelbar einsichtig, warum der Bewusstseinsstrom an die faktische Existenz dieser symbolischen Fähigkeiten gebunden sein sollte. Husserls Strukturaufriß des Ich und Bewusstseinsstroms ist in seiner formalen Fassung anthropologisch auslegungsbedürftig, wie schon bereits für andere psychopathologische Zusammenhänge festgestellt wurde (Lenzo & Gallagher 2021).

Der Grund ist, dass das retentionale und protentionale Bewusstsein aufgrund erworbener begrifflicher Fähigkeiten, die dem Menschen im Laufe der Entwicklung zur zweiten Natur geworden sind, meist immer schon in ein auch symbolisch durchdrungenes noematisches Horizontbewusstsein eingebunden ist (räumliche Mitgegenwart und zeitliche Vorerfahrung) (vgl. Husserl 2001b, 114). Es ist naheliegend, dass dies nicht für jede Entwicklungsphase des Menschen gleichermaßen gilt. Im Abschnitt 4 werde ich diesen Gesichtspunkt anhand weitergehender phänomenologischer und verkörperungstheoretischer Aspekte zur Demenz vertiefen. Zuvor soll auf die besondere interpersonale Konstitution von Personalität und die mit ihr verbundene spezielle Form der Vulnerabilität in der Demenz eingegangen werden.

3. Die Ich-Du Beziehung als konstitutives Element von Personalität und Vulnerabilität

Wie schon erwähnt, hebt Sabat neben der Erlebnisdimension des Ich auch dessen interpersonale Konstitution besonders hervor und hat diesen Zusammenhang auch eingehend erforscht. Bevor wir auf die besonderen Ressourcen für die Demenzerkrankung eingehen, die Sabat mit seinem Konzept der Positionierung für die Demenzerkrankung aufgedeckt hat, wird zunächst die verheerende Wirkung maligner psychosozialer Ausgrenzungen im Kontext von AD eingeführt. Mit »Positionierung« ist in diesem Zusammenhang gemeint, dass in dynamischen, sozialen Situationen Menschen Rollenzuteilungen erfahren, die mit festlegen, welche Reaktionen in Interaktionen erwartet werden, überhaupt möglich sind und dadurch Handlungsräume sozial vorstrukturieren (vgl. Sabat 2001, 18f.). Dies wird bei Erfahrungsberichten von AD-Betroffenen besonders deutlich. Richard Taylor, ein Psychiater und selbst an AD erkrankt, beschreibt eindringlich, wie allein das Wissen um die Diagnose der Krankheit bei seinen Kommunikationspartner:innen zu einer (Re-)Positionierung der Ausgrenzung im ganz gewöhnlichen Alltagsdiskurs führt:

Ich lasse mir die Haare schneiden, und im Laufe des Gesprächs erzählt mir die Friseurin, dass bei ihrem Vater kürzlich die Alzheimer-Krankheit diagnostiziert wurde. Ich antworte: »Bei mir auch.« Daraufhin fragt sie nicht mich, sondern meinen Bruder, der mich begleitet hat und in der Warteecke sitzt, ob er mit ihrer Arbeit und meinem Haarschnitt zufrieden ist. (Taylor 2008, 148)

Selbst wenn man den sozialkonstruktivistischen Ansatz von Sabat nicht teilt, machen solche Beispiele deutlich, wie im Alltag eine Positionierung als AD-Betroffener den sonst offenen sozialen Begegnungsraum derart einschränken kann, dass der Manifestation bzw. Selbstaktualisierung des Betroffenen der Boden entzogen wird. Taylor charakterisiert den zugrunde liegenden Mechanismus mit Bezug auf Martin Buber wie folgt: »Im Gespräch werde *ich* zum *er*. Ich bin verschwunden. Auch sprechen die Leute lauter oder gedämpfter, als wäre ich schwerhörig oder läge im Sterben.« (Taylor 2008, 148)

Diese Beschreibungen sind nicht nur aus diskurstheoretischer und praktischer Hinsicht aufschlussreich, sondern haben ihre Grundlage im direkten phänomenalen Erleben wie bei der eben beschriebenen malignen (Re-)Positionierung des AD-Betroffenen. Mit Bezug

auf Max Schelers Konzeption einer direkten Wahrnehmung des Fremdpsychischen bzw. eines »fremden Ichs« oder eben auch mit Bubers Ausführungen zur Ich-Du/Ich-Es Beziehung im sozial-personalen Raum lässt sich dieser Vorgang phänomenologisch weiter bestimmen.

So macht Scheler in seinen phänomenologischen Studien zur psychischen Fremdwahrnehmung deutlich, dass wir nicht nur einen direkten Erfahrungszugang zu unseren eigenen mentalen Zuständen und unserem Ich haben, sondern auch zur Psyche einer anderen Person, die sich in Gestik, Mimik, Emotionen oder eben symbol-sprachlicher Artikulation manifestiert (Scheler 1973). Martin Buber weist darauf hin, dass die Ich-Du Beziehung dabei nicht einer dinglichen Erfahrung gleicht, sondern sich im Begegnungscharakter manifestiert, der eben auch verfehlt werden kann (Buber 2008). Wie Matthew Ratcliffe unter Bezugnahme auf Buber herausgearbeitet hat, erschließt sich dieser Begegnungscharakter nur dann, wenn man bereit ist, den *personalen Standpunkt* einzunehmen, also den Raum für die personale Begegnung sowohl aktiv herzustellen als auch passiv zuzulassen. Mit der kontrastiven Ich-Es Beziehung ist nämlich nicht gemeint, dass hier die Erfahrung mit einem leblosen Gegenstand gemacht wird (Ratcliffe 2007). Taylors Beispiel macht das deutlich. Die Friseurin wird immer noch wahrnehmen, dass vor ihr ein Mensch sitzt, mit dem sie vorher noch direkt kommuniziert hat. Jedoch hat sie durch ihren Einstellungswechsel den vorher mit Taylor geteilten *personalen Begegnungsraum* verlassen, der sich nur in der wechselseitigen relationalen Bezugnahme und Anerkennung beider Akteure realisieren kann.

Wie sich diese direkte Resonanzbeziehung zwischen eigenem und fremden Ich in der Demenz durch maligne soziale Positionierungen als besonders vulnerabel erweist, veranschaulicht Taylor an vielfältigen Alltagsbeispielen. Im Gespräch mit der Friseurin, aber auch in anderen Situationen, finden zunächst sprachliche Interaktionen statt wie mit ihr oder einem Verkäufer. Der personale Begegnungsraum wird jedoch durch die den Gesprächspartner:innen mitgeteilte AD-Diagnose abrupt unterbrochen. Die Ansprache gilt von diesem Zeitpunkt ab nicht mehr Taylor persönlich, sondern seinem Bruder oder seiner Frau, also den Begleitpersonen. Diese Abwendung findet statt, obwohl es jeweils um ihn direkt betreffende Fragen geht, wie ob sein Haarschnitt gelungen sei oder er einen Kauf tätigen möchte. Damit »verschwindet« die Manifestationsmöglichkeit seines

(sozial responsiven) Ich im personalen Begegnungsraum durch die abrupte Unterbrechung einer zuvor gelingenden und sich selbst konstituierenden sozialen Beziehung. Damit wird Taylor die Möglichkeit genommen, sich in diesem Moment als Person zu artikulieren. Die Folgen solcher malignen Positionierungen sind hoch problematisch, denn sie tragen aufgrund ihres exkludierenden Charakters zur Isolierung und zusätzlichen psychopathologischen Erkrankungen von AD-Betroffenen bei. Wie Studien gezeigt haben, beschleunigt z.B. Depression den fortschreitenden Verlauf einer Demenzerkrankung (Mourao et al. 2016).

Es gibt aber neben derartigen malignen Formen sozialer Positionierung selbstverständlich auch benigne, also fördernde und wertschätzende Formen sozialer Einordnungen, die zum Erhalt und der Selbstaktualisierung der Person im Kontext sozialer Interaktionen einen bedeutenden Beitrag leisten können (vgl. Kitwood.2019, 105 ff.). Sabat zeigt dies an verschiedenen Fallbeispielen eindrucksvoll auf. Dr. B. ist ein Wissenschaftler und Intellektueller, der darunter leidet, dass er in einer Tageseinrichtung seine Zeit mit anderen Betroffenen verbringen soll. Die Aktivitäten in der Gruppe füllen ihn nicht aus, wie aus Gesprächen mit ihm hervorgeht, weshalb er sich weigert, weiterhin seine Zeit in der Gruppe zu verbringen. Sabat beteiligt ihn daraufhin nach vielen Gesprächen an einem gemeinsamen wissenschaftlichen Projekt zur Demenz mit seinen Mitarbeitern. Diese (Re-)Positionierung als ein akademisch geschätzter Wissenschaftler und Mitarbeiter verändert seine persönliche Situation deutlich. Er fühlt sich in seiner (neuen) sozialen Position wertgeschätzt, hat ein neues wichtiges Ziel, einen Beitrag zum gemeinsamen Forschungsprojekt zu leisten und wird dadurch nicht mehr als ein AD-Betroffener behandelt, der hilflos, verwirrt und leidend ist (Sabat 2001, 298).

Auch bei Richard Taylor findet sich eine analoge eindrucksvolle Beschreibung einer nicht geplanten benignen (Re-)Positionierung. Seine Frau ist eines Tages erkrankt und muss ins Krankenhaus. Sie kann sich aufgrund großer Schmerzen in dieser Situation kaum artikulieren. Um zu erfahren, was bei ihr vorliegen könnte, ist Taylor jetzt plötzlich als ihre Begleitung der gefragte Ansprechpartner der Ärzte im Krankenhaus, die nicht um seine Demenz wissen. Er kennt sich zu dem vorliegenden Krankheitsbild seiner Frau sehr gut aus und in manchen Detailfragen auch besser als der behandelnde Arzt. Was diese Erfahrung für ihn in der Retrospektion bedeutet, beschreibt er folgendermaßen:

Ich kann mich noch bloss an eine Zeit erinnern, als ich von vielen Leuten aufgesucht wurde, die mich um Informationen baten oder an meiner Meinung über Dinge interessiert waren, die nichts mit mir oder meiner Erkrankung zu tun hatten. Es war ein herrliches Gefühl, mich wieder an diesem Punkt zu befinden – ein glaubwürdiger Mitspieler zu sein. (Taylor 2008,187)

Auch in dieser kurzen Passage wird der positive Effekt der benignen Positionierung in der erlebten und artikulierten Sinnerfüllung direkt deutlich. Weil Taylor in eine Situation kommt, in der er als Experte für die Erkrankung und momentane Verfassung seiner Frau angesprochen wird, kann er seine fachlichen Fähigkeiten im Gespräch mit dem Arzt entfalten. Es findet eine direkte personale Interaktion zwischen ihm und dem Arzt statt, eine symmetrische Ich-Du Beziehung, die von Taylor als beglückend erlebt wird. Dabei führt er aus, was den Unterschied zu der oben beschriebenen malignen Positionierung als AD-Betroffener ausmacht: Er bezeichnet sich als »glaubwürdigen Mitspieler«, was bedeutet, dass er sich für eine kurze Zeit, in der von ihm ehemals gewohnten sozialen Hierarchie wieder (neu) verortet sieht (ein Gespräch unter Expert:innen). Dass diese (Re-)Positionierung für ihn mit persönlicher Anerkennung, Wertschätzung und Sinnfindung verbunden ist und ein positives Gefühl auslöst, erscheint dabei nur folgerichtig.

Für die Frage nach dem Zusammenhang von *Personalität*, *Identität* und *Vulnerabilität* ist die benigne Positionierung von Demenzerkrankten von großer Bedeutung. Wie Sabat betont, ist neben (a) der Erlebnisdimension des Ich und (b) dessen sozialer Konstitution selbstverständlich auch die Ebene (c) der Veränderung des personalen Subjekts in den Blick zu nehmen. Wie die besondere Grenzsituation erlebt wird, in der sich AD-Betroffene befinden, hängt von den spezifischen krankheitsbedingten körperlichen und psychischen Veränderungen ab, jedoch, wie erläutert, eben auch im hohen Maße von den sozialen Reaktionen der Mitwelt. Das zeigen die genannten Beispiele der jeweiligen sozialen (Re-)Positionierung eindringlich auf. In gelingenden Formen sozialer Interaktionen erhalten AD-Betroffene die Möglichkeit, ihre Selbstwirksamkeit und Selbstaktualisierung zu manifestieren und auch durchaus (partiell) selbstbestimmt auszuüben. Dies ist aber nur möglich, wenn soziale Räume geschaffen werden, in denen solche Interaktionen überhaupt stattfinden können.

Auf Grundlage dieser Einsichten lässt sich dann auch die besondere soziale Vulnerabilität vom AD-Betroffenen genauer bestimmen:

Sie sind in einem viel höheren Maße als nicht-erkrankte Personen darauf angewiesen, dass eine Ich-Du Beziehung von ihrer sozialen Mitwelt bewusst hergestellt und mit ihnen eingegangen wird. Nur so ist es ihnen in höherem Maße möglich, in sinnerfüllte und selbstbestimmte Handlungen gemäß ihren jeweiligen Möglichkeiten eintreten zu können. Damit wird die Frage nach Personalität, Identität und Veränderung in einer prekären Grenzsituation des Lebens, wie in der AD, zu einer gleichzeitig hochbedeutenden sozialen und ethischen Fragestellung: Über welche Ressourcen, Bereitschaft, Fähigkeiten und Kreativität verfügt das soziale Umfeld, um in den Worten Kitwoods die Selbstaktualisierung von Personalität bei AD-Betroffenen zu fördern und zu erhalten? Nachdem die Signifikanz der sozialen (Re-)Positionierung für die Frage nach der Vulnerabilität im Zentrum der Betrachtung stand, soll im nächsten Abschnitt die Frage nach der Erosion des Bewusstseinsstroms von AD-Betroffenen im Spätstadium unter *verkörperungstheoretischen* Gesichtspunkten noch einmal ins Zentrum der Betrachtung gestellt werden.

4. Manifestationen von Selbst, Leibgedächtnis und Zwischenleiblichkeit in der Demenz

In der phänomenologisch-verkörperungstheoretisch orientierten Literatur zur Demenz ist auf anthropologische Tiefenschichten verwiesen worden, die bei der Frage nach der Identität, Personalität und Vulnerabilität in der Demenz häufig nicht ausreichend Beachtung finden. In diesem Abschnitt möchte ich dabei auf einige Beispiele der phänomenologisch-verkörperungstheoretischen Forschung eingehen, die für die Frage nach der Kontinuität des Ich im Bewusstseinsstrom in der späten AD-Demenz besonders wichtig sind.

Die Philosophische Anthropologie unterscheidet zwischen zwei Aspekten, die als *Leib-Sein* oder *Körper haben* bekannt geworden sind (Plessner, 1979, 41). So können wir uns dem Körper oder Teilen des Körpers reflexiv gegenüberstellen und diesen objektivieren, aber im präreflexiven Vollzug einer leiblichen Handlung wird das Ich nicht abgetrennt von leiblichen Vollzügen erlebt, sondern lebt im Ausdrucksverhalten des fühlenden oder sich bewegenden Leibes (Behnke 1997). Dabei handelt es sich um ein basales Selbsterleben, das weder symbolisch noch narrativ vermittelt ist, sondern auf einer Selbstvertrautheit beruht, die das narrative Selbst vielmehr mit fun-

diert, anstatt aus reflexiven Akten oder einem expliziten Wissen hervorzugehen (vgl. Fuchs 2018a, 50).

Zudem ist im Rahmen der Theorie der verkörperten Kognition und Personalität eingehend begründet worden, dass das Gehirn nicht als Akteur, der Handlungen vollzieht, verstanden werden sollte und auch nicht das Bewusstsein des Menschen produziert. Erst im Zusammenspiel bzw. der Interaktion von Umwelt, Leib und Gehirn treten Bewusstseinsprozesse auf, bei denen das Gehirn als Vermittlungsorgan nicht aber als eigenständiger Akteur fungiert (Thompson 2007; Fuchs 2018b). Für die Einschätzung der Demenz ist das ein wichtiger Gesichtspunkt. Denn wie insbesondere Jens Brockmeier aufgezeigt hat, wird das Gehirn häufig mit der Vorstellung eines Archivs assoziiert, das mit dem autobiografisch-episodischen Gedächtnis auch die personale Identität des Menschen enthalte. Auf dieser Grundlage wird die AD-Erkrankung dann als »Gedächtniskiller« bewertet und die intersubjektiv-kulturelle Einbettung des Gedächtnisses und der Person außer Acht gelassen (Brockmeier 2014).

4.1. Das Leibgedächtnis

Was bedeuten diese verkörperungstheoretischen und phänomenologischen Aspekte für die Frage nach dem verkörperten Selbst in späten Stadien der AD? Wie bereits herausgestellt wurde, ist die von Husserl vorgestellte Form der temporalen Mikrostruktur des Bewusstseins (Retention, Protention und das Präsenzfeld des Erlebens) für die späte Demenz daraufhin zu befragen, ob sie überhaupt noch existiert und, falls dies so sein sollte, nur noch einen fragmentierten Bestand hat. So ist es zwar richtig, dass die Konstitution des diachronen narrativen Selbst im von Husserl beschriebenen Bewusstseinsstrom eines mit sich selbst vertrauten Ich fundiert ist (Summa & Fuchs 2015, 392). Aber solange die konkrete verkörperte Dimension dieser temporalen Verfasstheit nicht anthropologisch näher bestimmt wird, ist die Wirkung der AD im Hinblick auf die Kontinuität und Konstitution des Selbst-Erlebens des Betroffenen nicht zureichend einzuschätzen.

Thomas Fuchs hat diesbezüglich die Bedeutung des ›Leibgedächtnisses‹ für das Selbst-Erleben und das Handeln der AD-Betroffenen näher untersucht. Was ist unter diesem Gedächtnistyp zu verstehen? Es gibt eine Kontinuität des Handelns und Erlebens, die nicht durch Narrativität, abrufbare semantische Gehalte oder die

Erinnerung an konkrete episodische Gehalte gebunden ist. Diese Gedächtnisform ist uns aus dem Alltag nur allzu bekannt. Wenn wir Fahrrad fahren, ein Werkzeug benutzen oder ein Instrument spielen, handelt es sich um Fähigkeiten, die auf einem *Wissen wie* beruhen und an dessen ursprünglichen Erwerb wir uns häufig gar nicht mehr explizit erinnern können. Bereits nach Bergson zeichnet sich dieser Gedächtnistyp dadurch aus, dass er die Vergangenheit nicht einfach in der Retrospektive enthält, sondern als gelebte Erfahrung in der Gegenwart in sich trägt. Er bezieht diesen Gedächtnistyp auf wiederkehrende motorische Mechanismen des gesamten Körpers, welche in Gewohnheiten, Dispositionen und Einstellungen gegenüber Objekten resultieren (Bergson 1896/2001).

In der phänomenologischen Forschung ist das Leibgedächtnis weitergehend untersucht worden (Casey 2000; Fuchs 2012; Sheets-Johnstone 2012; Tewes & Fuchs 2018). Wie bereits von Bergson hervorgehoben worden ist, besteht eine bedeutende Dimension des Leibgedächtnisses in dem ›habitualisierten Leib‹, der ein durchaus polares Spektrum umfasst. Damit ist gemeint, dass habitualisierte Prozesse – wie das erwähnte Fahrradfahren – die Sensomotorik des gesamten Körpers prägen und sich in entsprechenden Handlungsformen manifestieren. Einerseits können damit automatisierte Prozesse verbunden sein, die manchmal unbewusst und zwanghaft auftreten wie in der Drogensucht. Es wäre jedoch ein Irrtum davon auszugehen, dass solche Handlungskoordinationen vollkommen subpersonal und mechanisch ablaufen müssen (Sheets-Johnstone 2012). Denn es gibt andererseits auch die Möglichkeit, habitualisierte Handlungsschemata an konkrete Handlungssituationen – wie zum Beispiel im Hochleistungssport – flexibel anzupassen (Sutton et al. 2011). Dies lässt sich an der Erfahrung verdeutlichen, wenn ein Spitzensportler z.B. einen neuen Tennisschläger ausprobiert. Zunächst fühlt der Schläger sich fremd an, er muss ›inkorporiert‹ werden und im Spiel seine besonderen Eigenschaften offenbaren. Trotzdem kann der Sportler sein bestehendes Körperschema im Zusammenhang mit Tennisschlägern auf diesen Schläger neu ausrichten. Er spielt nicht plötzlich wie ein Anfänger, sondern vermag es, seine bereits bestehenden Fähigkeiten an die neue Situation auszurichten und gleichzeitig zu verändern. Das Leibgedächtnis umfasst somit verschiedene Dimensionen, wie (a) das prozedurale Gedächtnis, das insbesondere sensomotorischen Formen der Koordination zugrunde liegt, (b) die individuelle Art, eine Tätigkeit auszuführen oder auch das Ausdrucksverhalten (wie

z.B. die spezifische Art zu lachen oder zu weinen), aber auch (c) der Bezug zu besonderen Situationen (situatives Leibgedächtnis). Zudem gibt es auch (d) das zwischenleibliche Gedächtnis, das ein implizites Beziehungswissen umfasst, auf das wir im Hinblick auf die AD ebenfalls noch näher eingehen werden (vgl. Fuchs 2018a, 53f.).

Auch wenn in den späten Stadien der AD frühere Fähigkeiten wie das deklarative Gedächtnis, symbolische Kommunikation und das Orientierungsvermögen von AD-Betroffenen verloren geht, sind vielfältige Manifestationsformen der verkörperten Person im Hinblick auf das Selbsterleben in den leiblichen Handlungen und Ausdrucksformen bestimmbar. Wim J. M. Dekkers geht deshalb davon aus, dass auch bei schweren Formen der Demenz die Persönlichkeit der Betroffenen nicht einfach verschwindet (vgl. Dekkers 2004, 123). Wie lässt sich diese Annahme wissenschaftlich stützen?

In der Demian-Studie zur Demenz, die unter anderem von Marion Bär an der Universität Heidelberg durchgeführt wurde, stand die subjektiv erlebte Sinndimension von Demenz-Betroffenen im Zentrum der Untersuchung. Bär unterscheidet in dieser Studie (a) eine aktuelle Sinndimension, die sich in der Gegenwart ereignet und in der Begegnung mit der Welt auch gleichzeitig erfüllt, von (b) einer reflexiven Sinndimension, die Überlegungen und Bewertungen zur eigenen Biografie entspricht und zum Beispiel in auf Fragebögen basierenden Untersuchungen näher erforscht werden kann (vgl. Bär 2010, 253f.). Es ist die erste (a) Sinndimension, für die es viele Beispiele in der Studie gibt und unter Bezugnahme auf die oben vorgestellten Gesichtspunkte zum verkörperten Ich und Leibgedächtnis auch weitergehend bestimmt werden können:

Frau Martens (abgewandelter Name) ist eine ehemalige Chefsekretärin und hat nach den Beschreibungen der Studie ihren entsprechenden Habitus keinesfalls verloren. Zwar spricht sie nicht über diese konkrete Zeit und ihren ehemaligen Beruf, wenn man sie jedoch als Chefsekretärin anspricht, gewinnt man leichter einen Zugang zu ihr und vermeidet sonst häufiger auftretende zornige Reaktionen. Auch Frau Kallewitz ist eine ehemalige Sekretärin. Sie kann sich an diese Zeit auch noch trotz einer fortgeschrittenen Demenz erinnern und ist stolz darauf, für ihren ehemaligen Chef auch noch im Pensionsalter gearbeitet zu haben. Sie erzählt, dass sie im Heim aufgrund ihrer guten Schreibkenntnisse eingestellt worden sei, obwohl sie diese Fähigkeiten vermutlich gar nicht mehr hat (vgl. Bär 2010, 253f.).

Bär versteht diese Ausdrucksformen von Frau Martens, Frau Kallewitz und anderen Demenz-Betroffenen als Ausdrucksgestalten, die auf dem besonderen Habitus der früheren Berufe und einem sich darauf aufbauenden positiven Selbstverständnis beruhen, wenn es Gelegenheit gibt, diese Habitusformen zu realisieren. Die Schilderungen der genannten Personen verdeutlichen, dass das Ausagieren dieser Ausdrucksformen ihnen Freude bereitet und mit einer positiven Lebensqualität aufgrund der oben benannten aktuellen Sinnfindung einhergeht (vgl. Bär 2010, 256).

Dabei handelt es sich nicht in einem engen Sinne um bewusst hergestellte benigne Positionierungen des sozialen Umfeldes, wie Sabat sie so eindrucksvoll beschreibt. Beide arbeiten nicht mehr als Sekretärinnen, und werden auch nicht bewusst so eingesetzt, aber erfreuen sich in je unterschiedlicher Weise daran, wenn sie durch ihr Auftreten die für sie wichtigen Aspekte ihrer früheren Tätigkeit ausleben können. In einem erweiterten Sinne handelt es sich deshalb sehr wohl um eine benigne Positionierung, weil ein sozialer Raum für die betroffenen Personen existiert, in dem sie ihre Habitusformen in der jeweils für sie spezifischen und zuträglichen Form ausleben können. Sie benötigen dazu Anerkennung und Formen sozialer Resonanz, damit sich für sie eine positive Sinndimension während der Manifestation der Ausdrucksformen entsprechend einstellen kann.

Nach den vorhergehenden Ausführungen liegt es nahe, diese Habitusformen in den aufgeführten Beispielen als Ausdrucksgestalten des personalen Selbst und Leibgedächtnisses zu deuten. Dabei sind es in diesem Fall nicht bestimmte verkörperte Fähigkeiten, wie das Schreiben auf einer Schreibmaschine, die hier in den Vordergrund treten und das Beziehungsgefüge von Selbst und sozialer Welt für Frau Martens und Frau Kallewitz stabilisieren und aktualisieren. Bei Frau Martens ist es ihre tiefe verwurzelte und besonders geschätzte Identifikation mit ihrem ehemaligen Beruf der Chefsekretärin, also ihr habitualisiertes positives Selbstbild, das sich aufgrund des Leibgedächtnisses manifestieren kann. Bei Frau Kallewitz bestimmt diese Habitusform sogar ihre Selbstzuschreibung in symbolischer Form, wenn sie ausführt, dass sie hier (in ihrer Wohnstätte) als Sekretärin arbeitet. Bereits bei diesen Beschreibungen wird deutlich, dass das Leibgedächtnis der Betroffenen gerade auch in der Demenz von der Möglichkeit seiner sozialen Manifestation maßgeblich abhängt, aber hier auch besondere Chancen bestehen, den Erhalt und auch die Manifestation der Personalität von AD-Betroffenen zu fördern. Wel-

che Bedeutung hier die Zwischenleiblichkeit hat, soll im Folgenden erläutert werden.

4.2. Die Zwischenleiblichkeit als weitere Ausdrucksform des Leibgedächtnisses

Der von Maurice Merleau-Ponty (1994) geprägte Begriff der »Zwischenleiblichkeit« (*intercorporéarité*) bezieht sich nicht nur auf Relationen, welche die Leiblichkeit zweier Personen zueinander aufweisen, sondern kann als ein bedeutungsvolles Netzwerk verschiedener Körper zueinander wie auch zu Objekten verstanden werden (vgl. Jordan & Mays 2017, 364). Inwiefern diese Form der Zwischenleiblichkeit, wie oben bereits erwähnt, eine weitere Dimension des Leibgedächtnisses beinhaltet, das für die AD eine besondere Bedeutung hat, soll im Folgenden verdeutlicht werden. Thomas Fuchs schildert folgende Begebenheit eines Demenz-Patienten:

Ein 78-jähriger Patient mit fortgeschrittener Demenz vermochte seine Verwandten meist nicht mehr wiederzuerkennen. Er wirkte lethargisch, zurückgezogen, körperlich hinfällig und war kaum noch in der Lage, sich selbstständig fortzubewegen. Eines Tages besuchten ihn seine beiden Enkelkinder und spielten vor dem Haus Fußball. Der Patient hatte als Jugendlicher selber lange in einem Verein gespielt; nun stand er plötzlich auf und spielte mit den beiden Jungen. Im Kontakt mit dem Ball erschien er wie verwandelt und verjüngt, er zeigte ihnen seine Dribbelkünste, demonstrierte verschiedene Balltricks und gab dazu fachmännische Erklärungen. Für eine halbe Stunde war von der Erkrankung nichts mehr zu erkennen. (Fuchs 2018a, 57)

Dieses beeindruckende Beispiel ist keinesfalls untypisch für die AD. Der Patient besitzt die Fähigkeit des Fußballspielens, die er in der Jugend erworben hat. Die Manifestation dieser Fähigkeit benötigt einen konkreten externen Anlass, der im Fußballspielen der Enkel besteht. Der Impuls zu spielen wird also zumindest in diesem Fall nicht einfach spontan selbst induziert. Ist der externe Anlass gegeben, kann sich diese Fähigkeit im gemeinsamen Spiel mit den Enkeln manifestieren. Damit wird nachvollziehbar, dass die hier beschriebene Fähigkeit gerade auch auf dem zwischenleiblichen Gedächtnis beruht. Das Fußballspiel in seiner Funktion und im Ablauf bedarf vielfältiger zwischenleiblicher Koordinationen, welche direkt auf andere Mitspieler bezogen sind und mit ihnen gemeinsam eingeübt und austariert

worden sind. Das zwischenleibliche Gedächtnis ermöglicht es nicht nur, dass der Großvater autonom am Spielgeschehen partizipiert, sondern sein verkörpertes Selbst manifestiert sich sogar letztendlich auf der Ebene symbolischer Kommunikation, wenn er beginnt sich mit seinen Enkeln fachlich über Fußball auszutauschen.

Derartige Beispiele zeigen, dass das Leibgedächtnis selbst für die Realisierung symbolischer Sprache eine fundierende oder auch ko-präsente Funktion besitzen kann. Folgende von Wojnar aus seiner alltäglichen Arbeit mit Demenzerkrankten berichtete Begebenheit unterstreicht diesen Gesichtspunkt. Eine schwer demenzbetroffene Frau ist bereits seit Monaten bettlägerig und reagiert fast nicht mehr auf wahrnehmbare Reize. Er erfährt, dass sie unter dem Pseudonym »Frau Renate« über eine lange Zeit für eine Illustrierte Leserbriefe beantwortet hat. Als er sie danach mit ihrem Namen anspricht, erhält er, wie gewöhnlich, keine Antwort. Auf die Anrede »Frau Renate« dreht sie jedoch plötzlich den Kopf zu ihm herum und ist auch in der Lage, auf eine Frage eine komplexe und semantisch adäquate Antwort zu geben (vgl. Wojnar 2014, 70). Die von Sabat unterschiedenen Aspekte des Selbst sind somit auch in den unterschiedlichen Dimensionen des Leibgedächtnisses mit fundiert. Selbst in späten Stadien der Demenz kann sich das Ich in Bewegungen, Fertigkeiten oder dem Ausdrucksverhalten der Betroffenen mit Hilfe von Resonanzbeziehungen manifestieren. Wojnars Bericht ist ein gutes Beispiel für eine (Re-)Positionierung der Patientin, die maßgeblich über die Aktivierung des situativen und habitualisierten Leibgedächtnisses (Frau Renate und ihre früher habitualisierte Aufgabe, Leserbriefe zu beantworten) bewerkstelligt wird. Was diese Aspekte zum Leibgedächtnis in der späten Demenz für die Frage nach der Erosion und Fragmentierung des Selbst bedeuten, soll jetzt noch einmal abschließend untersucht werden.

5. Fazit und Ausblick: Gegen das Verschwinden des personalen Selbst in der Demenz

Wie die aufgeführten Beispiele im Text demonstrieren, kann sich die Persönlichkeit von AD-Betroffenen in einem besonders hohen Maße verändern. Volker Gerhardts Aussage, dass wir es bei einer fortgeschrittenen Demenz mit einer gravierenden biografischen Katastrophe in derartigen existentiellen Grenzsituationen zu tun haben,

ist deshalb zutreffend. Doch davon abzugrenzen ist z.B. Michael Luntleys Ansatz, der davon ausgeht, dass mit der Erosion des autobiografischen Bewusstseins auch das personale Selbst oder Ich des Menschen verschwindet bzw. verschwinden kann.

Demgegenüber konnte exemplarisch gezeigt werden, dass mit dem einschneidenden Verlust des autobiografischen Gedächtnisses – wie auch anderer kognitiver Fähigkeiten – dennoch verkörperte Dimensionen des personalen Selbst erhalten bleiben, welche dessen krankheitsbedingt eingeschränkte Selbstwirksamkeit und Selbstaktualisierung in Gestik, Mimik und Bewegung erhalten, sodass sie keinesfalls außer Kraft gesetzt sind.

Allerdings hatte sich die Frage in dieser Untersuchung dahingehend zugespitzt, ob nicht sogar das personale Selbst im phänomenalen Bewusstseinsstrom (Retention, Präsenzfeld und Protention) aufgrund der neurodegenerativen Veränderungen erodiert. Damit ist die Frage verbunden, ob die Selbstaktualisierung, also die aktive Manifestation des Ich im Ausdruck, Handeln und den sozialen Begegnungen, keine Identität mit vorhergehenden und zukünftigen Selbstmanifestationen aufweist oder gar aufhört zu existieren. Ich denke, dass aufgrund der vorhergehenden Ausführungen diese Möglichkeit im Falle von AD-Betroffenen im späten Stadium der Erkrankung ausgeschlossen werden kann, was im Folgenden noch einmal erläutert und durch einen weiteren Argumentationsansatz ergänzt werden soll.

Der primär vorherrschende Gegenwartsbezug des AD-Betroffenen im späten Stadium unterliegt gravierenden Veränderungen im Vergleich mit früheren gesunden Lebensphasen. So ist das retentivale und protentionale Bewusstsein der AD-Betroffenen im späten Stadium nicht mehr eingebunden in das Horizontbewusstsein einer dem Subjekt explizit zugänglichen erinnerten Vergangenheit und einem bewusst vorgestellten Zukunftsraum. Dennoch realisiert sich der Gegenwartsfokus der AD-Betroffenen strukturell auch weiterhin auf der Grundlage des Leibgedächtnisses, sodass, wie bei Frau Martens oder Frau Kallewitz, die Vergangenheit nicht deklarativ, aber implizit in der erlebten Gegenwart der AD-Betroffenen lebendig und wirksam ist. Dies gilt auch für den direkten protentionalen Zukunftsbezug, der sich im Ausdrucksverhalten und Handeln ebenfalls realisiert. Eine vollständige Unterbrechung und Fragmentierung des phänomenalen Bewusstseinsstroms im alltäglichen Erleben der AD-Betroffenen ist somit auf der Grundlage solcher und ähnlicher Beispiele nicht anzunehmen.

Überdies hat Thomas Fuchs überzeugend dafür argumentiert, dass diese phänomenale Erlebniskontinuität unter anderem auch in der fortwährenden homöostatischen Interaktion von Organismus, Gehirn und Umwelt fundiert ist (Fuchs 2017).² Und diese basalen Interaktionen bleiben bis zum Tod des AD-Betroffenen bestehen. In den affektiven Neurowissenschaften ist dieser von Fuchs geltend gemachte Zusammenhang ebenfalls untersucht worden. Die Hintergrundgefühle (*background feelings*), die nach Antonio Damasio in einer besonderen Verbindung zu den kontinuierlichen organismischen Lebensprozessen stehen, bilden eine zentrale Grundlage für das kontinuierliche Selbsterleben des Subjekts, was Damasio das »bewusste Kern-Selbst« (*core self*) nennt:

In short, certain conditions of internal state engendered by ongoing physiological processes or by the organism's interactions with the environment or both cause responses which constitute background emotions. Those emotions allow us to have, among others, the background feelings of tension or relaxation, of fatigue or energy, of well-being or malaise, of anticipation or dread. (vgl. Damasio 1999, 52)

Die genauen Prozesse, die zur Emergenz des Kern-Bewusstseins und Kern-Selbst nach Damasio führen, sind sicherlich komplex und durchaus auch spekulativ, aber das Zitat deutet zumindest an, dass die Kontinuität des phänomenalen Bewusstseinsstroms neurowissenschaftlichen Untersuchungen zugänglich ist. Vergegenwärtigt man sich die von Damasio beschriebenen basalen Prozesse, die vor der Entwicklung und unabhängig von der Konstitution des autobiografischen Gedächtnisses stattfinden, ist trotz der gravierenden Veränderungen des phänomenalen Erlebens in der Demenz dennoch nicht davon auszugehen, dass der phänomenale Bewusstseinsstrom in seiner basalen temporalen Grundstruktur (Retention, Präsenzfeld und Protention) aufgehoben wird, solange die Lebensprozesse anhalten.

In einer kürzlich durchgeführten Studie, bei der Demenzerkrankte im späten Stadium bei der assistierten Nahrungsaufnahme gefilmt wurden, konnte nachgewiesen werden, dass auch in sehr späten Demenzstadien eigenständige Handlungsimpulse und Fähigkeiten wie zur Nahrungsaufnahme immer noch erfolgreich in der Pflege bei AD-Betroffenen angeregt werden können (Hydén et al. 2022). Das

² Es finden sich bei Fuchs für die Kontinuität des Bewusstseinsstrom auch weitergehende Argumente, die zum Beispiel auf Leibniz' *petites perceptions* rekurrieren (Fuchs 2017).

verkörperte Ich verschwindet somit nicht einfach, der Betroffene verwandelt sich nicht in eine Post-Person. Was abnimmt, sind vielmehr die Spielräume und konkret-sichtbaren Manifestationsmöglichkeiten des verkörperten Ichs, die aber, wie bei der Positionierungstechnik von Sabat ausgiebig erörtert wurde, im hohen Maße auch von den relationalen sozialen Rahmenbedingungen abhängen. Deshalb ist auch nicht davon auszugehen, dass sich zu den verschiedenen Zeitpunkten t_1 , t_2 , ... t_n jeweils ein *vollständig anderes* personales Ich in den jeweiligen Ausdrucksgestalten des AD-Betroffenen realisiert. Denn der kontinuierliche phänomenale Bewusstseinsstrom ist untrennbar mit der erstpersionalen Erlebnisperspektive des Subjekts verbunden. Es gibt keinen Anhaltspunkt – trotz aller Veränderungen der Persönlichkeit in der demenziellen Erkrankung –, dass das verkörperte Ich von einer erlebten Episode zur nächsten sich in ein anderes Ich verwandelt oder einfach aufhören würde zu existieren.

Dies heißt nicht, dass das verkörperte Ich nicht vielfältigen Veränderungen unterliegt, die bei AD-Betroffenen zu drastischen Einschränkungen auch des Leibgedächtnisses in seinen unterschiedlichen Dimensionen führen. So können die leiblichen Tiefenstrukturen bei der fortschreitenden AD bekanntlich derart stark betroffen sein, dass basale Leibvollzüge wie das Essen, Trinken und Schlucken nach und nach vergessen werden, was zu lebensbedrohlichen Zuständen führen kann.

Es wäre somit falsch zu behaupten, dass die verschiedenen Dimensionen des Leibgedächtnisses unter Einschluss von prozeduralen Fähigkeiten, Charaktereigenschaften und affektiven Stilen, wie beim verstärkten Auftreten von Angstzuständen, Depressionen oder Aggressionen, nicht von der AD ebenfalls betroffen sein können. Dies zeigt einmal mehr, dass die Identität einer Person auch eine fortwährende Selbstdifferenzierung (Veränderungen) aufgrund ihrer Entwicklungen und Regressionen mit umfasst. In existentiellen Grenzsituationen, wie bei der AD, tritt dies umso deutlicher und schmerzhafter hervor.

Literaturverzeichnis

- Bär, M. (2010). Sinn im Angesicht der Alzheimerdemenz. Ein phänomenologisch-existenzieller Zugang zum Verständnis demenzieller Erkrankung. In Kruse, A. (Hrsg.), *Lebensqualität bei Demenz? Zum gesellschaftlichen und individuellen Umgang mit einer Grenzsituation im Alter* (S. 249–260). Heidelberg: AKA.
- Behnke, E. A. (1997). Ghost Gestures: Phenomenological Investigations of Bodily Micromovements and their Intercorporeal Implications. *Human Studies*, 20 (2), 181–201.
- Bergson, H. (1896/2001). *Materie und Gedächtnis. Eine Abhandlung über die Beziehung zwischen Körper und Geist*. Hamburg: Verlag Felix Meiner.
- Brockmeier, J. (2014). Questions of Meaning: Memory, Dementia and then postautobiographical perspective. In J. Brockmeier, L.-C. Hydén & H. Lindemann (Hrsg.), *Beyond Loss: Dementia, Memory, and Identity* (S. 69–90). Oxford New York: Oxford University Press.
- Buber, M. (2008). *Ich und Du*. Stuttgart: Reclam.
- Casey, E. (1984/2000). *Remembering: A Phenomenological Study*. Bloomington, IN: Indiana University Press.
- Damasio, A. (1999). *The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness*. New York: Harcourt Brace.
- Dekkers, W. J. M. (2004). Autonomy and the Lived Body in Cases of Severe Dementia. In R. B. Purtilo & H. Ten Have (Hrsg.), *Ethical Foundations of Palliative Care for Alzheimer Disease* (S. 115–130). Baltimore London: Johns Hopkins University Press.
- Dzwiza-Ohlsen, E. N. (2021). Verloren sein – Der Verlust der lebensweltlichen Orientierung in der Alzheimer-Demenz aus phänomenologisch-psychopathologischer Sicht. *InterCultural Philosophy, Journal for Philosophy in its Cultural Context*, 73–95.
- Fuchs, T. (2012). The phenomenology of body memory. In S. C. Koch et al. (Hrsg.), *Body Memory, Metaphor and Movement* (S. 9–22). Amsterdam: John Benjamins.
- Fuchs T. (2013). Existential Vulnerability: Toward a Psychopathology of Limit Situations. *Psychopathology*, 46 (5), 301–308.
- Fuchs, T. (2017). Self across time: The diachronic unity of bodily existence, *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 16, 291–315.
- Fuchs, T. (2018a). Leiblichkeit und personale Identität in der Demenz. *Deutsche Zeitschrift für Philosophie*, 66 (1), 48–61.
- Fuchs, T. (2018b). *Ecology of the Brain: The Phenomenology and Biology of the Embodied Mind*. Oxford: Oxford University Press.
- Gerhardt, V. (2012). Sondervotum: Die Tragödie der Demenz darf nicht verschwiegen werden; in: *Deutscher Ethikrat, Demenz und Selbstbestimmung Stellungnahme*. Berlin.
- Hampson C. & Morris K. (2016). Dementia. Sustaining Self in the Face of Cognitive Decline. *Geriatrics*, 1 (4), 25. doi.org/10.3390/geriatrics1040025.

- Husserl, E. (2001a/1917/18). *Die Bernauer Manuskripte. Über das Zeitbewusstsein*. Hrsg. v. R. Bernet & D. Lohmar. Dordrecht: Springer.
- Husserl, E. (2001b/1927). *Natur und Geist, Vorlesungen Sommersemester 1927*. Hrsg. v. Michael Weiler. Dordrecht: Springer.
- Hydén, L.-C. (2018). Dementia, Embodied Memories, & the Self. *Journal of Consciousness Studies*, 25 (7/8), 225–241.
- Hydén, L.-C., Majlesi, A. R. & Ekström, A. (2022). Assisted eating in late-stage dementia: Intercorporeal interaction. *Journal of Aging Studies*, 61, 1–11. doi.org/10.1016/j.jaging.2022.101000
- Jordan, S. J. & Mays, C. (2017). Wild meaning: The Intercorporeal Nature of Nodies, Objects, and Words. In C. Meyer, J. Streeck & S. Jordan (Hrsg.), *Intercorporeality: Emerging Socialities in Interaction* (S. 361–378). Oxford: Oxford University Press.
- Lenzo, E. & Gallagher, S. (2021). Intrinsic Temporality in Depression: Classical Phenomenological Psychiatry, Affectivity, and Narrative. In C. Tewes & G. Stanghellini (Hrsg.), *Time and Body: Phenomenological and Psychopathological Approaches* (S. 289–310). Cambridge: Cambridge University Press.
- Jaspers, K. (1919). *Psychologie der Weltanschauungen*. Berlin: Verlag von Julius Springer.
- Jonas, H. (1997/1973). *Das Prinzip Leben. Ansätze zu einer philosophischen Anthropologie*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Kitwood, T. (2019/1997). *Dementia Reconsidered, Revisited: The person still comes first*. London: Open University Press.
- Kruse, A. (2021). *Vom Leben und Sterben im Alter. Wie wir das Lebensende gestalten können*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Lane, A. (2011). The Narrative Self-Constitution View: Why Marya Schechtman Cannot Require it for Personhood. *Macalester Journal of Philosophy*, 20 (1), 100–115. <https://digitalcommons.macalester.edu/philo/vol20/iss1/6>.
- Lindemann, H. (2014). Second Nature and the Tragedy of Alzheimer's. In J. Brockmeier, L.-C. Hydén & H. Lindemann (Hrsg.), *Beyond Loss: Dementia, Memory, and Identity* (S. 11–23). Oxford: Oxford University Press.
- Locke, J. (2017/1690). *An Essay Concerning Human Understanding. Book II: Ideas*. www.earlymoderntexts.com.
- Luntley, M. (2006). Keeping track, Autobiography and the Conditions for Self-Erosion. In J. Hughes, S. Louw & S. Sabat (Hrsg.), *Dementia: Mind, Meaning and the Person* (S. 105–121). Oxford: Oxford University Press.
- Matthews, E. (2006). Dementia and the Identity of the Person. In J. Hughes, S. Louw & S. R. Sabat (Hrsg.), *Dementia: Mind, Meaning, and the Person* (S. 63–70). Oxford: Oxford University Press.
- McMahan, J. (2002). *The Ethics of Killing. Problems at the Margins of Life*. Oxford: Oxford University Press.
- Merleau-Ponty, M. (1964/1994). *Das Sichtbare und das Unsichtbare* (2. Aufl. übers. v. R. Giuliani & B. Waldenfels). München: Fink.

- Mourao, R.-J. et al. (2016). Symptoms Increase the Risk of Progression to Dementia in Subjects with Mild Cognitive Impairment: Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(8), 905–911.
- Neuhäuser, C. (2017). Personen, Persönlichkeiten und ihre Würde. In M. Brandhorst & E. Weber-Guskar (Hrsg.), *Menschenwürde. Eine philosophische Debatte über Dimensionen ihrer Kontingenz* (S. 315–337). Berlin: Suhrkamp.
- Parfit, D. (1971). Personal Identity. *The Philosophical Review*, 80 (1), 3–27.
- Plessner, Helmuth (1970): *Philosophische Anthropologie. Lachen und Weinen – Das Lächeln – Anthropologie der Sinne*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Ratcliffe, M. (2007) *Rethinking Commonsense Psychology: A Critique of Folk Psychology, Theory of Mind and Simulation*. New York: Palgrave Macmillan.
- Sabat, R. S. (2001). *The Experience of Alzheimer's Disease. Life Through a Tangles Veil*. Oxford, MA: Blackwell Publishers.
- Schechtman, M. (1996). *The Constitution of Selves*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Schechtman, M. (2005). Personal Identity and the Past. *Philosophy, Psychiatry, and Psychology*, 12 (1), 9–22.
- Scheler, M. (1973). *Wesen und Formen der Sympathie*. Bern München: Francke.
- Sellars, W. (1997). *Empiricism and the Philosophy of Mind. With an Introduction by Richard Rorty and a Study Guide by Robert Brandom*. Cambridge, MA London: Harvard University Press.
- Sheets-Johnstone, M. (2012). Kinesthetic Memory: Further Critical Reflections and Constructive Analyses. In S. C. Koch et al. (Hrsg.), *Body Memory, Metaphor and Movement* (S. 44–71). Amsterdam: John Benjamins.
- Singer, P. (1993). *Practical Ethics* (2. Aufl.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Singer, P. (2016). *Ethics in the Real World. 82 Brief Essays on Things that Matters. With a new Afterword by the Author*. Princeton, Oxford: Princeton University Press.
- Summa, M. & Fuchs, T. (2015). Self-Experience in Dementia. *Rivista internazionale di filosofia e psicologia*, 6, 387–405.
- Sutton, J. et al. (2011). Applying intelligence to the reflexes: Embodied skills and habits between Dreyfus and Descartes, *Journal of the British Society for Phenomenology*, 42 (1), 78–102.
- Taylor, C. (1989). *Sources of the self. The making of modern identity*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Taylor, R. (2007). *Alzheimer's from the inside out*. Baltimore, MD: Health Professions Press.
- Taylor, R. (2008/2007). *Alzheimer und Ich. Leben mit Dr. Alzheimer im Kopf*. Bern, Göttingen, Toronto: Verlag Hans Huber.
- Tewes, C., & Fuchs, T. (2018). Editorial introduction: The formation of body memory. *Journal of Consciousness Studies*, 25(7-8), 8–19.
- Thorpe, L. (2009). Depression vs. dementia: how do we assess? *The Canadian Review of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 12, 17–21.

- Werren, M. (2019). Würde und Demenz. Grundlegung einer Pflegeethik. *Ethik und Gesellschaft: Band 6*. Baden-Baden: Nomos.
- Wetzstein, V. (2010). Kognition und Personalität. Perspektiven einer Ethik der Demenz. In A. Kruse (Hrsg.), *Lebensqualität bei Demenz? Zum gesellschaftlichen und individuellen Umgang mit einer Grenzsituation im Alter* (S. 51–70). Heidelberg: AKA.
- Wojnar, J. (2007/2014). *Die Welt der Demenzkranken. Leben im Augenblick*. Hannover: Vincentz Network.

Erik Norman Dzwiza-Ohlsen

Verkörperung und Positionierung. Philosophische Zugänge zu demenziellen Erkrankungen¹

Abstract

Die aktuelle philosophische Auseinandersetzung mit demenziellen Erkrankungen kulminiert *grosso modo* im Diskurs um die Identität von Selbst und Person. Der vorliegende Beitrag knüpft hier auf kritische Weise an, indem er zwei zentrale Traditionen miteinander in den Dialog bringt, um diese für die Rezeption im deutschen Sprachraum zu erschließen: Auf der einen Seite phänomenologische *Embodiment*-Theorien, die allen voran von Pia Kontos zu Beginn der 2000er Jahre auf demenzielle Erkrankungen angewendet wurden; auf der anderen Seite soziokonstruktivistische *Positioning*-Theorien, die insbesondere von Steven Sabat zu Beginn der 1990er Jahre auf demenzielle Erkrankungen angewendet wurden.

Einleitend werden Vulnerabilität und Curabilität als anthropologische Grunddimensionen herausgestellt, demenzielle Erkrankungen charakterisiert und die Tradition der phänomenologischen Psychopathologie als wichtige Ergänzung zum dominierenden Paradigma der Demenzforschung vorgestellt; anschließend wird in den zentralen Diskurs der philosophischen Auseinandersetzung mit demenziellen Erkrankungen eingeführt, der auch für die hier untersuchten Traditionen eine zentrale Herausforderung bildet: über die Identität von Selbst und Person. So vorbereitet werden beide Ansätze aus-

¹ Der ursprüngliche Titel dieses Beitrags lautete »Verkörperung, Positionierung und Orientierung: Philosophische Zugänge zu demenziellen Erkrankungen« und zielte auf die Synopse dreier theoretischer Ansätze am Leitfaden der Lebensweltheorie Edmund Husserls und der Anthropologie Helmuth Plessners. Der vorliegende Aufsatz ist das etwas bescheidenere Resultat eines konstruktiven Redaktionsprozesses, für den ich mich ganz herzlich bei Christian Tewes und Magnus Schlette bedanke.

föhrlich vorgestellt, ihre Stärken und Schwächen diskutiert sowie Gemeinsamkeiten und Unterschiede unter Bezugnahme auf zahlreiche Autor:innen dieser Traditionslinien am Leitfaden der Phänomene von Habitualisierung und Indexikalität diskutiert. Schließlich kehren wir zur Ausgangsfrage nach der Identität von Selbst und Person zurück, um mit Hilfe des Begriffs der Person von Locke eine Synthese beider Traditionen vorzunehmen und Lockes Personenbegriff phänomenologisch und soziointeraktionistisch zu erweitern. Abschließend wird dafür geworben, die Frage nach der Identität von Selbst und Person als Leitfaden bei der Ausarbeitung einer inter- und transdisziplinär anschlussfähigen phänomenologischen Psychopathologie demenzieller Erkrankungen zu nutzen.

»A substance without consciousness can no more be a person than a carcass can.« (Locke 1690/2017, 120)

»Rethinking selfhood is not merely a philosophical exercise.« (Kontos 2012, 12)

1. Vulnerabilität und Curabilität als anthropologische Grunddimensionen

Der Mensch ist, wie alles Leben, vulnerabel. Doch erfasst Vulnerabilität als *conditio humana* nicht nur die Anfälligkeit »für Störungen, Verletzungen und Gebrechen jeder Art«, sondern verweist auch zugleich auf den »vorbeugenden, lindernden und heilenden«, kurz: sorgenden Umgang mit dieser Grundsituation (Waldenfels 2019, 290; zur Ethik im Zeichen vulnerabler Personen vgl. Schnell 2017). Vulnerabilität und Curabilität – wie diese Grundmöglichkeit des sorgenden Umgangs bezeichnet werden könnte, die sich in Selbstsorge (vgl. Keller 2022), Sorgebeziehungen und »Sorgestrukturen« (Kruse 2021, 27) verwirklicht – stehen in einem gleichsprüngen, allerdings keineswegs in einem gleichgewichtigen Verhältnis. Dies führen uns demenzielle Erkrankungen deutlich vor Augen, die als Oberbegriff eine Vielzahl chronischer, progredierender und bis dato unheilbarer Krankheiten mit jeweils unterschiedlichen Beschwerden, Symptomen und Ursachen unter sich vereinen. Derart bringen diese Erkrankungen nicht nur die theoretisch und praktisch verfassten Lebenswissenschaften an ihre Grenzen, sondern auch die individuell und kollektiv gestalteten Lebensvollzüge. Nichtsdestotrotz dürfen wir im Sinne eines

bestmöglichen Umgangs mit Krankheiten nicht aufhören danach zu streben, Vulnerabilität und Curabilität in ein bestmögliches Verhältnis zu setzen. Da demenzielle Erkrankungen, wie alle Krankheiten, »von Hause aus [...] prädisziplinär« sind (Waldenfels 2019, 15) und sich durch ihre Komplexität der sauberen Arbeitsteilung durch unterschiedliche Professionen entziehen, wird es darauf ankommen, den Dialog sowohl innerhalb der Wissenschaften (interdisziplinär) als auch zwischen Theorie und Praxis (transdisziplinär) zu kultivieren und durch substantielle Verbesserungen der Rahmenbedingungen des sorgenden Umgangs zu flankieren.

Ein derartiger Paradigmenwechsel verlangt, dass sich auch die Demenzforschung – und nur um diese wird es im Folgenden gehen – wandeln muss. Allerdings scheinen angesichts der großen Dominanz des naturalistischen Paradigmas alternative oder ergänzende Forschungsansätze nicht auf der Hand zu liegen. Dabei bietet meines Erachtens die Tradition der *phänomenologischen Psychopathologie* ein attraktives Angebot im Schnittpunkt von Philosophie, Psychologie und Psychiatrie jenseits von evolutionären, behavioristischen, genetischen, statistischen und neurologischen Ansätzen.

Vor über 100 Jahren legte Karl Jaspers mit seiner *Allgemeinen Psychopathologie* (1913/1965) den Grundstein für die Tradition der phänomenologischen Psychopathologie. Auch wenn die Anwendung der multimethodischen Grundidee dieses Werkes auf demenzielle Erkrankungen meines Erachtens eines der zentralen Forschungsdesiderate darstellt, soll es auf den folgenden Seiten zunächst darum gehen, die phänomenologische Perspektive deutlicher zu akzentuieren. Diese stellt eine notwendige Ergänzung in der gegenwärtigen Forschungslandschaft dar, die nicht zuletzt auch die notwendige Vorarbeit für den umfassenden Versuch sein dürfte, demenzielle Erkrankungen inter- und transdisziplinär zu verstehen. Dementsprechend geht es auf den folgenden Seiten nicht um neurodegenerative Prozesse einer Krankheit des Gehirns, sondern vielmehr um das psycho- und soziodegenerative Erlebnis des Krank-Seins von individuellen Personen in ihrer Lebenswelt (vgl. Waldenfels 1971, 252, im Anschluss an Victor von Weizsäcker).² Schließlich ist immer noch aktuell, was Steven Sabat mit Blick auf das dominierende, naturalistische und

² Eine analoge Unterscheidung trifft Carel, indem sie *disease*, als quantifizierbare körperliche Tatsache, und *illness* gegenüberstellt, die sie als »the ›what it is like‹ qualitative dimension as it is experienced and made meaningful by the ill person« (2016, 17) definiert.

cerebrozentrische Paradigma der Demenzforschung vor gut einem Jahrzehnt formulierte: dass nämlich »zwei sehr wichtige Faktoren einfach ausgeblendet wurden: die Innenwelt der Betroffenen und die soziale Situation, in der sie leben.« (2011, 17) Um dieses Desiderat zu bearbeiten, liefert die *phänomenologische Psychopathologie* ideale Rahmenbedingungen, wobei hier einleitend zwei Aspekte hervorgehoben werden sollen:

Erstens betont der phänomenologische Zugang zur Psychopathologie der Demenz die *existenzielle Dimension* dessen, wie es ist, mit einer solchen Erkrankung zu leben. Dazu passend prägte Jaspers den Begriff der »Grenzsituation« (Jaspers 1913/1965, 275): »Was der Mensch eigentlich ist und werden kann«, so Jaspers, »hat seinen letzten Ursprung in der Erfahrung, Aneignung und Überwindung der Grenzsituationen.« (Ebd., 271) Ruft man sich vor diesem Hintergrund die obige Charakterisierung von demenziellen Erkrankungen in Erinnerung, dann erscheint die Kombination aus einem chronischen, progredierenden und irreversiblen Verlauf einen besonders extremen Fall einer Grenzsituation darzustellen. Hier geht es dann nicht mehr um die Frage, wie in einen als Gesundheit erlebten Ausgangszustand zurückgekehrt werden kann – also um *Überwindung* der Krankheit als solcher; sondern vielmehr darum, einen gelingenden Umgang mit dieser zu finden – es geht also um *Aneignung* der Krankheit (zur Grenzsituation des Lebensendes auch unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen vgl. Kruse 2021). In einer solchen Grenzsituation stellen sich ein Bündel von existenziellen Fragen, auf die viele Menschen mit einer Fülle negativer Emotionen, wie Angst, Scham, Wut oder Verzweiflung reagieren. Inwiefern es trotz dieser Belastung zu einer *gelingenden* Aneignung der Krankheit kommen kann, hängt ganz wesentlich sowohl von individuellen als auch von sozialen Ressourcen ab.

Zweitens betont der phänomenologische Zugang zur Psychopathologie der Demenz die *strukturelle Dimension* der Erfahrung. Dabei ist hier die Annahme leitend, dass es durch Psychopathologien im Allgemeinen und demenzielle Erkrankungen im Besonderen zu strukturellen Modifikationen der Art und Weise kommt, wie Selbst, Andere und Welt überhaupt erfahren werden (können) – und dies sowohl in kognitiver als auch in volitionaler und emotionaler Hinsicht. Gemäß dieser holistischen Sichtweise geht es im Sinne der strukturellen Psychopathologie darum, »die Bedeutung einer gegeb-

nen Welt von Erfahrungen und Handlungen zu verstehen, indem man die zugrundeliegende charakteristische Modifikation erfasst, die die Symptome sinnvoll miteinander verknüpft.« (Stanghellini 2010, 319, meine Übersetzung) Da es jedoch gegenwärtig *erstens* an einer umfassenden phänomenologischen Theorie demenzieller Erkrankungen mangelt, die die gesuchte ›zugrundeliegende charakteristische Modifikation‹ im Ausgang von den Symptomen synoptisch erfassen könnte; allerdings *zweitens* ein für eine solche integrative Theorie aufschlussreiches Angebot von *angewandten philosophischen* Theorien besteht; diese jedoch *drittens* im deutschen Sprachraum nur unzureichend rezipiert wurden, zielt der Beitrag darauf, einen orientierenden Überblick zu geben und diese Situation ein Stück weit zu verbessern.

2. Identität von Selbst und Person bei Embodiment und Positioning

Gemäß der leitenden Idee des Beitrags erfolgt zunächst eine grobe Charakterisierung der diskursiven Lage zwischen zwei besonders einschlägigen Theoriesträngen: den phänomenologisch akzentuierten *Embodiment*-Theorien einerseits und den soziointeraktionistisch akzentuierten *Positioning*-Theorien andererseits. Dabei sei zunächst mit Hinblick auf *den* philosophischen Diskurs bei demenziellen Erkrankungen schlechthin – nämlich über die Identität von Selbst und Person³ – begründet, warum beide Traditionen als ›angewandte‹ Theorien charakterisiert werden können.

Meines Erachtens eignet sich der Diskurs um die Identität von Selbst und Person in ausgezeichnetem Maße, um eine heuristische Unterscheidung zwischen angewandter und nicht-angewandter Theorie vorzunehmen: Dem angewandten Lager geht es primär darum, demenzielle Erkrankungen mit den Mitteln der Theorie besser zu verstehen und, im Optimalfall, Schlussfolgerungen für die Gestaltung der Praxis zu ziehen; dem nicht angewandten Lager geht es primär darum, eine theoretische Position darzustellen und angesichts empirischer Grenzfälle zu verteidigen – hier erscheinen dann

³ Einen guten Überblick bieten die Sammelbände von Hydén und Kolleg:innen (2014) sowie Hughes und Kolleg:innen (2006).

demenzielle Erkrankungen lediglich als ein Beispiel für einen solchen Grenzfall, ohne dass die Erkrankungen als solche durchdrungen werden. Es kommt sogar im Gegenteil dazu, dass diese Erkrankungen derart reduziert betrachtet werden, dass einem einseitigen Bild Vorschub geleistet wird. Ein solcher Prozess lässt sich unter dem Stichwort des *Mnemozentrismus* im Falle von demenziellen Erkrankungen beobachten (ausführlich dazu vgl. Dzwiza-Ohlsen 2021b), dem typischerweise mehrere Schritte zugrunde liegen: *Erstens* werden demenzielle Erkrankungen *grosso modo* auf Alzheimer-Demenz (AD) reduziert, sodass beide Begriffe oft synonym verwendet werden; *zweitens* wird die Psychopathologie demenzieller Erkrankungen global auf den Gedächtnisverlust reduziert (der bei der typischen, amnestischen Form von AD zentral ist, dies aber bei anderen Formen, wie bspw. einer frontotemporalen oder Lewy-Körper-Demenz, nicht sein muss); *drittens* wird diachrone Identität des personalen Selbst vom Gedächtnis abhängig gemacht, wobei *viertens* das Gedächtnis auf reflexive Formen reduziert wird; das Ergebnis ist *fünftens*, dass Personen mit demenziellen Erkrankungen im Fortschritt ihrer Erkrankung die personale Identität abgesprochen wird, sie also zu Post- oder Nicht-Personen werden. Genau mit Hinblick auf diese Annahmen vollzieht sich in den letzten Jahren ein lebendiger Diskurs⁴, an den wir nun die Charakterisierung von *Embodiment*- und *Positioning*-Theorien anknüpfen können.

Auf der einen Seite haben wir phänomenologisch akzentuierte Theorien, die insbes. die leibliche Dimension unserer Erfahrung hervorheben und dabei auf klassische Denker der phänomenologischen Tradition (wie Edmund Husserl, Martin Heidegger oder Maurice Merleau-Ponty), der sozialphänomenologischen Tradition (wie Alfred Schütz) sowie der neo-phänomenologischen Tradition (wie Hermann Schmitz) zurückgehen. Insbesondere in den letzten beiden Dekaden kam es sowohl im englischen als auch, mit etwas Verzögerung, im deutschen Sprachraum zu einer produktiven Anwendung des *Embodiment*-Ansatzes auf demenzielle Erkrankungen. Aktuelle Beispiele in der deutschsprachigen Phänomenologie und philosophisch informierten Anthropologie finden sich unter Stichworten wie *Leibgedächtnis* (vgl. Summa 2012; Fuchs 2018; Tewes 2021), *Leibphänomenologie* (vgl. Baer 2007), *gestisch-kommunikatives Han-*

⁴ Eine ausführliche Darstellung der kognitivistischen und phänomenologischen Positionen liefert Tewes (2021).

deln (vgl. Döttlinger 2018) oder *therapeutische Atmosphären* (vgl. Sonntag 2020). Dabei liefern insbes. die wegweisenden Arbeiten von Pia Kontos seit den frühen 2000ern zahlreiche Anknüpfungspunkte, wobei bisher eine breitere Rezeption im deutschsprachigen Raum ausgeblieben ist.

Auf der anderen Seite haben wir soziointeraktionistisch akzentuierte Theorien, die die expressive Dimension unserer Erfahrung hervorheben und bereits ab den 1980er Jahren im englischen Sprachraum von Autor:innen wie Naomi Feil, Tom Kitwood oder Steven Sabat auf demenzielle Erkrankungen angewendet wurden. Dabei beschränken wir uns in diesem Beitrag auf Vertreter:innen der sogenannten *Positioning*-Theorie: Diese lässt sich als eine linguistisch akzentuierte und ethnologisch informierte Methode einer soziokonstruktivistischen Psychologie charakterisieren, die seit den 1990ern von Autor:innen wie Bronwyn Davies, Rom Harré oder Peter Mühlhäusler ausgearbeitet und in Pionierarbeit von Sabat auf demenzielle Erkrankungen angewendet wurde.

Da es uns im Folgenden primär um eine orientierende Übersicht sowie eine erste Bestandsaufnahme dieser Traditionslinien geht, konzentrieren wir uns zunächst auf ausgewählte Beiträge zweier ihrer prominentesten Stellvertreter im englischen Sprachraum: Pia Kontos und Steven Sabat.⁵ Allerdings beziehen wir nach dieser ersten Bestandsaufnahme zahlreiche weitere Stimmen dieser Traditionslinien ein. Da die Kompatibilität beider Traditionslinien bisher kaum diskutiert wurde, geht es abschließend darum, die Stärken und Schwächen sowie die Gemeinsamkeiten und Unterschiede beider Positionen herauszustellen und im Rahmen der Fragestellung über die Identität von Person und Selbst *en detail* zu diskutieren.

3. Embodied Selfhood und der zweidimensionale Körper

Das Theorem der *embodied expressivity* entwickelte Kontos zu Beginn der 2000er Jahre in enger Anbindung an die Leibphänomenologie Merleau-Pontys sowie die Sozialphilosophie Pierre Bourdieus. Dabei steht Kontos wie kaum eine zweite Person für die Verknüpfung von phänomenologischer und ethnologischer Methode. Der Ausgangs-

⁵ Dabei wären zudem die Monographien von Sabat (2001) und Kontos (2003) zu berücksichtigen, was die Möglichkeiten dieses Beitrags übersteigt.

punkt ihrer Arbeit ist eine qualitative Studie in der jüdisch-orthodoxen Pflegeeinrichtung *Chai Village*, gelegen in der Provinz Ontario, Kanada. Die Ergebnisse ihrer Beobachtungen versammelte sie 2003 in der Dissertation unter dem programmatischen Titel *Embodied Selfhood: An Ethnography of Alzheimer's Disease*.

Sowohl in der Dissertation als auch in den daraus resultierenden Artikeln nimmt Kontos die soziokulturellen Aspekte der Pflege mit besonderer Berücksichtigung der leiblichen Grundlagen expressiver Praktiken in den Blick. Dabei setzt Kontos in ihren Studien bei ganz konkreten Praktiken an: So handelt es sich einerseits um angeleitete Tätigkeiten (wie Töpfern, Seidenmalerei, Zeichnen, Stricken, Häkeln, Weben, Perlenstickerei, Musik und religiöse Rituale) sowie andererseits um alltägliche Verrichtungen (wie Mahlzeiten, Spaziergänge und Ruhephasen, vgl. Kontos 2005, 558f.). Dabei streift sie immer wieder Phänomene, die für die kreative Dimension von individuellen und kollektiven Praktiken stehen, wie beispielsweise Theater (Gray & Kontos 2019), Tanz (Kontos & Grigorovich 2018b) oder Musik (Kontos & Grigorovich 2018a), um letztlich politische und ethische Fragen bei der Gestaltung von Pflege aufzuwerfen (vgl. Kontos et al. 2017).

In theoretischer Hinsicht leitend ist dabei die Unterscheidung von *primordialer* und *soziokultureller* Leiblichkeit: Mit Hinblick auf die *primordiale* Dimension der Leiblichkeit greift Kontos auf die phänomenologischen Arbeiten von Merleau-Ponty zurück. Insbesondere im Anschluss an dessen *Phänomenologie der Wahrnehmung* – eines der einflussreichsten Texte der phänomenologischen Tradition überhaupt – erfasst Kontos den präreflexiven Grundcharakter leiblicher Intentionalität, in der Wahrnehmung, Bewegung und Ausdruck einen sinnvollen Gesamtzusammenhang bilden (vgl. Kontos 2005, 559–561).

Mit Hinblick auf die *soziokulturelle* Dimension der Leiblichkeit nutzt Kontos die ethnographisch-sozialphilosophische *Habitus*-Theorie von Bourdieu. Diese integriert präreflexiv gewordene soziokulturelle Muster (abhängig von Beruf, Klasse, Milieu u.Ä.), die sich in unserer expressiven Leiblichkeit – unserer Haltung, unseren Gesten und Bewegungen – als prozedurale Dispositionen materialisieren (vgl. Kontos 2005, 562f.).

Gemeinsam konstituieren die *primordiale* und *soziokulturelle* Leiblichkeit das, was Kontos als *embodied selfhood* bezeichnet, also eine nicht-diskursive Form menschlicher Intentionalität, die primär

durch leibliche Praxis realisiert wird und die für die individuelle Identität des Selbst von grundlegender Bedeutung ist. Die Grundannahme mit Hinblick auf demenzielle Erkrankungen ist folgende: Genau dort, wo kognitive, reflexive und diskursive Formen der Intentionalität starken Einschränkungen unterliegen, offenbart sich die leibliche, prä-reflexive und nicht-diskursive Tiefenstruktur verkörperter Agentivität und Intentionalität als entscheidende Ressource (vgl. Kontos 2012, 2f.). Es gilt, die fundamentale Bedeutung des Leibes für unser Selbst anzuerkennen und die präreflexive, expressive und bedeutungsvolle Intentionalität der Leiblichkeit für eine humanere Gestaltung der Pflege von Personen mit demenziellen Erkrankungen einzusetzen.

Im Ergebnis lieferte Kontos mit ihrer Idee der *embodied expressivity* und *embodied selfhood* eine wichtige theoretische Ergänzung im Chor der kritischen Stimmen, die am Leitfaden eines personenzentrierten Paradigmas die psychische, soziale und kulturelle Dimension von demenziellen Erkrankungen in den Blick nehmen. Ganz im Sinne der personenzentrierten Pflege nach Kitwood und Bredin (1992) muss es darum gehen, die individuelle Person als Ganze in den Blick zu rücken, um deren Wohlergehen als höchstes Ziel anzustreben (zum Verhältnis von Kontos zum personenzentrierten Paradigma s. u.). So wurden im Rahmen dieses Paradigmas wichtige Argumente dafür geliefert, der neuropsychologischen Sichtweise – die den Diskurs in Philosophie und Kognitionswissenschaften maßgeblich beeinflusst – ein phänomenologisches Gegengewicht gegenüberzustellen. Denn wenn wir blind dem naturalistischen *Cerebro-* und *Mnemozentrismus* folgen (vgl. Dzwiza-Ohlsen 2021b) und allein den progressiven degenerativen Prozess des Gehirns unter einseitiger Betonung der reflexiven und deklarativen Dimension der Kognition in den Blick nehmen, dann bleibt am Ende von Selbst und Person nichts mehr übrig (Kontos 2005, 553f.). Derart wird deutlich, dass der Prozess der Depersonalisierung – welcher »Praktiken der Infantilisierung, Einschüchterung, Stigmatisierung und Verdinglichung«⁶ (ebd., 554) Vorschub leistet – nicht allein aus der Kernsymptomatik demenzieller Erkrankungen begründet werden kann, sondern zugleich auch das Ergebnis einer reduktionistischen Sichtweise der Wissenschaften ist, die sich letztlich auch auf die gesamtgesellschaftliche Meinungsbildung auswirkt. Insgesamt geht es Kontos also darum, dem dominie-

⁶ Bei wörtlichen Zitaten von Kontos und Kolleg:innen sowie Sabat und Kolleg:innen handelt es sich immer um meine Übersetzungen.

renden, defizitorientierten Blick auf demenzielle Erkrankungen einen ressourcenorientierten Entwurf im Rückgang auf die existenzielle Expressivität des Leibes entgegenzusetzen, um die tiefsten Quellen der individuellen Identität des Selbst phänomenologisch zu erschließen (vgl. Kontos 2012, 1–4).

Dabei wendet sich Kontos auch kritisch – was für diesen Aufsatz besonders spannend ist – der sozio-interaktionistischen Strömung zu: »However, a social interactionist perspective relegates the body to a symbolic role, where it is understood as being representative of meaning rather than as a significant dimension of selfhood.« (Kontos 2005, 555) Demgegenüber geht es Kontos darum, den Leib nicht als instrumentelles Ausdrucksmedium der cerebral verorteten Kognition aufzufassen, das nur *repräsentiert*, wie dies ihrer Meinung nach bei Sabat und Harré der Fall ist (vgl. ebd.), sondern vielmehr darum, Leiblichkeit als agentive, präreflexive Existenzweise anzuerkennen, die, um in dieser Sprache zu bleiben, sich *sui generis präsentiert* (vgl. ebd., 555–558). Statt also nach einem kognitiven Selbst hinter dem leiblichen Ausdruck zu suchen, können wir beim Selbst des leiblichen Ausdrucks direkt anknüpfen.

Allerdings bedeutet dies in pflegerischer Hinsicht nicht einfach, dass wir »Körperarbeit« (ebd., 565) als eine weitere Therapieform in den Kanon bereits bestehender Ansätze eingliedern. Kontos geht es vielmehr um einen grundsätzlichen Paradigmenwechsel – einen »transformational shift« (ebd., 565) –, der in der Theorie wie in der Praxis zu einer erhöhten Sensibilität für körperlichen Ausdruck im Dialog mit den Betroffenen führt. Es bedarf also der »Arbeit an und mit der Person« auf der Basis eines leibphänomenologischen Ansatzes, um diese trotz der Einschränkungen durch demenzielle Erkrankungen »zu eigenständigen Entscheidungen zu befähigen⁷, verbleibende Fähigkeiten zu nutzen, Emotionen auszudrücken und Beziehungen nicht nur zu erhalten, sondern auch zu entwickeln« (ebd., 556). Konkret meint dies also *habituelle* und *non-verbale* Ausdrucks- und Handlungsformen (vgl. Kontos 2012, 2f.), die sich ideal an künstlerische Ansätze (s.o.) oder sinnliche Ansätze (bspw. durch Aromen, Klänge, Licht oder Berührung) anknüpfen lassen. Dabei

⁷ Hier wäre eine interessante Anknüpfungsmöglichkeit für Empowerment-Ansätze, die inzwischen auch im deutschen Sprachraum angekommen sind (vgl. Empowerment. Deutschsprachiges Netzwerk Unterstützter Selbsthilfegruppen für Menschen mit Gedächtnisproblemen. <https://www.empowerment.com> (abgerufen am: 02.10.2022)).

mündet diese hohe Sensibilität für die unterschiedlichen Facetten verkörperter Ausdruckspraktiken letztendlich in der Forderung, institutionalisierte Pflege radikal zu überdenken und neue Prinzipien der Pflege, ja eine neue Ethik der Pflege zu entwickeln (vgl. ebd., 564–566). Aber was genau hieße das? Meiner Lesart von Kontos gemäß heißt das, dass wir das *therapeutische* Modell der Pflege, dem es vor allem um die Wiederherstellung bzw. den Erhalt von Gesundheit geht, durch ein *eudaimonistisches* Modell ergänzen, dem es also primär um das Wohlbefinden der Personen in ihrem sozialen Umfeld ginge. Derart verlagert der Ansatz der *embodied expressivity* »den Schwerpunkt der Pflege von Dysfunktion und Kontrolle auf die Unterstützung der absichtlichen, bedeutungsvollen und sogar kreativen Wege, vermittels derer sich Menschen mit Demenz ausdrücken können.« (Kontos & Martin 2013, 294) Zudem hieße dies, den Konflikt zwischen institutioneller Überwachung, Disziplinierung, Standardisierung, Stigmatisierung und Pathologisierung *auf der einen Seite* und individuellen Körperhythmen (für Essen, Schlafen, Toilettengang, Baden, Ruhe, Sexualität etc.) sowie nonverbaler körperlicher Expressivität (Mimik, Gestik, Intonation etc.) *auf der anderen Seite* gezielt abzubauen (vgl. ebd.; Kontos et al. 2017, 193). – Schon diese erste Bestandsaufnahme macht deutlich, dass die Arbeit von Kontos ganz im Sinne einer angewandten Philosophie zu verstehen ist, bei der theoretische und praktische Überlegungen eng verzahnt sind. Widmen wir uns nun der zweiten Theorietradition, bevor wir beide Strömungen miteinander vergleichen bzw. in einen Dialog bringen.

4. Positioning und das zweidimensionale Selbst

Die *Positioning*-Theorie wurde zu Beginn der 1990er Jahre durch die kooperativen Arbeiten von Sabat und Harré auf demenzuelle Erkrankungen angewendet. Wie einleitend dargestellt, ist auch für diesen Ansatz die Frage nach der Identität von Selbst und Person leitend; allerdings erfolgt der Zugriff nicht aus einer phänomenologischen bzw. ethnologischen, sondern aus einer soziointeraktionistischen und psycholinguistischen Perspektive. Dies wird an zahlreichen programmatischen Titeln ablesbar, wie bspw. *The Construction and Deconstruction of Self in Alzheimer's Disease* (1992), *The Alzheimer's Disease Sufferer as a Semiotic Subject* (1994) oder *Voices of Alzheimer's Disease Sufferers: A Call for Treatment Based on Personhood* (1998).

Die wesentliche Funktion der *Positioning*-Theorie, so Sabat und Harré (vgl. 1992, 443), liegt in der qualitativen Analyse alltags sprachlicher Konversationen unter besonderer Berücksichtigung der sozialen Positionierung der Sprechenden vermittelt durch Wort- und Schriftsprache. Dabei geht es der Idee nach darum, die Integrität, Agentivität und Diversität von Selbst bzw. Person trotz demenzieller Erkrankungen in den Blick zu bringen bzw. im Blick zu behalten. Damit dies gelingt, werden Theorie und Praxis auf innovative Art und Weise verschränkt.

Einerseits und auf wissenschaftstheoretischer Ebene setzt die Anwendung der *Positioning*-Theorie auf konkrete Ganzheiten *in vivo* statt auf abstrakte Aspekte *in vitro* (vgl. Sabat 1998, 36). Sie zielt also darauf, die »individuelle Person und die Qualität ihrer Fähigkeiten in der Interaktion mit anderen im sozialen Gefüge des täglichen Lebens« (Sabat 1998, 36f.) zu würdigen, statt sie in künstlichen Experimental- bzw. Testsettings auf defizitäre Aspekte zu reduzieren. Aus diesem Grund kommen Betroffene in den zahlreichen Beiträgen von Sabat und Kolleg:innen oft selbst zu Wort. Aufgrund dieser Signatur knüpft dieser Ansatz nahtlos an den *personenzentrierten* Ansatz von Kitwood und Bredin (1992) an. Mit diesem teilt die *Positioning*-Theorie die fundamentale Prämisse, dass stets drei Dimensionen – die biologische, psychologische und soziale – zu berücksichtigen sind: »(1) der organische Prozess der Krankheit, (2) die Arten und Weisen wie andere mit den Alzheimer-Betroffenen interagieren oder auf diese reagieren und (3) die Reaktion der Alzheimer-Betroffenen auf andere sowie auf die Auswirkungen der Krankheit.« (Sabat 1998, 37)

Andererseits und auf wissenschaftspraktischer Ebene folgt dieser Ansatz ebenfalls Kitwood, indem er eine *maligne* soziale Psychologie vermeiden und eine *benigne* soziale Psychologie (vgl. Kitwood 1990) befördern will bzw. solche Situationen meidet/fördert, in denen maligne/benigne Muster auftreten. Auf der einen Seite geht es also darum, die Ursachen von malignen Interaktionsformen aufzudecken, die sowohl die Relation zu anderen prägen (wie Stigmatisierung, Infantilisierung, Invalidation, Labeling oder Depersonalisierung (vgl. Sabat 1998, 37)) als auch die Relation zu sich selbst (wie vermindertes Selbstvertrauen durch Frustration, Ärger oder Scham (vgl. ebd., 44f.)). Auf der anderen Seite geht es darum, *benigne* Interaktionsformen durch eine dialogische Positionierungspraxis auf Augenhöhe zu etablieren. Pflege wäre demgemäß symmetrischer zu gestalten, da es nicht nur um eine (potenziell depersonalisierte) Pflege der Gesundheit, sondern auch um eine (tendenziell personalisierte) Pflege des

Wohlbefindens ginge – was direkt der pflegerischen Praxis zugutekäme, da dies häufiger zu Kooperation führt (vgl. Sabat & Harré 1992, 460f.; Small et al. 1998, 306–308). Zusammengefasst haben wir es also mit einer soziointeraktionistischen Ausdruckstheorie mit dezidiertem Anwendungscharakter und humanistischer Wertebasis zu tun.

Im Ausgang von der Fragestellung, ob es zu einem Verlust des Selbst bzw. der Person bei AD im Besonderen und demenziellen Erkrankungen im Allgemeinen kommen kann, bzw. was die Idee eines solchen Verlustes überhaupt bedeuten soll, führen Sabat und Harré (1992, 443f.) eine heuristische Unterscheidung ein: Sie unterscheiden das Selbst1, das die singuläre personale Identität im Sinne einer *formalen* Struktur anzeigt, und das Selbst2, das die multiplen sozialen *Personae* im Sinne einer *materialen* Konstruktion andererseits anzeigt. Dazu Sabat und Harré (ebd., 445):

There is the self of personal identity, which is experienced as the continuity of one's point of view in the world of objects in space and time. This is usually coupled with one's sense of personal agency, in that one takes oneself as acting from that very same point. Then there are the selves that are publicly presented in the episodes of interpersonal interaction in the everyday world, the coherent clusters of traits we sometimes call ›personae‹.

Die leitende Hypothese der Autoren ist, dass das Selbst1 *nicht* und das Selbst2 *nur indirekt* von demenziellen Erkrankungen betroffen ist – zweiteres, indem unsere Mitmenschen uns und wir uns in der Konsequenz mit ihnen anders positionieren. Dabei verstehen die Autoren im Anschluss an Davies und Harré (1990, 48) unter *Positioning* Folgendes:

Positioning [...] is the discursive process whereby selves are located in conversations as observably and subjectively coherent participants in jointly produced story lines. There can be interactive positioning in which what one person says positions another. And there can be reflexive positioning in which one positions oneself. However[,] it would be a mistake to assume that, in either case, positioning is necessarily intentional. One lives one's life in terms of one's ongoingly produced self, whoever might be responsible for its production.

Da es für die folgende Synopse wichtig ist, sollen hier drei Merkmale der *Positioning*-Theorie betont werden: *Positioning* umfasst *erstens* und in attentionaler Hinsicht sowohl explizite als auch implizite

Bezugnahmen; *zweitens* und in intentionaler Hinsicht sowohl die Bezugnahme auf das eigene Selbst als auch die Anderen; und es umfasst *drittens* in expressiver Hinsicht sowohl verbale als auch non-verbale Ausdrucksmodi. Besonders auf dieses letzte und dritte Merkmal soll hier näher eingegangen werden, da hier meines Erachtens eine Stärke dieses Ansatzes liegt: die hohe Sensibilität für den Bedeutungsspielraum, der in alltäglichen Konversationen oft die Ursache von Missverständnissen ist. Dies liegt daran, dass unser Bedeutungsverständnis durch individuelle und soziokulturelle Stereotype, Narrationen, Metaphern, *Story Lines* und Ähnliches geleitet wird (vgl. Davies & Harré 1990, 50; Sabat & Harré 1992, 446). Vor diesem Hintergrund positionieren sich Individuen in Gesprächen und schreiben sich und den anderen in jeweils verschiedenen Situationen bestimmte Charakteristika, Rollen⁸ oder Motive zu, die wiederum von kulturspezifischen Konventionen bestimmt werden.

Aber wie lassen sich diese eher formalen Überlegungen auf demenzielle Erkrankungen anwenden? Ganz konkret kommen Sabat und Harré (1992) anhand der qualitativen Auswertung von Interviews im Verlauf von acht Monaten mit zwei Betroffenen in einem fortgeschrittenen Stadium von AD dazu, die eingangs erwähnten Thesen zu validieren – also, dass das Selbst1 erhalten und das Selbst2 in dem Maße modifiziert wird, wie die Positionierungstätigkeit kooperativ glückt.

Beginnen wir *erstens* mit dem Selbst1, das sich den Autoren zufolge durch die Produktion von sowohl non-verbale als auch von verbalen Indexikalia der ersten Person Singular anzeigt: *Auf der einen Seite* kompensiert die erste Probandin (I.K.) ihren nahezu vollständigen Verlust der Verbalsprache durch den elaborierten Einsatz von Zeigegesten für ›ich‹, ›mich‹, ›mein‹ und ›mir‹ – ähnlich der *American Sign Language*. (Vgl. ebd., 452) *Auf der anderen Seite* produziert der zweite Proband (J.B.) gekonnt die Personalpronomina ›ich‹, ›mir‹ und ›mein‹ bei der Schilderung seiner Gedanken, die er nicht nur implizit durch den sinnvollen Gebrauch der Worte als die seinigen

⁸ *Notabene*: »Person stammt vom lateinischen *persona*, das ursprünglich die *Maske* im antiken Theater bedeutet, dann auch den Schauspieler und seine *Rolle*. Später nannte man *persona* auch die Rolle, die einer in der Gesellschaft spielt, das, was einer zu sein scheint.« (Fuchs 2002, 239) Insbesondere diese spätere Auffassung scheint für die *Positioning-Theory* relevant, wobei, wie wir gerade lesen konnten, deren Personenbegriff sich keineswegs darin erschöpft, soziale Rollen einzunehmen.

auffasst, sondern auch auf Rückfrage bestätigt, dass er sich weiterhin als identische Person weiß. (Vgl. ebd., 449f.)

Diese reflexive Identitätsleistung ist allerdings bereits *zweitens* Ausdruck eines sich dialogisch entfaltenden, kohärenten Selbst², mittels dessen sich J.B. trotz seines fortgeschrittenen Zustands zum Ende der Interviews reflexiv auf seine Rolle als Proband innerhalb der wissenschaftlichen Studie wendet: Ganz im Sinne der *Positioning*-Theorie können Sabat und Harré gemeinsam mit dem Probanden an ein individuell bedeutsames Narrativ (seine berufliche Ausbildung) anknüpfen und derart einen für die Identität der Person wichtigen Aspekt aktivieren. So identifiziert sich J.B. mit seiner Probandenrolle und positioniert sich aktiv als »wissenschaftlicher Mitarbeiter« (ebd., 451), was vor dem Hintergrund seiner langjährigen akademischen Laufbahn zunächst nicht verwundert.

Blicken wir nun noch einmal auf die erste Probandin, um den Effekt des Positionierungsgeschehens auf das soziale Selbst noch genauer zu erfassen: Im Fall von I.K. (vgl. ebd., 456f.) war es der Probandin nur in der Pflegeeinrichtung möglich, ihr kompetentes, helfendes und unterstützendes Selbst², das sie aus ihrem früheren Leben mitbringt, in Kooperation mit Pflegenden und Mitbewohnern zu aktualisieren. In der Zeit hingegen, in der sie mit ihrem Mann zuhause lebte, war ihr dies nicht möglich: Hier übernahm ihr Mann alle Alltagstätigkeiten für sie. Letztlich war I.K. zu einem passiven und inaktiven Dasein verdammt (vgl. ebd., 457), da ihr Mann sie gemäß des Narrativs der »verwirrten, hilflosen Alzheimer-Leidenden« (ebd., 456) als unfähig positionierte.

Gemäß der soziointeraktionistischen bzw. -konstruktivistischen Signatur des *Positioning* hängt unsere Identität wesentlich von der Kooperation anderer ab, um letztlich unsere multiplen *Personae* zu entfalten und diese im wahrsten Sinne des Wortes ausleben (*live out*) zu können (vgl. Sabat 1998, 42). Demgemäß kommt es in Sorgerelationen darauf an, die basale Fähigkeit, sich zu positionieren, gezielt zu fördern (vgl. ebd., 460) und kooperativ eine für die Betroffenen als positiv empfundene Positionierungspraxis zu etablieren. Dies gelingt nur durch die wechselseitige Anerkennung von individuell bedeutsamen Positionen, die jeweils durch eine »spezifische Verknüpfung von Rechten, Pflichten und Anforderungen definiert« (ebd., 453) sind. Werden hingegen wichtige Aspekte der Person vernachlässigt, kommt es fast notgedrungen zu Missverständnissen: Statt in J.B. einen Intellektuellen zu sehen, der seine Zeit selbstbestimmt zu nutzen weiß,

könnte sein gegenüber den Gruppenaktivitäten reserviertes Verhalten auch schlicht als »eigenbrötlerisch, asozial und hochnäsig« (ebd., 453) interpretiert werden. Auf der Basis einer solchen Interpretation sind dann Konflikte, Frustration und Vertrauensverlust auf beiden Seiten wahrscheinlich, sodass es – tragischerweise – naheliegt, die betroffene Person als hilfloses und verwirrtes Opfer ihrer Erkrankung zu positionieren (vgl. ebd., 454). Gemäß dieser Interpretation wird auch der -sdrang, den sowohl beide Proband:innen als auch viele Personen mit demenziellen Erkrankungen zeigen, als »ziellostes und unsinniges Umherwandern« aufgefasst (vgl. ebd., 457). Dabei könnte es genauso gut als sinnvolle Orientierungspraxis in einer reizarmen Umgebung aufgefasst werden: So nutzte bspw. I.K. Spaziergänge vor allem als gute Alternative zu den Gruppendiskussionen, bei denen sie sich aufgrund ihrer verbalsprachlichen Defizite in ihren Augen blamiert hätte.

5. Stärken und Schwächen von Embodiment und Positioning

Wie wir sehen konnten, handelt es sich bei beiden Traditionslinien um eine produktive Auseinandersetzung damit, wie die Ressourcen einer Person in ihrem sozialen Umfeld im Sinne ihrer Lebensqualität trotz einer chronischen, progredierenden und unheilbaren Erkrankung eingesetzt werden können. Gemeinsam ist beiden Positionen, dass sie ihre spezifische Signatur vor dem Hintergrund des personenzentrierten Ansatzes artikulieren können, wobei sowohl Kontos als auch Sabat von der Fragestellung der Identität von Selbst und Person bei Demenz ausgehen und auf einen Paradigmenwechsel in der Pflege und Therapie drängen. Allerdings realisieren sie ihr Programm mit einem unterschiedlichen Akzent: Auf der phänomenologischen Seite ist das Theorem des *Embodiment* leitend, das den Leib als intentionales, agentives und expressives Phänomen *sui generis* hervorhebt; auf der soziointeraktionistischen Seite ist das Theorem des *Positioning* leitend, das die alltägliche Kommunikation als kooperative Praxis auszeichnet. Dabei verfügen beide Ansätze über unterschiedliche Stärken: Einerseits die hohe Sensibilität für die unterschiedlichen Spielformen verkörperter Ausdruckspraktiken, andererseits die hohe Sensibilität für den Bedeutungsspielraum, der durch das symbolisch vermittelte Ausdrucksvermögen aufgespannt wird. An diese Charak-

terisierung anknüpfend soll es nun darum gehen, die Stärken und Schwächen beider Ansätze auch unter Berücksichtigung weiterer Vertreter:innen herauszuarbeiten, um schließlich in eine Synopse überzuleiten, die im Diskurs von Identität von Selbst und Person bei Demenz kulminiert. Dabei beginnen wir diesmal bei der *Positioning*-Theorie und der Verknüpfung von Orientierung und Indexikalität.

5.1. Positioning, Orientierung und indexikalischer Ausdruck

Besinnen wir uns darauf, wie wir jetzt gerade orientiert sind, dann bemerken wir unter Umständen das, was Karl Bühler in seiner *Sprachtheorie* als »Origo« (1934/1982, 102) bezeichnete, also das »hier-jetzt-ich-System der subjektiven Orientierung« (ebd., 149). Wie diese Formulierung anzeigt, lassen sich die drei Dimensionen unserer lebensweltlichen Orientiertheit ideal durch Indexikalia hervorheben: Personale Indexikalia (wie ›ich‹, ›du‹) personalisieren, temporale Indexikalia (wie ›jetzt‹, ›bald‹) temporalisieren und lokale Indexikalia (wie ›hier‹, ›dort‹) lokalisieren. Sie zeigen uns also, wann und wo jemand etwas sagt und fungieren demgemäß als »Ortsmarke«, »Zeitmarke« und als »Individualmarke« (ebd., 107). Wie wir schon an den Indexikalia ›ich–hier–jetzt‹ sehen, können wir gezielt die dreidimensionale Orientierungsstruktur der Lebenswelt freilegen. Jetzt gilt es, diese Überlegungen auf die *Positioning*-Theorie anzuwenden.

Zunächst können wir drei wichtige Merkmale herausstellen, die den Umgang der *Positioning*-Theorie mit dem Phänomen der Indexikalität auszeichnen: *Erstens* beschränkt sich diese Theorie keineswegs nur auf indexikalische Ausdrücke, sondern inkludiert auch, wie wir im Falle von I.K. sehen konnten, indexikalische Gesten; *zweitens* nutzt diese Theorie das Phänomen der Indexikalität nicht nur als »Defizitindikator« (Wendelstein & Felder 2012), wie dies in der linguistischen Psychologie oft der Fall ist, sondern gemäß ihrer Idee eines gelingenden Positionierungsgeschehens auch als ›Ressourcenindikator‹; und *drittens* konzentrieren sich ihre Studien gemäß der Leitfrage nach der Identität von Selbst und Person primär auf Personalpronomina. Insbesondere das dritte Merkmal ist von ambivalentem Charakter, da es einerseits grundlegende Erkenntnisse lieferte, andererseits aber das explanatorische Potenzial der *Positioning*-Theorie unnötig limitiert.

Diese Ambivalenz zeigt sich auch bei den jüngeren empirischen Studien: So verglichen Hydén und Nilsson (2015) das Nutzungsverhalten der Pronomina ›ich‹ und ›wir‹ bei Paaren, bei denen eine der Partner:innen an Demenz erkrankt war, mit Paaren, bei denen dies nicht der Fall war. Das Ziel der Studie bestand darin,

to look closer at how spouses in couples, where one spouse has developed dementia, position themselves in relation to each other. This means that we are especially interested in those aspects of relationships and identity that has to do with couplehood and we-ness. (Ebd., 717)

Im Ergebnis konnten Hydén und Nilsson empirisch belegen, dass Paare der ersten Gruppe (mit Demenz) nicht nur seltener, sondern auch vager auf die zeitlich dauerhafte Einheit ihrer Partnerschaft referierten, sodass die Autor:innen von einer »erosion of the we« (ebd., 728) sprechen. Aber lässt sich diese wichtige Erkenntnis bzgl. des Einsatzes des Personalpronomens ›wir‹ schlicht dadurch erklären, dass es insbesondere in Pflegeeinrichtungen viel weniger Gelegenheiten zur sozialen Interaktion gibt, wie dies Small und Kolleg:innen (1998, 309) nahelegen? Meines Erachtens verbleibt hier die explanatorische Kraft der *Positioning*-Theorie hinter ihren Möglichkeiten zurück. So wichtig diese und weitere Studien auch sein mögen, so zeigt sich ihr ganzes Potenzial für ein strukturelles Verständnis demenzieller Erkrankungen erst, wenn *erstens* nicht nur *personale*, sondern auch *zeitliche* und *räumliche* Indexikalia in den Blick genommen werden und *zweitens* die korrelative dreidimensionale Struktur der lebensweltlichen Orientierung in den Blick genommen wird. Ich möchte dies hier zumindest kurz begründen.⁹

Zunächst müssen wir uns dreierlei vergegenwärtigen: *erstens*, dass sowohl der Orientierungsverlust als auch der Sprachverlust zwei zentrale Symptome von demenziellen Erkrankungen (insbes. von AD) sind; *zweitens*, dass wir uns und unsere Mitmenschen innerhalb der Konversation vermittels Indexikalia auf eine umfassende Art und Weise sprachlich orientieren; und *drittens*, dass der Orientierungsverlust bei demenziellen Erkrankungen ein dreidimensionaler ist – Betroffene also zunehmend Schwierigkeiten damit haben, sich räumlich, zeitlich und sozial zu orientieren –, was u.a. durch den (sprachlich verfassten) *Mini-Mental-State-Test* angezeigt

⁹ Ich habe den folgenden Gedankengang an anderer Stelle entfaltet und den strukturellen Zusammenhang von Orientierung, Sprache und Erinnerung bei AD umfassend erörtert (vgl. Dzwiza-Ohlsen 2021a, b).

wird. Eine strukturelle Perspektive macht deutlich, dass sich Orientierungs- und Sprachverlust gegenseitig bedingen, da es Personen mit demenziellen Erkrankungen immer schwerer fällt, ihre aktuelle Situation mental zu überschreiten und kontextuelle Informationen, wie Adressen, Daten, Wochentage oder Namen zu integrieren (vgl. Fuchs 2018, 53–57; Summa 2014, 481ff.). So ist die ›Erosion des Wir‹ weder ausreichend dadurch erklärt, dass wir (interaktionistisch) auf die fehlende Sozialität verweisen (vgl. Small et al. 1998), noch dadurch, dass wir (linguistisch) auf Wortfindungsschwierigkeiten (ebd.) oder (kognitivistisch) auf die verminderte Leistungsfähigkeit des Arbeitsgedächtnisses verweisen (vgl. Almor et al. 1999). Vielmehr handelt es sich um den Ausdruck einer strukturellen Psychopathologie, die (phänomenologisch) als »Unverfügbarkeit eines expliziten und reflektierten Wissens bezüglich der jeweiligen raum-zeitlichen und sozialen Inhalte einer Situation« (Summa 2012, 164) definiert werden kann. Denn um zu verstehen, was bspw. ›wir‹ jeweils meint, müssen wir ständig abstrakte Wissensinhalte in die jeweils konkrete Situation integrieren. Genau aber diese Leistung ist bei demenziellen Erkrankungen typischerweise betroffen.

Dennoch gibt es aufschlussreiche Verknüpfungsmöglichkeiten zwischen phänomenologischer Psychopathologie und soziokonstruktivistischem *Positioning*, die sich anhand der Unterscheidung von Selbst1 und Selbst2 artikulieren lassen. Wie wir weiter oben lesen konnten, definieren Sabat und Harré (1992, 445) das Selbst1 folgendermaßen:

There is the self of personal identity, which is experienced as the continuity of one's point of view in the world of objects in space and time. This is usually coupled with one's sense of personal agency, in that one takes oneself as acting from that very same point.

Vor dem Hintergrund der Prämisse, dass das selbstbezügliche Positionierungsgeschehen sowohl explizit als auch implizit ablaufen kann und sowohl verbale als auch non-verbale Indexikalia das Selbst1 anzeigen können, möchte ich vorschlagen, dies in Bezug zum *minimal self* (Zahavi 2017) zu setzen: Dieses zeichnet sich durch eine erstpersonale »prereflective self-awareness« (Tewes 2021, 378), »perspectival ownership« (Zahavi 2021, 9) und »what-it-is-like-for-meness« (ebd.) aus, was gut zur Charakterisierung des Selbst1 als die erfahrungsmäßige ›continuity of one's point of view‹ passt, die ›one's sense of personal agency‹ umfasst. Die oben angeführte Kritik von

Kontos – dass bei Sabat und Harré eine rein repräsentationalistische Funktion des Leibkörpers im Verhältnis zur Kognition zum Ausdruck kommt – wird vor dem Hintergrund von Kontos' Ansatz zwar nachvollziehbar, verdeckt aber in der Sache einen wichtigen Aspekt: Denn es gilt, nicht nur die präreflexive Dimension des Leibes, sondern auch die präreflexive Dimension des Bewusstseins als Sinnressource bei demenziellen Erkrankungen im Blick zu behalten (s.u.). Erweitert man zudem im oben vorgeschlagenen Sinne die linguistische Analyse im Sinne ihrer dreidimensionalen Orientierungsfunktion, so ließe sich gemäß der strukturellen Lesart die These formulieren, dass selbst bei fortgeschrittenen Stadien demenzieller Erkrankungen eine minimale situative Orientiertheit im Sinne des bühlerschen *Origo* aufrechterhalten wird. Derart ließe sich eine *situationsspezifische* Kommunikationsstrategie vorschlagen, die im Hier und Jetzt der Face-to-Face-Situation beim Phänomen des Indexikalischen ansetzt (für eine ausführliche Darstellung vgl. Dzwiza-Ohlsen 2021a, c).

5.2. Embodiment, Zwischenleiblichkeit und habituellem Ausdruck

Wie bereits angedeutet wurde ist das Phänomen der Habitualisierung von ausgezeichnetem Interesse für die philosophische Auseinandersetzung mit Demenz: *Habitūs* (im Plural) lassen sich als sedimentierte Geschichte unseres Lebens verstehen, die als selbstverständlich gewordene Basis unsere personalen Vollzüge tragen. Sie orientieren uns in einem umfassenden Sinne und machen verständlich, warum wir so fühlen, denken und handeln, wie wir es tun (vgl. Casey 2000, 149). Interessanterweise liefert die *Embodiment*-Theorie wichtige Analysen des habituellen Ausdrucks des Leibkörpers (*embodied expressivity*) im sozialen Feld und erfasst damit ein Spektrum von Phänomenen, das bei der Frage nach der Identität des Selbst bzw. der Person eine Schlüsselfunktion einnimmt (*embodied selfhood*).

Zunächst ist es eine der großen Stärken von Kontos' Ansatz, dass sie empirische Forschung mit philosophischen Methoden kombiniert, ohne die Lebenswirklichkeit von Betroffenen aus den Augen zu verlieren: So lotet sie die Leistungsfähigkeit leibphänomenologischer Kategorien mittels ethnographischer Methoden – aber auch literarischen Reflexionen (vgl. bspw. Kontos 2012) – aus, sodass abstrakte strukturelle Überlegungen eine konkrete Bedeutung für die Verbesserung der Lebensqualität von Personen mit Demenz erhalten.

Ich möchte dies am Leitfaden des Phänomens der Habitualisierung erläutern. Allerdings soll hier nicht bei Bourdieu, sondern bei Husserl angeknüpft werden: Derart wird es möglich, einerseits die bisher kaum beachtete Kompatibilität zwischen Kontos und Husserl anzudeuten und andererseits die Grenzen der Position von Kontos gezielt zu markieren.

Wie Husserl ausführt ist der körperliche Ausdruck meiner Mitmenschen individualtypisch und zeigt einen je eigenen Motivationsstil an – schließlich verweist uns die Art einer Person »so und so zu gehen, so und so zu tanzen, so und so zu sprechen« (Husserl 1991, 240) auf einen »individuellen Habitus« (ebd., 295). Bemerkenswerterweise untersucht Kontos gut 100 Jahre später in mehreren Studien sowohl die Art und Weise ›so und so zu tanzen‹ (vgl. Kontos et al. 2021) als auch ›so und so zu sprechen‹ (vgl. Kontos 2012, 9f.), um gemäß ihrer leitenden Annahme die identitätsstiftende Bedeutung des Leibkörpers angesichts demenzieller Veränderungen herauszustellen.¹⁰ Hierbei führt sie am Beispiel einer Mutter-Tochter-Beziehung eine wichtige Unterscheidung ein, nämlich zwischen einerseits einem impliziten Wiedererkennen von etwas Vertrautem (*recognition*¹¹) auf der Basis von habitueller Zwischenleiblichkeit (*intercorporeality*), das bei demenziellen Erkrankungen potenziell bis zum Ende erhalten bleibt, und andererseits einem expliziten Abrufen von deklarativem Wissen (*cognition*), das bei demenziellen Erkrankungen oft schon früh eingeschränkt wird (vgl. Kontos 2012, 7–9).¹² Dazu Kontos:

Her past experiences with her daughter persist in the body as a matrix of perceptions and actions. They are embodied in the sense that

¹⁰ Interessanterweise streift Kontos dabei den wohl offensichtlichsten Aspekt des Leibkörpers für die Identität – nämlich die Oberfläche – nur dort, wo dieser einen Bezug zu habituellen Praktiken hat. Nichtsdestotrotz beschreiben Falten, Narben, Zeichen (bspw. Tätowierungen), aber auch Schmuck, Kosmetik und Kleidung eine bedeutsame Dimension für die Identität der individuellen Person bzw. ihrer Persönlichkeit.

¹¹ An dieser Stelle kann nur auf die Mehrdeutigkeit dieses Wortes hingewiesen werden (Wiedererkennen/Anerkennen) mit der Janelle Taylor (2010) meisterhaft spielt und eine wichtige Anschlussmöglichkeit an anerkennungstheoretische Überlegungen zur Personalität ausweist, wie bspw. von John Rawls (1959/1999).

¹² *Mutatis mutandis* trifft Sabat (2018, 31) die gleiche Unterscheidung im Rahmen einer ebenfalls ressourcenorientierten Zielsetzung – allerdings unter Verwendung eines anderen Vokabulars (*recognition* vs. *recall*).

memory of them is not confined to the brain but is actually encoded in the muscles, nerves, and sinews of the body. (Ebd. 8f.)

Durch dieses Beispiel macht Kontos zudem deutlich, dass sich Ausdruckshabitualisierung nicht nur individuell, sondern immer auch kollektiv vollzieht: So bilden sich durch gemeinsame Interessen intersubjektive Praktiken heraus. Genau hier aber nahmen Kontos' philosophisch-ethnologische Untersuchungen ihren Anfang, nämlich bei der habitualisierten Ausdruckspraxis einer Gemeinschaft, die sich in Ritualen und Festen verkörpert (vgl. Kontos 2003; 2005). Anstatt derartige Gemeinschaften aber wie Husserl als »gemeingeistige« zu interpretieren (Husserl 1991, 200) und sich damit tendenziell von einer leibphänomenologischen Herangehensweise zu entfernen, nutzt Kontos das Konzept der Zwischenleiblichkeit von Merleau-Ponty, um die gelebte Einheit von Bewusstsein, Leiblichkeit und Welt stärker herauszustellen (vgl. Kontos 2012, 8). Im Ergebnis leistet es Kontos' *Habitus*-Begriff mit seiner primordialen und soziokulturellen Akzentuierung, dass sie zwischen Skylla und Charybdis – also den Dichotomien zwischen unbewusstem Instinkt und bewusster Intention einerseits und atomistischen Individuen und objektivierten Kollektiven andererseits – gekonnt hindurchmanövrieren kann, sodass »Intentionalität, Einfallsreichtum und Kreativität« (Kontos 2012, 6) als bedeutungskonstitutive Aspekte leibkörperlicher Ausdruckspraxis aufgefasst werden.

Diese Überlegungen haben sich in den letzten Jahren als äußerst anschlussfähig erwiesen: Wie Thomas Fuchs jüngst betont hat, lassen sich verkörperte Habitus als eine Art implizites Gedächtnis betrachten, welches sich in *prozeduraler*, *situativer* und *zwischenleiblicher* Weise differenzieren und auf spezifische Weise reaktivieren lässt, um autobiografische Aspekte zugänglich zu machen, die nicht oder nicht mehr für das explizite Gedächtnis erreichbar sind.¹³ (Vgl. Fuchs 2018, 53–56) Blickt man vor diesem Hintergrund auf unser alltägliches Handeln, so wird die Rede vom *Leibgedächtnis*, das sich keineswegs auf automatisierte und starre Handlungsschemata reduzieren lässt, verständlich (vgl. Tewes 2021, 383f.): Schließlich lerne ich von Kindheitsbeinen an, meinen Leibkörper als das mir vertraute »Willensorgan« (Husserl 1991, 153) einzusetzen, das ein meist implizit

¹³ Ich habe dies an anderer Stelle (Dzwiza-Ohlsen 2021b) als kontextspezifische Interaktions- und Kommunikationsstrategie bezeichnet und ausführlich entfaltet.

bleibendes Wissen um die praktischen Möglichkeiten enthält, die mir auf der Basis meiner individuell erlernten Fertigkeiten je nach Situation zur Verfügung stehen (bspw. Fahrradfahren). Dabei geht Fuchs dort über Kontos hinaus, wo er nicht nur die implizite Vertrautheit mit der Welt auf der Basis leiblicher Praxis herausstellt, sondern in entwicklungspsychologischer Perspektive die Doppelstruktur von ›Vertrautheit mit ...‹ und ›Vertrauen in ...‹ als implizite Basis unserer lebensweltlichen Erfahrung in Anknüpfung an Husserl ausweist.¹⁴

Da sich sinnvoller und also verstehbarer Ausdruck gemäß Husserl nicht nur in Personen, sondern auch in Artefakten und Institutionen habitualisieren kann, eröffnen sich umfassendere Interpretationsmöglichkeiten für demenzielle Erkrankungen – auch vermittels der Integration von weiteren Theorieangeboten.¹⁵ Das Ding, so sagt Husserl (1991, 220) plastisch, »klopft an die Pforte des Bewußtseins«, es »zieht praktisch an, es will gleichsam ergriffen sein, es ladet [sic!] zum Genusse ein usw.«¹⁶ Dies ermöglicht den Anschluss kognitionswissenschaftliche Theorieangebote, wie bspw. das der *Affordanz*-Theorie (vgl. Gibson 1979) oder der *Distributed Cognition*. Dabei ist es im Rahmen dieses Beitrags besonders bemerkenswert, dass sich Sabat und Harré (vgl. 1992, 454f.) im Beispiel von J.B. der identitätserhaltenden Funktion der distribuierten Kognition bedienen, die sich in Kulturobjekten materialisiert und von hier aus einen Affordanzcharakter ausstrahlt (vgl. Heersmink 2022): So lassen sie eine Urkunde anfertigen, die J.B.s Teilnahme an der Studie bestätigt, die gut sichtbar für alle Personen im Pflegeheim an seiner Tür angebracht wird. Seine lebenslange akademische Tätigkeit ist ihm also nicht nur in Fleisch und Blut übergegangen, sondern erweist sich als Basis für die bedeutungsvolle Ko-Konstruktion der Identität.

Demgegenüber ist es die Stärke von Kontos' Ansatz, dass es ihr mit Anknüpfung an das *Habitus*-Konzept von Bourdieu möglich ist, näher an konkreten kulturellen Praktiken und damit auch sozio-ethnologischen Methoden zu sein, als dies mit Husserls Theorie jemals möglich wäre. So könnte vor diesem Hintergrund mittels

¹⁴ Für eine ausführliche Anwendung dieses Gedankens im Rahmen von demenziellen Erkrankungen vgl. Dzwiza-Ohlsen 2021b.

¹⁵ Im Rahmen dieses Beitrags muss das soziale Schlüsselphänomen der Empathie, das bei Husserl eng mit dem Ausdruck verknüpft ist, ausgeklammert werden, auch wenn es bei (demenziellen) Erkrankungen eine wichtige Rolle spielt. Ich habe dies ausführlich dargestellt in Dzwiza-Ohlsen 2022.

¹⁶

ethnologischer Methode der metaphorische, aber doch existenziell relevante Sinn der Orientierung im Sinne von sexueller, politischer oder spiritueller Orientierung erschlossen werden (zur Sexualität in Pflegeeinrichtungen vgl. Kontos et al. 2017). Zudem lassen sich hier weitere sozioethnographische Studien produktiv anknüpfen, die in einem eher praxeologischen Sinne auf den körperlichen Ausdruck zugreifen, wenn die Kommunikation an seine Grenzen kommt (vgl. Reichertz et al. 2020). Interessanterweise ist es Hydén (2018), der Anteile der *Positioning*-Theorie mit solchen der *Embodiment*-Theorie verbindet, indem er die narrative Identitätskonstruktion durch gestischen Ausdruck näher erörtert und derart die starke – und bei demenziellen Erkrankungen problematische – Verknüpfung von Narrativität und Verbalsprache relativiert (vgl. Tewes 2021, 372–375). Wie auch im abschließenden Teil dieses Beitrags betont werden wird, dürfte die Kombination der Stärken von *Positioning* und *Embodiment* eine gute Strategie sein, um diese und weitere Forschungsdesiderate der (nicht naturalistischen) Demenzforschung in der Zukunft zu erschließen.

6. Synopse: Die Identität von Selbst und Person bei Demenz

Wie zu Beginn des Beitrags angedeutet, kehren wir jetzt zum Diskurs über die Identität von Selbst und Person bei demenziellen Erkrankungen zurück. Angesichts der zahlreichen unterschiedlichen Traditionslinien, die sich hier begegnen, ist es nicht ungewöhnlich, dass über die definitorische Abgrenzung der Begriffe – also *Self* und *Person* bzw. *Selfhood* und *Personhood* im Englischen und *Selbst* und *Person* bzw. *Selbstheit* und *Personalität* im Deutschen – Uneinigkeit herrscht. Wenn aber ein die Traditionen übergreifender Dialog gelingen soll, der nicht zuletzt der existenziellen, politischen und ethischen Relevanz des Themas gerecht wird, bedarf es zunächst einer groben Orientierung über die unterschiedlichen Definitionen bzw. Positionen. Bevor wir die in diesem Beitrag behandelten Traditionen bzw. ihre Stellvertreter:innen zu Wort kommen lassen, möchte ich einen Schritt zurücktreten und in den *locus classicus* zu dieser Frage einführen: Das zweite Buch von John Lockes *Essay Concerning Human Understanding* (1690/2017) und dessen Kapitel 27 über *Identity and Diversity*. Dabei leitet mich die Annahme, dass Lockes Position vollkommen zu Recht als zentraler Referenzpunkt in dieser Debatte

fungiert: So bietet seine Position einen umfassenden Rahmen, der für die angestrebte Synthese der phänomenologischen und soziointeraktionistischen Ansätze gut geeignet ist. Das meint allerdings nicht nur, dass wir diese wie distinkte Elemente in einen festumrissenen Rahmen einordnen können, um ihre internen Logiken sowie das Verhältnis dieser zueinander besser verstehen zu können; vielmehr können wir Lockes Rahmenmodell selbst phänomenologisch und soziointeraktionistisch aktualisieren.

6.1. Lockes dreidimensionales Modell der Person

Wie Aleida Assmann herausgearbeitet hat, markiert Lockes Position in der Geistesgeschichte den Übergang der Identitätskonstitution weg von sozialer Genealogie hin zu individueller Erinnerung (vgl. 1999, 95). In Anlehnung an Assmann möchte ich im Folgenden dafür argumentieren, dass der Begriff der Person bei Locke viel breiter ist als der des Selbst. Wie ich zeigen möchte, bildet das Selbst zwar einen notwendigen Aspekt der Person, der aber selbst nicht schon hinreichend ist. Um den Begriff der Person vollständig zu erfassen, müssen drei Dimensionen berücksichtigt werden – nämlich eine *epistemische*, eine *ontologische* und eine *soziopolitische*. Dabei werden alle drei Dimensionen von Locke durch einen egalitären Grundgedanken verschmolzen. Dazu Assmann (1999, 97f.):

Locke arbeitet an einem neuen Personenbegriff, der mit der bürgerlichen Gesellschaftsform kompatibel ist. Es geht um die Konstruktion der Person als voraussetzungslos gleichberechtigtes Rechtssubjekt und als einer sozial zurechnungsfähigen und ethisch verantwortlichen Instanz. Parallel zu seinen politischen Schriften, wo er die Genese des Individuums aus den Begriffen der Vernunft, der Arbeit und des Eigentums entwickelte, begründet er das Individuum philosophisch aus dem Bewusstsein, der Selbstreflexion und der Erinnerung.

Was aber zeichnet vor dem Hintergrund dieser Analyse die jeweiligen Dimensionen aus? Vereinfacht gesagt zielt die *soziopolitische* Dimension auf das ethische Rechtssubjekt, die *ontologische* auf das attributive Vernunftsubjekt und die *epistemische* Dimension auf das phänomenologische Erkenntnissubjekt. Auch wenn alle drei Dimensionen letztlich Aspekte einer Ganzheit sind, die gemäß dieser Interpretation den Begriff der Person bezeichnen, lassen sie sich doch sinnvoll voneinander unterscheiden. Ein gutes Beispiel dafür ist die

Verschränkung der epistemischen und der ontologischen Dimension in einer berühmten Passage, die die Frage betrifft, was eigentlich eine Person sei. Dazu Locke:

I think it is a thinking intelligent being, that has reason and reflection, and can consider itself as itself, the same thinking thing at different times and places. What enables it to think of itself is its consciousness, which is inseparable from thinking and (it seems to me) essential to it. (Locke 1690/2017, 115)

Man könnte dies gemäß der hier verwendeten Heuristik so reformulieren, dass die ontologischen Attribute der Person (*thinking, reason, reflection*) durch die epistemische Leistungsfähigkeit des Bewusstseins (*consciousness*) fundiert werden. Dabei ist das Selbst der Person ein diachrones Identitätsprinzip, das rein *internalistisch*¹⁷ gerechtfertigt wird:

For as far as any thinking being can repeat the idea of any past action with the same consciousness that he had of it at first, and with the same consciousness he has of his present actions, so far he is the same personal self. (Locke 1690/2017, 116)

Daraus ergibt sich, dass der Begriff der Person zwar notwendig durch die Identität des Selbst bedingt ist (was die Rede von einem *personal self* rechtfertigt), dieser jedoch noch mehr bedarf, um hinreichend bedingt zu sein: nämlich der rechtlichen Anerkennung von mit Vernunft begabten Subjekten. Diese Umstände – dass personale Identität rein internalistisch gerechtfertigt wird und diese die

¹⁷ An dieser Stelle dürfte es hilfreich sein, sich zumindest schematisch über die unterschiedlichen Rechtfertigungsstrategien personaler Identität (pI) zu orientieren. Lockes Position ist ein klassisches Beispiel für eine *internalistische* Strategie, da die pI bewusstseinsimmanent aus der erstpersionalen Perspektive gerechtfertigt wird. Die Gegenposition wäre eine *externalistische* Strategie, die die pI aus der drittpersonalen Perspektive rechtfertigt, indem sie bspw. auf die körperliche Kontinuität eines Gegenübers rekurriert (einen Überblick über Spielarten dieser Strategien im philosophischen Diskurs über die pI gibt Tewes (2021)). Lebensweltlich sind wir mit unterschiedlichsten Mischformen dieser Strategien vertraut: So, wenn wir bspw. mit unseren Verwandten in Fotoalben blättern und *einerseits* unsere körperliche Kontinuität durch den bildlich vergegenwärtigten Alterungsprozess hindurch erfassen und *andererseits* uns gleichzeitig an Episoden unseres Lebens erinnern. Dabei verweist dieses Beispiel außerdem schon auf die alltäglich vertraute Möglichkeit, einer dialogischen Verschränkung von internalistischer und externalistischer Strategie durch Kommunikation mit anderen (indem wir uns bspw. über unsere individuellen Erinnerungen an gemeinsame Lebensepisoden austauschen).

notwendige Bedingung für Personalität darstellt – haben allerdings bemerkenswerte und für uns relevante Konsequenzen: So folgt daraus für Locke (1690/2017, 119), dass es sich im Falle einer vollständigen retrograden Amnesie nicht mehr um eine identische Person (*person*), sondern nur noch um einen identischen Menschen (*man*) handelt. Dabei veranschaulicht Locke diese Position mit dem Hinweis darauf, dass eine Person, die geistig gesund ist (*sane man*), nicht für die Taten bestraft werden kann, die sie getan hat, als diese geistig krank war (*madman*) und *vice versa*. Bricht also die epistemische Dimension der Personalität weg, dann können auch die ontologische und soziopolitische nicht mehr aufrechterhalten werden. Kurz: »Personal identity is the basis for all the right and justice of reward and punishment.« (Locke 1690/2017, 118; vgl. auch ebd., 120f.) Allerdings steht diese Position im Konflikt mit unserer juristischen Praxis: So gilt bspw. im deutschen Recht auch jemand mit einer vollständigen retrograden Amnesie nicht als eine neue, sondern weiter als ein und dieselbe *natürliche* Person; deswegen kommt es bei einer in der (nicht mehr zugänglichen) Vergangenheit im vollen Bewusstsein begangenen Straftat – also bei zweifelsfreier Schuldfähigkeit – nicht einfach zu einem vollständigen Straferlass, sondern die Person wird aller Wahrscheinlichkeit nach¹⁸ unter angepassten Bedingungen der Strafe verantwortlich gemacht (vgl. Merkel 1999, 509–511). Wie bei demenziellen Erkrankungen auch bricht mit dem Verlust der Fähigkeit zur *internalistischen* Konstitution personaler Identität nicht einfach der gesamte Personenstatus zusammen; vielmehr wird personale Identität durch die soziopolitische Dimension *externalistisch* aufrechterhalten.¹⁹ Um mit diesen sich widerstreitenden Positionen umgehen zu können, müssen wir den Begriff der Person von Locke gezielt erweitern.

¹⁸ Dieses Wort zeigt an, dass es sich hier um ein bisher ungelöstes Grundlagenproblem des Strafrechts handelt, dass aufgrund der zunehmenden Zahl von Personen mit Demenz an Brisanz gewinnen dürfte. Eine umfassende Auseinandersetzung mit diesem Problem aus philosophisch-juristischer Hinsicht liefert Erhardt (2014).

¹⁹ Ein anschauliches Beispiel hierfür ist der Personalausweis, der die singuläre Person als Bürger:in eines Nationalstaates mit bestimmten Merkmalen institutionell ausweist und sogar bis weit nach dem Ableben identifizierbar macht.

6.2. Die bewusstseins- und kommunikationstheoretische Erweiterung durch Positioning

Wie wir bereits wissen, unterscheiden Sabat und Harré (1992) zwischen einem singulären Selbst1 und den pluralen Selbsten (Selbst2). Konzentrieren wir uns zunächst auf das Selbst1 und vergleichen dies mit dem personalen Selbst bei Locke. Wie wir sehen werden, fallen sowohl die Ähnlichkeiten als auch die Unterschiede sofort ins Auge:

There is the self of personal identity, which is experienced as the continuity of one's point of view in the world of objects in space and time. (Sabat & Harré 1992, 445)

I think it [...] can consider itself as itself, the same thinking thing at different times and places. (Locke 1690/2017, 115)

This is usually coupled with one's sense of personal agency, in that one takes oneself as acting from that very same point. (Sabat & Harré 1992, 445)

For it is by the consciousness he has of his present thoughts and actions that he is self to himself now, and so will be the same self as far as the same consciousness can extend to actions past or to come. (Locke 1690/2017, 116)

Beiden Positionen ist gemeinsam, dass das Selbst1 als diachrones Identitätsprinzip der Person fungiert, das einerseits internalistisch gerechtfertigt wird, andererseits aber auch einen direkten Bezug zur Agentivität bzw. den Handlungen des Subjekts hat. Beide Positionen unterscheidet, dass die Möglichkeit der diachronen Identitätsstiftung bei Sabat und Harré (1992, 445f.) keineswegs von der Fähigkeit der bewussten Erinnerung abhängt: »Since the self¹ is a formal unity, a mere point in ›psychological space‹, it does not require [...] intact recent or remote recall memory.«

Um diese Position zu interpretieren, habe ich oben vorgeschlagen, das Selbst1 im Sinne eines *minimal self* aufzufassen, also einem präreflexiven Selbst, das als logische Bedingung jedes reflexiven Selbst zu gelten hat (das, wie auch schon Judith Butler mit Bezug auf Locke früh bemerkte, immer schon die Bedingung von reflexiver Identitätsstiftung ist (vgl. Tewes 2021, 373)). Der Vorteil dieser Lesart wäre, dass derart das Selbst1 nicht abhängig von höheren Formen des Selbst gedacht werden muss, diese aber auch nicht ausschließt. So ließe sich das Selbst1 bspw. mit dem »perceiver-self« (Schechtman

2005, 19) verknüpfen, das unsere Erfahrung als eine Art engagierter Zuschauer begleitet und von wichtiger Bedeutung für eine konsistente Identität und Narration ist. Dass diese Fähigkeit auch bei demenziellen Erkrankungen beachtet werden muss, führen exemplarisch drei Proband:innen einer Studie von Sabat (1998, 42–47) vor Augen: Diese waren trotz ihrer fortgeschrittenen Erkrankung dazu in der Lage, die Bedeutung ihrer Erkrankung für ihr Selbst bzw. ihr Leben zu evaluieren. Auf den *Nachteil* dieser Position weist uns Kontos hin. Ihr zufolge gehen Sabat und Harré davon aus,

that there is a self that does not require social interaction in order to exist. They define this self as ›a structural or organizational feature of one's mentality‹ that provides the basis for continuous experience of a singular point of view in the world. (Kontos 2005, 567, FN 2)

Demgemäß wäre diese Position als *internalistisch* und *solipsistisch* zu charakterisieren (implizit, so unterstellt Kontos, zudem auch *kognitivistisch* und *cerebrozentrisch*). Aber wird diese Kritik der Position von Sabat und Harré gerecht? Meines Erachtens muss dies verneint werden. Zwar findet eine starke Verknüpfung zwischen dem Selbst1 und der personalen Identität in dem Sinne statt, dass trotz eines umfassenden Verlustes der *materialen* Identität der Personen des Selbst2 die *formale* Identität der Person gewahrt wird.²⁰ Allerdings schließen sich die internalistische und externalistische Sichtweise im Falle der *Positioning*-Theorie nicht aus: So können wir einerseits das Selbst1 im Geiste einer cartesianischen Meditation erfassen, sozusagen *im einsamen Seelenleben*, ohne andererseits auszuschließen, dieses in *kommunikativer Funktion* anzuzeigen zu können (wie man dies in Anknüpfung an Husserls *Logische Untersuchungen* formulieren könnte, vgl. Husserl 1984, 39–41). Diese ›Doppelaspektivität‹ bedeutet letztlich, dass die Anzeige des Selbst1 sowohl eine verkörperte als auch eine soziokommunikative Dimension impliziert (vgl. Davies & Harré 1990, 59). Wenn man vor diesem Hintergrund noch einmal Kontos' Wortlaut erörtert, das das Selbst1 »keiner sozialen Interaktion bedarf, um zu existieren« (Kontos 2005, 567), dann ist diese Aussage nicht *genetisch*, sondern nur *statisch* aufzufassen: Da Selbst1 und Selbst2 qua Kommunikation eine Einheit bilden, hängt die faktische

²⁰ Ob das Selbst1 eher als ein transzendentales oder eher als ein psychologisches Ich zu interpretieren ist, wäre zu diskutieren. Allerdings zeigt Husserls Phänomenologie, dass der Übergang von der einen zur anderen Perspektive auch eine Frage der Einstellung ist.

Genese des Selbst1 von sozialer Interaktion ab; ist diese Entität allerdings einmal etabliert, können wir diese auch unabhängig von sozialer Interaktion für uns selbst erfahren (andernfalls würde man damit auch Personen mit fortgeschrittenem *Locked-In-Syndrom* die personale Identität absprechen). Und selbst, wenn es mir aufgrund eines fortgeschrittenen Verlusts kognitiver Fähigkeiten nicht mehr möglich sein sollte, mein Selbst1 durch explizite Reflexion introspektiv zu erfassen, verweist doch die kommunikative Anzeige durch indexikalischen Ausdruck (ob nun verbal oder non-verbal) darauf, dass das Selbst1 im Sinne eines *minimal self* weiterhin Bestand hat. Dies sind, meines Erachtens, eminent bedeutsame Erkenntnisse, die es insbes. bei fortgeschritteneren Stadien demenzieller Erkrankungen zu beachten gälte.

Blicken wir nun näher auf das Selbst2, so erfasst die *Positioning*-Theorie die kommunikative Dimension personalen Seins viel genauer, als dies bei Locke der Fall ist. Derart würdigen sie die Pluralität unserer sozialen Rollen (und ihre jeweiligen Rechte und Pflichten) auf der Basis einer soziokonstruktivistischen Prämisse (vgl. Sabat 1998, 42) mit ethischem Fluchtpunkt: Schließlich tragen wir alle dafür Verantwortung, eine kooperative Positionierungspraxis im Sinne eines gelingenden Lebens zu pflegen. Zusammenfassend ließe sich schlussfolgern, dass Sabat und Harré gekonnt die internalistische Perspektive des Selbst1 und damit die primär *intrasubjektive* Identitätskonstitution mit einer externalistischen Perspektive des Selbst2 und damit der *intersubjektiven* Identitätskonstitution verschränken (und also keineswegs einen rein externalistischen Soziokonstruktivismus vertreten). Einerseits wird also die epistemische Dimension der Person bewusstseinstheoretisch erweitert, sodass die radikalen Schlussfolgerungen von Locke (1690/2017, 120) sich als ungerechtfertigt herausstellen: »For whatever substance there is, and whatever it is like, without consciousness there is no person. A substance without consciousness can no more be a person that a carcass can.« Andererseits werden die ontologische und soziopolitische Dimension der Person kommunikationstheoretisch erweitert, sodass die »kooperative Ko-Konstruktion« (Small et al. 1999, 311) von personalen Identitäten als konkrete Aufgabe für die benigne Gestaltung von Sorgerelationen formuliert werden kann. Damit aber wird die dialogische Konstruiertheit personaler Identität gewürdigt, die für unsere Lebenswelt von zentraler Bedeutung ist.

6.3. Die leibphänomenologische Erweiterung durch Embodiment

Mit Hinblick auf die Frage nach dem Verhältnis von Person und Selbst im Rahmen eines leibphänomenologischen Paradigmas eignet sich folgende Passage von Kontos für den Einstieg:

Selfhood and personhood are terms that are used interchangeably to refer to a complex interrelationship between primordial and sociocultural characteristics of the body, all of which reside below the threshold of cognition, grounded in the pre-reflective level of experience. (Kontos 2005, 567, FN 1)

Wie wir lesen können, werden die beiden Schlüsselbegriffe nicht nur synonym verwendet, sondern darüber hinaus auch in einem starken Sinn im Verkörperungsparadigma verankert. Die Funktion dieses Ansatzes ist uns bekannt: die Emanzipation von der dominanten kognitiven Auffassung unserer Identität in Auseinandersetzung mit demenziellen Erkrankungen. Vor dem Hintergrund unserer Auseinandersetzung mit dem Modell von Locke scheint Kontos allerdings »das Kind mit dem Bade auszuschütten«: Denn warum sollten wir die Unterscheidung von Selbst und Person aufgeben, nur um ein verkörperungstheoretisches Fundament einzubeziehen? Ich möchte unter Berücksichtigung des Konzepts der »Bürgerschaft« (*citizenship*, vgl. Kontos et al. 2017) dafür argumentieren, dass diese reduktionistische Position in den früheren Arbeiten von Kontos gegeben zu sein scheint, aber dies inzwischen nicht mehr der Fall ist.

Kontos führt das Konzept der Bürgerschaft in kritischer Auseinandersetzung mit der problematischen Verknüpfung von Selbst, Identität und Gehirn ein:

The perceived loss of self is [...] accompanied by assumptions of loss of agency, as well as citizenship status. An individual's status as citizen, which denotes an entitled connection to a community and country with rights and responsibilities as a community member and freedom from discrimination, is seen as fundamentally and irrevocably eroded by dementia because communicative competence and intellectual capacities are inextricably linked to the practice and status of citizenship. (Kontos et al. 2017, 182)

Wie wir sehen können, entspricht das Konzept der Bürgerschaft bei Kontos *mutatis mutandis* der soziopolitischen Dimension der Person bei Locke. Es geht also um die Rechte und Pflichten eines ethischen

Rechtssubjekts innerhalb einer Gemeinschaft oder Gesellschaft, dessen vollgültiger Status durch die ontologischen und epistemischen Veränderungen durch demenzielle Erkrankungen fundamental in Frage gestellt wird. Allerdings – und das ist der entscheidende Punkt für Kontos – zu Unrecht. Deswegen bedarf es einer neuen Auffassung dessen, was Bürgerschaft meint. Im Sinne des Ansatzes des *social citizenship*²¹ von Bartlett und Kolleg:innen (2010, 37) umfasst diese Neubestimmung aber nicht nur die Aufgabe, einen negativen Freiheitsbegriff zu beschreiben (bspw. als Freiheit von struktureller Diskriminierung), sondern auch einen positiven Freiheitsbegriff zu formulieren (bspw. die Freiheit zur Entfaltung der eigenen Persönlichkeit durch Anerkennung von Rechten, Pflichten und letztlich Personalität). Dabei bezeichnen Kontos und Kolleg:innen (2017) ihre Position als *relationale Bürgerschaft* (*relational citizenship*). Diese verbindet die grundlegenden leibtheoretischen Einsichten – wie sie oben unter den Stichworten von *embodied selfhood* bzw. *embodied expressivity* dargestellt wurden – mit dem Ansatz des *social citizenship*. Dabei zielt dieses Modell darauf, die Stärken von personen- und beziehungsorientierten Ansätzen zu übernehmen und ihre Schwächen auszugleichen: Anders als der *personenzentrierte* Ansatz versucht sie nicht die Individualität und Autonomie von Personen zu stark zu betonen und dementsprechend soziale Agentivitäts- und Machtgefälle zu übersehen; und anders als der *beziehungsorientierte* Ansatz versucht sie nicht die Intersubjektivität von Personen in Sorgebeziehungen zu stark zu betonen und dementsprechend institutionelle oder staatliche Beziehungs- und Machtgefüge zu übersehen (vgl. Kontos et al. 2017, 183). Um aber den Diskurs über eine gerechtere Gestaltung von Sorgerelationen unter Berücksichtigung der sozialen, institutionellen und politischen Rahmenbedingungen nachhaltig zu verändern, sind auch Grundbegriffe von politischen Verfassungen – ›Rechte‹ und ›Pflichten‹ oder ›Freiheit‹ und ›Verantwortung‹ – neu auszuloten. So korrigiert bspw. das »passive Modell der sozialen Bürgerschaft« (vgl. Kontos et al. 2017, 184) die insbesondere bei fortgeschrittenen Stadien demenzieller Erkrankungen problematische Vorstellung, dass Rechte und Pflichten immer in einem symmetrischen Verhältnis zueinander stehen müssten. So definiert sich relationale Bürgerschaft – man

²¹ Auf die Nähe von *social citizenship* und *critical phenomenology* kann hier nur hingewiesen werden. Einen guten Überblick über die *critical phenomenology* geben Weiss und Kolleg:innen (2020); eine wichtige Ergänzung in psychiatrischer Hinsicht liefern Zahavi und Loidolt (2022).

möchte fast sagen: ganz im Sinne des *Positioning* – »nicht durch den Grad der Partizipation, sondern eher durch den Grad dessen, inwiefern die Rechte des Individuums durch Pflegepraktiken, -politiken und -institutionen anerkannt und aufrechterhalten werden.« (Ebd.)

Wenn wir nun das sich aus diesem Beitrag ergebende Gesamtbild in den Blick nehmen, dann lässt sich feststellen, dass Kontos und Kolleg:innen alle drei Dimensionen des Personenbegriffs von Locke leibphänomenologisch reflektieren und erweitern. Dies lässt sich exemplarisch am Begriff der (leibkörperlichen) Agentivität zeigen: Agentivität ist aus der Perspektive der *ersten Person Singular* die epistemisch vertraute Handlungsbasis eines mit sich selbst identischen Selbst; Agentivität wird aber aus der Perspektive der *dritten Person Singular* zu einem Interaktionsangebot in Sorgerelationen, die auf impliziten ontologischen Attribuierungen aufbauen; und schließlich wird Agentivität in der *ersten Person Plural* zu einem wichtigen Fundament von Gemeinschaft und Gesellschaft, das es im Sinne einer inklusiven Gestaltung von Praxis und Theorie anzuerkennen gilt. Es handelt sich hier letztlich um eine notwendige leibtheoretische Erweiterung der Position Lockes, die nicht nur die Rechtsfähigkeit, sondern auch die Glücksfähigkeit der Subjekte einseitig von ihrer Fähigkeit abhängig macht, personale Identität durch bewusstes Erinnern aufrecht zu erhalten (vgl. Locke 1690/2017, 120f.).

7. Ausblick: Die Frage nach personaler Identität als Leitfaden einer Psychopathologie demenzieller Erkrankungen

Wie wir sehen konnten, finden beide Positionen auf ganz unterschiedliche Weise einen Weg, um die personale Identität trotz der psycho- und soziodegenerativen Prozesse bei demenziellen Erkrankungen zu verteidigen. Diese lassen sich aber nicht nur vor dem Hintergrund des lockeschen Rahmenmodells vergleichen, sondern auch letzteres, wie wir gesehen haben, durch erstere in dreifacher Hinsicht modifizieren: leib-, bewusstseins- und kommunikationstheoretisch. So haben wir im Ergebnis ein klar definiertes Modell der Personalität, das einerseits den Begriff des Selbst als Teilaspekt enthält, sodass terminologische Fragen produktiver als bisher bearbeitet werden können; andererseits ist das Modell durch dessen Erweiterung auch breit genug für die

Anwendung auf demenzielle Erkrankungen, sodass wichtige Aspekte der Person nicht übersehen werden.

Im Sinne einer anwendungsbezogenen Philosophie besteht meines Erachtens die primäre Aufgabe darin, die Stärken beider Ansätze zu vereinen und in die Demenzforschung einzubringen. Der *erste Schritt* wäre dann, dass beide Traditionen voneinander lernen: Das hieße, dass die Tradition des *Positioning* die fundamentale Bedeutung (individueller und kollektiver) leiblicher Praktiken für unsere gesamte Existenzweise stärker beachtet und die Tradition des *Embodiment* die fundamentale Bedeutung der Symbolsprache und die Freiheit und Diversität der Identitätskonstruktion nicht aus dem Blick verliert. Vereint man in einem *zweiten Schritt* die Stärken beider Ansätze, dann würde es eher gelingen, die ganze Person in den Blick zu rücken: *Erstens* und in *bewusstseinstheoretischer* Hinsicht hieße dies, sowohl reflexive, explizite und deklarative Formen als auch prä-reflexive, implizite und prozedurale Formen zu beachten; *zweitens* und in *kommunikations- und leibtheoretischer* Hinsicht, sowohl verbale und non-verbale als auch indexikalische und habituelle Ausdruckspraktiken bei der intra- und intersubjektiven Identitätskonstitution Beachtung zu schenken; und *drittens* und in *soziopolitischer* Hinsicht, Rechte und Pflichten von Personen mit Demenz in sozialen, institutionellen und gesellschaftlichen Kontexten im Dialog mit diesen zu gestalten und bspw. neue Maßstäbe für Sorgebeziehungen zu entwickeln.

Allerdings ist eine ausgewogene Position in diesem Diskurs meiner Meinung nach nur eine *erste Phase* in Richtung einer angewandten Philosophie demenzieller Erkrankungen: Diese sollte vielmehr die Debatte um personale Identität als Leitfaden nutzen, um in einer *zweiten Phase* zu einer strukturellen Perspektive überzugehen – die also auf umfassende Art und Weise die Symptome von demenziellen Erkrankungen in ihrem Zusammenhang verständlich macht. Dabei bildet meines Erachtens die Vision einer multimethodischen Demenzforschung im Geiste der *Allgemeinen Psychopathologie* von Karl Jaspers eine der großen Zukunftsaufgaben: So wäre bspw. ein interdisziplinärer Dialog zwischen einer strukturellen Psychopathologie im Ausgang von den Symptomen und einer funktionellen Neuropsychologie im Ausgang von neuronalen Netzwerken (vgl. Drzegza 2018) zu initiieren, der für die unterschiedlichen Formen demenzieller Erkrankungen in ihrer subjektiven, intersubjektiven und objektiven Dimension sensibel wäre. Dies kann allerdings nur gelingen, wenn leibphänomenologische und soziointeraktionistische

Theorien eingebunden werden, um die lebensweltliche Perspektive der Betroffenen – ihre Bedürfnisse, Fähigkeiten und Werte – nicht aus dem Blick zu verlieren. Letztlich führen die in diesem Beitrag behandelten Ansätze vor Augen, dass es letztlich immer auch um einen gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Transformationsprozess geht, der es gestattet, das schiefe Verhältnis von Vulnerabilität und Curabilität im Sinne der Betroffenen – und das heißt: gemeinsam mit ihnen – zu verschieben.

Literaturverzeichnis

- Almor, A., Kempler, D., MacDonald, M. C., Anderson, E. S. & Tyler, L. K. (1999). Why Do Alzheimer Patients Have Difficulty with Pronouns? Working Memory, Semantics, and Reference in Comprehension and Production in Alzheimer's Disease. *Brain and Language*, 67, 202–227.
- Assmann, A. (1999). *Erinnerungsräume. Formen und Wandlungen des kulturellen Gedächtnisses*. Darmstadt: C.H. Beck.
- Bartlett, R., O'Connor, D. & Mann, J. (2010). *Broadening the Dementia Debate: Towards Social Citizenship*. Bristol: The Policy Press.
- Baer, U. (2007). *Innenwelten der Demenz. Das SMEI-Konzept. Eine leibphänomenologische Untersuchung des Erlebens demenzkranker Menschen und der Entwurf einer Begleitung, die ihr Erleben würdigt*. Neukirchen-Vluyn: Affenkönig.
- Bühler, K. (1934/1982). *Sprachtheorie. Die Darstellungsfunktion der Sprache*. Stuttgart New York: Fischer.
- Carel, H. (2016). *Phenomenology of Illness*. Oxford: Oxford University Press.
- Casey, E. S. (2000). *Remembering. A Phenomenological Study*. Bloomington, IN: Indiana University Press.
- Davies, B. & Harré, R. (1990). Positioning: The Discursive Production of Selves. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 20 (1), 43–63.
- Döttlinger, B. (2018). *Gestisch-kommunikatives Handeln als Bindeglied zwischen Sprache und Handeln bei Menschen mit Demenz. Beziehungs- und Interaktionsgestaltung*. Weinheim: Beltz.
- Drzezga, A. (2018). The Network Degeneration Hypothesis: Spread of Neurodegenerative Patterns Along Neuronal Brain Networks. *Journal of Nuclear Medicine*, 59 (11), 1645–1648.
- Dzwiza-Ohlsen, E. N. (2021a). Verloren sein – Der Verlust der lebensweltlichen Orientierung in der Alzheimer-Demenz aus phänomenologisch-psychopathologischer Sicht. *InterCultural Philosophy*, Heidelberg: Universitätsbibliothek.

- Dzwiza-Ohlsen, E. N. (2021b). Zwischen Erlebnis und Ausdruck. Zur Möglichkeit einer phänomenologischen Psychopathologie am Beispiel der Demenzerkrankung. In F. Neufeld, C. Pasqualin, A. K. Rønhede & S. Wu (Hrsg.), *Leben in lebendigen Fragen. Zwischen Kontinuität und Pluralität* (435–461). Freiburg München: Karl Alber.
- Dzwiza-Ohlsen, E. N. (2021c). Deixis – Grundzüge einer phänomenologischen Anthropologie des Zeigens. *Zeitschrift für Kulturphilosophie, Belonging/Zugehörigkeit*, 2, 113–132.
- Dzwiza-Ohlsen, E. N. (2022). Stay in Touch! – Phänomenologische Überlegungen zum Einsatz von Robotik und KI in der Pflege bei demenziellen Erkrankungen am Beispiel von PARO. In L. Nehlsen & M. W. Schnell (Hrsg.), *Begegnungen mit künstlicher Intelligenz: Intersubjektivität, Technik, Lebenswelt* (S. 220–247). Weilerswist: Velbrück.
- Erhardt, J. (2014). *Strafrechtliche Verantwortung und personale Identität: Eine philosophische und strafrechtliche Untersuchung des Phänomens der personalen Identität*. Biel: Lulu Press.
- Fuchs, T. (2002). Der Begriff der Person in der Psychiatrie. *Nervenarzt*, 73, 239–246.
- Fuchs, T. (2018). Leiblichkeit und personale Identität in der Demenz. *DZPhil*, 66 (1), 48–61.
- Gray, J. & Kontos, P. (2019). Working at the Margins: Theatre, social science and radical political engagement. *Research in Drama Education: The Journal of Applied Theatre and Performance*, 24 (3), 402–407.
- Heersmink, R. (2022). Preserving Narrative Identity for dementia patients: Embodiment, Active Environments, and Distributed Memory. *Neuroethics*, 15 (8), 1–16.
- Gibson, J. (1979). *The Ecological Approach to Visual Perception*. Boston: Houghton Mifflin.
- Hughes, J. C, Louw, S. J. & Sabat, S. R. (Hrsg.) (2006). *Dementia: Mind, Meaning, and the Person*. Oxford: Oxford University Press.
- Husserl, E. (1991). *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie. Zweites Buch: Phänomenologische Untersuchungen zur Konstitution*. Hrsg. v. M. Biemel. Den Haag: Martinus Nijhoff.
- (1984). *Logische Untersuchungen. Zweiter Band: Untersuchungen zur Phänomenologie und Theorie der Erkenntnis. Erster Teil*. Hrsg. v. U. Panzer. Den Haag: Martinus Nijhoff.
- Hydén, L.-C. & Nilsson, E. (2015). Couples with dementia: Positioning the ›We‹. *Dementia*, 14 (6), 716–733.
- Hydén, L.-C. (2018). Dementia, Embodied Memories, and the Self. *Journal of Consciousness Studies*, 25 (7–8), 225–241.
- Hydén, L.-C., Lindemann, H. & Brockmeier, J. (Hrsg.) (2014). *Beyond Loss: Dementia, Identity, Personhood*. Oxford: Oxford University Press.
- Jaspers, K. (1913/1965). *Allgemeine Psychopathologie* (8. Aufl.). Berlin Heidelberg New York: Springer.
- Keller, V. (2022). *Selbstsorge im Leben mit Demenz: Potenziale einer relationalen Praxis*. Bielefeld: Transcript.

- Kitwood, T. (1990). The Dialectics of Dementia: With Particular Reference to Alzheimer's Disease. *Aging and Society*, 10 (2), 177–196.
- Kitwood, T. & Bredin, K. (1992). Towards a Theory of Dementia Care: Personhood and Well-Being. *Ageing and Society*, 12, 269–287.
- Kontos, P. (2005). Embodied Selfhood in Alzheimer's Disease: Rethinking Person-centred Care. *Dementia*, 4 (4), 553–570.
- Kontos, P. (2012). Alzheimer's Expressions or Expressions Despite Alzheimer's? Philosophical Reflections on Selfhood and Embodiment. *Interdisciplinary Studies in the Humanities*, 4, 1–12.
- Kontos, P. & Grigorovich, A. (2018a). Rethinking Musicality in Dementia as Embodied and Relational. *Journal of Aging Studies*, 45, 39–48.
- Kontos, P. & Grigorovich, A. (2018b). Integrating Citizenship, Embodiment, and Relationality: Towards a Reconceptualization of Dance and Dementia in Long-term Care. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 46 (3), 717–723.
- Kontos, P., Grigorovich, A., Kosurko, A., Bar, R. J., Herron, R.V., Menec, V.H. & Skinner, M.W. (2021). Dancing With Dementia: Exploring the Embodied Dimensions of Creativity and Social Engagement. *Gerontologist*, 61 (5), 714–723.
- Kontos, P., Miller, K.-L. & Kontos, A. P. (2017). Relational Citizenship: Supporting Embodied Selfhood and Relationality in Dementia Care. *Sociology of Health and Illness*, 39 (2), 182–198.
- Kontos, P. C., & Martin, W. (2013). Embodiment and Dementia: Exploring Critical Narratives of Selfhood, Surveillance, and Dementia Care. *Dementia*, 12 (3), 288–302.
- Kruse, A. (2021). *Vom Leben und Sterben im Alter. Wie wir das Lebensende gestalten können*. Kohlhammer: Stuttgart.
- Locke, J. (1690/2017). *An Essay Concerning Human Understanding. Book II: Ideas*. <https://www.earlymoderntexts.com/assets/pdfs/locke1690book2.pdf> (Abgerufen am: 07.10.2022).
- Merkel, R. (1999). Personale Identität und die Grenzen strafrechtlicher Zurechnung: Annäherung an ein unentdecktes Grundlagenproblem der Strafrechtsdogmatik. *Juristenzeitung*, 54 (10), 502–511.
- Rawls, J. (1959/1999). *Collected Papers*. Hrsg. v. Samuel Freeman. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Reichertz, J., Keysers, V. & Nebowsky, A. (2020). Einander ein Gerüst geben. Handlungsabstimmung an den Grenzen der Kommunikation. In J. Reichertz (Hrsg.), *Grenzen der Kommunikation – Kommunikation an den Grenzen* (219–237). Weilerswist: Velbrück.
- Sabat, S. R. & Harré, R. (1992). The Construction and Deconstruction of Self in Alzheimer's Disease. *Aging and Society*, 12, 443–461.
- Sabat S. R. & Harré, R. (1994). The Alzheimer's Disease Sufferer as a Semiotic Subject. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 1 (3), 145–160.
- Sabat S. R. (1998). Voices of Alzheimer's Disease Sufferers: A Call for Treatment Based on Personhood. In *The Journal of Clinical Ethics*, 9 (1), 35–48.
- Sabat, S. R. (2001). *The Experience of Alzheimer's disease. Life Through a Tangled Veil*. Oxford: Blackwell.

- Sabat, S. R. (2011). Einleitung. In L. Snyder, *Wie sich Alzheimer anfühlt*. Bern: Huber.
- Schechtman, M. (2005). Personal Identity and the Past. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 12 (1), 9–22.
- Schnell, M. W. (2017). *Ethik im Zeichen vulnerabler Personen. Leiblichkeit – Endlichkeit – Nichtexklusivität*. Weilerswist: Velbrück.
- Sonntag, J. (2020). Therapeutische Atmosphären. Am Beispiel der Musiktherapie bei Demenzen. In B. Wolf & C. Julmi (Hrsg.), *Die Macht der Atmosphären* (S. 345–362). Freiburg München: Karl Alber.
- Stanghellini, G. (2010). A Hermeneutic Framework for Psychopathology. *Psychopathology*, 43, 319–326.
- Summa, M. (2012). Zwischen Erinnern und Vergessen. Implizites Leibgedächtnis und das Selbst am Beispiel der Demenz-Erkrankungen. *Phänomenologische Forschungen*, 155–174.
- Summa, M. (2014). The Disoriented Self: Layers and Dynamics of Self-Experience in Dementia and Schizophrenia. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 13, 477–496.
- Taylor, J. (2010). On Recognition, Caring, and Dementia. In A. Mol, I. Moser & J. Pols (Hrsg.), *Care in Practice. On Tinkering in Clinics, Homes, and Farms* (S. 27–56). Bielefeld: Transcript.
- Tewes, C. (2021). Embodied Selfhood and Personal Identity in Dementia. In C. Tewes & G. Stanghellini (Hrsg.), *Time and Body: Phenomenological and Psychopathological Approaches*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Waldenfels, B. (1971). *Das Zwischenreich des Dialogs. Sozialphilosophische Untersuchungen in Anschluss an Edmund Husserl*. Den Haag: Martinus Nijhoff.
- Waldenfels, B. (2019). *Erfahrung, die zur Sprache drängt*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Weiss, G., Murphy, A. V. & Salomon, G. (Hrsg.) (2020). *50 Concepts for a Critical Phenomenology*. Evanston, IL: Northwestern University Press.
- Wendelstein, B. & Felder, E. (2012). Sprache als Orientierungsrahmen und als Defizitindikator: Sprachliche Auffälligkeiten und Alzheimer-Risiko. In J. Schröder & M. Pohlmann (Hrsg.), *Gesund altern. Individuelle und gesellschaftliche Herausforderungen* (S. 139–175). Heidelberg: Winter.
- Zahavi, D. (2017). Thin, Thinner, Thinnest: Defining the Minimal Self. In C. Durt, T. Fuchs & C. Tewes (Hrsg.), *Embodiment, Enaction, and Culture* (S. 193–199). Cambridge, MA: MIT Press.
- Zahavi, D. (2021). We in Me or Me in We? Collective Intentionality and Selfhood. *Journal of Social Ontology*, 7 (1), 1–20.
- Zahavi, D. & Loidolt, S. (2022). Critical Phenomenology and Psychiatry. *Continental Philosophy Review*, 55, 55–75.

Marion Bär

Sinn – Resonanz – Beziehung: Impulse aus der Existenzanalyse für neue Perspektiven auf das Leben mit Demenz

Abstract

Lebensqualität bei Demenz – ein Thema, das in den letzten Jahrzehnten zunehmend Eingang in den wissenschaftlichen Diskurs gefunden hat. Und angesichts des alterskorrelierten Prävalenzanstiegs steht diese Frage latent für viele Menschen im Raum: Falls ich eines Tages mit einer Demenz leben müsste – was muss ich dann befürchten, auf was kann ich dann hoffen? Wie die Frage nach der Lebensqualität bei Demenz beantwortet wird, hängt von vielen Faktoren ab – maßgeblich aber von den Vorstellungen und Konzepten eines »guten Lebens«, die, bewusst oder unbewusst, als Beurteilungsbasis dienen. Der vorliegende Beitrag nimmt die von Viktor Emil Frankl entwickelte Existenzanalyse (EA) zum Ausgangspunkt und geht der Frage nach, inwieweit Sinn als Bedürfnis, als Erfahrung und als zentrale Kategorie der Person für ein tieferes Verständnis von Spielräumen zum »guten Leben« bei Demenz fruchtbar gemacht werden kann. Die Analyse zeigt hierbei Potenziale der EA auf, weist aber auch auf mögliche Entwicklungsbedarfe hin. Abschließend wird dargelegt, wie sich durch die neue Perspektive Ansatzpunkte für die empirische Lebensqualitätsforschung ergeben und welche Impulse sich für die Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz ableiten lassen.

1. Einleitung

Was heißt es, mit einer Demenz zu leben? In den letzten zwei Jahrzehnten hat diese Frage sowohl in die sozialwissenschaftliche Forschung als auch in den gesellschaftlichen Diskurs Eingang gefunden. Eine wachsende Zahl empirischer Arbeiten befasst sich mit Fragestel-

lungen rund um dieses Thema (vgl. Bär 2010a, 197ff.). In Film und Fernsehen, in Printmedien und Belletristik ist es immer wieder präsent. Es gibt erste Buchveröffentlichungen von Menschen mit Demenz selbst, die über ihre Lebenssituation berichten (z.B. Andersson 2007; Rohra 2011; Taylor 2011). Und jedes Jahr, rund um den Welt-Alzheimerstag am 21. September, finden an vielen Orten Aktivitäten statt (Vorträge, Ausstellungen, Kampagnen etc.), mit dem Ziel, auf die Lebenssituation von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen aufmerksam zu machen.

Zugleich scheint es, dass von allen Zumutungen, die mit dem Altwerden einhergehen können, die Demenz am meisten Angst macht. In allen Altersgruppen rangiert die Demenz unter den ›Top 10‹ der am meisten gefürchteten Erkrankungen, in der Gruppe der über 60-Jährigen steht sie auf Platz eins (Forsa 2019). Die Sorge um die eigene kognitive Gesundheit kann bei Älteren regelrecht zum Angstsymptom werden (Kessler et al. 2012). Eine typische Antwort älterer Menschen auf die Frage nach Gesundheit und Wohlbefinden ist die: »Ich will ja nicht klagen, solange es im Kopf noch klappt.«

Demenz ist keine Krankheit, sondern ein Syndrom, das in unterschiedlichen Akzentuierungen auftritt und durch bestimmte Grunderkrankungen ausgelöst wird (die häufigsten sind die Alzheimerdemenz und die vaskuläre Demenz). Gekennzeichnet ist das Demenzsyndrom durch das meist irreversible und fortschreitende Nachlassen von Gedächtnisleistungen, Urteilsfähigkeit und weiteren kognitiven Fähigkeiten. Durch diesen Prozess werden Alltagskompetenz und selbständige Lebensführung mehr und mehr beeinträchtigt. Für die häufigsten Demenzerkrankungen existieren bis heute keine Behandlungsmethoden, die den Verlauf stoppen oder die Einbußen rückgängig machen könnten. Das Krankheitsrisiko lässt sich durch gesundheitsbewusstes Verhalten zwar senken, grundsätzlich schützen kann man sich vor Demenzerkrankungen aber bislang nicht. Das Gemeinsame dieser Erkrankungen – und daher soll im Folgenden weiterhin von ›der Demenz‹ gesprochen werden – ist, dass Betroffene damit rechnen müssen, in der ihnen verbleibenden Lebenszeit mit zunehmenden Einschränkungen ihrer rationalen Fähigkeiten, mit fortschreitendem Verlust ihrer Erinnerungen, ihrer Selbständigkeit und Selbstbestimmung konfrontiert zu sein. Und das Risiko hierfür wächst mit zunehmendem Alter: die Prävalenz liegt bei 1 Prozent in der sechsten Lebensdekade, bis zur zehnten Lebensdekade steigt sie auf über 40 Prozent an (Bickel 2020).

Warum fürchten sich Menschen so sehr davor, einmal an Demenz zu erkranken? Die Gründe dafür mögen individuell variieren. Eine zentrale Rolle jedoch spielt die Tatsache, dass das, was die Demenz angreift – Selbstbestimmung, Unabhängigkeit von der Hilfe anderer und ausreichende kognitive Leistungsfähigkeit, um beides realisieren zu können – als unabdingbare Voraussetzung für ein *gutes Leben* angesehen wird (u.a. Post 2000; Härle 2010). Und noch mehr: Verschiedene Äußerungen lassen die Vorstellung anklingen, im fortgeschrittenen Erkrankungsstadium verliere der Mensch vollständig und endgültig etwas für sein Dasein in der Welt Zentrales. In einem Sondervotum zur Stellungnahme des Deutschen Ethikrates (2012, 104) mahnt der Philosoph Volker Gerhardt, dass derjenige die Demenz verharmlose, der nicht anerkenne, dass »hier unwiderruflich etwas zu Ende geht, was eine Person im Umgang mit ihresgleichen ausmacht.« Agneta Ingberg (Andersson¹ 2007, 97), selbst an Demenz erkrankt, schreibt:

Wenn es so bleibt, wie es jetzt ist, und nicht noch schlimmer wird, kann ich eigentlich ganz gut damit leben. Man lernt es nach und nach, wo die Grenzen sind, lernt es, mit der Situation fertig zu werden. Aber ich habe zu viele Menschen erlebt, die schließlich an Alzheimer gestorben sind, um nicht zu wissen, was auf mich zukommt.

Und an anderer Stelle: »Hilfe! Dass ich eines Tages nicht mehr *ich* bin, es ist ein erschreckender Gedanke. Alles verlieren und verlassen, nicht mehr man selbst sein – es weckt Emotionen, die ähnlich stark sind wie die, die man bekommt, wenn man an den Tod denkt.« (Ebd., 98) Beängstigend ist hier nicht so sehr das, was man in den ersten Stadien der Erkrankung erlebt, sondern der Blick auf das fortgeschrittene Krankheitsstadium. Eben jenes Stadium der Erkrankung, in dem sich Schätzungen zufolge immerhin ein Drittel der in Prävalenzerhebungen erfassten an Demenz erkrankten Personen befindet (Saxton & Boller 2006). Jenes Krankheitsstadium, über das die Evidenzlage zur subjektiven Lebensqualität auch heute noch dünn ist, weil klassische Methoden der Lebensqualitätsforschung wie Fragebogenerhebung und Interview an ihre Grenzen kommen. Eine entscheidende Frage lautet somit doch: Was bleibt, wenn die Demenz voranschreitet?

Der vorliegende Text versucht, zur Erkundung dieser sehr umfassenden Frage einen Beitrag zu leisten. Die Ressource, die hierbei

¹ Agneta Ingberg hat ihre Erfahrungen mit Unterstützung einer Freundin, Birgitta Andersson, aufgezeichnet.

prüfend in den Blick genommen werden soll, ist das Erleben von Sinn – verstanden als das subjektive Erleben von Bedeutung und Erfüllung im eigenen Leben.

Sinnerfahrung, im Gegensatz zu Glück und Wohlbefinden, setzt nicht voraus, dass »es gut läuft«. Gerade da, wo es schwer wird im Leben, wird Sinn gesucht und kann Sinn gefunden werden. Wo Optimismus angesichts der eigenen Situation nicht mehr trägt, kann aus der Erfahrung von Sinn eine Haltung der Zuversicht erwachsen, der Hoffnung, die Schnabel (2018) mit einem Zitat des Dramatikers und Menschenrechtlers Vaclav Havel so umschreibt: »Hoffnung ist nicht die Überzeugung, dass etwas gut ausgeht, sondern die Gewissheit, dass etwas Sinn hat, egal wie es ausgeht.« (Ebd., 51)

Dörner (2005, 604) schreibt: »Wir haben nicht ohne Widerstreben zu lernen, dass Dementsein eine subjektiv genauso sinnvolle menschliche Seinsweise ist und genauso zum Menschsein gehört wie Kindsein, Erwachsensein und aktiv Altsein.« In dieser Forderung nach Anerkennung und gesellschaftlicher Teilhabe von Menschen mit Demenz schwingt im Ausdruck *subjektiv sinnvoll* zweierlei mit: Zum einen, dass der Sinn eines Lebens nicht von außen bestimmt werden kann, zum anderen aber auch, dass subjektiv erlebter Sinn im Verlauf einer der Demenz nicht notwendig verloren gehen muss. Ist Sinnerleben also eine geeignete Kategorie, um eine Antwort auf die Frage zu finden, was dem Menschen bleibt, wenn die Demenz voranschreitet? Das ist im Folgenden zu prüfen.

2. Lebenssinn und Demenz – erste Annäherung

Auch wenn die empirische Befundlage nicht sehr umfangreich ist: Es gibt Forschungsarbeiten zu Sinn und Demenz. Mit ihrem Aufsatz »The alzheimer's disease sufferer as a semiotic subject« wiesen Sabat und Harré (1994) darauf hin, dass menschliches Handeln auch im Fall einer Demenz als sinngelitet verstanden werden müsse. Anhand mehrerer Fallbeispiele beschreiben sie Motive, Anliegen und Bedürfnisse, die den beschriebenen Handlungen zugrunde lagen. Diese Arbeit war ein wichtiger Impuls, um das Interesse der Forschung an der Bedeutung von Sinn für das Leben mit Demenz zu wecken. Der hier aufscheinende *hermeneutische Ansatz* findet sich später auch in pflegerischen Konzepten wieder (vgl. z.B. Bartholomeyczik et al. 2006).

Generell scheint das Sinnerleben eine protektive Funktion für die leiblich-seelische Gesundheit zu haben (Bartréz-Faz et al. 2018). Dies gilt sogar mit Blick auf Demenz: Eine Längsschnittstudie von Boyle et al. (2010) mit über 900 älteren Personen zeigte auf, dass größeres Sinnerleben mit einem reduzierten Risiko für leichte kognitive Beeinträchtigung und Alzheimerdemenz einhergeht. Eine zweite Studie von Boyle und Kolleg*innen (2012) konnte diesen Effekt auch bei bereits an Alzheimerdemenz erkrankten Personen nachweisen: Höhere Werte beim Sinnerleben reduzierten die Auswirkungen der Alzheimerpathologie, und dies sowohl mit Blick auf kognitive Leistungen als auch hinsichtlich neurophysiologischer Veränderungen.

Eine zweite Gruppe empirischer Arbeiten befasst sich mit der Frage nach sinnstiftenden Erfahrungen bei Menschen mit Demenz. Andersen und Kolleg*innen (2004) und Vernooij-Dassen (2007) wiesen die Bedeutung des Tätigsein-könnens, von Aufgaben im Alltag für das Sinnerleben und die Lebensqualität von Menschen mit Demenz nach. In einer anderen Studie (Mak 2014) wurden Personen mit leichter und mittelgradiger Demenz gebeten, Postkarten zu bemalen. Diese Tätigkeit stärkte das Sinnerleben – aber nur bei jenen Teilnehmenden, denen man die Auskunft gegeben hatte, dass ihre Karte für eine bestimmte Person gedacht sei, die sich über den Erhalt freuen würde (ein krankes Kind oder ein Soldat auf Auslandseinsatz). Bei jenen Personen, die keinerlei Information darüber hatten, was mit den von ihnen bemalten Karten geschehen würde, zeigte sich dieser Effekt nicht. Sinnerleben – so das Fazit dieser Studie – ergibt sich auch bei Demenz nicht daraus, einfach irgendetwas zu tun, sondern mit diesem Tun etwas (in der Studie: altruistisch) Sinnvolles bewirken zu können. Der Schweregrad der Demenz beeinflusste diesen Effekt übrigens nicht.

Solche Arbeiten weisen darauf hin, dass die Frage nach dem Sinn im eigenen Leben mit dem Einsetzen der Demenzsymptomatik mitnichten an Relevanz verliert, sondern weiterhin eine tragende Rolle für Lebensmut und Lebensqualität darstellt. Es wäre an der Zeit, dieses Wissen noch viel stärker in die Praxis der Beratung und Versorgung zu überführen.

Die angeführten Forschungsarbeiten haben Personen mit beginnender und mittelgradiger Demenz einbezogen. Die Leitfrage dieses Beitrags nach dem Sinnerleben als einer den Krankheitsfortschritt überdauernden Kategorie wird hier also nicht beantwortet. Dies dürfte zum einen methodologische Gründe haben: Eine klassische

Methode der Lebenssinnforschung ist die Fragebogenerhebung, die bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz nicht mehr anwendbar ist. Das qualitative Interview bietet bei angepasster Situationsgestaltung und Anwendung hermeneutischer Interviewtechniken deutlich mehr Möglichkeiten, auch Menschen mit kognitiven und kommunikativen Einschränkungen in Studien einzubeziehen (Bödecker 2015), kommt aber ebenfalls irgendwann an seine Grenzen.

Das eigentliche Problem liegt jedoch auf der Ebene der Konzeption von Lebenssinn in der empirischen Psychologie. Es würde an dieser Stelle zu weit führen, einen erschöpfenden Überblick über alle Sinnkonzeptionen aufzuzeigen, die in der Forschung Anwendung finden und die teilweise auch unterschiedliche Facetten des komplexen Begriffs erfassen.² Allen Konzeptionen gemein ist jedoch, dass Sinn als ein mehrdimensionales Konstrukt angesehen wird, das kognitive, emotionale und motivationale Komponenten enthält (vgl. Bär 2010a, 51). In der Konzeption von Ryff (1989, 1071) beispielsweise hat eine Person mit stark ausgeprägtem Sinnerleben »goals, intentions, and a sense of direction, all of which contribute to the feeling that life is meaningful.« Reker und Wong (1988, 221) verstehen Sinn als »the cognizance of order, coherence, and purpose in one's existence, the pursuit of and attainment of worthwhile goals, and an accompanying sense of fulfillment.«

Sinnerleben, in diesem Verständnis, ist zwar *mehr* als eine rein rationale Erkenntnis – allein, keine der Definitionen kommt gänzlich ohne rationale Erkenntnisfähigkeit aus. Sinnerleben ist hier, zugespitzt formuliert, nur dann gegeben, wenn ein Mensch unter Zuhilfenahme des Abstraktionsvermögens und unter Rückgriff auf ein großes Reservoir an Gedächtnisinhalten einen Gesamtüberblick seiner gegenwärtigen Lebenssituation gewinnen, diese im Hinblick auf ihren Sinngehalt beurteilen und das Ergebnis einem Interviewer gegenüber in Worte fassen kann. Wo diese Voraussetzungen nicht mehr ausreichend gegeben sind, fällt der empirischen Sinnforschung auf kognitionspsychologischer Basis quasi das Heft aus der Hand.

² U.a. *Purpose in Life* (Crumbaugh & Maholick 1964), *Engagement with life* (Bartrèz-Faz et al. 2018), *Valuation of Life* (Lawton et al. 2001).

3. Existenzanalyse und Logotherapie

Ein Name taucht immer wieder auf, wenn es um Lebenssinn geht: Viktor Frankl. Für den Wiener Psychiater und Begründer der Existenzanalyse und Logotherapie³ ist der Mensch vor allem anderen ein auf Sinn und Erfüllung seiner Existenz hin ausgerichtetes Wesen. Im *Willen zum Sinn* (2005)⁴ sieht Frankl den zentralen Antrieb menschlichen Handelns. Wenn es dem Menschen nicht gelinge, diesen Sinn in seinem Leben zu finden – in der modernen, werteppluralistischen Zeit keine leichte Aufgabe – so drohe eine Krise, ein »existenzielles Vakuum«, wie Frankl es nennt (ebd., 13). Im Gegenzug verleihe ein starkes *Warum zum Leben*⁵ eine große mentale Kraft sowie Widerstandsfähigkeit auch gegenüber widrigen Lebenssituationen.

Die erwähnte klinisch-psychologische Sinnforschung, die sich ihrerseits oft auf Viktor Frankl beruft⁶, tut dies in der Regel ohne vergleichende Analyse zugrundeliegender anthropologischer Konzeptionen. In seinen Ausführungen zum Menschenbild der Existenzanalyse distanziert sich Viktor Frankl jedoch klar von einer Psychologie, die menschliches Handeln und Erleben ausschließlich auf Basis neuropsychologischer Funktionen und neurophysiologischer Strukturen und Prozesse deutet (vgl. z.B. Frankl 2005, 87ff.). Für Viktor Frankl waren es genau solche, in seiner Zeit aufkommende und in seinen Augen reduktionistische Deutungsweisen des ›Nichts als...‹ (nichts als Körper, Hirnfunktionen, Triebe, Sozialisation etc.), die ihm angesichts seiner klinischen Erfahrungen und Beobachtungen in der Arbeit mit psychiatrischen Patient*innen ein tiefes Unbehagen bereiteten und ihn dahin brachten, einen eigenen Weg zu suchen. In

³ Die Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse (GLE) verwendet den Begriff der Existenzanalyse für das von Frankl entwickelte Psychotherapieverfahren, Logotherapie als eine Beratungsmethode bei Sinnproblemen (vgl. Längle 2016, 30f.). Da es im vorliegenden Beitrag explizit um das anthropologische Fundament geht, das beiden Praxisansätzen gleichermaßen zugrunde liegt, wird im Folgenden auf die Begriffsdoppelung verzichtet und nur von Existenzanalyse (EA) bzw. existenzanalytischer Anthropologie gesprochen.

⁴ Siehe gleichnamiger Buchtitel, Frankl 2005.

⁵ Viktor Frankl und spätere Vertreter der Existenzanalyse greifen hier wiederholt auf einen Friedrich Nietzsche zugeschriebenen Satz zurück: »Wer ein WARUM zum Leben hat, erträgt fast jedes WIE.«

⁶ Sowohl Ryff (1989) als auch für Crumbaugh und Maholick (1964), Reker und Wong (1988) und Bartrèz-Faz und Kolleg*innen (2018) nennen Viktor Frankl explizit als Referenz für ihre jeweilige Sinn-Konzeption.

der Existenzphilosophie und Phänomenologie fand Viktor Frankl die entscheidenden Antworten auf das, was er in seiner Arbeit erlebte und was ihm die Psychoanalyse, der er sich ursprünglich zugehörig gefühlt hatte, nicht hinreichend erklären konnte.

Die Existenzanalyse stellt die psychophysische *Conditio Humana* des Menschen nicht in Frage. Aber sie erweitert das Menschenbild um eine geistige, personale Dimension. Mit dieser Dimension »wird eine zentrale Fähigkeit des Menschen, die ihn von allen anderen Lebewesen unterscheidet, gefasst und herausgehoben: Der Mensch kann sich mit sich selbst und seiner Welt geistig auseinandersetzen.« (Längle 2021, 29) Dabei spielt die Kapazität zur *Selbst-Distanzierung* eine entscheidende Rolle: Das Verhalten des Menschen unterliegt keinem biologischen Programm. Er kann zu sich selbst, zu seinen Affekten und Befindlichkeiten einerseits, und zu dem, was ihm in der Welt begegnet, andererseits, auf Distanz gehen. Diese Fähigkeit ist Voraussetzung zur inneren Freiheit: Der Mensch kann sich zu sich selbst und zu seiner Lebenssituation in der Welt *einstellen* (ebd., 29). Diese Freiheit kann ihm, so eine Grundannahme der Existenzanalyse, nicht genommen werden, nicht einmal durch extreme Repression und Freiheitsentzug. Und auch nicht durch eine hirnorganische Erkrankung. Der personale Kern des Menschen bleibt unversehr, auch wenn er von Außenstehenden kaum mehr wahrgenommen werden kann. Und es ist dieser Kern, in dem die Individualität des Menschen, seine Einmaligkeit und Einzigartigkeit, beheimatet ist.

Eine weitere Kategorie, die im Menschenbild der Existenzanalyse zentral ist, ist die relationale, dialogische Seinsverfassung des Menschen. Frankl bezeichnet sie als *Selbst-Transzendenz*. Damit meint er »den grundlegenden Tatbestand, daß Mensch-Sein über sich selbst hinaus auf etwas verweist, das nicht wieder es selbst ist, – auf etwas oder auf jemanden: auf einen Sinn, den zu erfüllen es gilt, oder auf mitmenschliches Sein, dem es begegnet.« (Frankl 2005, 17) Die Person ist ein weltoffenes Wesen, in Beziehung stehend und auf Dialog und Beziehung hin ausgerichtet. (Längle 2021, 34)

Diese beiden Kapazitäten, Selbst-Distanzierung und Selbst-Transzendenz, sind ein Fundament des Bedürfnisses nach Sinn, das den Kern der Motivationstheorie der Existenzanalyse ausmacht. Frankl war es wichtig zu betonen, dass das Erleben von Sinn keine mentale Konstruktion darstellt, die der Mensch »macht«, indem er seinem Leben einen Sinn oktroyiert, sondern etwas, was er *findet*, indem er bejahend auf das antwortet, was das Leben an ihn, der

sich sein Dasein in der Welt ja nicht ausgesucht hat, sondern sich in seiner Existenz vorfindet, heranträgt.⁷ Gelingt dies, so werde das Leben als *erfüllt* erlebt, gelinge dies nicht, so entstehe eine Leere, stelle sich die *Sinnfrage*, die Frage nach dem *Wozu*, die die in existenzielle Verzweiflung führen könne, wenn sie auf Dauer bleibe.

Wenn es darum geht, auf welche Weise Sinn erfahren werden kann, unterscheidet die Existenzanalyse heuristisch drei Wertekategorien und in diesen drei Wege der Sinnfindung (vgl. Frankl 2005, 27 sowie Längle 2021, 61):

- a) *Schöpferische Werte*: Sinnfindung durch aktives, insbesondere durch produktives und generatives Handeln mit dem Ziel, etwas in der Welt zu verwirklichen.
- b) *Erlebniszerte*: Sinnfindung durch Dialog und Begegnung; das Spektrum der Erfahrungsmöglichkeiten ist umfassend und beinhaltet sowohl Begegnungen mit Menschen und anderen Lebewesen, als auch Erfahrungen in der Natur, als auch das (sinnliche) Erleben von jeglichem Schönen, wie es sich beispielsweise im Kunsterleben ereignet.
- c) *Einstellungswerte*: Hier geht es um den Umgang mit Lebenssituationen, in denen die eigene Existenz von etwas überschattet wird, das Leid mit sich bringt und das nicht geändert werden kann. Wenn es dem Menschen gelingt, auch angesichts einer solchen Situation ein Ja zum Leben sprechen und eine Lebensperspektive zu finden, so ist dies nach dem Verständnis Viktor Frankls eine besondere Leistung der Person, in der Sinn noch einmal in tieferer Weise erlebt wird (vgl. Frankl, 2005, S. 30).

Als Therapieform wendet sich die Existenzanalyse daher insbesondere Menschen zu, die den Sinn in ihrem Leben verloren haben oder in Grenzsituationen des Daseins stehen. »Sein [gemeint ist Viktor Frankl, Anm. d. Autorin] Anliegen war, dem Menschen einen geistigen Beistand zur Bewältigung seelischer Not, Belastung und Krankheiten zu verschaffen.« (Längle 2021, 14)

Demenzkrankungen, die sich auf das Selbst-Welt-Verhältnis sehr unmittelbar und weitreichend auswirken können (vgl. Bär 2010a, 214ff.), müssten so gesehen doch eine Indikation für einen

⁷ Mit *Bejahung* ist nicht gemeint, dass jede Lebenssituation hingenommen werden soll. Im Gegenteil kann eine bejahende Antwort genau darin bestehen, eine schwierige Situation als Auftrag zu verstehen, etwas zu verändern.

existenziellen Beistand stellen. Und wenn man zudem, dem Menschenbild der Existenzanalyse folgend, Sinn als personale Kapazität begreift, die zum Menschsein in Gesundheit wie in Krankheit dazugehört, dann müsste folgerichtig hier ein Schlüssel liegen, um Ressourcen der Daseinsverwirklichung und Möglichkeiten ihrer Unterstützung auch angesichts fortgeschrittener Demenz zu erkunden.

Tatsächlich gibt es erste Arbeiten zur Demenz aus existenzanalytischer Perspektive. Hierzu zählen beispielsweise eine Arbeit im Kontext Sinn und hohes Alter (Blantar 2014), eine weitere zu logotherapeutischen Beratungsmethoden (Sachs-Ortner 2020) sowie Arbeiten aus *Palliative Care* und Theologie, die sich mit Fragen von Seelsorge bei und Spiritualität von Menschen mit Demenz befassen (vgl. z.B. Sprakties 2013; Bolle 2015; Daly et al. 2016; Kraft 2018).⁸ Es gibt einzelne Logotherapeut*innen, die therapeutische Begleitung für Menschen mit Demenz anbieten.⁹

Insgesamt kann man jedoch nicht sagen, dass sich die Existenzanalyse der Situation von Menschen mit Demenz in größerem Umfang angenommen hätte. Dies mag in der Tradition begründet sein. Denn zur Zeit von Viktor Frankl war die Frage nach der Lebensqualität bei Demenz noch kein Thema, das im Fokus wissenschaftlicher oder gesellschaftlicher Diskurse stand. Aber auch umgekehrt lässt sich kaum erkennen, dass konzeptionelle oder praxisbezogene Ansätze für die Begleitung von Menschen mit Demenz auf Arbeiten von Viktor Frankl oder seiner Nachfolger zurückgreifen würden. Woran kann das liegen und was ist zu tun?

4. Nachgefragt

Vielleicht bedarf es eines Zwischenschritts, bevor es möglich ist, das Potenzial der Existenzanalyse für das Verständnis der Demenz und die Praxis der Begleitung fruchtbar zu machen. Dieser Zwischenschritt besteht in einer genaueren Analyse, die die Prämissen der Existenzanalyse mit Blick auf die Situation von Menschen mit Demenz kritisch

⁸ Demgegenüber nimmt die Fragestellung von Sinnfindung in der Pflege von Menschen mit Demenz (insbesondere mit Blick auf Angehörigenpflege) einen deutlich größeren Raum ein (vgl. z.B. Farran 1997; Polenick et al. 2018; Chan et al. 2020).

⁹ Ein Beispiel ist die Logotherapeutische Beratung Karlsruhe, die 2014 im Rahmen des Bundesmodellprojekts »Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz« gegründet wurde.

prüft, und die weiterhin den Diskurs *über* die Existenzanalyse kritisch unter die Lupe nimmt. Denn – so die These – es gibt in der Rezeption und Wahrnehmung der Existenzanalyse implizite Vorverständnisse, die mit Blick auf Demenz exkludierend wirken. Im Folgenden soll anhand von drei thematischen Ausschnitten ein erster Aufschlag einer solchen Analyse versucht werden.

4.1. Selbst-Distanzierung unter den Bedingungen fortgeschrittener Demenz?

Voraussetzung für Sinnerleben, so wurde ausgeführt, sei, dass der Mensch die innere Freiheit habe, sich zu seiner Lebenssituation einzustellen. Damit verbindet sich das Bild des Menschen, der innerlich einen Schritt zurücktritt, seine Lebenssituation betrachtet und in der Reflexion über das, was er sieht, zu einer Einsicht gelangt, einem sinnhaften Narrativ, welches ihm ermöglicht, seine Existenz zu bejahen. Es gibt zwei Elemente in diesem Bild, mit denen man sich mit Blick auf die Situation eines Menschen mit fortgeschrittener Demenz schwertut: 1. Der reflexive Erkenntnisgewinn, 2. Der ›Metablick‹ auf das eigene Leben. Die Schwierigkeit lässt sich schon angesichts der zunehmenden Gedächtniseinbußen deutlich machen. Jost (2003, 161) beschreibt die Funktion des Gedächtnisses mit Blick auf die Notwendigkeit der Selbstkontextualisierung wie folgt: »Wir aktualisieren unsere Gewesenheit in der Gegenwart und projizieren uns in die Zukunft.« Diese Aktualisierung gerate bei einer Demenz zunehmend durcheinander. Zwar gelingt es Betroffenen gleichwohl, subjektiv schlüssige Narrative über sich selbst zu finden, doch sind diese zunehmend fragmentiert (vgl. Baldwin 2005). Muss man nun von der Vorstellung der Selbstdistanzierung mit Blick auf das fortgeschrittene Stadium der Demenz Abstand nehmen?

Mit ähnlichen Fragen setzt sich in den letzten Jahrzehnten der Diskurs um Patientenautonomie und Selbstbestimmung bei Demenz auseinander (vgl. z.B. Dt. Ethikrat 2012; Jox 2013). Zwei Beiträge aus diesem Diskurs sollen hier angeführt werden. In beiden Fällen werden nicht die Verluste, sondern die verbleibenden Kapazitäten zur Selbstbestimmung ins Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt. Jaworska (1999) erarbeitet in ihrer Analyse zur Frage, was den Kern von Autonomie ausmache, folgende zentrale These: Solange eine Person über situationsüberdauernde Wertorientierungen verfüge, die

mit dem eigenen Selbstverständnis und Selbstwert in Beziehung stünden und sich im intuitiven Gefühl ›das ist gut und richtig für mich‹ ausdrückten, solange verfüge sie grundsätzlich über die Kapazität zur Autonomie – selbst dann, wenn sie diese nicht mehr eigenständig ausüben könne. (Ebd., 125f.). Sie beschreibt verschiedene Fallbeispiele von Menschen mit Demenz, die auch angesichts starker kognitiver Beeinträchtigung und eingeschränkter Selbsthilfefähigkeit Werteorientierungen zum Ausdruck bringen und für diese eintreten.

Der zweite Ansatz geht noch weiter. Er findet sich in der Stellungnahme des Deutschen Ethikrates (2012) zu Demenz und Selbstbestimmung. Unter Bezugnahme auf ein entsprechendes Konzept von Wunder (2008) wird ein stadienadaptiertes Verständnis der Selbstbestimmung bei Demenz vorgeschlagen. Dieser Ansatz impliziert einerseits, dass die Selbstbestimmung durch die Erkrankung beeinträchtigt wird und die Person zunehmend Assistenz bei Entscheidungen über das eigene Leben und im Verlauf zunehmend deren Übernahme durch Andere benötigt (vgl. Dt. Ethikrat 2012, 49ff.). Zugleich wird herausgestellt, dass Menschen auch bei fortgeschrittener Demenz in elementaren Alltagsbereichen noch die Möglichkeit hätten, ihr Leben (mit-)zugestalten, beispielsweise wenn es um Fragen der Nahrungsaufnahme, der Mobilität und der Körperhygiene gehe (ebd., 51). »Die Beurteilungsbasis für Handlungen, Äußerungen oder Entscheidungen ändert sich von einer kognitiv durchdrungenen Werteorientierung zu einer bedürfnisorientierten Präferenzorientierung.« (Ebd., 52) Dabei sei das Entscheiden-dürfen in diesen einfachen Alltagsdingen nicht selten von enormer Wichtigkeit für den betroffenen Menschen und von hohem Einfluss auf sein situatives Wohlbefinden. (Ebd., 57f.) Die Pflegewissenschaftlerin Ruth Schwerdt spricht mit Blick auf diese Ressource von der »Autonomie des Augenblicks«, die auch bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz noch erhalten bleibe (vgl. Schwerdt 2005, 61).

Um auf die Frage des *Sich-einstellens* zurückzukommen, kann man also sagen: Sich einstellen muss der Mensch sich nicht nur dann, wenn es um das eigene Leben als Ganzes geht, sondern zunächst einmal in jeder Situation seines Alltags, da sein Verhalten ja nicht durch Instinkte geleitet wird. Mit Blick auf das intentionale Selbst-Welt-Verhältnis spricht der Phänomenologe Carl Friedrich Graumann (1985, 179) von Sinn als der »Eröffntheit eines Horizonts möglichen erfüllbaren Verhaltens«. Sich einzustellen heißt hier, in der Wahl zwischen mehreren Handlungsoptionen zu einer Entschei-

dung zu kommen. Diese Entscheidungen können, müssen aber nicht auf reflexivem Weg zustande kommen. Was jedoch unabdingbar ist, ist ein evaluativer mentaler Akt, der – je nach Situation auf Basis persönlicher Wertorientierungen oder bedürfnisorientierten Präferenzorientierung – zu einer intuitiven Entscheidung führt: ›Das ist das Beste/das Richtige‹ bzw. ›das will ich/das will ich nicht‹.

Der existenzanalytische Begriff der *Selbstdistanzierung* mag zu diesen ›kleinen Entscheidungen‹ im unmittelbaren Erlebnisraum und im Hier und Jetzt nicht recht passen – der ebenfalls gebrauchte Begriff des *Sich-einstellens* und der »inneren Zustimmung« (Längle 2021, 44) hingegen schon. In diesem Sinne lässt sich festhalten: Es wird im Verlauf einer Demenz wohl immer weniger möglich sein, das eigene Leben *insgesamt* zu überblicken, ein kognitiv-evaluatives Bild der eigenen Lebenswelt zu generieren und auf dieser Basis eine im moralischen Sinne verantwortliche Willensentscheidung zu treffen. Es bleibt aber die Fähigkeit, ein inneres Ja zu der sich im Hier und Jetzt auftuenden Handlungsoption und Erfahrungsmöglichkeit zu sprechen – oder zu verweigern.

4.2. Ist der Alltag existenziell?

Dieses Ja oder Nein zu den vielen kleinen Alltagssituationen – hat dies denn im existenzanalytischen Sinne Relevanz? Hat der Alltag existenziellen Charakter? Oder geht es bei der existenziellen Sinnfindung nicht doch eher um die Grundsatzentscheidungen, die man mit Blick auf das eigene Leben trifft? Letzteres ist der Eindruck, der entsteht, wenn man sich mit den Wurzeln der Existenzanalyse sowie mit ihrer Rezeption auseinandersetzt. Und er verstärkt sich, wenn es um Sinnfindung in Krisensituationen des Lebens geht, als welche das Leben mit einer Demenz ja auch häufig gesehen wird. Die *Einstellungswerte* – jener dritte Weg zum Sinn, bei dem es um den Umgang mit den Grenzen des eigenen Lebens geht – wurden von Viktor Frankl als eine herausragende Leistung des Menschen hervorgehoben.

Sobald wir berücksichtigen, dass die Einstellung, mit der wir dem Leiden begegnen, uns verstatet, ›das Leiden zu leisten‹, können wir auch verstehen, dass es Menschen gibt, die sich zu einer diesbezüglichen Höchstleistung erst im Angesicht von Katastrophen aufschwingen. Sie verwirklichen sich selbst erst in der Not und im Tod. (Frankl 2005, 28)

Frankl selbst hat immer wieder auf seine Erfahrungen als Gefangener im Konzentrationslager verwiesen, um die buchstäblich lebenserhaltende Kraft des Sinnerlebens zu verdeutlichen.

Diese Vorstellung vom grundsätzlichen *Ja* zum Leben im Angesicht des Abgrunds, einhergehend mit einer inneren Transformation von der Verzweiflung zur Hoffnung, von der Sinnlosigkeit zum Sinn, einer Haltung, die idealtypisch das ganze weitere Leben trägt, wird auch von heutigen Vertretern der Existenzanalyse aufgegriffen. Längle (2021, 61f.) beruft sich beispielsweise auf die Fallgeschichte eines Arztes, der zu einem alten Mann gerufen wird, da dieser – unheilbar an Krebs erkrankt und gerade erst davon in Kenntnis gesetzt – akut suizidgefährdet sei. Dem Arzt, der den Patienten umgeben von Familienangehörigen antrifft, gelingt es, ihm deutlich zu machen, wie sehr sein Umgang mit seiner Krankheit Vorbildfunktion habe: »Wir schauen jetzt alle auf Sie, um zu sehen, wie Sie das machen, weil wir von Ihnen etwas lernen möchten.« (Ebd., 61) Dies, so die Erzählung, habe den Patienten unmittelbar wieder stabilisiert: Aus einer ausgewogenen Situation sei eine existenzielle Aufgabe erwachsen.

Die Frage nach dem Warum zum Leben mag sich auch im Angesicht einer Demenzdiagnose stellen. Und auch hier gibt es Beispiele von Menschen, die ihr persönliches Schicksal im Sinne des oben angeführten Fallbeispiels zu einer Aufgabe transformiert haben.¹⁰ Die Frage ist jedoch eine andere: *Bedarf* es der großen inneren Transformation? Bedarf es eines abschließenden Ja zur eigenen Situation mit der Erkrankung, um Sinn erfahren zu können? Geht nicht der Anspruch, der hier implizit mitschwingt, an der Lebenswirklichkeit vieler Betroffener vorbei, die mit der Erkrankung weiterleben, so gut es geht, ohne in ihrer Situation einen Sinn zu finden oder ihren Frieden damit zu machen?

Schon grundsätzlich wird die Notwendigkeit eines großen Lebenssinns von verschiedener Seite in Frage gestellt. Baumeister (1991, 21) führt aus, dass es im Regelfall eher eine Fülle kleiner, kurzlebiger Anliegen und Projekte sei, die das tägliche Leben der Menschen organisierten, und dass dahinter nicht notwendigerweise ein großer ›Gesamtsinn‹ stünde. Mit Blick auf herausfordernde Lebenssituationen könnte man Sinnfindung auch verstehen als eine

¹⁰ Beispielsweise prominente Persönlichkeiten, die ihre Erkrankung öffentlich gemacht haben, um damit einen Beitrag zur Enttabuisierung der Demenz beizutragen. Oder Menschen, die über ihr Leben mit der Erkrankung schreiben, um Personen im Umfeld zu sensibilisieren und um anderen Betroffenen Hoffnung zu geben.

Tür zum erfüllten Leben, die jeden Tag neu aufgestoßen werden muss und die sich an manchen Tagen weit öffnen lässt, an anderen vielleicht nur ein bisschen und manchmal gar nicht.

Wenn man auf die Vorstellung eines umfassenden Lebenssinns verzichtet und sich Sinnerfindung als eine tägliche Arbeit vorstellt, kommen die kleinen ›Sinneinheiten‹ in den Blick, die im Alltag gesucht und erfahren werden. Man könnte sie als *existenziell fördernde Erfahrungen* bezeichnen. Und zugleich kann das Bild der geschlossenen oder offenen Tür zum Leben möglicherweise ganz gut die existenziellen Herausforderungen verdeutlichen, die ein Leben mit einer chronisch progredienten Erkrankung mit sich bringt. Eine Metapher spricht von den »blauen und den grauen Tagen«¹¹ im Leben mit der Demenz. Auch kann ein einmal gefundenes Gleichgewicht immer wieder durch das Fortschreiten der Erkrankung gestört werden. Spielräume zum Sinn müssen so unter Umständen immer wieder neu erschlossen werden.

4.3. Sinn – zukunftsgerichtetes Streben und gegenwartsbezogene Resonanzerfahrung

Beim dritten Aspekt, der hier genauer betrachtet werden soll, geht es um das Erfüllungsmoment bei der Sinnfindung selbst. Worin liegt dieses? Wenn im Sinne der Selbsttranszendenz davon ausgegangen wird, dass der Mensch »auf etwas oder jemanden« hin gerichtet sei (so das erwähnte Zitat Viktor Frankls, s.o.), dann muss dieses Erfüllungsmoment mit der Art und Weise zu tun haben, wie Menschen mit der Welt in Beziehung treten.

Bei der Analyse prominenter Sinn-Definitionen fällt eine zeitliche Besonderheit auf. Auch wenn Sinn natürlich immer im Hier und Jetzt erlebt wird, enthalten viele Definitionen implizit oder explizit die Annahme, dass das eigentliche Erfüllungsmoment in der Zukunft liegt. Ein Beispiel ist die genannte, von Baumeister formulierte Vorstellung der Projekte und Anliegen, die das Leben des Menschen orientieren. Auch in den im Abschnitt zum ersten

¹¹ Diese Bezeichnung ist sowohl Titel eines Fotoprojekts von Claudia Thoelen, die vier Ehepaare mit Demenz in ihrem Alltag begleitet hat als auch eines Films mit Inge Meysel zum gleichen Thema (<https://www.alzheimer-bw.de/projekte-angebote/abgeschlossene-projekte/blau-und-grau-tage-wanderausstellung/>; <https://www.kino.de/film/die-blauen-und-die-grauen-tage-1999/> (Abgerufen am: 21.02.22).

Sinnzugang bei Demenz (s.o.) beschriebenen Sinndefinitionen geht es um das Verfolgen von Zielen und das *dabei begleitende* Gefühl der Erfüllung. Schnabel (2018, 189) schreibt, ein »Charakteristikum dieser merkwürdigen Größe namens Sinn ist die Tatsache, dass sie nicht an das Erreichen eines bestimmten Ziels gekoppelt ist, sondern mehr an das Darauf-Zu-Streben.« Sinn, so der Autor, habe mit einer Bewegungsrichtung zu tun, nicht mit dem Ankommen. Häufig verbinde sich damit auch das Gefühl der Generativität, das Bemühen, etwas zu einem größeren Ganzen beizutragen, etwa an andere weiterzugeben. (Ebd.) Voraussetzung für dieses Sinnerleben als ein Streben auf ein künftiges Ziel hin ist allerdings die Existenz überdauernder Wertorientierungen, aus denen sich diese Anliegen und Ziele überhaupt erst entwickeln können. Und diese wiederum stehen im Zusammenhang mit den größeren Lebensnarrativen, von denen schon die Rede war.

Nun zeigen Erfahrungen, dass Wertorientierungen im Laufe der Demenz lange erhalten bleiben. Ein Beispiel: Frau K. (Teilnehmerin einer Studie, die im nächsten Abschnitt ausführlicher dargestellt werden wird), deren Demenz so weit fortgeschritten ist, dass sie in Bezug auf die Aktivitäten des täglichen Lebens umfassende Unterstützung benötigt, berichtet der Interviewerin mit großer innerer Anteilnahme, wie wichtig ihre einstige berufliche Tätigkeit, das Schreiben und Stenografieren (sie war als Sekretärin tätig) immer für sie gewesen sei und ihr bis heute Erfüllung gebe. (Vgl. Bär 2010b, 254f.). Von ähnlichen Beispielen berichtet die Arbeit von Ehret (2008) zu Daseinsthemen von Menschen mit Demenz.

Nun kann es aber im Verlauf der Demenzerkrankung zu einer Diskrepanz kommen zwischen nach wie vor erhaltenen Wertorientierungen und deren faktischer Realisierungsmöglichkeit, wenn sich die Handlungsspielräume demenzbedingt verkleinern (Bär 2010a, 255ff.). Dies ist nicht selten eine sehr schmerzhaft Erfahrung. Oder es kommt zu Konflikten mit betreuenden Personen, weil man ein Ziel weiterverfolgen möchte, das aber nicht mehr im Möglichkeitsraum steht (ein typisches Praxisbeispiel ist jenes der alten Dame, die wieder und wieder das Pflegeheim zu verlassen versucht, weil sie überzeugt ist, ihre Familie warte daheim auf das Mittagessen und sie müsse an den Herd). Bedeutet dies, dass die Spielräume zur Sinnerfüllung sich mit fortschreitender Demenz mehr und mehr verengen und am Schluss vielleicht doch versiegen? Dies wäre möglicherweise dann der Fall, wenn Sinnerfüllung tatsächlich ausschließlich mit Zukunfts-

bezug zu denken wäre. Dies ist jedoch nicht so, wie im Folgenden gezeigt werden wird.

Sinn im Hier und Jetzt ohne ein größeres Projekt oder Ziel, in dessen Kontext man sich selbst und sein Tun kontextualisiert – was wäre das für eine Erfahrung? Sie klingt an in dem Halbsatz im oben genannten Zitat Viktor Frankls »und anderem Sein zu begegnen« (s.o.). Es geht um jene Erfahrungskategorie des In-Beziehung-Stehens und der Begegnung, die auch in der *Dialogischen Philosophie* Martin Bubers (vgl. z.B. Buber 1992) beschrieben ist. Frankl (2005, 70) führt zu dieser Erfahrungskategorie aus: »Offenbar und unverborgenen ist das Sein erst dann, wenn ich mich ihm zuwende und hingebe, und diese Hingabe hat mit Liebe zu tun.«. Noch präziser lässt sich die Erfahrungskategorie, um die es hier geht, anhand der Arbeiten des Soziologen Hartmut Rosa beschreiben. In seinem Buch *Resonanz – eine Soziologie der Weltbeziehung* (2021) nähert er sich der Frage nach dem guten Leben über die Art und Qualität der Selbst-Welt-Beziehung an. Zentral hierbei ist der relationale Begriff der *Resonanz*. Er beschreibt »einen Modus des In-der-Welt-Seins, das heißt eine spezifische Art und Weise des In-Beziehung-Tretens zwischen Subjekt und Welt« (ebd., 285). Ähnlich wie die Selbsttranszendenz in der Existenzanalyse ist auch hier eine Grundkategorie des Menschseins angesprochen: Resonanzverlangen wie auch Resonanzsensibilität des Menschen seien anthropologisch verankert (ebd., 269).

Rosa unterscheidet nun »stumme« und »resonante« Weltbeziehungen. (Ebd.) Letztere sind responsiv, insofern das Subjekt in seinem Erleben und Handeln auf das antwortet, was von außen kommt, und seinerseits Welt (bzw. die jeweils lebensweltlich relevanten Aspekte davon) als »antwortend« erlebt: »Subjekte wollen Resonanzen gleichermaßen *erzeugen* wie *erfahren*.« (Ebd., 270) Ereignet sich dies, so spricht Rosa vom »vibrierenden Draht« (ebd. 79) zwischen Subjekt und Welt. Und genau diese Kategorie gilt es für das Verständnis von Sinn zu aktivieren.

Es trifft mich immer unvorbereitet, wenn mir der Vater mit einer Sanftheit, die mir früher nicht an ihm aufgefallen ist, seine Hand an die Wange legt, manchmal die Handfläche, sehr oft die Rückseite der Hand. Dann erfasse ich, dass ich nie enger mit ihm zusammen sein werde als in diesem Augenblick. (Geiger 2011, 183)

Momente wie dieser, die der Schriftsteller Arno Geiger aus der Begleitung seines demenzkranken Vaters beschreibt, tragen in sich eine

Qualität der Unmittelbarkeit. Sie erfordern wohl keine abstrakten Wertorientierungen. Allerdings sind sie nicht voraussetzungsfrei. Neben dem Sich-einlassen, also dem bereits erwähnten inneren Ja zur Situation und der Resonanzfähigkeit tritt hier das situativ überdauernde Element der Bindung und Beziehung hinzu. Es ist nicht *egal*, wer das Gegenüber ist. Und damit stellt sich eine neue Frage: Überdauern solche Bindungen den Verlauf der Demenz? Bevor im nächsten Abschnitt dieser Frage nachgegangen werden soll, sind aus den Ausführungen von Hartmut Rosa noch zwei Ergänzungen zum Verständnis von Sinnerfüllung als Resonanzerfahrung zu machen. Erstens weist Rosa darauf hin, dass Resonanzbeziehungen nicht nur interpersonal zu verstehen seien. Er spricht hier von »extrasozialen Resonanzen« (Rosa 2021, 261). Es muss kein Mensch sein, mit dem man sich in lebendiger Beziehung erlebt (Rosa verdeutlicht dies unter anderem am Beispiel der Resonanz, die beim Musik hören erlebt wird). Auch Frankl spricht in seinem erwähnten Zitat von »etwas oder jemandem«, auf den oder das der Mensch bezogen sei.

Zweitens lässt sich der theoretische Rahmen von Resonanz als Selbst-Welt-Beziehung auch auf jene Form der Sinnerfüllung beziehen, die durch das Verfolgen von Zielen und Anliegen erfahren wird. In seinen Ausführungen zur *Selbstwirksamkeit* weist Rosa darauf hin, dass diese auf stummen Weltbeziehungen beruhte, wenn man sie verstünde als »die Fähigkeit, Interessen zu verfolgen, Ziele zu erreichen, Welt (und andere Menschen) berechnen und beherrschen zu können und die eigenen Pläne möglichst ohne Abstriche umzusetzen.« (Ebd., 274) Dagegen gebe es eine große Evidenz dafür, dass »die ›positive‹ Wirkung von Selbstwirksamkeitserfahrungen *nicht* von der instrumentellen Wirksamkeit der Handlungen, sondern von ihrer resonanz- und beziehungsstiftenden Qualität« (ebd.) ausgehe. Mit anderen Worten: Nicht das Ziel ist entscheidend, sondern die Resonanz, die erfahren wird, indem man es verfolgt. Dieser Gedanke korrespondiert mit der Feststellung von Schnabel (2018, 189), dass das Erreichen eines lange verfolgten Ziels eine Sinnleere nach sich ziehen kann, da die im Prozess erfahrene Resonanz nun ausbleibt.

Sinnerfüllung lässt sich – so die schlussfolgende These – als Resonanzerfahrung beschreiben, als lebendige Selbst-Welt-Beziehung. Diese kann sich in zukunftsgerichtetem Handeln, genauso aber in gegenwartsbezogener Begegnung ereignen.

5. Lebenssinn und Demenz – zweite Annäherung

Erfüllungsmomente setzen Beziehung voraus:

Das Leben gelingt [...] nicht per se dann, wenn wir reich an Ressourcen und Optionen sind, sondern, so banal, ja tautologisch dies zunächst klingen mag: *wenn wir es lieben*. Wenn wir eine geradezu libidinöse Beziehung an es haben. *Es*, das sind dabei die Menschen, die Räume, die Aufgaben, die Ideen, die Dinge und Werkzeuge, die uns begegnen und mit denen wir es zu tun haben. (Rosa 2021, 24)

Was uns bedeutsam ist und uns am Herzen liegt (Personen eingeschlossen), bezeichnet der Entwicklungspsychologe Daniel J. Levinson (1986, 6f.) als »significant others« (im Folgenden: »individuell bedeutsame Andere«; vgl. Bär 2010a). Das Spektrum individuell bedeutsamer Anderer ist natürlich höchst individuell, und es verändert sich über die Lebensspanne. Wie steht es um diese individuell bedeutsamen Anderen und die hierzu bestehenden »libidinösen Beziehungen« im Kontext einer Demenz?

Im Projekt DEMIAN¹² (Böggemann et al. 2008) machte sich ein Forscherteam auf die Suche nach positiv bedeutsamen Alltagssituationen von Menschen mit Demenz. Vorausgegangen waren Forschungsarbeiten zur Emotionalität, aus denen sich ableiten ließ, dass die Fähigkeit zum nonverbalen¹³ Ausdruck von Emotionen auch bei fortgeschrittener Demenz erhalten bleibt (Re 2003). Die Beobachtung von Situationen, in denen Menschen mit Demenz Anzeichen von Freude, Wohlbefinden und Interesse zeigen, spielen somit eine Schlüsselrolle, um bei Menschen, die ihre Gefühle nicht mehr in Worten kommunizieren können, herauszufinden, was für sie eine positive Bedeutsamkeit hat. Im ersten Forschungsabschnitt wurden 97 Teilnehmende einbezogen. Die Auswahl der Teilnehmenden erfolgte zufällig, jedoch war die Stichprobe nach Demenzschweregraden stratifiziert, das heißt, es wurde darauf geachtet, dass Personen mit beginnender, mittelgradiger und fortgeschrittener Demenz etwa gleichrangig beteiligt waren. Die Erfassung der positiven Alltagssituationen folgte einem mehrperspektivischen Ansatz: Soweit

¹² Das Projekt DEMIAN wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert und in den Jahren 2004 bis 2010 am Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg durchgeführt.

¹³ In der angesprochenen Studie stand der mimische Emotionsausdruck im Fokus.

möglich, wurden die Teilnehmenden selbst befragt, weiterhin ein*e Angehörige*r und je drei Pflegepersonen.¹⁴ Aus den so gefundenen positiven Situationen wurden anschließend mit den Pflegeteams individuelle Interventionspläne erarbeitet, mit dem Ziel, durch geplantes Einbringen dieser Situationen in den Alltag die Lebensqualität der Teilnehmenden zu fördern.

Es wurden für alle Studienteilnehmende positive Alltagssituationen gefunden. Auch für solche Teilnehmenden, die einen schweren Demenzverlauf hatten. Es zeigte sich weiterhin, dass zwischen der Anzahl gefundener Situationen und dem Demenzschweregrad kein statistischer Zusammenhang bestand. Mit anderen Worten: Teilnehmende mit fortgeschrittener Demenz hatten durchschnittlich nicht weniger solche Situationen als Teilnehmende mit erst leichten kognitiven Beeinträchtigungen. Einige hundert dieser Situationen wurden im Verlauf des Projekts zusammengetragen und thematisch kategorisiert (Kategorien sind beispielsweise: Begegnung mit Menschen; individuellen Interessen nachgehen; ästhetische Sinnesanregungen, also zum Beispiel Musik hören oder Natur erleben; Reminiszenz, also das Wiederaufleben lassen einer positiven Erinnerung, sei es durch das Betrachten von Fotos oder durch Gespräch, (Bär 2010a, 248f.)) Jede Situation, sofern sie im Detail beschrieben werden konnte, hat aber ihre individuelle Ausprägung, ihr individuelles positives Moment.

Sind positive Alltagssituationen denn gleichbedeutend mit Situationen, in denen Sinnerfüllung stattfindet? Dies hängt von dem Deutungsrahmen ab, den man ihnen gibt. Innerhalb eines behavioristischen Rahmens könnten sie als bloßes Ensemble eines positiven Stimulus und einer entsprechenden Reaktion darauf betrachtet werden. Im Verständnis der Resonanztheorie jedoch sind sie mehr als das: »Die *leuchtenden Augen* eines Menschen können [...] als sicht- und tendenziell messbares Indiz dafür gelesen werden, dass der ›Resonanzdraht‹ in beide Richtungen in Bewegung ist: Das Subjekt entwickelt ein intrinsisches, tendenziell handlungsorientiertes und öffnendes Interesse *nach außen*, während es zugleich *von außen* in Schwingung versetzt oder affiziert wird.« (Rosa 2021, 279)

Positive Situationen können somit verstanden werden als Momente, in denen Begegnung stattfindet mit *Etwas oder Jemandem, das oder der mir am Herzen liegt* – einem individuell Bedeutsamen Anderen (vgl. Bär 2010a, 291ff.) – und also durchaus als Sinnmo-

¹⁴ Die Studie wurde in Alten- und Pflegeheimen durchgeführt.

mente. Hinter einem situativen Geschehen steht ein situationsüberdauerndes Element: Eine vorhandene Bindung und Beziehung. Dies entspricht auch den Erfahrungen, die in der Interventionsphase des Projekts DEMIAN gemacht wurden. Als die Situationen systematisch in den Alltag eingebracht wurden, stifteten sie zwar in der Tat kürzere oder längere Momente von Freude, Wohlbefinden und Anregung – allerdings nicht im Sinne eines Automatismus. Wie denn auch! Wer möchte seine Lieblingsmusik schon jeden Morgen anhören? Und auch ein ›Lieblingsemensch‹ mag zur Unzeit vorbeikommen.

Was lässt sich aus den Ergebnissen der DEMIAN-Studie über Konstanz und Veränderung individuell bedeutsamer Anderer im Demenzverlauf aussagen? Fürs Erste finden sich nur Hinweise, da es sich nicht um ein Längsschnittprojekt handelte. Es gab positive Alltagssituationen, die sich aus der Lebensgeschichte ableiten ließen. Ein bereits erwähntes Beispiel ist die geschilderte Situation mit Frau K. und die darin aufscheinende, nach wie vor bestehende hohe Identifikation mit der ehemaligen Berufsrolle. Allerdings – dies ist interessant: Frau K., die der Interviewerin stolz erzählte, sie hätte ›hier‹ (im Pflegeheim) gleich eine neue Anstellung bekommen, hat – selbst auf Anregung hin – gar nicht versucht, diese Rolle tatsächlich auszuüben. Vermutlich hätte sie auch gar nicht mehr stenografieren oder Schreibmaschine schreiben können. Ihr Erfüllungsmoment – das war an ihrer Lebhaftigkeit und Freude in solchen Situationen deutlich zu erkennen – bestand darin, einem interessierten Zuhörer von ihrer beruflichen Leidenschaft zu *erzählen*. Es gab weiterhin Situationen, die ihr positives Moment augenscheinlich verloren hatten (sei es, dass die dahinter liegende Beziehung tatsächlich verloren gegangen ist oder einfach nicht angesprochen werden konnte.¹⁵) Und es gab positive Alltagssituationen, die keinen erkennbaren Anknüpfungspunkt an frühere Bedeutsamkeiten aufwiesen, deren sinnstiftendes Element also wahrscheinlich neu entstanden war.¹⁶

¹⁵ Beispiel: Bei einem Teilnehmer berichteten die Angehörigen von einer tiefen Verbundenheit mit dem ehemaligen Geburtsort. Darauf wurde ein Fotobuch mit alten Bildern des Ortes zusammengestellt. Beim gemeinsamen Betrachten dieser Bilder reagierte der Teilnehmer mit zunehmender Zurückhaltung und Anzeichen von Ratlosigkeit. Es hatte den Anschein, als nehme er wohl wahr, dass hier von ihm eine Reaktion erwartet wurde, während er zugleich beim Betrachten der Bilder offenbar keinen inneren Widerhall empfand.

¹⁶ Ein Beispiel ist Herr K., der mit fortgeschrittener Demenz als neue Tätigkeit für sich unter anderem das Sammeln von Papier entdeckt hatte (vgl. Bär 2010, 263).

Natürlich bietet eine einzelne Studie immer nur sehr begrenzte Evidenz. Es ließe sich jedoch auch auf verschiedene Praxisberichte verweisen. Ein solches Projekt sei hier beispielhaft genannt. Es gibt wohl kaum ein Medium, das unmittelbare Resonanzwirkung auslöst wie Musik. Dies gilt nicht nur für die emotionale Resonanz, sondern buchstäblich auch für die leibliche, indem Musik auch das motorische Zentrum anspricht und zur Bewegung anregt (Rosa 2021, 265). In Köln entstand vor einigen Jahren aus einer Zusammenarbeit mehrerer engagierter Menschen die Initiative »Wir tanzen wieder!« als Angebot für Menschen mit und ohne Demenz.¹⁷ Die Veranstaltungen haben eine große Resonanz und mittlerweile auch an anderen Orten Nachahmer gefunden. Bemerkenswert ist, dass die Musik und das Tanzen nicht nur Geselligkeit, Spaß und Bewegungsfreude schenken, sondern dass sie einen gemeinsamen Raum schaffen: Menschen mit und ohne Demenz, Alt und Jung, mit und ohne Mobilitätseinschränkungen bewegen sich gemeinsam zu allem, was tanzbar ist. In solchen Momenten scheint die Demenz keine Rolle mehr zu spielen.

Ein häufiger Einwand ist, dass es bei allem, was in diesem Abschnitt berichtet wurde, doch lediglich um Situationen gehe, also um zeitlich limitierte Inseln im Alltag, die noch dazu aufgrund der Einschränkungen im Kurzzeitgedächtnis rasch vergessen würden und daher doch kaum etwas zum guten Leben beitragen könnten. Dem ist zweierlei entgegenzuhalten: Erstens stellen solche Situationen Möglichkeitsräume dar. Man kann sie verstreichen lassen, man kann sie aber auch gestalten und das, was das jeweils positiv Bedeutsame daran ist, immer wieder in den Alltag bringen. Man kann also etwas dafür tun, die »Sinn-Inseln« im Alltag zu vergrößern. Zweitens zeigt eine Studie von Blessing und Kolleg*innen (2006, 89), dass emotional (positiv wie negativ) valente Situationen auch bei Gedächtniseinbußen gefühlsmäßig nachhallen können: »Es ist wahrscheinlich, dass emotionale Erfahrungen bei den Patienten nachwirken, auch wenn die bewusste Erinnerung daran von den Betroffenen nicht mehr wiedergegeben werden kann.« Dies heißt: Man mag wohl vergessen haben, was man während eines erfüllenden Moments erlebt hat, aber das positive Gefühl kann gleichwohl noch vorhanden sein.

Zusammenfassend lässt sich also sagen: Wenn man Sinnerfahrung als das Erleben von Resonanz im Selbst-Welt-Verhältnis

¹⁷ DAK. *Wir tanzen wieder! Die Brücke zur Lebensfreude*. <https://www.dak.de/da/k/gesundheits/demenz-projekt-wir-tanzen-wieder-2106970.html#/> (Abgerufen am: 28.02.22).

versteht, das sich in der Begegnung mit individuell bedeutsamen Anderen ereignet, dann geben sowohl die berichteten Studienergebnisse als auch Erfahrungsberichte aus der Versorgungspraxis eine gewisse Grundlage für die Annahme, dass Sinnmomente auch im fortgeschrittenen Stadium einer Demenz erfahren werden können. Die einzelnen Bindungen können sich über den Verlauf erhalten, sie können verloren gehen oder sich wandeln – und es gibt Hinweise darauf, dass sich auch neue Bindungen entwickeln können.

6. Weitergedacht

Mit den vorangegangenen Ausführungen sind die Fragen nach Sinn- und Sinnerfahrung oder nach dem guten Leben im Verlauf und im fortgeschrittenen Stadium der Demenz noch lange nicht beantwortet. Sie setzen jedoch ein Fragezeichen hinter all jene Ansätze – egal auf welcher ethisch-anthropologischen Basis –, die versuchen, Letztaussagen darüber zu treffen, ob und inwieweit ›die Demenz‹ Spielräume zum guten Leben zulässt oder nicht. Und sie können einladen, sich mit etablierten Denkgewohnheiten zu den Voraussetzungen guten Lebens auseinanderzusetzen und der Frage nach dem, was hier wesentlich ist, neu nachzugehen.

Klarzustellen ist: Die Ausführungen sind nicht als Aussagen über Einzelschicksale zu verstehen. *Wie es sich konkret mit einer Demenz leben lässt*, obliegt dem Urteil des betroffenen Menschen selbst und niemand anderem. Und je nachdem, kann dieses Urteil sehr unterschiedlich ausfallen, wie Studien zeigen (vgl. Hulko 2019).

Wohl aber können die Ausführungen Ansatzpunkte eines theoretischen Rahmens sein, der es ermöglicht, der Frage nach Sinnerfahrung und Sinnerfüllung empirisch weiter nachzugehen, auch und gerade mit Blick auf die fortgeschrittene Demenz, bei der die Forschungslage mehr als dünn ist. Bestimmte Fragen, die hier in Rede stehen, werden dabei nie zweifelsfrei beantwortet werden können, weil die Auskunft der Person nicht mehr eingeholt werden kann. Aber es lassen sich doch Annäherungswege finden, so wie es im Projekt DEMIAN versucht wurde.

Dieser Beitrag soll aber nicht bei der Theorie stehen bleiben. Bei aller Vorsicht, die angesichts der limitierten Erkenntnislage geboten ist, muss die Frage erlaubt sein: Was folgt aus dem entwickelten Ansatz für das Miteinander zwischen Menschen mit und

ohne Demenz, für innere Haltungen und gelebte Praxis der Pflege und Begleitung?

6.1. Spielräume zum Sinn bedürfen der Gestaltung

Wenn davon ausgegangen werden kann, dass sich Sinnerfüllung als Resonanzerfahrung beschreiben lässt, dann bedarf es dazu immer einer zweiten Resonanzachse, eines intentionalen Gegenübers. Im Projekt DEMIAN wurden für alle Teilnehmenden solche evaluativ positiven Bedeutungsträger (*significant others*) gefunden. Darin allein besteht aber noch keine Sinnerfüllung, sondern nur das Potenzial dafür. Inwieweit aus diesem Potenzial Resonanzbegegnung wird, hängt im Voranschreiten der Demenz immer mehr von der Hilfestellung der begleitenden Menschen ab. Der vertraute Mensch, die Lieblingsmusik, die Tätigkeit, welche Freude macht und in der man aufgeht, ein liebgewonnener Gegenstand, eine sinnstiftende Erinnerung – all dies muss bei einer fortgeschrittenen Demenz in sinnlich erfassbarer Nähe sein, um erfahrbar zu werden. Es bedarf daher einer aufmerksamen Wahrnehmung, um jene Situationen aufzuspüren, in denen sich Hinweise auf Etwas oder Jemanden zeigen, die dem Menschen am Herzen liegen. Manches lässt sich auch aus der Lebensgeschichte ableiten, wobei jedoch zu bedenken ist, dass etwas, weil es einst mal bedeutsam war, deshalb nicht zwangsläufig jetzt noch bedeutsam ist. Und auch im Verlauf der Demenz wandeln sich Beziehungen. Es geht also immer darum, was *jetzt* bedeutsam ist, und welche Möglichkeiten sich aus diesen Ressourcen ergeben.

6.2. Einstellung und Handeln der Umgebung können Chancen auf Sinn zerstören

Ein zentraler Raum für Resonanzerfahrungen sind zwischenmenschliche Beziehungen. Die Qualität des Miteinanders entscheidet damit vielfach über die Spielräume für Sinn, die ein Mensch hat. »Ohne Liebe, Achtung und Wertschätzung bleibt der Draht zur Welt – bleiben die Resonanzachsen – starr und stumm.« (Rosa 2021, 25) Dies gilt ganz besonders bei einer Erkrankung, die Alltagskompetenz und unabhängige Lebensführung beeinträchtigt. Wenn man nun Schilderungen von Menschen mit Demenz liest, so fällt deutlich auf,

dass allein schon das Wissen von Personen in der Umgebung, eine demenzerkrankte Person vor sich zu haben, deren Einstellung und Verhalten in einer Weise beeinflusst, die als nicht wertschätzend, oft sogar als demütigend erlebt wird. Exemplarisch hier die Aussage einer Teilnehmerin einer Studie zur subjektiven Lebensqualität bei Demenz (Katsumo 2005):

The way they treat people that have Alzheimer's! They are frightened, they think you have lost your mind. If they ask me something, I will answer it but you can tell, depending on where you are at, and they know you have Alzheimer's, they will just kind of ignore you. (Ebd., 207)

Neben dieser Stigmatisierung, die auch aus Unwissen und Unsicherheit resultieren kann, hat Kitwood (2008) ein zweites Phänomen beschrieben, das im Umgang mit Menschen mit Demenz auftritt: Die sogenannte *maligne Positionierung*. Dies ist eine Form der Zuschreibung, die dazu führt, dass Erleben und Verhalten betroffener Personen mehr und mehr als ›krankheitsbedingt‹ etikettiert werden, insbesondere dann, wenn sie von erwartbaren ›Normen‹ abweichen. Die Konsequenzen sind weitreichend. Auf unser Thema bezogen, kann man sagen, dass daraus eine Haltung gegenüber Menschen mit Demenz resultiert, die diesen die Fähigkeit abspricht, ein Gegenüber, also ein Resonanzpartner zu sein. In der Folge agiert das Umfeld dann seinerseits nicht mehr auf Basis der eigenen Resonanz im Kontakt mit der Person, sondern auf Basis von ›Fachwissen‹. Dies kommt überall da zum Ausdruck, wo Menschen darüber dozieren, was ›der Demente‹ für Bedürfnisse, Schwierigkeiten usw. hat und wie mit ›ihm‹ umzugehen sei. Dann wird die Beziehung einseitig, die Rollen sind klar in ›Zuwendungsgeber‹ und ›Zuwendungsempfänger‹ eingeteilt und ein Lächeln des Empfängers ist dann für den Geber keine Antwort mehr, sondern nur noch ein Echo auf das eigene Tun.

Was macht denn den Unterschied? Ich will dies anhand eines zwar nicht empirischen, jedoch sehr lebendigen und lebensnahen Beispiels beschreiben. Es ist der Videoaufzeichnung eines Vortrags von Erich Schützendorf (2011) entnommen, in dem es um die Notwendigkeit einer verstehenden Haltung in der Pflege von Menschen mit Demenz geht. Im Einstieg dazu entwirft Schützendorf eine hypothetische Zukunftsszene¹⁸ von sich selbst als hochaltrigem, dementem

¹⁸ Widergabe nicht als wörtliches Zitat, aber eng angelehnt an die Worte des Autors.

Mann, wie er am Frühstückstisch sitzt und mit Hingabe seine Brille putzt – mit einer Scheibe Wurst. Vielleicht, so überlegt er, wird es dann Menschen geben, die mich bewundern für meine sorgfältige Arbeit und mir das auch sagen. Die warten, bis ich auch das zweite Glas fertig geputzt habe. Und die dabei dann vielleicht das *Werden von Möglichkeiten* entdecken: Dass ich, indem ich schließlich die Brille auf die Nase setze, diese als Kaleidoskop benutze. Und die erst dann, wenn ich nichts sehe, aber wieder sehen will, mir die Brille abnehmen, um sie auf ihre Art zu putzen. Aber ich fürchte, so schließt er, die Menschen werden nicht abwarten, sondern sofort handeln, mir Brille und Wurst abnehmen, die Wurst entsorgen und die Brille putzen und sie mir wieder auf die Nase setzen: ›So Herr Schützendorf, jetzt können Sie wieder gucken!‹ (Ebd.)

Resonanzbeziehungen sind solche, in denen beide Partner ›schwingungsfähig‹ bleiben. Das Abwarten, der Verzicht darauf, sofort einzugreifen, ebenso wie der Verzicht darauf, das beobachtete Verhalten prompt als falsch und sinnlos zu bewerten, ist in der beschriebenen Situation die Voraussetzung dafür, dass Resonanz entstehen kann: Der Beobachter lässt sich durch den Impuls des Gegenübers inspirieren. Ähnlich ist es im Zitat von Arno Geiger (s.o.): Der Sohn lässt sich von der Geste des Vaters berühren – nicht nur äußerlich, sondern auch innerlich. Rosa (2021, 270) nutzt mit Blick auf Resonanzkontakte das Bild der zwei Stimmgabeln, von denen die erste den Impuls gibt und die zweite antwortet: »Subjekte wollen Resonanzen gleichermaßen *erzeugen* wie *erfahren*.« Von diesem Bild ausgehend, könnte man sagen: Voraussetzung für Sinnmomente in der Begegnung zwischen Menschen mit und ohne Demenz sind Beziehungen, in denen beide Partner sich gegenseitig zutrauen, (auch) die *erste Stimmgabel* sein zu können. Das Wissen darum, dass wir beide, die Person mit Demenz mir gegenüber und ich als Begleiterin, von individuellen Sinnmomenten zehren, und dass auch ich mir nicht von außen diktieren lassen will, was ›sinnwütig‹ ist und was nicht, kann dabei eine Brücke sein.

6.3. Homo Patiens – auf der Suche nach existenziellem Beistand

Sinnorientierte Begleitung von Menschen mit Demenz, die sich an der Existenzanalyse Viktor Frankls orientiert, darf den Blick aber nicht nur auf existenzfördernde Erfahrungen richten. Die Auswirkungen einer

Demenzkrankung können das Selbst-Welt-Verhältnis massiv aus dem Lot bringen. (Vgl. Bär 2010a, 200ff.) Wie stark die Lebensqualität beeinträchtigt wird, hängt von unterschiedlichen Faktoren ab, nicht zuletzt der Schwere des Krankheitsverlaufs. Auch durch eine noch so bedürfnisgerecht gestaltete Umwelt ist nicht auszuschließen, dass es im Leben mit Demenz Krisenzeiten geben kann, in denen das gesamte Spektrum eines existenziellen Tiefs (Angst, Verzweiflung, Wut etc.) durchlebt wird. Und damit stellt sich die Frage: Welchen existenziellen Beistand benötigen Menschen mit Demenz in solchen Phasen, und finden sie ihn?

Nun ist es in Krisensituationen schon generell nicht einfach, Menschen zu finden, die existenziellen Beistand zu geben vermögen. Dies erfahren auch viele Angehörige von Menschen mit Demenz. Ein Beispiel: In einem Beitrag im *Spiegel* (2022) schreibt eine Frau, die ihren jung an Demenz erkrankten Mann pflegt, von dem Schmerz, mit dem sie leben muss. Der Mensch, den sie geheiratet, mit dem sie ihr Leben geteilt hat, ist ihr durch die Krankheit weitgehend verloren gegangen. Er kann ihr kein Partner, kein Gegenüber mehr sein, und sie muss mit ansehen, wie seine Fähigkeiten unwiderbringlich nachlassen. In ihrer Trauer darüber findet die Autorin kaum Trost. Denn ihre Umgebung – teils wohl aus Überforderung – signalisiert ihr, dass sie doch froh sein könne, ihren Mann noch zu haben, und die Zeit genießen solle (ebd.). Es gibt viele Situationen in der Begleitung von Menschen mit Demenz, in denen Angehörige seelisch an ihre Grenzen kommen. Nicht umsonst spricht man davon, dass sie *mitbetroffen* sind. *Entlastungsangebote* wurden in den letzten Jahren vermehrt etabliert. Eine Krisenbegleitung, die seelischen Beistand bietet, findet sich jenseits der Angehörigengruppen, in denen man sich gegenseitig unterstützt, noch kaum.

Bei Menschen mit Demenz kommt aber noch etwas anderes hinzu: die oft geäußerte Vorstellung, dass der betroffene Mensch seine Krankheit *gar nicht mitbekomme*. Wenn Menschen mit Demenz ihre Einschränkungen nicht zum Thema machen oder diese gar leugnen, muss dies, wie mehrere Studien gezeigt haben (vgl. Bär 2010a, 216ff.), noch lange nicht heißen, dass sie diese nicht erleben würden. Agneta Ingberg (Andersson 2007, 89) schreibt: »Sicher ist Alzheimer eine Krankheit, die alle in der Umgebung des Kranken mit betrifft, aber ich glaube, ich bin nicht die Einzige, die sich gekränkt und missachtet fühlt, wenn man sie gleichsam für unfähig erklärt, selbst krank zu sein.« Die bereits erwähnte *maligene Positionierung* kann

überdies dazu führen, dass Anzeichen von Angst, Verzweiflung und Wut gar nicht als Ausdruck seelischer Not begriffen werden, sondern als Krankheitssymptom. Hinzu kommt bei Verlust der Sprache die Verunsicherung, nicht zu wissen, was die Ursache für eine wahrgenommene seelische Not ist – eine seelische Krise, Reaktion auf eine überfordernde Umwelt oder physische Schmerzen?

Der Expertenstandard des DNQP (2018) sieht in einer beziehungsorientierten und bindungsfördernden Pflege ein entscheidendes Gegengewicht gegen die durch eine Demenz hervorgerufenen existenzgefährdenden Erfahrungen. Wie insbesondere existenzieller Beistand dabei aussehen kann und worauf es ankommt, wäre noch zu erkunden. Das Da-Sein, Mit-Aushalten, der Verzicht auf Aktionismus und stattdessen das Vertrauen auf die eigene Resonanzfähigkeit sind mit Sicherheit wesentliche Elemente davon.

6.4. Das letzte Wort

Auf der Suche nach und im Erleben von Sinn bleiben Menschen immer *Handelnde* – unabhängig von Gesundheit und Krankheit. In diesem Sinne werden Menschen selbst angesichts einer fortgeschrittenen Demenz nicht zu einem »unmündigen Pflegefall« (Gebhardt in Dt. Ethikrat 2012, 105). Sie werden allenfalls dazu gemacht, wenn die oft kleinen Zeichen von Zustimmung oder Verneinung oder nicht unmittelbar deutbare Gesten, die etwas mitteilen wollen, übersehen oder ignoriert werden.

Ein Moment der Sinnerfüllung kann für jemand anderen nicht ›gemacht‹ oder ›hergestellt‹ werden. Aber man kann durch die Gestaltung der Situation ein Angebot machen, eine Einladung aussprechen. Das letzte Wort, das innere Ja oder Nein zur Situation, verbleibt bei der Person selbst.

7. Abschluss: Schaffen ›wir‹ das?

Mit dem vorliegenden Beitrag wurde der Versuch unternommen, mit Fokus auf existenziellen Sinn und Sinnerfahrung, Spielräume für gutes Leben zu erkunden, die das Fortschreiten der Demenzerkrankung überdauern. In den vorangegangenen Abschnitten wurden aus den Ergebnissen der Überlegungen Folgerungen für eine existenzielle

Begleitung von Menschen mit Demenz abgeleitet. Es wäre naheliegend, diese Folgerungen als *Forderungen* an die Adresse derjenigen Personen zu verstehen, von denen die Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz derzeit geleistet wird: Angehörige, beruflich Pflegenden und Betreuende, Ehrenamtliche und so weiter. So sind sie aber nicht gemeint. Warum nicht? Eine Vielzahl von beruflich und informell Pflegenden und Betreuenden setzt doch bereits intuitiv solche Folgerungen um, so gut es geht.

Deshalb sollten die Folgerungen nicht als Forderungen verstanden werden, weil solche Forderungen an die Praxis angesichts der derzeitigen Rahmenbedingungen, unter denen die Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz steht – Ressourcenmangel, fehlende Anerkennung und Unterstützung, Abwälzen von strukturellen Mängeln auf die einzelnen, in der Versorgung tätigen Personen – sich für die Menschen, die sie angesichts solcher Rahmenbedingungen verwirklichen sollen, vielfach als ein Rennen gegen Mauern und als innere Zerreißprobe erweisen. Und außerdem: Das Delegieren von ›Soll-Vorgaben‹ an ›Zuständige‹ hindert daran, die Frage nach dem guten Leben im Alter und bei Demenz als eine noch offene gesamtgesellschaftliche Aufgabe wahrzunehmen.

›Wir‹ also. Wir, an die Klaus Dörner seine eingangs zitierte Forderung nach der Anerkennung der »subjektiv sinnvollen Seinsweise des Dementseins« richtet, haben noch eine Menge zu tun, um die Sorgegemeinschaften zu entwickeln, in denen Spielräume für gutes Leben in allen Stadien einer Demenz verwirklicht werden können. Vielleicht können die Ergebnisse und Überlegungen dieses Beitrags dabei an irgendeiner Stelle hilfreich sein.

Literaturverzeichnis

- Andersen, C. K., Wittrup-Jensen, K. U., Lolk, A., Andersen, K. & Kragh-Sørensen, P. (2004). Ability to perform activities of daily living is the main factor affecting quality of life in patients with dementia. *Health Qual Life Outcomes*, 2 (52), 1–7.
- Andersson, B. (2007). *Am Ende des Gedächtnisses gibt es eine andere Art zu leben. Agneta Ingberg, 58: Mein Leben mit Alzheimer*. Gießen: Brunnen Verlag.
- Bär, M. (2010a). *Sinn erleben im Angesicht der Alzheimerdemenz. Ein anthropologischer Bezugsrahmen*. Marburg: Tectum.

- Bär, M. (2010b). Sinn im Angesicht der Alzheimerdemenz – Ein phänomenologisch-existenzieller Zugang zum Verständnis demenzieller Erkrankung. In A. Kruse (Hrsg.), *Lebensqualität bei Demenz? Zum gesellschaftlichen und individuellen Umgang mit einer Grenzsituation im Alter* (S. 249–260). Heidelberg: AKA.
- Baldwin, C. (2005). Narrative, ethics and people with severe mental illness. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 39 (11–12), 1022–1029.
- Bartholomeyczik, S., Halek, M., Sowinski, C. et al. (2006). *Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe*. Hrsg. v. Bundesgesundheitsministerium.
- https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_Rahmenempfehlungen_zum_Umgang_mit_herausforderndem_Verhalten_bei_Menschen_mit_Demenz_in_der_stationaeren_Altenhilfe.pdf (Abgerufen am 11.09.2022).
- Bartrés-Faz, D., Cattaneo, G., Solana, J., Tormos, J. M. & Pascual-Leone, A. (2018). Meaning in life: resilience beyond reserve. *Alzheimer's Research & Therapy*, 10, 47.
- Baumeister, R. F. (1991). *Meanings of life*. New York: Guilford Press.
- Bickel, H. (2020). *Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Informationsblatt (Bd. 1)*. Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz.
- Blantar, V. B. J. (2014). *Sinnfindung bei hochbetagten Menschen*. Bachelorarbeit. Medizinische Universität Graz.
- Blessing, A., Martin, M., Wenz, M. & Zöllig, J. (2006). Emotionen und Gedächtnis bei Patienten mit Alzheimer-Demenz. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 17 (2), 81–92.
- Bödecker, F. (2015). Wie forschen mit Menschen mit Demenz? Probleme, Lösungen und offene Fragen. In A. Schneider, M. Köttig & D. Molnar (Hrsg.), *Forschung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen – Konzepte – Perspektiven* (S. 151–164). Leverkusen: Verlag Barbara Budrich.
- Böggemann, M., Kaspar, R., Bär, M., Berendonk, C., Kruse, A. & Re, S. (2008). Positive Erlebnisräume für Menschen mit Demenz – Förderung der Lebensqualität im Rahmen individuenzentrierter Pflege. In D. Schaeffer, J. Behrens & S. Görres (Hrsg.), *Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns* (S. 80–104). Weinheim: Juventa.
- Bolle, Geertje-Froken (2015). Spiritualität in der Begleitung von Menschen mit Demenz: Ein existenzanalytischer Ansatz. *Spiritual Care: Zeitschrift für Spiritualität in den Gesundheitsberufen*, 4 (2), 104–113.
- Boyle, P. A., Buchman, A. S., Barnes, L. L. & Bennett, D. A. (2010). Effect of a Purpose in Life on Risk of Incident Alzheimer Disease and Mild Cognitive Impairment in Community-Dwelling Older Persons. *Archives of General Psychiatry*, 67 (3), 304–310.
- Boyle, P. A., Buchman, A. S., Wilson, R. S., Yu, L., Schneider, J. A. & Bennett, D. A. (2012). Effect of purpose in life on the relation between Alzheimer disease pathologic changes on cognitive function in advanced age. *Arch Gen Psychiatry*, 69 (5), 499–505.

- Buber, M. (1992). *Das dialogische Prinzip* (6. Aufl.). Gerlingen: Lambert Schneider.
- Chan, C. K., Vickers, T. & Barnard, A. (2020). Meaning through caregiving: A qualitative study of the experiences of informal carers. *British Journal of Social Work*, 50, 682–700.
- Crumbaugh, J. C. & Maholick, L. T. (1964). An experimental study in existentialism: The psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis. *Journal of Clinical Psychology*, 20 (2), 200–207.
- Daly, L., Fahey-McCarthy, E. & Timmins, F. (2019). The experience of spirituality from the perspective of people living with dementia: A systematic review and meta-synthesis. *Dementia*, 8 (2), 448–470.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2018). *Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz*. Osnabrück: Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege.
- Deutscher Ethikrat (2012). *Demenz und Selbstbestimmung. Stellungnahme*. Berlin. <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-demenz-und-selbstbestimmung.pdf> (Abgerufen am: 26.02.2022).
- Dörner, K. (2005). Die neue menschliche Seinsweise der Demenz. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 48 (5), 604–606.
- Ehret, S. (2008). *Ich werde wieder lebendig. Personale Geschehensordnung und Daseinsthematische Begleitung bei Menschen mit Demenz*. Dissertation. Universität Heidelberg.
- Farran, C. J. (1997). Theoretical perspectives concerning positive aspects of caring for elderly persons with dementia: Stress/Adaptation and Existentialism. *The Gerontologist*, 37 (2), 250–256.
- Forsa (2019). *Umfrage: Angst vor Krankheiten*. <https://www.dak.de/dak/bundesthemen/angst-vor-krankheiten-2179528.html#/> (Abgerufen am: 29.11.2021).
- Frankl, V. E. (2005). *Der Wille zum Sinn* (5. Aufl.). Bern: Huber.
- Geiger, A. (2011). *Der alte König in seinem Exil*. München: Hanser.
- Graumann, C. F. (1985). Phänomenologische Analytik und experimentelle Methodik in der Psychologie – das Problem der Vermittlung. In K.-H. Braun & K. Holzkamp (Hrsg.), *Subjektivität als Problem psychologischer Methodik* (S. 38–58). Frankfurt a.M.: Campus.
- Härle, W. (2010). Lebensqualität demenzerkrankter Menschen aus der Sicht der christlichen Ethik. In A. Kruse (Hrsg.), *Lebensqualität bei Demenz? Zum gesellschaftlichen und individuellen Umgang mit einer Grenzsituation im Alter* (S. 43–50). Heidelberg: AKA.
- Hulko, W. (2009). From ›not a big deal‹ to ›hellish‹: Experiences of older people with dementia. *Journal of Aging Studies*, 23 (3), 131–144.
- Jaworska, A. (1999). Respecting the margins of agency: Alzheimer's patients and the capacity to value. *Philosophy and Public Affairs*, 28 (2), 105–138.
- Jost, A. (2003). Zeit, Psyche und Demenz. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 16 (4), 159–167.

- Jox, R. J. (2013). Der »natürliche Wille« bei Kindern und Demenzkranken. In C. Wiesemann & A. Simon (Hrsg.), *Patientenautonomie: theoretische Grundlagen, praktische Anwendungen* (S. 329–339). Münster: Mentis.
- Katsumo, T. (2005). Dementia from the inside: How people with early-stage dementia evaluate their quality of life. *Ageing & Society*, 25 (2), 197–214.
- Kessler, E.-M., Bowen, C. E., Bär, M., Frölich, L. & Wahl, H.-W. (2012). Dementia worry: a psychological examination of an unexplored phenomenon. *European Journal of Ageing*, 9 (4), 275–284.
- Kitwood, T. (2019). *Demenz: der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen* (8., ergänzte Aufl.). Bern: Hogrefe.
- Kraft, W. (2018). *Demenz und Spiritualität. Die Dimension der Spiritualität in der Begleitung von Menschen mit Demenz*. Dissertation. Pflegewissenschaftliche Fakultät der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar.
- Längle, A. (2021). *Existenzanalyse und Logotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Längle, A. (2016). *Existenzanalyse. Existentielle Zugänge der Psychotherapie*. Wien: Facultas.
- Lawton, M. P., Moss, M., Hoffman, C., Kleban, M. H., Ruckdeschel, K. & Winter, L. (2001). Valuation of life: A concept and a scale. *Journal of Aging and Health*, 13 (1), 3–31.
- Levinson, D. J. (1986). A conception of adult development. *American Psychologist*, 41 (1), 3–13.
- Mak, W. (2011). Self-reported goal pursuit and purpose in life among people with dementia. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 66B (2), 177–184.
- Polenick, C. A., Sherman, C. W., Birditt, K. S., Zarit, S. H. & Kales, H. C. (2019). Purpose in life among family care partners managing dementia: Links to caregiving gains. *Gerontologist*, 59 (5), e424–e432.
- Post, S. G. (2000). The concept of Alzheimer disease in a hypercognitive society. In P. J. Whitehouse, K. Maurer & J. F. Ballenger (Hrsg.), *Concepts of Alzheimer Disease. Biological, clinical, and cultural perspectives* (S. 245–256). Baltimore: John Hopkins University Press.
- Re, S. (2003). Emotionales Ausdrucksverhalten bei schweren dementiellen Erkrankungen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 36 (6), 447–453.
- Reker, G. T. & Wong, P. T. (1988). Aging as an individual process: Toward a theory of personal meaning. In J. E. Birren & V. L. Bengtson (Hrsg.), *Emergent Theories of Aging* (S. 214–246). New York: Springer.
- Rohra, H. (2011). Aus dem Schatten treten. Warum ich mich für unsere Rechte als Demenzbetroffene einsetze. Frankfurt a. M.: Mabuse.
- Rosa, H. (2021). *Resonanz. Eine Soziologie der Weltbeziehung* (5. Aufl.). Berlin: Suhrkamp.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57 (6), 1069–1081.
- Sabat, S. R. & Harré, R. (1994). The Alzheimer's disease sufferer as a semiotic subject. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 1, 145–160.

- Sachs-Ortner, E. (2020). *Logotherapeutische Methoden angesichts von Leid im Zusammenhang mit dem Krankheitsbild Demenz*. Diplomarbeit. Europäische Akademie für Logotherapie und Psychologie.
- Saxton, J. & Boller, F. (2006). Cognitive function in severe dementia. In A. Burns & B. Winblad (Hrsg.), *Severe Dementia* (S. 43–50). Chichester: Wiley & Sons.
- Schnabel, U. (2018). *Zuversicht. Die Kraft der inneren Freiheit und warum sie heute wichtiger ist denn je* (3. Aufl.). München: Blessing.
- Schwerdt, R. (2005). Lernen der Pflege von Menschen mit Demenz bei Alzheimer-Krankheit. Anforderungen an die Qualifikation professioneller Helferinnen und Helfer. *Zeitschrift für Medizinische Ethik*, 51, 59–76.
- Schützendorf, E. (2011). *In Ruhe ver-rückt werden dürfen – für ein anderes Denken in der Altenpflege*. <https://www.youtube.com/watch?v=0oWlduhZmGU> (Abgerufen am: 01.07.2022).
- Seyfert, K. [Pseud.] (2022). »Ich wünschte, mein Mann wäre tot«, *Der Spiegel*, 22, 48–49.
- Sprakties, G. (2013). *Sinnorientierte Altenseelsorge: Die seelsorgliche Begleitung alter Menschen bei Demenz, Depression und im Sterbeprozess*. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Theologie.
- Taylor, R. (2011). Alzheimer und Ich: Leben mit Dr. Alzheimer im Kopf (3., ergänzte Auflage). Bern: Huber.
- Vernooij-Dassen, M. (2007). Meaningful activities for people with dementia. *Aging & Mental Health*, 11 (4), 359–360.
- Wißmann, P. & Zimmermann C. (2011): *Auf dem Weg mit Alzheimer. Wie sich mit einer Demenz leben lässt*. Frankfurt a. M.: Mabuse.
- Wunder, M. (2008). Demenz und Selbstbestimmung. *Ethik in der Medizin*, 20 (1), 17–25.

II. Leiblichkeit und Selbstaktualisierung

Altern können. Gerontophosophische Überlegungen zum Freiheitsproblem in späten Lebensphasen

Abstract

Der Beitrag befasst sich mit dem Skandalon, das die Radikalisierung der menschlichen Grundsituation im Alter und vollends unter Bedingungen dementieller Erkrankung für Gesellschaften mit der kulturellen Leitorientierung von Freiheit als individueller Selbstverwirklichung bedeutet. Er plädiert dafür, den Freiheitsbegriff nicht abstrakt zu negieren, sondern ihn intern zu differenzieren und die Ausbildung von Haltungen des Auskommens mit sich und der eigenen Verletzlichkeit in ihn zu integrieren. Damit bemüht er sich um eine individualethische Akzentsetzung des Freiheitsbegriffs, die Selbstverwirklichung auch noch unter Bedingungen des ›Selbstabbaus‹ im Sinne des Verlustes vormals identitätsbildender Fähigkeiten zu denken erlaubt, wie sie von Menschen, die an Demenz erkranken, nicht nur über kurz oder lang hinzunehmen sind, sondern auch verarbeitet und in das eigene Selbstbild integriert werden müssen.

1. Das Widerfahrnis des Alterns

Kann man Altern *können*? Der Titel meiner Überlegungen insinuiert, was zunächst vermessen wirken dürfte: dass wir uns das Altern vornehmen – als ob es sich nicht *uns* vornimmt. Er unterstellt, dass es möglich ist, sich das Altern zur Aufgabe zu machen, die man auf bessere oder schlechtere Weise ausüben kann, dass man mit dem Altern gekonnt oder weniger gekonnt fertig zu werden vermag. Vermessen dürfte dabei der Anspruch einer Fähigkeit des Alterns sein, das doch unbestreitbar den Charakter eines Widerfahnrisses hat: Uns widerfahren die organischen Degenerationsprozesse, die lang-

sam, aber sicher zum Tod führen; uns widerfährt die Entsprechung zwischen der Zunahme an vergangenem Leben einerseits und der Abnahme an zukünftigem Leben andererseits; und uns widerfährt, dass um uns herum, werden wir nur alt genug, die Anzahl der älteren und gleich alten Menschen gegenüber den jüngeren stetig abnimmt. Ich entsinne mich der traurigen Feststellung eines Kollegen nach dem Tod seiner Eltern, nun sei kein Mensch im näheren Verwandtenkreis mehr auf der Welt, der noch Zeuge seiner frühesten Kindheit war. Je älter er werde, mit desto mehr Jahren seines gelebten Lebens würde er nun allein bleiben, die Erinnerung daran nicht mehr mit anderen teilen können, die auch dabei waren.

Der Widerfahrnischarakter des Alterns besteht freilich nicht einfach darin, dass all das, was ich erwähnt habe – die körperliche Degeneration, das Anwachsen des Vergangenen gegenüber der Abnahme des Zukünftigen, die Ausdünnung der Zeitgenossenschaft unseres gelebten Lebens – dass all das *einfach passiert*, sondern uns vielmehr *zustößt*; es sind selbst wieder Sachverhalte, die wir *erfahren* und zu denen wir uns erfahrend *verhalten*. Den alternden Körper erleben wir als Leib, der eine Art Eigenleben zu entwickeln scheint, das uns auffällig wird in wachsender Widerspenstigkeit; die zunehmende Vergangenheit des gelebten Lebens disponiert zu einer Erinnerungslastigkeit der Erfahrung, die für die Korrespondenzen zwischen dem frisch Begegnenden und dem bereits Erlebten sensibler ist als für das Neuartige der Gegenwart; und der Eindruck der zunehmenden Verjüngung unserer Zeitgenossen kann sich zu einem drastischen Missverhältnis zu unserem Gegenüber auswachsen, das in uns, umgekehrt, vor allem die Älteren und irgendwann nur noch die ›Alten‹ sieht, einschließlich der sozialen Stereotype, die insbesondere das Alter auf sich zieht.

Thomas Rentsch hat die geschilderten Widerfahrnisse, die für sich genommen in der philosophischen Literatur seit der Antike alle gut beschrieben worden sind, unter die Begriffe des physischen, psychischen und sozialen Alterns sortiert; sie bezeichnen laut Rentsch die wesentlichen drei Aspekte der von ihm so genannten Radikalisierung der menschlichen Grundsituation: Die Fragilität und Endlichkeit unserer Existenz zeichnen nicht nur das Leben alter Menschen aus, würden uns aber im Alter immer deutlicher (Rentsch 1994, 297). Während er daraus eudämonistische Schlussfolgerungen über Bedingungen gelingenden Alterns zieht (Rentsch 2017), leitet sein Tübinger Kollege Ottfried Höffe aus der Verletzlichkeit der menschlichen

Grundsituation im Alter gerechtigkeits-theoretische Konsequenzen ab. (Höffe 2017) Hier (Rentsch) der Blick aufs Gute im Alter, dort (Höffe) auf Rechte und Pflichten im Generationenverhältnis, die in einem aufgeklärten Selbstinteresse der Jüngeren fundiert sind und dem Reziprozitätsprinzip des Tausches folgen sollen. (Ebd., 218–228) Rentschs individualethischer Eudämonismus und Höffes sozialetischer Normativismus ergänzen einander in der Exploration angemessener Lebensbedingungen für alte Menschen, allerdings *ohne* die Prägekraft zu berücksichtigen, welche die historisch variablen Wertorientierungen der jeweiligen Gesellschaftsordnungen auf das Leben im Alter, und hier speziell: das Altern in den modernen westlichen Gesellschaften haben. An dieser Stelle möchte ich einsetzen. Ich glaube nämlich nicht, dass Vorstellungen des guten oder richtigen Umgangs mit dem Altern völlig von den sozialstrukturellen und kulturellen Voraussetzungen abstrahieren können, von denen einerseits ihre Evidenz und Akzeptabilität abhängt und unter denen sie andererseits auch umgesetzt werden müssen. Was die westlichen Gesellschaften anbelangt, möchte ich das Augenmerk auf die intrikate Verbindung richten, die in der Moderne zwischen einem ganz bestimmten Freiheitsideal und dem Konkurrenzprinzip entstanden ist. Diese Verbindung, so meine These, hat zu der Hypostasierung eines bestimmten Leistungsprofils des mittleren Lebensalters als Norm gelingender Lebensführung geführt und übt auf die späten Lebensphasen einen problematischen Erwartungsdruck aus. Genauer: Einem in den westlichen Gesellschaften verbreiteten Deutungsmuster zufolge ist die Freiheit des Einzelnen im Sinne der selbstbestimmten Individuierung von Anlagen, Fähigkeiten und Bedürfnissen der Person intrinsisch durch die Konkurrenz um Anerkennung bestimmt, die dem Einzelnen für seine ›Leistung‹ gelingender Individuierung erbracht wird. Und die Maßstäbe dieser Leistung orientieren sich, über die unterschiedlichen Milieus hinweg, am Leistungsvermögen des mittleren Lebensalters.

Ich werde in den folgenden Überlegungen zunächst erläutern, um welches Freiheitsideal es sich handelt (2). Stellt es bereits für sich genommen alte Menschen vor besondere Herausforderungen, so gilt das umso mehr dann, wenn es sich mit dem Konkurrenzprinzip der modernen Arbeitsgesellschaften verschwivert (3). Diese Verbindung ist sicherlich eine nicht zu unterschätzende Quelle der gesellschaftlich verbreiteten Angst vor Demenzerkrankungen (4). Die Radikalisierung der menschlichen Existenzsituation im Alter drängt daher zu einer Revision des skizzierten Freiheitsideals (5).

2. Freiheit in der Moderne

1776 hatte Thomas Jefferson die Unabhängigkeitserklärung der amerikanischen Territorien von ihrem Mutterland verfasst, die für die Bürger der neuen Welt *life, liberty and the pursuit of happiness* als unveräußerliche Rechte postuliert. Dabei handelt es sich um die stufenlogische Differenzierung eines Freiheitsideals, das nicht nur in Nordamerika, sondern in den westlichen Gesellschaften insgesamt eine enorme Prägekraft entfaltet hat. Während Jefferson mit »life« auf die für das Freiheitsideal grundlegende Gewährung von Voraussetzungen individueller Selbsterhaltung verweist, wird unter »liberty« die gegenüber der Selbsterhaltung bereits anspruchsvollere politische Freiheit verstanden, derzufolge wir dann frei sind, wenn die individuellen Lebensziele nicht durch obrigkeitstaatliche Willkür und Bevormundung gebeugt werden. Der Vollbegriff des besagten Freiheitsideals wird aber erst durch das »pursuit of happiness« erreicht, einer Synthese aus allgemeiner materieller Lebenssicherung (*life*) und politischer Freiheit (*liberty*) (Thomä 2003a, 132), die auch durch den Begriff der individuellen Selbstbestimmung bezeichnet werden kann. Was ist damit gemeint? *In einem sehr weiten Sinne* lässt sich die rechtliche Garantierung des *pursuit of happiness* im Sinne der Bereitstellung staatlicher Voraussetzungen dafür verstehen, dass jeder Mensch seines eigenen Glückes Schmied werden kann, wie man so sagt. Aber der Akzent liegt hier auf dem *pursuit*, *nicht* auf der *happiness*! Es bleibt dahingestellt, worin für den einzelnen das Glück bestehen mag, solange er seine Mitmenschen nicht daran hindert, das ihrige zu suchen. Der Kern des besagten Freiheitsbegriffs, der in die Formulierung »pursuit of happiness« eingekapselt ist, beruht auf der menschlichen Fähigkeit der *Urheberschaft*. Urheber eigener Handlungen zu sein heißt, die Erfahrung zu machen, dass es von mir selbst abhängt, ob und wie mir diese Handlungen gelingen. Tätigkeiten, bei deren Ausübung sich uns bezeugt, dass ihr Gelingen von unserem persönlichen Engagement abhängt, können wir als ›Ich‹-Handlungen bezeichnen. Sie sind dadurch qualifiziert, dass sie sich, mit den Worten Ernst Tugendhats, »nur als Gegenstand eines Sich-ansprechens in einem Selbstimperativ verstehen« (Tugendhat 2003, 62) lassen, und sie haben die Anmutung, dass jeweils unvertretbar *ich* es bin, der sie ausübt, wobei die Art und Weise, wie ich meinen Handlungsspielraum nutze, über ihren Ausgang entscheidet. Kennzeichnend für die ›Selbstbeteiligung‹ an meinen ›Ich‹-Handlungen ist, dass sie der

Art und Weise des *Handlungsvollzugs* gegenüber dem Handlungsziel besonderes Gewicht verleiht. Es sind nun Tätigkeiten vom Typ der ›Ich‹-Handlungen, die dem *pursuit of happiness*-Ideal der Freiheit zufolge unser Streben nach Glück charakterisieren. Das Glück, das das *pursuit of happiness* erstrebt, ist wesentlich dadurch bestimmt, dass ich eben danach *strebe*, mit anderen Worten: ich soll es mir nicht bloß in die Wiege gelegt sein lassen, sondern ich sollte mich selbst darum bemühen herauszufinden, was ich aus meinem Leben machen will, und mich darum kümmern, das auch zu erreichen. *In einem engeren Sinn* lässt sich das Streben nach Glück nun als das Vermögen spezifizieren, die von uns selbst jeweils als konstitutiv für unsere individuellen Persönlichkeiten erlebten Bedürfnisse, Neigungen und Pläne *einerseits* sowie unsere Talente, Fähigkeiten und Fertigkeiten *andererseits* aneinander in Einklang und zur Entfaltung zu bringen. Auf der einen Seite unser Wollen, auf der anderen unser Können: Idealerweise sind wir dann frei im Streben nach Glück, wenn wir die Erfahrung machen, dass unser Wollen und unser Können zueinander passen. Dieses Passungsverhältnis ist dynamisch zu verstehen. Was wir wollen, hängt von Erfahrungen dessen ab, was wir können, und was wir können, beruht nicht zuletzt auf der Intensität unseres Willens. Dass das, was wir können, zu dem passt, was wir wollen, und umgekehrt, dass unser Wille sich an unseren Fähigkeiten orientiert und herausbildet, dass uns also ein gewolltes Können zum Ausdruck eines gekonnten Wollens wird, möchte ich in Unterscheidung von der Freiheit der Urheberschaft als Freiheit der *Selbstmächtigkeit* bezeichnen. Bedingungen und Artikulationsformen der Selbstmächtigkeit zu erkunden und zu erproben, mit anderen Worten: die Exploration der Wechselbeziehung zwischen Wollen und Können ist ein wesentlicher Aspekt in der Bildungsgeschichte der Subjektivität in der Moderne. Der engeren Bedeutungsvariante zufolge handelt es sich bei der Freiheit des *pursuit of happiness* also um die Übereinstimmung zwischen Wollen und Können, die wir in unserem Streben nach Glück erfahren. Diese Erfahrung wird uns dann zuteil, wenn uns die ›Ich‹-Handlungen, in denen wir uns als Urheber unserer Tätigkeiten erfahren, tatsächlich auch gelingen.

Selbstmächtigkeit setzt Urheberschaft voraus, nicht aber umgekehrt Urheberschaft zwingend auch Selbstmächtigkeit. So kann ich mich als Urheber meiner Handlungen billigerweise auch dann noch verstehen, wenn sie mir misslingen oder von mir in einer als unzureichend empfundenen Weise ausgeübt werden. Werde ich von Dritten

für misslungene Handlungen verantwortlich gemacht, dann deshalb, weil der Mangel an Selbstmächtigkeit nicht auch meine Urheberschaft aufhebt. Aber natürlich ist die Freiheit der Urheberschaft auf die Freiheit der Selbstmächtigkeit hin angelegt, insofern sich jedes Handeln, als dessen Urheber ich mir bewusst bin, an einem Gelingen orientiert, dessen Maßstäbe von mir nicht beliebig verändert werden können. Insofern entspricht der engere Freiheitsbegriff dem Vollbegriff dessen, was wir unter dem modernen Freiheitsideal verstehen. Als frei im Vollsinn des Begriffs erfahren wir uns dann, wenn wir unseren Willen durch unser Handeln zur Geltung bringen können. Das ist nicht erst dann der Fall, wenn wir die Handlungsziele, die wir uns vorgenommen haben, unserem Vorsatz entsprechend erreichen. Die Erfahrung der Selbstmächtigkeit machen wir vielmehr schon, wenn wir die Ausübung bestimmter Tätigkeiten als Bestätigung unseres Willens erfahren. Wir machen dann eine Resonanz Erfahrung in der Verfolgung unserer Handlungsziele, die ich, kurz gesagt, als die Erfahrung bezeichnen möchte, dass wir in dem, was wir tun, eine gute Figur machen. (Schlette 2014; Schlette 2015a; Jung & Schlette 2018)

Im Sinne der bislang angestellten freiheitstheoretischen Überlegungen möchte ich von dem Vollbegriff der *pursuit of happiness*-Freiheit als Selbstmächtigkeit nun als einem Begriff der verkörperten Freiheit sprechen. Freiheit im Vollsinn des Begriffs erfahren wir demnach *nicht schon* in der »stiflingly close atmosphere of inner consciousness«, wie der pragmatistische Sozialphilosoph John Dewey (1922/1983, 9) das klassische Modell der Willkürfreiheit kritisch paraphrasiert hat, als frei erfahren wir uns aber auch *nicht erst dann*, wenn wir an dem, was wir uns vornehmen, nicht gehindert werden. Die grundlegende Erfahrung verkörperter Freiheit ist vielmehr die Erfahrung gelingender Individuierung des Willens im Handeln: ich bin, wie man so sagt, »Herr der Lage«, weiß mich in den Bewandnissen meines Lebens »zurecht zu finden«. Die gebräuchliche Rede davon, in diesen oder jenen Tätigkeiten eine gute Figur zu machen, erweist sich auch in diesem Zusammenhang als eine nützliche Anschauungshilfe: Um eine gute Figur zu machen, bedarf es des Vorschusses von Selbstvertrauen in die Selbstmächtigkeit als Handelnder, und dieses Selbstvertrauen hat den Charakter einer intuitiven Gewissheit, den Aufgaben auch gewachsen zu sein, die man sich stellt, einer Gewissheit, die sich in der Verhaltenssicherheit manifestiert, mit der man sich auf seine Tätigkeiten versteht.

Der engere Freiheitsbegriff stellt zweifellos eine Antwort auf die Frage an den weiteren dar, welche Gelingenskriterien für das Streben nach Glück billigerweise erhoben werden können, sofern wir darin Freiheit verwirklichen wollen. Thomas Jefferson und mit ihm die Gründerväter der amerikanischen Demokratie hielten es für evident, dass dem Streben nach Glück der Status eines Grundrechts eingeräumt werden müsse. Meine Auslegung dieses Strebens nach Glück besagt nun, dass wir uns darin als unserer selbst mächtige Urheber unserer glücksbezogenen Tätigkeiten erfahren wollen, und das heißt genauer: dass wir in der Bestimmung und Verwirklichung dessen, worin wir unser Glück suchen, unseren Willen und unser Können in wechselseitiger Erkundung aneinander in Einklang zu bringen versuchen. Dies ist der Nukleus des skizzierten Freiheitsideals: ein starker Wille, der sich in einem souveränen Handeln individuiert und uns die Gewissheit gibt, in dem, was wir uns vornehmen und tun, eine gute Figur zu machen. Ob wir das in der Moderne radikal individualisierte Glück jemals finden, steht diesem Freiheitsideal zufolge in den Sternen. Wir sind aber frei, danach zu streben. Das *pursuit of happiness* heißt auch, dass es wichtiger ist, *wie* wir uns jeweils um unser individuelles Glück bemühen, als dass wir es tatsächlich finden; worin immer wir unser Glück zu finden glauben, es wird für uns zu einem *Projekt*, dessen Ausführung wir dem Anspruch der Freiheit unterstellen.

3. Freiheit und Konkurrenz in der modernen Arbeitsgesellschaft

Das Streben nach dem besagten Freiheitsideal trifft freilich auf sozialstrukturelle Bedingungen seiner Verwirklichung, die ihm nicht nur im Sinne entweder der Zu- oder Abträglichkeit für das *pursuit of happiness* äußerlich bleiben, sondern es modulieren, in seinem Kern ändern und bestimmen. Ein zentraler Bestimmungsfaktor des liberalen Glücksstrebens ist dabei die Konkurrenz als zentrale Vergesellschaftungsform der Arbeit. (Vgl. Schlette 2015b; Schlette 2021) Moderne Gesellschaften sind wesentlich dadurch bestimmt, dass sie das soziale Allokationsmuster – also das Paradigma der Verteilung von Ressourcen, Gütern und Positionen – vom Prinzip der *Zuschreibung* – etwa aufgrund von Tradition, Stand und Autorität – auf das Prinzip der *Leistung* umstellen. Der Grundgedanke dieser

Umstellung lautet, dass im Prinzip alle Mitglieder der Gesellschaft in den Genuss von Ressourcen (Einkommen), Gütern, Positionen und Privilegien kommen können, und zwar relativ zu den von ihnen in der Bemühung um diese Ressourcen, Güter usw. erbrachten Leistungen. Die Transformation der Ständegesellschaft in die moderne Leistungsgesellschaft ist wiederum wesentlich durch die Vergesellschaftung der Arbeit vermittelt. Es ist die vor allem in der Erwerbsarbeit erbrachte Leistung, die nun durch Einkommen, Güter, Positionen und Privilegien entlohnt wird. Und zwischen der Erbringung einer Leistung und der Konkurrenz zwischen den unterschiedlichen Leistungserbringern besteht ein intrinsischer Zusammenhang, der bereits von Marx erkannt worden ist. (Marx 2014, 542f.) Gewöhnlich wird unter Konkurrenz ökonomischer Wettbewerb verstanden. Die Pointe der modernen Konkurrenzgesellschaften liegt aber nicht einfach darin, dass in ihr Konkurrenz ermöglicht und gefördert wird. Vielmehr hängt sie mit der »genuin *wettbewerbsförmigen* Organisation« (Rosa 2006, 82–104) der Arbeit zusammen. Sie liegt dann vor, wenn »die Setzung materialer Handlungsziele selbst zu einem entscheidenden Wettbewerbsmoment wird.« (Ebd.) Die Pointe einer genuin wettbewerbsförmigen Organisation der Wirtschaft besteht folglich in einer Umkehrung des Bedingungsverhältnisses von Produktionsziel und Wettbewerb. Nicht genuin wettbewerbsfähig ist die Wirtschaft dann organisiert, wenn ihr bestimmte Produktionsziele politisch vorgegeben werden und der Wettbewerb sich auf die Konkurrenz der Anbieter um das beste Angebot beschränkt, diese Ziele möglichst effizient zu verwirklichen – wobei die Effizienzkriterien (z.B. Masse, Qualität, Nachhaltigkeit usw.) ihrerseits politisch zu verhandeln wären. Konkurrenz ist in diesem Fall um der Verwirklichung der politisch gesetzten Produktionsziele willen erwünscht. Der Umschlag in eine genuin wettbewerbsmäßige Organisation der Wirtschaft geschieht dann, wenn die Zielsetzung der Produktion »selbst zu einem Instrument im Kampf um Wettbewerbsfähigkeit« (ebd.) wird, mit anderen Worten: wenn es den Wirtschaftsunternehmen überlassen wird, sich ihre Ziele selbst zu geben und sie diese allererst zur Steigerung ihrer Wettbewerbsfähigkeit entwickeln, um sich also möglichst vorteilhaft am Markt zu platzieren.

Die Transformation der Wirtschaft zu einer genuin wettbewerbsförmigen Organisation der Arbeit ist aber außerdem das Grundmodell für eine strukturanaloge Umstellung auch anderer Lebensbereiche auf genuinen Wettbewerb, in dem also bestimmte Handlungsziele

nicht aufgrund einer ihnen innewohnenden Rationalität – und in diesem Sinne *intrinsisch* – verfolgt werden, sondern aus primär *extrinsischer* Motivation durch die Vorteile, die das Handeln im Wettbewerb mit einer vermeintlichen oder realen Konkurrenz verschafft. Was in der Wirtschaft die Erzeugung von Nachfrage nach Gütern, ist in anderen Bereichen womöglich die Erzeugung von Aufmerksamkeit und Anerkennung für bestimmte Tätigkeiten oder Eigenschaften. Ob Pastorinnen mit außergewöhnlichen ›Dienstleistungen‹ um die Aufmerksamkeit junger Menschen oder Singles mit überraschenden Formen performativer Selbstinszenierung um potentielle Partner oder Freizeitaktivisten durch Extremsport um Sozialprestige in ihrer *peer group* buhlen: oftmals folgen die fraglichen Handlungen demselben Muster der erfolgreichen Platzierung im Wettbewerb wie Wirtschaftsgüter – nämlich durch die Erzeugung, hier: von Aufmerksamkeit, Attraktivität und Anerkennung durch Handlungen, die vor allem diese Wirkung im Sinn haben und womöglich weniger aufgrund eines ihnen innewohnenden Eigenwertes verfolgt werden. Um zu verstehen, was hier passiert, ist es abschließend nötig, einen Blick auf den Konkurrenzbegriff zu werfen:

›Konkurrenz‹ ist ein dreistelliges Prädikat: *Jemand* konkurriert *mit* einem oder mehreren Kontrahenten *um* ein Gut. Charakteristisch für dieses Miteinander ist seine Interessendifferenz. Gemeinsam haben die Konkurrenten dasjenige, was sie zugleich trennt: ihr Begehren nach dem Erwerb des Gutes. Spezifisch für die Konkurrenz ist daher ihr agonaler Charakter. Konkurrenzfördernde Güter sind solche, deren Knappheit ihre Verfügbarkeit einschränkt. Konkurrenten konkurrieren miteinander aufgrund wechselseitiger Erwartungen und Erwartungserwartungen. Nicht nur teilen sie die Einschätzung des begehrten Gutes, sie unterstellen einander auch die gleiche Einschätzung und darüber hinaus auch das Wissen des Anderen um die eigene Einschätzung des Gutes. Daher handelt es sich um eine gemeinsame Wertschätzung für Güter, die nicht als allen gleichermaßen verfügbar erachtet werden. Ferner machen die Konkurrenten nicht nur ihren Anspruch auf die Güter geltend, sondern sie unterstellen und akzeptieren den gleichen Anspruch auf der Seite ihrer Kontrahenten. Und schließlich berücksichtigen sie in ihrem Handeln wechselseitig die Absicht ihrer Kontrahenten, die von allen gleichermaßen begehrten Güter zu erwerben. Sie stellen sich in ihrem Handeln aufeinander ein, und zwar im Bewusstsein der wechselseitigen Angewiesenheit aufeinander. Denn der Vorzug des einen ist auf die Differenz vom

anderen angewiesen. Die Konkurrenten individuieren ihre jeweilige Leistung *gegenüber* ihrem jeweiligen Kontrahenten. Sie setzt dessen Existenz und Konkurrenzbereitschaft voraus. Der agonale Charakter der Konkurrenz hat daher den Charakter einer bestimmten Form von antagonistischer Kooperation.

Meine These lautet nun, dass das *pursuit of happiness* unter Bedingungen der genuin wettbewerbsförmigen Organisation der Sozialsphären wesentlich durch die Konkurrenz um die Anerkennung von Individualität bestimmt ist. Das Resultat erfolgreicher Konkurrenz ist die stets widerrufbare Anerkennung der Unverwechselbarkeit und Unvertretbarkeit individueller Eigenschaften, Fähigkeiten und Tätigkeiten durch Dritte. Das Selbst verwirklicht sich demnach aufgrund einer triadischen Konkurrenzdynamik: Demnach anerkennt z die Individualität von x in Differenz zu y. Die Basis dieser Anerkennung ist die Bewährung der Unverwechselbarkeit und Unvertretbarkeit von z gegenüber y für x. Dabei bestehen diese Anerkennungsverhältnisse wechselseitig, und sie sind wechselseitig auf die Bewährung der Individualität durch ihre jeweilige Einzigartigkeit bezogen. Dieses Modell folgt David Riesmans Idealtyp des außengeleiteten Charakters (vgl. Riesman 1989), der sein Verhalten weniger an intrinsischen Motiven, wie etwa mimetisch-introspektiv erkundeten Vorlieben und Neigungen, oder aber ›inneren‹ Überzeugungen oder gar dem ›Ruf des Gewissens‹ als vielmehr an den Verhaltenserwartungen seines sozialen Umfelds orientiert. Unter Bedingungen hochgradig individualisierter Gesellschaften werden die Menschen zunehmend mit der moralischen Erwartung ihrer sozialen Umgebung konfrontiert, das Leben in der Unterschiedenheit von bzw. der Unverwechselbarkeit mit anderen, also in differentieller: in antagonistisch-kooperativer Bezogenheit auf das Leben Dritter zu führen.

4. Die moderne Vergesellschaftung des Alterns und der Schrecken der Demenz

An dieser Stelle möchte ich zu altersphilosophischen Überlegungen zurückkehren. Wenn es stimmt, dass die westliche Moderne für viele Menschen im Bannkreis der Freiheit steht (so Axel Honneths Diagnose: 2013, 36) und sich das Freiheitsideal der Moderne in der Richtung explizieren lässt, die ich hier ansatzweise angedeutet habe, dann imprägniert dieses Freiheitsverständnis auch das Widerfahrnis

des Alterns. Die von Thomas Rentsch den Alterungsprozessen zugeschriebene Radikalisierung der menschlichen Existenzsituation lässt sich gar nicht in einem kulturell neutralen Rahmen erörtern, so als ob sie sich allen Menschen überall und zu jeder Zeit *grosso modo* in derselben Weise darstellt. Der Widerfahrnischarakter des Alterns verdichtet sich unter den Bedingungen des skizzierten Freiheitsideals als eines ubiquitären sozialen Deutungsmusters gelingender Lebensführung zur Antizipation eines Verlustes an Selbstmächtigkeit, der sich bis zur Ohnmächtigkeit der völligen Freiheitseinbuße steigern kann. Unter Bedingungen dieses Freiheitsideals gewinnt die von Rentsch ahistorisch gedachte Radikalisierung der menschlichen Existenzsituation alternder Menschen eine historisch spezifische Dynamik. In jeder ihrer Dimensionen droht das die Freiheit qualifizierende Passungsverhältnis zwischen Wollen und Können empfindlich gestört zu werden.

Gewiss, die von Rentsch als »Körperwerdung« und »Zeitwerdung« apostrophierten Phänomene können bereits kulturunspezifisch als Bürde des Alterns einleuchten. Was die »Körperwerdung« des physischen Alterns anbelangt, so beeinträchtigen die sich häufenden »Störungen leiblicher Funktionen« die Handlungssouveränität alternder Menschen; die Resonanz Erfahrung in der Verfolgung von Handlungszielen droht abzunehmen, die Verhaltenssicherheit eingebüßt zu werden. Was die »Zeitwerdung« anbelangt, die Rentsch dem psychischen Altern zuschreibt, so gewinnt sie ihre Bedeutung vor allem aus dem Einfluss, den sie auf die Dynamik der Willensbildung nimmt: sie disponiert dazu, das Zukünftige zunehmend im Lichte des Vergangenen, das Neue im Licht des Bekannten zu erfahren; der klassische Topos des Überdrusses an der Nutzung von Spielräumen der Lebensführung legt sich hier nahe. Aber insbesondere das »soziale Altern« muss in den Kontext der jeweiligen Kultur eingebettet werden, in der es den Menschen widerfährt und von ihnen gestaltet wird, also hier: in die moderne, individualisierte, wettbewerbsförmig organisierte Leistungs- und Selbstdarstellungskultur. Denn es betrifft eklatant die Anerkennungsdynamik in der Verwirklichung eines Passungsverhältnisses zwischen Willen und Können. Die Beispiele von Musikern, die aufgrund altersbedingter Einbußen feinmotorischer Fähigkeiten den technischen Stand nicht mehr halten können, den ihr Instrument von ihnen erfordert, sind Legion und dienen als Stoff für Tragikomödien. Rollatoren werden zu *running gags*. Der demente Mensch, der vermeintlich nichts mehr »vorzuweisen« hat, hält her als

Schreckensvision von dem, was einem erheblichen Prozentsatz der Bevölkerung bevorsteht.

Sind Urheberchaft und Selbstmächtigkeit in dem, was wir tun, ohnehin schon angewiesen auf entgegenkommende Anerkennung, so dramatisiert sich die Bewährungssituation des sozialen Alterns unter Bedingungen der konkurrenzförmigen Vergesellschaftung des Freiheitsstrebens. Der Individualisierungsdruck auf die Kultivierung von Unverwechselbarkeit und Unvertretbarkeit des Einzelnen kann zur Anerkennungsverweigerung führen, wenn die Selbstdarstellung hinter den Leistungsansprüchen auf Einzigartigkeit zurückbleibt. Hier drohen insbesondere eine wachsende Entfremdung zwischen den Generationen und in ihrer Folge die Älteren in ihrer Lebensgestaltung allein zu bleiben, weil sie aus dem Aufmerksamkeitsbereich der Jüngeren gleichsam herausfallen: die Alten »zählen« nicht mehr, sie sind in ihrer Lebensweise eben nicht nur alt, sondern leider auch hoffnungslos »veraltet«. Vergessen und Isolation charakterisieren vor diesem Hintergrund nicht nur Einzelschicksale, sondern sie besitzen darüber hinaus einen strukturellen Aspekt. Dieser verrät sich wohl auch in der ambivalenten Einschätzung von Altenheimen als Orten der gegenüber den überforderten Angehörigen verlässlich professionalisierten Fürsorge einerseits und der verlegen-ratlosen Aufbewahrung andererseits.

Die ubiquitäre Angst vor der Alzheimer-Erkrankung beruht im Lichte meiner Überlegungen nicht zuletzt auf der Vorstellung eines gänzlichen »Ich«-Versagens der Person, auf einer Finalität von Körperwerdung, Zeitwerdung und Vereinsamung, die in gänzlichen Freiheitsverlust mündet. Als eine Reflexionsgestalt dieser Angst verstehe ich auch das Sondervotum des Berliner Philosophen Volker Gerhardt im Rahmen der Stellungnahme des Deutschen Ethikrats zum Thema »Demenz und Selbstbestimmung« aus dem Jahr 2012. Gerhardt, selbst Mitglied des Ethikrats, hat die radikalisierte Existenzsituation der Alzheimer-Demenz als »biografische Katastrophe« bezeichnet: »Wer nicht in aller Deutlichkeit sagt, dass hier unwiderrufflich etwas zu Ende geht, was eine Person im Umgang mit Ihrgleichen ausmacht, der verharmlost die Demenz.« (2012, 104) Daher müsse ein vor der Demenz geäußertes Wille respektiert werden, »selbstbestimmt zu sterben, ehe man zu einem unmündigen Pflegefall wird.« (Ebd.) Der Hamburger Philosoph Ekkehard Martens wiederum fordert eine Abwägung zwischen dem vor Ausbruch der Krankheit geäußerten Willen, das Leben selbstbestimmt zu beenden, und dem

aktuellen Lebenswunsch des Patienten selbst noch im Spätstadium der Demenz. Fordere man für das Vorliegen von Selbstbestimmung wie Gerhardt eine auf Selbstbeobachtung, Selbstreflexion und Selbstverantwortung beruhende Lebensführung, dann übertrumpfe der vor Ausbruch der Erkrankung geäußerte Wille den des Kranken. »Wenn man dagegen einem Menschen Mündigkeit auch dann zuspricht, wenn er nur noch minimale sinnliche Bedürfnisse selbständig und auch nonverbal äußern kann, hat sein aktueller Lebenswunsch Vorrang vor einer früher geäußerten Auffassung.« (2013, 208)

Ich enthalte mich hier einer Positionierung auf einer der beiden Seiten. Mir geht es um zweierlei: *Erstens* entspricht Gerhardts Auffassung genau der von mir entwickelten These vom Primat der Freiheit: diesem Freiheitsverständnis zufolge ist eben auch die Bereitschaft, das Leben nötigenfalls um unserer idealen Selbst-Konzeption von Urheberschaft und Selbstmächtigkeit willen preiszugeben, Ursprung unserer Identität als freier Subjekte, kurz gesagt: »Die Entscheidung, ob man sein wirkliches Leben riskiert oder die ideale Selbst-Konzeption aufgibt, ist eine Entscheidung darüber, wer man ist.« (Brandom 2004, 50) Wer wir sind, ist in der westlichen Moderne wesentlich durch die *pursuit of happiness*-Freiheit bestimmt, das heißt eben dadurch, das Leben im Lichte der skizzierten Alternative zu bewerten. Sie liegt meines Erachtens auch Volker Gerhardts Position in der Alzheimer-Debatte zugrunde. *Zweitens* aber wollte ich plausibilisieren, dass die ideale Selbst-Konzeption, die zu den zentralen Deutungsmustern moderner westlicher Gesellschaften zählt, durch die abstrakte Fähigkeit zu Selbstbestimmung und Autonomie keineswegs erschöpfend bestimmt ist. Im ›Bannkreis der Freiheit‹ besteht für eine wachsende Anzahl Menschen die identitätsbildende Konkretisierung des *pursuit of happiness* in der Kultivierung der individualistischen Einzigartigkeit ihrer Lebensführung. ›Alzheimer‹ wird daher von vielen Menschen als Schreckgespenst einer großen Persönlichkeitsnivellierung empfunden und in den Medien auch so inszeniert: die neurodegenerative Erkrankung beraube uns, so die Befürchtung, des spezifischen Persönlichkeitsprofils, um das wir gekämpft, durch das wir mit anderen um Aufmerksamkeit und Anerkennung unseres ›Lebensprojekts‹ konkurriert haben; am Ende stehe nur noch die Zwangskollektivierung als Patient in einer Pflegeeinrichtung, die keinen Unterschied mehr macht in übergriffigen, aber funktionalen Fürsorgezuwendungen bis zum endlichen Eintreten des Todes. Die Angst vor ›Alzheimer‹ ist auch eine Angst vor dem Verlust von Takt,

von Stil, von Form, sowohl auf Seiten der Erkrankten als auch auf Seiten derer, die nun für sie aufkommen müssen (und die Betonung liegt oft genug auf ›müssen‹) – und all dies hat im Kern mit unserem modernen Freiheitsbegriff zu tun.

5. Eine andere Freiheit: Mit sich auskommen lernen

Nun muss sich niemand dem von mir behaupteten Primat der Freiheit im Wertesystem der westlichen Gesellschaften unterwerfen, insbesondere nicht vor dem Hintergrund der Konkurrenzbedingungen ihrer Realisierung. Denn es hat den Status eines *social imagery*, nicht einer sanktionsbewehrten positiven Norm. Aber wenn wir für einen Augenblick davon ausgehen, dass unsere Zeit im Bannkreis der Freiheit steht, wenn wir ferner dieses Freiheitsideal in eine Beschreibung von der Art übersetzen, wie ich sie hier geboten habe, dann wäre es der Ausdruck eines Mangels an Respekt gegenüber den Betroffenen, sich zu diesem Freiheitsideal aus ideologischen Gründen in ein Verhältnis der abstrakten Negation setzen zu wollen. Auch die ideologiekritische Decouvrierung der sozialstrukturellen Bedingungen für die Entstehung und Entwicklung des Freiheitsideals eines *pursuit of happiness* ändert nichts an der gegebenenfalls identitätsbildenden Bedeutung dieses Ideals für das Selbstverständnis der Menschen. Diesem Selbstverständnis gegensteuern zu wollen, kann leicht Züge einer paternalistischen Bevormundung annehmen. Es sind daher wohl in erster Linie gerontophilosophische Überlegungen, die zumindest eine Revision des besagten Freiheitsideals *aus seiner Mitte heraus* – und nicht auf Grundlage ganz anderer Prämissen – nahelegen.

Meine abschließende These lautet, dass die Radikalisierung der menschlichen Existenzsituation alternder Menschen im Lichte des Freiheitsideals dessen Reflexion in sich anstoßen könnte. Darunter verstehe ich, dass wir zu unserem Freiheitsanspruch selbst noch einmal um der Freiheit willen in eine Haltung der kritischen Halbdistanz gehen, also im Modus der bestimmten Negation an dem Freiheitsideal *festhalten* – und zwar *gegen* seine Selbstverstrickung in die Unfreiheit des ubiquitären gesellschaftlichen Zwanges zur individualisierten Selbstbehauptung im Konkurrenzkampf um Anerkennung. So legt der Widerfahrnischarakter des Alterns nahe, dass es durchaus sinnvoll ist, die Freiheit, die vom einzelnen als Übereinstimmung von

Wollen und Können erlebt wird, durch eine Art *reservatio mentalis* der Person gegenüber ihrem Streben nach Glück zu brechen. Die besagte *reservatio* bestünde in dem Bewusstsein, dass unsere Freiheit in ihren Bestimmungsfaktoren des Willens und Könnens nicht vollständig in unserer Macht steht, dass die Kongruenz von Wollen und Können stets nur partiell und vorübergehend realisiert werden kann.

Auch diese Einsicht sollte sich den Menschen grundsätzlich altersunabhängig erschließen können, aber es ist gerade die radikalisierte Existenzsituation des Alterns unter den heute gegebenen gesellschaftlichen Bedingungen, die diesen Überlegungen eine gewisse Plausibilität verleihen dürfte. Die reflexive Wendung des Freiheitsanspruchs lässt sich meines Erachtens als eine Selbstbeziehung verstehen, in der wir uns zu der Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit der Freiheit verhalten und in diesem Verhältnis eine Souveränität sozusagen zweiter Ordnung gewinnen. Dieter Thomä hat vorgeschlagen, diese Selbstbeziehung als eine interne Interaktion zu verstehen. Und er plädiert dafür, sie von der Haltung geprägt sein zu lassen, ganz einfach *mit sich auszukommen*. (Thomä 2003b, 278) Thomä möchte das Auskommen-mit-sich als eine Empfehlung verstanden wissen, sich zugewandt zu sein, die er auch als Selbstliebe bezeichnet. »Wenn ich mich selbst liebe«, so Thomä, »schließe ich darin mich als ganze Person ein.« (Ebd., 281) Mit allen meinen Schwächen, heißt das, mit dem, was ungetan bleibt in meinem Leben. Das Konzept der Selbstliebe steht aber nicht im Widerspruch zu dem der Freiheit und auch nicht in Konkurrenz zu ihm. Rechtverstandene Selbstliebe ist vielmehr Ausdruck der Befähigung zu einer besonnenen Freiheit, derer wir in ihrer Verkörpertheit gewahr sind, das heißt unter Bedingungen der Vorgängigkeit unseres Lebens, unserer Leiblichkeit, unseres Gewordenseins, unserer Situiertheit – gegenüber unseren Intentionen. So scheint sich im Lichte des modernen Freiheitsprojekts aus der Radikalisierung der menschlichen Existenzsituation eine Empfänglichkeit für die Selbstliebe als Grundhaltung der Lebensführung ansinnen zu lassen. Thomäs Konzept der Selbstliebe könnte ein Schlüssel dazu sein, mit den Restriktionen der von Rentsch vermerkten »Körperwerdung« und »Zeitwerdung« des alten Menschen zurechtkommen zu lernen (vgl. Rentsch 1994, 297). Zugegeben: Selbstliebe ändert *prima facie* nichts am sozialen Altern, also an der Wahrscheinlichkeit von Reziprozitätsverlust im Verhältnis zu den Jüngeren und schließlich der Vereinsamung als Konsequenz gestörter Reziprozität im Generationenverhältnis. Gelänge es aber, die Selbst-

liebe als Grundlage individualisierter Lebensentwürfe gesellschaftsfähig zu machen, so wäre sie jedenfalls ein Grund, mit Ekkehard Martens Gerhards Schreckensversion der Alzheimer-Erkrankung als einer Verfallsgeschichte, die in einen unmündigen Pflegefall mündet, durch den Verweis auf eine ›tiefer‹ liegende Kontinuität der Person in ihrer Vertrautheit mit sich zu parieren. (Vgl. Fuchs 2020, 665–676) Ich denke etwa an die Selbstvertrautheit in der Erfahrung der expressiven Qualität von Gesten, in denen sich im Übrigen auch für Dritte immer noch der persönliche Charakter und Habitus des Demenzen mitteilt. Ein eindrückliches konkretes Beispiel dafür ist Arno Geigers Schilderung des friedvollen Beisichseins seines demenzem Vaters, während dieser bei der Morgentoilette mit immer noch sicherer Hand den Knopf seines Kragens schließt – eine Mikrohandlung, in der nicht nur der Alte sich in einer ihn subjektiv erfüllenden Weise, wie der Ausdruckscharakter der Geste belegt, Selbstvertrautheit diesseits der Kontinuität einer längst derangierten Orts- und Zeitorientierung bewahrt, sondern auch der Sohn die alte Geschicklichkeit des Vaters und in ihr dessen unverwechselbare Persönlichkeit wiedererkennt. (Geiger 2011, 145)

Das Konzept der Selbstliebe fundiert die unterschiedlichen Lebensentwürfe des einzelnen in einer grundlegenden Akzeptanz seines So-seins und eröffnet die Möglichkeit, noch das Scheitern, das Verblässen oder den Abbruch dieser Lebensentwürfe als Modulationen eines allem Handeln vorausliegenden So-seins anzuerkennen, das ich als Ausdruck meiner selbst zu akzeptieren gelernt habe. Es spricht nichts dagegen, *diese* ideale Selbst-Konzeption auch den Jüngeren nahezubringen, also für eine grundlegende Revision des kulturell dominanten *pursuit of happiness* zu werben.

Literaturverzeichnis

- Brandom, R. (2004). Selbstbewusstsein und Selbstkonstitution. Die Struktur von Wünschen und Anerkennung. In Chr. Halbig, M. Quante & L. Siep (Hrsg.), *Hegels Erbe* (S. 46–77). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Dewey, J. (1922/1983). Human Nature and Conduct. In J. A. Boydston (Hrsg.), *The Middle Works: 1899 – 1924, Bd. 14*. Carbondale: Southern Illinois University Press.
- Fuchs, Th. (2020). Embodiment and personal identity in dementia. *Medicine, Health Care and Philosophy* 23, 665–676.
- Geiger, A. (2011). *Der alte König in seinem Exil*. München: Hanser.

- Gerhardt, V. (2012). Sondervotum. In Deutscher Ethikrat, *Demenz und Selbstbestimmung. Stellungnahme* (S. 101–105). Berlin: Deutscher Ethikrat.
- Höffe, O. (2017). Gerontologische Ethik. Zwölf Bausteine für eine neue Disziplin. In Th. Rentsch & M. Vollmann (Hrsg.), *Gutes Leben im Alter. Die philosophischen Grundlagen* (S. 212–232). Stuttgart: Reclam.
- Honneth, A. (2011). *Das Recht der Freiheit. Grundriß einer demokratischen Sittlichkeit*. Berlin: Suhrkamp.
- Jung, M. & Schlette, M. (2018). Stimmigkeit als Geltungsanspruch. Die Triade der Artikulation. *Deutsche Zeitschrift für Philosophie*, 6, 587–606.
- Martens, E. (2013). Angst vor der »ausweglosen Krankheit A.« – Mit Alzheimer-Demenz »aufgehoben« weiterleben. In Th. Rentsch, H.-P. Zimmermann & A. Kruse (Hrsg.), *Altern in unserer Zeit* (S. 204–211). Frankfurt (Main): Campus.
- Marx, K. (2014). *Grundrisse der Kritik der politischen Ökonomie. Marx-Engels-Werke, Bd. 42* (3. Aufl.). Berlin: Dietz-Verlag.
- Rentsch, Th. (1994). Philosophische Anthropologie und Ethik der späten Lebenszeit. In P. B. Baltes, J. Mittelstraß & U. M. Staudinger (Hrsg.), *Alter und Altern. Ein interdisziplinärer Studientext zur Gerontologie* (S. 283–304). Berlin New York: De Gruyter.
- Rentsch, Th. (2017). Altern als Werden zu sich selbst. Philosophische Ethik der späten Lebenszeit. In Th. Rentsch & M. Vollmann (Hrsg.), *Gutes Leben im Alter. Die philosophischen Grundlagen* (S. 189–206). Stuttgart: Reclam.
- Riesman, D. (1989). *The Lonely Crowd. A study of the changing American character*. New Haven London: Yale UP.
- Rosa, H. (2006). Wettbewerb als Interaktionsmodus. *Leviathan*, 34 (1), 82–104.
- Schlette, M. (2014). Über die Gewissheit, eine gute Figur zu machen. In S. Schulte (Hrsg.), *So verstehen wir. Texte über das Verstehen* (S. 117–130). Münster: Waxmann.
- Schlette, M. (2015a). Verkörperte Freiheit. Praktische Philosophie zwischen Kognitionswissenschaften und Pragmatismus. *Ethik und Gesellschaft*, 1.
- Schlette, M. (2015b). Individualisierung durch Konkurrenz. Grundlagen und Entwicklungsdynamik antagonistischer Kooperation. In Th. Kirchhoff (Hrsg.), *Konkurrenz. Historische, strukturelle und normative Perspektiven* (S. 237–260). Bielefeld: Transkript.
- Schlette, M. (2021). Selbstverwirklichung durch Arbeit? Zur Legitimationsgrundlage moderner Arbeitsgesellschaften. In B. Müller, Chr. Seibert & O. Vornfeld (Hrsg.), *Arbeit am Selbst. Interdisziplinäre Perspektiven* (S. 169–182). Leipzig: EVA.
- Thomä, D. (2003a). Selbstbestimmung, Selbsterhaltung und Glück. Über den Utilitarismus, Nietzsche, Max Weber, Heidegger und die Nachlässigkeit der Demokratie. In Ders., *Vom Glück in der Moderne* (S. 131–269). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Thomä, D. (2003b). Zur Rehabilitierung der Selbstliebe. In Ders., *Vom Glück in der Moderne* (S. 270–291). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Tugendhat, E. (2003). *Egozentrizität und Mystik. Eine anthropologische Studie*. München: Beck.

Hans-Martin Rieger

Die Würde des Gewordenen

Die Bedeutung eines leibgebundenen Personbegriffs für Menschen mit Demenz

Abstract

Das lebensgeschichtlich Gewordene und die Sedimentationen des Leiblichen haben in einer von Potentialität gekennzeichneten Moderne einen schweren Stand. Der gerontologische Diskurs zeigt sich differenziert; leibphänomenologische und medizinisch-anthropologische Positionen bieten geradezu Gegenentwürfe, um den sich der Gestaltung entziehenden und Fähigkeiten absorbierenden Körper in die Selbstwerdung des Menschen einzubeziehen. Der Verlust personaler Eigenschaften, wie er bei dementiellen Erkrankungen auftritt, hat darüber hinaus eine eigene würdetheoretische Brisanz. Er gefährdet die personale Identität derer, welche zum Trägerkreis der Würde gehören. Die Suche gilt deshalb Merkmalen, die auch im Erkrankungsfall weitgehend intakt bleiben. Diese Suche ist jedoch zu relativieren, wenn die Leiblichkeit des Personseins beachtet wird. Denn dann kann Personsein nicht lediglich an einer einzigen durchgehenden Eigenschaft festgemacht werden. Außerdem schließt Personsein nicht nur die Potentialität zur Fleischwerdung, sondern auch die Potentialität zum Vergehen ein. Schließlich ist zu beachten, dass die Würde sich nicht lediglich auf einen formalen Status des Personseins bezieht, sondern auf die konkrete Persönlichkeit in ihrem Gewordensein und in ihrer Fragilität.

Der »flexible Mensch« (Sennett 2000) oder das »flexible Selbst« (Brandtstädter 2007) sind gefragt. Flexibilität, Potentialität und Gestaltbarkeit gelten als Kennzeichen des Lebens als Person. Was sich nicht verändert, ist bereits tot. Die Vorstellungen von Flexibilität und Potentialität führen eine latente Normativität mit sich. Diese prägen gesellschaftliche und ökonomische Grundauffassungen, aber

auch – und das ist nachfolgend das Thema – die Auffassungen des Alters und seiner Würde. Diesbezüglich ist es alles andere als unerheblich, wenn Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung auf der Grundlage des Ergreifens von Möglichkeiten gedacht und zum Kern des Personseins erhoben werden. Im höheren Alter wird nämlich das moderne Subjekt zunehmend mit Situationen konfrontiert, in denen die Prädikate, die seine Personalität auszeichnen sollen, nur in eingeschränkter Form vorliegen – oder sogar ganz verloren gehen. Mit dem Verlust der Fähigkeit, Möglichkeiten ergreifen und sich selbst bestimmen zu können, scheint alles gefährdet zu sein, was das moderne Subjekt ausmacht. Die Dämonisierung der Demenz in Teilen der öffentlichen Wahrnehmung erklärt sich in diesem Zusammenhang fast von selbst. Wird bei einer fortschreitenden Demenz nicht das Subjekt der Handlungsmöglichkeiten von einem verhärteten Körper gleichsam absorbiert – einem Körper, der sich der (Selbst-)Gestaltung und Modellierung zunehmend entzieht? Was kann hier noch Selbstwerdung oder Werden-zu-sich-selbst heißen (Rentsch 1992), wenn das Gewordene des Körpers – in seiner Fremdheit und naturhaften Zügellosigkeit – die Lebensvollzüge bestimmt?

Die Gerontologie stellt sich mittlerweile dem Erfordernis, den eigenen Anteil an der latenten Normativität ihrer Leitbegriffe kritisch zu bedenken. Solches betrifft zuvörderst die forschungsrelevante Frage, was als das Problematische beziehungsweise als das Positive im Altersprozess angesehen werden soll (Kaiser 1998; Moody 2001; Amann & Kolland 2008). Bereits P. Baltes (2007) sprach diesbezüglich von einem Balanceakt. Tatsächlich haben gerontologische Leitbegriffe wie ›Potentialität‹, ›Plastizität‹, aber auch die Rede vom ›produktiven Alter‹ oder vom ›Neuwerden im Alter‹ Aspekte des Verlusts, des Abschieds und der Verletzlichkeit in sich aufgenommen. A. Kruse (2017) bezieht seine Rede von Potentialen und der Selbstgestaltung im Alter ausdrücklich auf die Integration von Verletzlichkeit.

Im Sinne einer kritischen Balancefindung will ich mich im Folgenden dem Problem zuwenden, wie im Horizont einer von Potentialität und Flexibilität geprägten Gesellschaft das leiblich Festgewordene und Nicht-mehr-Flexible in die Bejahung des Alterns einbezogen werden kann. Im Fokus steht also die Reflexion über das lebensgeschichtlich Gewordene des Menschen. Wollte man hier von ›Verkörperung‹ reden, wäre die Begriffsverschiebung gegenüber der kognitionswissenschaftlichen und philosophischen Begriffsverwendung im Zuge des Paradigmas von *embodiment* zu beachten. Geht es

dort darum, Mentales im Körper und in der praktischen Interaktion mit der Umwelt eingebettet zu sehen (Fingerhut et al. 2013), geht es mir im Folgenden zunächst um eine lebensgeschichtliche Körperwerdung – und zwar als einem von Ambiguitäten und Inversionen durchsetzten Phänomen.¹ Um es mit einer Redewendung von H. Plügge zuzuspitzen: Im fortgeschrittenen Stadium der Demenz scheint es, dass wir nicht mehr unseren Körper haben, sondern der Körper uns hat (Plügge 1962, 58f.). Solche und andere Wahrnehmungen der Demenz lassen sich von normativ imprägnierten Deutungen kaum trennen: Im Kontext des Leitideals von Potentialität und Flexibilität drängt sich beispielsweise die Deutung auf, dass bei einer derartigen Körperwerdung – bildlich gesprochen – die Verhärtungen oder Ablagerungen des Körpers die Fließbewegungen personaler Lebensvollzüge zu ersticken drohen. Eine solche Sichtweise lenkt wiederum die Aufmerksamkeit auf die entscheidende Ausgangsfrage hin – die Frage nämlich, in welcher Weise Potentiale und in welcher Weise das Festgewordene bedeutungsresonant werden. Licht und Schatten scheinen diesbezüglich in Alters- und Würdediskursen klar verteilt.²

1. Gerontologische und phänomenologische Annäherungen an die Körperwerdung im Alter

Der klassische Vergleich des Alterns mit dem Wachstum eines Baumes ist auch für die Gerontologie einschlägig geworden und bietet sich für eine erste Annäherung an (Birren 1974, 11f.). Mit diesem Bild lässt sich Altern als dynamischer Prozess im Wechselspiel von Veränderung und Verfestigung, von Flexibilität und Stabilität verdeutlichen. Entscheidend dabei ist, dass ab dem Ausbilden der Zweige Wachstum immer auf früherem Wachstum beruht und jede Verzweigung das bis dahin Gewordene an Verzweigungen (an früheren Entscheidungen, Auseinandersetzungen, Versäumnissen) fortsetzt. An den Jahresringen lassen sich die früheren und gewissermaßen

¹ Im weiteren Verlauf wird allerdings auch der Zusammenhang der beiden Aspekte sichtbar werden.

² Es geht nicht darum, die Suche nach dem Licht der Potentiale des Lebens auch in schwersten Lebenslagen zu hinterfragen. Zu hinterfragen ist aber eine Entgegensetzung, die das körperhaft Gewordene nicht zu würdigen weiß. Nicht bestritten wird schließlich die bewältigungspsychologische Einsicht, dass hartnäckiges Festhalten an Handlungssequenzen häufig nicht protektiv ist.

verhärteten Auseinandersetzungen mit unterschiedlichen Aufgaben und Belastungskonstellationen ablesen. Solche Auseinandersetzungen machen die Festigkeit, aber auch die Schwäche eines Baumes aus. Unterschiedliche Lebens- und Umweltbedingungen verfestigen sich in dem, was man als strukturelle Vulnerabilität operationalisiert hat (Rudolf & Henningsen 2017, 110f.).

Mit diesem Bild lässt sich noch einmal schön die Gefahr einer auf Potentialität ausgerichteten Betrachtungsweise verdeutlichen: Die Wachstumsmöglichkeiten und -potentiale werden bedeutungsresonant, während dem Festgewordenen (sprich: der zunehmenden Gesamtheit des Baumes unterhalb der sich ausbildenden Zweige) kaum Wertschätzung entgegengebracht wird. Es bleibt sowohl bei der kaum bestreitbaren Einsicht, dass Möglichkeitsspielräume abnehmen, als auch bei der Fokussierung auf die Frage des *Noch-Könnens* im Alter.

Die neueren gerontologischen Diskurse sind auch diesbezüglich weiter fortgeschritten. Die lebensgeschichtliche Körperwerdung und die Abnahme der Zukunftsmöglichkeiten werden sowohl hinsichtlich ihres Konfliktpotentials als auch hinsichtlich der mit ihnen einhergehenden Entwicklungsaufgaben vielfach thematisiert. Ich gebe nur einige Beispiele im Blick auf die nichtpathologischen Formen dieser Phänomene, ehe ich zu den pathologischen Formen übergehe, die durch eine Demenzerkrankung verursacht werden.

Ein erstes Beispiel bietet schon die Differenzierung der kognitiven Leistungsfähigkeit, für die sich seit der Berliner Altersstudie 1986 die Unterscheidung von fluider und kristalliner Intelligenz durchgesetzt hat: Bei den im Alter (unterschiedlich) häufig vorkommenden Formen kristalliner Intelligenz handelt es sich um lebensgeschichtlich erworbenes Wissen-wie, um habitualisierte Verhaltensmuster und Lösungsstrategien (vgl. Baltes 1990; Ghisletta & Lercerf 2016).

Ein zweites Beispiel betrifft die Entwicklungspsychologie des Alterns bzw. das Konzept der Entwicklungsaufgaben im Alter. Ansatzpunkt ist der auch seitens der Leibphänomenologie bearbeitete Sachverhalt, dass der Körper im höheren Alter aus seinem selbstverständlichen Gebraucht-werden-können heraustritt und sich als anfälliger, verletzlicher Körper erweist, welcher sich der Modellierbarkeit und Gestaltbarkeit entzieht. Im entwicklungspsychologischen Modell von G. Heuft stellt der Körper bzw. die Körpererfahrung den entscheidenden »Entwicklungsorganisator« des hohen Alters dar (Heuft et al. 2006, 64–67). Die Herausforderung besteht darin,

den alternden, anfälligen und in Teilen unbeherrschbaren Körper nicht als Widersacher zu sehen, sondern ins Selbstkonzept zu integrieren. Hier können narzisstische Konflikte aufbrechen, falls sich das Ideal-Ich an Vorstellungen der Unverletzlichkeit, des langen Jungbleibens und vor allem der Körperkontrolle orientiert. M. Peters bezieht die narzisstische Herausforderung gleichermaßen auf die Körperwahrnehmung wie auf die Zeitwahrnehmung: Angesichts dessen, dass Zukunftsmöglichkeiten weniger werden, verschärft sich der Widerspruch zwischen den Möglichkeiten, die ein Mensch hätte verwirklichen können oder wollen, und den Möglichkeiten, die er tatsächlich verwirklicht hat. Dem Ich-Ideal droht mit dem Verlust an Zukunft die Projektionsfläche entzogen zu werden. Auf der anderen Seite droht die Vergangenheit nicht mehr positiv angeeignet, sondern als einengende Fatalität empfunden zu werden (Peters 2004, 83, 89, 99).

Offensichtlich ist bei solchen Konzeptualisierungen, dass die Rede von Entwicklungspotentialen auf eine Umgangsfähigkeit zielt, welche gerade die Körperwerdung in Gestalt des Gewordenen und Nicht-Gewordenen als zum eigenen Leben gehörend bejahen kann. Das Problem ist nur, dass diese Umgangsfähigkeit nun auch selbst ein Produkt des Gewordenen und Nicht-Gewordenen ist, dass sie selbst Biografie- und umweltabhängig ist. In ihr verdichten sich nicht nur Kompetenzerfahrungen, sondern auch Verlust- und Verletzlichkeitserfahrungen. An dieser Stelle ist mit Recht gefordert worden, die Umgangsfähigkeit nicht nur als aktives Bewältigungspotential, sondern auch als passive Fähigkeit des Ergreifen-Lassens zu verstehen (Olbrich 1997; Rosenmayr 1999). Das konvergiert mit dem philosophischen Anliegen, auch den Begriff der Selbstbestimmung um seine passiven Komponenten zu bereichern und im Sinne eines Sichbestimmenlassens zu fassen (Seel 2002).

Damit ist zugleich auch ein Zugang zu den durch eine Demenzerkrankung gekennzeichneten pathologischen Formen des Alterns gewonnen: Dem Selbst entschwindet nicht nur die aktive Umgangsfähigkeit, es wird vielmehr selbst fragil und entgleitet. Den Körper als Entwicklungsaufgabe und insofern als Gegenüber zu betrachten, trifft auf den erwähnten Sachverhalt, dass der Körper selbst viele personale Fähigkeiten raubt und insofern als Subjekt auftritt. Das kann normative Konsequenzen haben: Wenn Potentiale und Fähigkeiten vom Körper gleichsam absorbiert werden, scheint einer Person-

vorstellung, die sich an Potentialen und Fähigkeiten orientiert, ihre Grundlage genommen.

A. Kruse trägt dem Sachverhalt Rechnung, dass bei einer demenziellen Erkrankung von einem kohärenten Selbst nicht mehr ausgegangen werden kann. Er postuliert »Inseln des Selbst«, die zwar nicht mehr jene Umgangsfähigkeit, wohl aber eine »Selbstaktualisierungsfähigkeit« zu tragen imstande sind. Ausgangspunkt sind Untersuchungen zum Verhalten und Erleben von demenzkranken Menschen, laut denen diese selbst in bestimmten Situationen mit affektiven Verhaltens- und Umgangsmustern reagieren, welche zum großen Teil den Charakter leiblicher Gewohnheiten haben (Kruse 2017, 338f.). Er bezieht sich dabei u. a. auf ein »Leibgedächtnis«, wie Th. Fuchs es in Analogie zu P. Bourdieus Vorstellung von leiblichen Habitualisierungen entfaltet und als eigentlichen Träger der Lebensgeschichte einer explizit-bewussten Identität zugrunde gelegt hat (Fuchs 2008a, 57f.). Kruse zufolge würden sich in habitualisierten Verhaltens- und Umgangsmustern »Qualitäten« des früheren Selbst ausdrücken. Die Ausdrucks- und Mitteilungstendenz selbst wird als »Selbstaktualisierungstendenz« gefasst und allen Menschen als zentrales Motiv unterstellt. Mit W. Stern und mit K. Goldstein wird dabei eine Form der Selbstgestaltung in den Blick gerückt, die sich in einer Responsivität bzw. einem bedeutungsvollen Verhalten zu Eindrücken der Umwelt äußert. Für Kruse schließt die Rede von Potentialen der Selbstgestaltung mit V. Frankl auch das Annehmen von Widerfahrnissen und Leiden ein.

Diese wenigen Einblicke ermöglichen bereits eine differenziertere Wahrnehmung der lebensgeschichtlichen Körperwerdung: Einerseits stellt das so Gewordene eine Herausforderung bzw. eine Entwicklungsaufgabe des höheren Alters dar, andererseits gehören zum Gewordenen inkorporierte Verhaltens- und Erlebensmuster, denen für die personale Identität auch im Falle dementieller Erkrankungen eine tragende Funktion zugeschrieben wird. Man könnte sagen: Im ersten Fall erscheint das Festgewordene des Baums zwar zunächst als Einschränkung des Möglichkeitshorizonts, es bietet zugleich aber auch ein Entwicklungspotential. Im zuletzt genannten Fall werden im Festgewordenen diejenige Beständigkeit und diejenige Kontinuität in der Zeit gesucht, die für die Identität einer Person grundlegend sind. Die lebensgeschichtliche Sedimentierung umfasst also unterschiedliche Momente: Abnahme bzw. Einschränkung der Potentialität, Ermöglichung neuer Potentialität, Beständigkeit und Kontinuität

in der Zeit. Damit ist auch klar: Im Blick auf die gerontologische Thematisierung lässt sich der erwähnte Eindruck, Licht und Schatten seien klar verteilt, nicht aufrechterhalten.

Gleichwohl bleiben Fragen: Ist es nicht zumindest einseitig, das Phänomen der Körperwerdung auf zur Gewohnheit gewordene (Rest-)Bestände von Erlebens- und Verhaltensmuster zusammenzuziehen? Denn damit kommt die Naturhaftigkeit des Körpers lediglich als habitualisierte und geordnete, als allenfalls verändertes Zuhause in den Blick. Angesichts dementieller Erkrankungen erhebt sich aber die Frage, ob eine solche Perspektive zwar eine wichtige Seite der Körperwerdung zu thematisieren erlaubt, dafür aber die Seite der ungezügelter Naturhaftigkeit und die Momente des Anders- und Fremdwerdens zu unterschlagen und die Dissoziation des Erlebens auszublenden tendiert. Im Hintergrund scheint das unausgesprochene (berechtigte) Interesse zu stehen, die ›Noch-Identität‹ der Person in der Demenz aufweisen zu müssen. Diesem Interesse werden meines Erachtens mehrdimensionale Vorstellungen von Selbst und Person besser gerecht. Die Identität eines Menschen hängt auch für Kruse nicht am seidenen Faden dessen, was sich als ›Selbst‹ oder als ›Reste des Selbst‹ ausmachen lässt.

2. Hermeneutisch-anthropologische Anstöße: Selbstwerdung als Körperwerdung

Wie kaum ein anderer meinte der erwähnte V. Frankl Potentialität als Leitindex eines modernen Menschenverständnisses kritisieren zu müssen: Gegenüber einem »Potentialismus«, der auf eine inhärente Tendenz zur Selbstverwirklichung oder zur Selbstaktualisierung setze und von der Frage getrieben werde, welche Möglichkeiten ein Mensch habe, um sich selbst zu verwirklichen, erhellt Frankl (2005, 28f., 62, 136) die positive Bedeutung der verwirklichten Möglichkeiten, des Gewordenen und des Vergangenen. Das Zeitproblem erscheint im Bild eines alternden Potentialisten, der Tag für Tag vor seinem Abreißkalender steht und mit Furcht und Trauer feststellt, dass mit jedem Blatt, das er täglich abreißt und *wegwirft*, seine Möglichkeiten abnehmen. Die von Frankl favorisierte Alternative hieße, jene Blätter und mit ihnen die Vergangenheit *aufzubewahren* und daraus Bewältigungsressourcen zu entwickeln (2017, 76f.). Die Sedimentation der Lebensgeschichte ist bei Frankl nicht direkt auf die Körperlichkeit

bzw. Leiblichkeit bezogen; sie betrifft in erster Linie Handlungen und Ereignisse des Lebens. Entscheidend ist, dass diese nicht auf der ›Verlust-Seite‹, sondern auf der ›Haben-Seite‹ des Lebens verbucht werden.

Eine solche eindeutige Zuordnung des Gewordenen und Vergangenen wird man in der Leibphänomenologie und in der medizinischen Anthropologie nicht finden. Für beide Bereiche stelle ich eine Position vor, die sich für die vorliegende Fragestellung besonders eignet. Für die Leibphänomenologie ist es diejenige von J.-L. Marion, für die medizinische Anthropologie ist es diejenige von V. v. Weizsäcker.

Die Metapher der Sedimentation ist in der Leibphänomenologie geläufig. Vorausgesetzt ist der gelebte Leib als konstitutive Dimension der Person. Der Leib ist die Zeitgestalt des Lebens, in der sich unsere Lebensgeschichte ablagert, sedimentiert.³ Das Verhärtete und Festgewordene ist kein Anlass für eine Depersonalisation des Menschen, solches gehört vielmehr zu seiner Personalität. Marion zeigt sich als prononcierter Vertreter der französischen Leibphänomenologie, indem er die Selbstwerdung des Menschen im Gewordenen, genauer: in einer Fleischwerdung, sucht und dies am Altern festmacht.

Ausgegangen wird von der leibphänomenologischen Differenzierung, dass im Unterschied zu sonstigen Körpern mein Leib selbst ein empfindender ist. Außerdem kann ich ihn nicht wie andere Körper weglegen, sondern bleibe an ihn gebunden. Marion fasst dies lebensgeschichtlich: In der Bindung an den Leib formt sich das Ich sukzessive zu einem Selbst (*ipse*) aus. Diese Bindung verdeutlicht, dass ich den Leib nicht nur *habe*, sondern auch *bin* – mehr noch: dass ich Leib *werde* (Marion 2012, 30–33). In Bezug auf die Zeitlichkeit vergeht das Gewesene und Gewordene nicht, es »häuft sich«, wie Marion sagt, »im Fleisch meiner Glieder, Muskeln und Knochen an« (ebd., 34).

Selbstwerdung heißt, sich sukzessive vom Leib – aufgrund seines Charakters als originäre Selbstgegebenheit ›Fleisch‹ genannt – ergreifen zu *lassen* und sich also jener zeitlichen Anhäufung im Fleisch auszusetzen. Am offensten zeigt sich diese Anhäufung im alternden Gesicht, seinen Falten und Furchen. Die phänomenal verstandene verfließende Zeit ist einerseits Bedingung dafür, dass ein Ich Fleisch werden kann, und das bedeutet: dass es ein definitiv unwiederbring-

³ Ein etwas anderer Akzent der »Sedimentierung« im wahrnehmungstheoretischen Sinn einer Verkörperung findet sich bei Merleau-Ponty (1966, 158).

liches Selbst werden kann. Die verfließende Zeit schließt andererseits eine Ambivalenz ein, insofern sie nicht nur formt, sondern auch deformiert, abträgt und physische Degeneration und Verhärtung mit sich bringt. Marion greift zur Metapher der Ruine und spricht von »Ruinen im Fleisch« und von einer »Schönheit der Ruinen« (ebd.). Sich vom Fleisch ergreifen zu lassen, bedeutet für Marion jedenfalls keine Entfremdung des Ich, sondern seine Selbstwerdung.⁴ – Die philosophisch-anthropologische Implikation: Was der Verstand nicht vermag, der ständig auf das Allgemeine aus ist, das vermag die Fleischwerdung: Durch sie bildet sich die Individualität eines Menschen aus.

Natürlich weiß Marion darum, dass das Selbst (*ipse*) auch sozial konstituiert wird, dass es durch habituelle Praktiken und Bedeutungshorizonte bestimmt wird. An dieser Stelle ist seine Grundvorstellung von »gesättigten Phänomenen« relevant: Die Leib- oder Fleischwerdung zählt zu den ursprünglichen Gegebenheiten, zu den Widerfahrnissen, welche Bewusstsein und Sinngebung überschreiten – oder auch: Bewusstsein und Sinn generieren (Marion 2013, 311–329). Ein Schmerz vermag mich zu affizieren, er »nagelt mich an mich selbst«, er hat mich, ehe *ich* ihn mit Bedeutung versehen kann. Für die Erfahrung der Selbstheit noch entscheidender: Es schmerzt *mich* – und niemand anderen. Auch wenn das Selbst narrativ und sozial konstituiert ist, sichert allein die Leib- oder Fleischwerdung dem Ich eine Selbstheit, eine ursprüngliche Jemeinigkeit.

Der Heidelberger Medizinphilosoph V. von Weizsäcker hatte die lebensgeschichtliche Körperwerdung unter dem Begriff der ›Es-Bildung‹ thematisiert. Ausgangspunkt ist die Überzeugung, dass sich die Subjektivität des Menschen, gefasst als Verhältnis eines leiblichen Ich zu seiner Umwelt, in der Geschichte einer Selbstwerdung bildet. Diese Selbstwerdung spielt sich zwischen Kohärenz und Inkohärenz, zwischen Responsivität und Entfremdung ab. Im vorliegenden Zusammenhang interessiert die Explikation dieses Prozesses als komplementäre ›Ich-Es-Bildung‹.

Zu dieser Explikation übernimmt Weizsäcker Begriffe von Freud, unterzieht sie dabei aber eine Revision: Es-Bildung wird nicht triebtheoretisch konzipiert, sie wird vielmehr im Sinne einer psychophy-

⁴ Das ist bei seinem Zeitgenossen J.-L. Nancy ganz anders: Körperlichkeit bedeutet bei jenem, exponiert und der Welt ausgesetzt zu sein, so dass ständig Fremdheit den Körper bestimmt und wir nie eigener Körper werden (Nancy 2007, 21, 30).

sischen Phänomenologie als Somatisierung, als Verleiblichung verstanden. Die kritische Stoßspitze der Es-Bildung richtet sich gegen ein auch von Freud übernommenes Menschenverständnis, das auf die Herrschaft des Geistes bzw. der mentalen Fähigkeiten über die körperlich-leibliche Materialität abhebt, das umgekehrte Verhältnis hingegen lediglich als zu überwindendes betrachtet. »Freud sagte nur ›was Es war, soll Ich werden‹; jetzt müssen wir hinzusetzen ›was Ich war, soll Es werden‹. Beides liegt im Wesen des notwendigen Werdens.«⁵ (Weizsäcker 1949, 449; vgl. Weizsäcker 1950, 626) Selbstwerdung bedeutet nicht nur, dass sich ein Ich bzw. ein Selbst aus dem leiblichen Es herausbildet, es bedeutet auch umgekehrt, dass sich ein leibliches Es aus einem Ich bzw. aus einem Selbst herausbildet. Letzteres schließt ein, dass sich ein Ich bzw. Selbst körperlich-leiblich materialisiert oder auch sedimentiert. Der Körper bzw. der Leib ist selbst Mitspieler und Mitgestalter der Lebensgeschichte, er bringt »ein Ich im Ich, ein Wesen zustande, das ich nicht bin und das ich doch bin.« (Weizsäcker 1955, 386) Ein anschauliches Beispiel einer nicht-pathologischen Art der Es-Bildung ist das Altern: Die Selbstwerdung oder ›Ich-Bildung‹ vollzieht sich als lebensgeschichtliche Inkarnation des Ich im Leiblich-Körperlichen. Der Körper schafft eine neue Realität und beeinflusst damit die Ich-Bildung. Er gestaltet die kognitiv-motivationalen Schemata mit; er gestaltet die Zielbildung mit, also das, was einem Menschen wichtig wird (vgl. Weizsäcker 1956, 393).

Das Explikationsmodell der Ich-Es-Bildung erlaubt es Weizsäcker, Selbstwerdung als Durchgang durch unterschiedliche Formen der Körpererfahrung und des Körperumgangs phänomenologisch so zu fassen, dass strittige Fragen nach der Interaktion von Psyche und Soma zurückgestellt werden können (es handelt sich letztlich um zwei Seiten eines Vorgangs). Ausgegangen wird von der schlichten Wahrnehmung: ›Es< geht nicht (mehr) so, wie ein ›Ich< will. Die Es-Bildung selbst stellt sich dabei als leibliches Doppelgeschehen dar: Somatisierung oder Verkörperung als Körpergeschehen auf der einen Seite – Entstehung einer psychischen Stellungnahme bzw. unterschiedlichen Graden der Vergegenständlichung auf der anderen Seite (Weizsäcker 1954, 168). Letzteres entspricht der Einsicht der Verwobenheit vom Subjektiven und Objektiven, der zufolge jedes

⁵ Weizsäcker spricht unter Verwendung eines freudschen Gedankens auch von einer (weiteren) »kopernikanische[n] Umkehrung« (1954, 168).

materielle Faktum immer ein »Objekt für ein Subjekt« ist (Weizsäcker 1940, 233).

Das Beschreibungspotential des Explikationsmodells etwa im Blick auf Phänomene wie Ekel oder Körperscham dürfte ohne Weiteres ersichtlich sein. Entworfen hat es Weizsäcker zunächst für die Arzt-Patienten-Beziehung. Die Aufmerksamkeit darf hier nicht nur der Frage gelten, wie »etwas«, das ein Mensch *hat*, als Krankheit ausgegrenzt und behandelt werden kann. Ebenso wichtig ist die Frage, inwiefern »jemand« als Subjekt krank *ist* – in seinen Lebensbeziehungen und in seiner unverwechselbaren Lebensgeschichte. Wird jemand organisch krank, bekommt er oder sie also beispielsweise eine Angina, dann tritt mit der Krankheit eine neue Realität auf, nämlich ein »Es«, welches das »Ich« unter Umständen entlasten kann. Eine pathologische Materialisierung kann so die Verarbeitung eines Beziehungskonflikts, also einer Inkohärenz zwischen Ich und Umwelt ersetzen. Noch gewichtiger ist der Sachverhalt, dass ein Medizinsystem oder ein Gesundheitswesen, das Krankheit als »etwas« operationalisiert, dem Bedürfnis des Menschen entgegenkommt, seine Krankheit als ich-fremd zu betrachten, sich also »ans Es [zu] klammern, um dem Ich zu entgehen« (Weizsäcker 1948, 278). Der Mensch muss sich so mit seiner eigenen Vulnerabilität und Endlichkeit, auch mit dem eigenen Anteil am Krankheitsgeschehen nicht mehr auseinandersetzen. Dadurch droht ihm aber der »Gesundungsraum« genommen zu werden, der neue Selbstwerdung ermöglicht. (Weizsäcker 1947, 208)

Bedeutsam für die vorliegende Fragestellung ist es, dass das Explikationsmodell der Ich-Es-Bildung es erlaubt, die Verschiebbarkeit der Grenze zwischen Ich und Umwelt im Bereich der Leiblichkeit als »Verschieblichkeit der Ich-Es-Grenze« zu reformulieren (Weizsäcker 1940, 307f.): Hier ist nicht nur an die Integration des Körpers als störungsanfälliges Teil der Welt zu denken, sondern an eine »Inkarnation« geistig-rationaler Vollzüge des Ich, welche sich im Körper ablagern, »materialisieren«, und so zugleich eine neue Realität der Ich-Umwelt-Beziehung bilden (Weizsäcker 1950, 626).

Mindestens ebenso bedeutsam ist, dass der Begriff der »Es-Bildung« das »labile Verhältnis« von körperlichem Anteil der Materialisierung und vergegenständlichender Stellungnahme in sich aufgenommen hat. Das heißt: Eine Ausgrenzung im Sinne »Ich habe Schmerzen« oder »Ich habe Hunger« ist selbst schon eine psychologische Leistung, welche den Schmerz im »Ich« lokalisiert bzw. das Hungergefühl thematisch machen kann. Es handelt sich um eine

psychologische Leistung, die in dieser reflexiven Form keine Selbstverständlichkeit ist (vgl. Weizsäcker 1940, 237). Anders gewendet: Sie setzt eine Form der Ich-Bildung voraus, wie sie für dementielle Erkrankungen, welche durch dissoziatives Erleben gekennzeichnet sind, nicht mehr vorausgesetzt werden kann.

Der Wert solcher phänomenologisch-anthropologischer Erkundungen mag nicht auf den ersten Blick ersichtlich sein. Als Zwischenergebnis halte ich die Mindestbedingung fest, die sich daraus für die ethische Zielrichtung der vorliegenden Fragestellung ergibt: *Konzeptionen der menschlichen Entwicklung und Konzeptionen personaler Identität, die, wie gleich zu sehen sein wird, für das Verständnis der Menschenwürde von erheblichem Gewicht sind, bleiben mindestens einseitig oder erweisen sich schlicht als nicht menschenangemessen, wenn sie sich nur an Akten und Prozessen der Ich-Werdung und damit an (aktiven) Potentialen der Selbstbestimmung und der Selbstkultivierung orientieren. Das komplementäre Moment der ›Es-Werdung‹, welches auch krankhafte Deformationen einschließt, ist ebenso konstitutiv für die personale Identität, wie sie sich in der dynamischen Geschichte eines leiblichen Lebens ausprägt.* Marions Konzept der Selbstwerdung als Fleischwerdung weist diesem Moment eine geradezu tragende Rolle zu. Weizsäcker hingegen gebraucht die Figur der Stellvertretung: Die gegenständlich wahrnehmbare Leiblichkeit kann ein (inklusive) Stellvertreter werden, in dem sich das Personsein ausdrückt bzw. darstellt. Im somatischen Stellvertreter trifft man letztlich auf die leiblich sedimentierte Form der (auch psychischen) Individualität der Person.⁶

Ich füge einen letzten anthropologischen Gedankengang hinzu, der die Ambivalenz der Rede vom Gewordenen und von der Sedimentation im Leiblichen einmal mehr verdeutlicht: Für Weizsäcker darf eine solche Rede nämlich nicht nur von den verwirklichten Möglichkeiten des Lebens ausgehen, sie muss vor allem den nichtverwirklichten Möglichkeiten Beachtung schenken. Den Anteil an der Vergangenheit und den Anteil des Gewordenen, der nicht verwirklicht wurde, nennt er »ungelebtes Leben«. Die versäumten oder bewusst ausgeschlagenen Möglichkeiten sind für Weizsäcker lebensgeschichtlich viel wirksamer als die ergriffenen Möglichkeiten (Weizsäcker 1950, 248; 1956, 277f.). Im Unterschied zu Frankl oder Marion

⁶ Der komplexe Stellvertretungsgedanke ist hiermit nur grob umrissen, vgl. Weizsäcker 1950, 549f.

gilt die Aufmerksamkeit also auch dem negativen Komplement des Gewordenen, dem Nicht-Gewordenen, dem lediglich Erhofften und Erstrebten, auch den Versäumnissen der leiblichen Selbstwerdung. – Dies alles ist hier nicht weiter zu verfolgen, hinzuweisen ist lediglich auf den Kontext, der zu dieser Betrachtung führt: Die bis zu dieser Stelle vorgeführte Rede vom Gewordenen und leiblich Sedimentierten bewegte sich im Grunde genommen zwischen Vergangenheit und Gegenwart, zwischen Es-Bildung und Ich-Bildung. Sie droht damit eine entscheidende Dimension der Selbstwerdung auszublenden: die Zukunft. Als auf die Zukunft ausgerichtete Existenz leben wir aber immer schon in einen Raum nichtgelebten Lebens hinein, auch wenn dies unserem Bewusstsein und unserer Reflexion entzogen ist. Zum Ausdruck kommt es in mehr oder weniger leidenschaftlichen Motiven: »Ich will, ich kann, ich soll, ich darf, ich muss...«. Nicht-Seiendes bestimmt die »pathische« Existenz des Menschen, wie Weizsäcker in philosophischer Sprache sagt und damit eine Grundüberzeugung seiner Anthropologie namhaft macht (Weizsäcker 1950, 554f.). Zu bedenken ist, dass diese Zukünftigkeit auch unsere Wahrnehmung der Vergangenheit mitbestimmt. Für uns selbst als in unsere Lebensgeschichte verstrickte Menschen ist das Gewordene alles andere als ein gesichertes Fundament; es ist von unserer Zukunftswahrnehmung, es ist von unserem leidenschaftlichen In-die-Welt-gestellt-Sein abhängig (vgl. Wiedebach 2014, 70–76).⁷ Psychologisch gewendet: Wie mich eine Körpereinschränkung betrifft oder wie ich mit einer Erfahrung umgehe, dass »es« nicht mehr so geht, wie »ich« will, ist vom meinem »Ich-Ideal« abhängig (Peters 2004, 98f.). Es ist beispielsweise davon abhängig, ob meine Sehnsüchte es zulassen, dass gerade dann, wenn ich nicht mehr meinen Körper kontrollieren *kann* und *muss*, dieser meine Lebensgeschichte weiterschreiben *darf*.

3. Körperwerdung als Gefährdung der personalen Identität

Es ist eines, dem lebensgeschichtlich Gewordenen und der Sedimentation im Leiblichen eine tragende Rolle *in der Selbstwerdung eines Menschen* zuzuschreiben. Es ist ein anderes, im lebensgeschichtlich Gewordenen und in der Sedimentation im Leiblichen eine tragende

⁷ Bereits Augustinus hatte diese Abhängigkeit in seiner introspektiven Erinnerungspsychologie thematisiert. Zur Konstruktivität des Erinnerns: Rosenthal 2010.

Funktion für die personale Identität zu suchen und solches zum Bezugspunkt von Würde und Respekt zu machen. Denn in diesem Fall kann die Verlustseite des Prozesses, der ja gerade personale Eigenschaften in Mitleidenschaft zieht, nicht bagatellisiert werden.

Die Veränderungen der Körperwerdung im höheren Alter vermögen also nicht nur zu beschämen und zur Herausforderung der Entwicklung zu werden, sie vermögen auch die personale Identität zu gefährden, insofern sie Potentiale und Eigenschaften, die wir Personen unterstellen, gleichsam absorbieren können. An dieser Stelle verdient Beachtung, dass die Philosophie der Person und der Menschenwürde-Diskurs einer anderen Denkstruktur bzw. einer anderen ›Grammatik‹ folgen als eine Kognitionswissenschaft oder eine Psychologie, für die Potentiale und Fähigkeiten einer Person ein gewisses Maß an Verkörperung oder ›Es-Werdung‹ voraussetzen. Ich versuche dies im Folgenden nur grob zu skizzieren, um daraufhin einen Lösungsvorschlag vorzustellen, der beide Zugänge zu vereinen sucht.

Menschenwürde wird Personen zugeschrieben, die sich über bestimmte Kriterien identifizieren lassen. Beim Ausbuchstabieren dieses Grundsatzes empfiehlt es sich, zwischen Intension, Extension und Begründung der Menschenwürde zu unterscheiden, um die Frage nach den Kriterien überhaupt richtig verorten zu können. Im Zuge der modernen Naturalisierung der Würde und der Empirisierung des Personseins haben sich die Voraussetzungen zur Beantwortung dieser Frage gegenüber der paradigmatischen Konzeption I. Kants verschoben, wenngleich seine Begriffsintension weithin geteilt wird, Würde bedeute, einen Menschen als autonomes Subjekt zu respektieren und nicht lediglich als Objekt oder als Instrument zu behandeln. Eine solche Verschiebung schon im Bereich der Begriffsbedeutung wird erkennbar, wenn die Meinung vertreten wird, Würde bezeichne keine angeblich abstrakte Wesensvorgegebenheit des Menschen, gleichsam ein ›Mitgift‹ seines Wesens, sondern einen Verhaltens- oder Gestaltungsauftrag. Damit verschiebt sich nämlich die Bedeutung von einer inhärenten und kategorialen Würde (als einer Wesenseigenschaft, die alle Menschen immer schon haben) zu einer kontingenten und graduerbaren Würde (als einer Verfasstheit, wie Menschen leben können und sollen).⁸ Es verschieben sich auch die Adressaten der Würde: Im ersten Fall geht es um ein Verhalten (Achtung bzw. Respekt),

⁸ Der Begründungszusammenhang lautet: Gerade weil die Würde verletzlich und eine graduelle Angelegenheit sei, kennzeichne sie das Ziel, das aus moralischen Grün-

welches wir anderen schulden bzw. von ihnen einfordern können; im zweiten Fall geht es in erster Linie um ein Verhalten, dem wir selbst zu entsprechen haben (Haltung wie Selbstachtung oder ein Lebensideal), sprich: »eine Art zu leben« (Bieri 2013). Wichtig ist für den vorliegenden Zusammenhang: Die Begriffsbedeutung (Intension) kann auf die Begriffszuschreibung (Extension), also auf die Beantwortung der Frage, *wem* Würde zukommt, durchschlagen: Sind Menschen, denen eine bestimmte Fähigkeit, etwa eine autonome Selbstbestimmung oder eine reflektierte Selbstkultivierung, abhandenkommt, aus dem Kreis der Würdeträger auszuschließen? Das Problem bleibt aber auch bestehen, wenn man zwischen Begriffsintension, Begriffsextension und Begriffsbegründung stark unterscheidet: Auch bei einer kategorialen Fassung der Würde als unbedingter Achtung ist es möglich, aus dem Trägerkreis derer ausgeschlossen zu werden, denen diese Würde zukommt. Der Personbegriff ist genau an dieser Stelle von so entscheidendem Gewicht, weil er den Trägerkreis der Würde definiert.

Bereits dieser erste Einblick in die Bedeutungsstruktur bzw. die ›Grammatik‹ des Würdebegriffs erhellt die innere Folgerichtigkeit, dass sich die Diskussion um die Menschenwürde vielfach zu einer Diskussion um das Personsein verschoben hat und die Frage nach der Identität der Person zentral wird.

Die Befürworter der *Koextensionsthese* halten eine einfache Lösung parat: Für sie ist *jeder Mensch* unabhängig von seiner Situation und auch von seinen Fähigkeiten als Person anzusprechen. Eine solche Position ist allerdings von Begriffsbegründungen abhängig, die im Zug der modernen Naturalisierung einen schweren Stand haben – etwa von theologischen Begründungen oder transzendentalen Begründungen im Sinne Kants. Die naturalistische Variante der Koextensionsthese ist als ›Speziesismus‹ in Verruf geraten und scheint schon zu missachten, dass der Personbegriff kein deskriptiver Naturbegriff, sondern ein normativer Begriff ist, welcher den normativen Status beschreibt, den wir einem Gegenüber zuschreiben. – Die Befürworter der *Differenzthese* gehen in der Regel von diesem normativen Charakter des Personseins aus: Personsein wird an mentalen oder praktischen Fähigkeiten festgemacht, die ein moralisches Gegenüber auszeichnen: an der Fähigkeit zu einem praktischen Selbstverhältnis, was in der Regel Reflexivität, Vernunftfähigkeit – und im

den zu schützen und zu fördern sei. Vgl. Weber-Guskar 2017, 226–230; Brandhorst & Weber-Guskar 2017; auch Wetz 2005.

Blick auf die personale Identität durch die Zeit: Erinnerungsfähigkeit – voraussetzt. Diese These führt zwangsläufig zu einer Abstufung, so dass komatöse oder hochgradig demente Menschen nicht mehr als Personen anzusprechen wären.

Im Eifer des Gefechts zwischen beiden Parteien wird häufig zweierlei vergessen: Zum einen greifen viele Befürworter der Differenzthese zu einer Strategie der Extensionserweiterung, so dass auch denen, welche die Eigenschaften bzw. Fähigkeiten des Personseins nicht (mehr) besitzen – im strengen Sinn: den Nicht-Personen – der *Status* von Personen oder von moralischen Gegenübern zugesprochen werden kann. Als solche gebührt ihnen dann die gleiche Würde wie Personen. M. Seel (1995, 275–280) begründet dies beispielsweise damit, dass die Anerkennung unter Personen einschließt, leibliche, d.h. lebensphasenabhängige, verletzbare und vergehende Lebewesen zu sein. Zum anderen steht bei vielen Befürwortern der Koextensionsthese hinter jenem kritisierten abstrakten Wesensmerkmal die Einsicht, dass Personsein die Körperlichkeit transzendiert, dass also die Unverfügbarkeit und die Verborgenheit der Person einen Aspekt der Nichtgegenständlichkeit einschließt. Dies gilt ganz unabhängig davon, ob dieser in einem noumenalen Wesenscharakter (Kant), in Beziehungen der Anerkennungsgemeinschaft oder in einer Beziehung zum göttlichen Schöpfer gesucht wird. Grundsätzlich gewendet: *Wo wir eines Gegenübers leiblich ansichtig werden, ist mehr, als uns von außen ansichtig werden kann.* Darin ist letztlich der Grund dafür zu suchen, Personsein jedem Wesen, das ein menschliches Antlitz trägt, und somit jeder und jedem Zugehörigen der Menschheitsfamilie zuzusprechen.⁹ Der Versuch, Personsein von der Feststellung bestimmter empirischer Eigenschaften oder Fähigkeiten abhängig zu machen, muss dann bereits selbst als Verstoß gegen die Unverfügbarkeit und die bleibende Nichtgegenständlichkeit der Person angesehen werden. Allerdings steht diese an sich gute Absicht selbst in Gefahr, sowohl den Grund der Würde als auch das Personsein gerade in dem zu suchen, was *nicht* Körper, was *nicht* Natur ist (Brenner 2006; Fuchs 2008b). Körperlichkeit bzw. Leiblichkeit spielte als *Kriterium*, um Personen zu identifizieren, zwar eine zentrale Rolle, nicht aber für die *Definition* des Personseins.

⁹ So etwa auch Spaemann (2006): Das ›Mehr‹ des Personseins besteht im unverwechselbaren Platz in der Anerkennungsgemeinschaft unter Personen.

Doch das ist meines Erachtens zu wenig. Denn was eine Person ausmacht, ist gerade »die individuelle Einheit aus Leib und Ich, wie sie aus der Beobachterperspektive als das leibhafte Gegenüber und aus der Teilnehmerperspektive als das leibhafte und zugleich um sich selbst wissende Ich erfahren wird.« (Baumgartner et al. 2009, 391f.) Zur Grundstruktur des personalen Seins in seiner Breite gehört eine individuelle Leiblichkeit, für die selbst wiederum Verletzlichkeit und Unvollkommenheit, Werden und Vergehen konstitutiv sind. Diese Leiblichkeit selbst ist schützenswert, ihr selbst kommt unbedingte Achtung zu.

Wenden wir uns vor dem Hintergrund dieser groben Skizze noch einmal dem Phänomen einer fortgeschrittenen dementiellen Erkrankung zu und gehen von dem erwähnten Eindruck aus, dass uns im Körper eines Gegenübers nicht mehr die Person erscheint, die wir kennen, sondern deren Sedimentation im Körperlichen – schlimmer noch: dass uns dieser Körper nun selbst als dasjenige Subjekt vorkommt, das die Person absorbiert hat. Aus der Warte derjenigen, die die Koextensionsthese vertreten, tangieren solche Veränderungen das Personsein nicht, weil und insofern dieses auf einer anderen (nichtgegenständlichen) Ebene verankert ist und das Zuschreibungskriterium des Personenprädikats mit der Zugehörigkeit zur Menschheit gegeben ist. Aus der Warte derjenigen, die die Differenzthese vertreten, wird der Verlust als Verlust des Personseins interpretiert, die Herrschaftsübernahme durch den Körper bedeutet geradezu die Inversion zur Nicht-Person. Gleichwohl können auch solche Positionen dem Leiblich-Körperlichen das Kriterium abgewinnen, damit solche Menschen, auch wenn ihnen das Personenprädikat nicht zukommt, dennoch unter den Schutzbereich der Würde fallen.

In allen geschilderten Modellen scheint mir die Leiblichkeit zu spät zum Zuge zu kommen. Sie ist nämlich nicht erst bei der Fragen nach dem Zuschreibungskriterium des Personenprädikats oder bei der Erweiterung des Extensionsbereichs, sondern *im Zentrum des Personverständnisses* geltend zu machen. Gerade Phänomene der Körperwerdung in der Demenz nötigen dazu, herkömmliche Konzepte zu hinterfragen. Ein mehrdimensionales oder mehrschichtiges Personverständnis folgt zunächst der Einsicht, dass es sich beim Personsein – mit Heidegger gesprochen – um ein *teilnehmend-praktisches In-der-Welt-Sein* handelt, das gegenständliche Identifikationen

übersteigt.¹⁰ Die Persistenz der Person in der Zeit ist darum auch nicht in Analogie zur Persistenz materieller Objekte zu begreifen. Denn Diskontinuitäten sind ein Moment der Kontinuität eines Lebens, das mit sich selbst identisch bleibt. Ein mehrdimensionales oder mehrschichtiges Personenverständnis wird auch den Interdependenzen der unterschiedlichen Dimensionen Rechnung tragen: Gerade weil Personen ihren Körper (ihre Natur) nicht nur *haben*, sondern auch *sind*, eignen ihnen nicht nur Möglichkeiten der Selbstkultivierung und der Fleischwerdung, sondern ebenso Möglichkeiten des Abnehmens und des Verlusts, die alle Dimensionen ihres Personseins betreffen können – auch das Haben des Körpers bzw. die Körperkontrolle. Selbst bei einer schweren Demenzerkrankung geht es dabei um ein *Vergehen als Person*, nie um ein *Vergehen der Person*. Das ist im Folgenden genauer zu entfalten.

4. Revisionen der personalen Identität

Um das Problem personaler Identität zu bearbeiten, sind zwei Verwendungen des Identitätsbegriffs zu unterscheiden und in Beziehung zu sehen. P. Ricœur bietet hierfür eine beispielhafte Grundlage: Identität kann *Selbigkeit* des Personseins durch die Zeit (Persistenz) bedeuten. Ricœur nennt sie »idem-Identität« (Ricœur 1996, 144f.). Identität kann aber ebenso Selbstheit im Sinne eines sozialen, psychischen oder emotionalen Selbst zu einem bestimmten Zeitpunkt bedeuten. Ricœur nennt sie »ipse-Identität«. Die im vorliegenden Fall interessierende Frage der personalen Identität lässt sich damit präziser stellen: Welche Merkmale ermöglichen es, dass bei großen Veränderungen der ipse-Identität ein Mensch als die gleiche Person in ihrer idem-Identität reidentifiziert werden kann? Man kann diese Frage auch mithilfe der analogen Begriffsunterscheidung von Persönlichkeit und Person so formulieren: Welche Merkmale ermöglichen es, wenn sich die Persönlichkeit eines Menschen bis zur Unkenntlichkeit wandelt, dennoch die bleibende Personalität dieses Menschen

¹⁰ Der Hinweis auf die Etymologie von »Person« ist aufschlussreich: Der Herkunft aus dem Schauspiel lässt sich entnehmen, dass Personen durch ihre Verkleidung als identifizierbare Identität wahrnehmbar werden, zugleich aber diese identifizierbare Individualität übersteigen bzw. nicht in ihr aufgehen. Anders gesagt: Um Personen zu identifizieren, hat man sich an ihr wahrnehmbares Antlitz zu halten, zugleich bleibt ihr wahres Antlitz verborgen. Dazu Brassler 2008, 59f.

festzuhalten? (Stoecker 2017) Dieser Fragerichtung widmet sich eine kaum überschaubare Vielzahl an Publikationen – mittlerweile auch im Blick auf die Herausforderung dementieller Erkrankungen.

Zum Problem werden kann in diesem Kontext offensichtlicherweise die Divergenz zwischen dem, was man als ›Selbst‹ (›Reste des Selbst‹) oder als ›Persönlichkeit‹ meint feststellen zu können, und der Selbigkeit ihres (bisherigen) Personseins. Paradigmatische Entwürfe von J. Locke und D. Parfit scheinen hierfür besonders ungeeignet zu sein, insofern sie die Identität in der Kontinuität des Selbstbewusstseins oder in der psychologischen Kontinuität der Erinnerung suchen (Parfit 1984). Dabei muss schon das zugrundeliegende Konzept einer *numerischen Identität* als höchst problematische Setzung betrachtet werden. Psychische Zustände werden ebenso wie Erinnerungen in eine drittpersonale Perspektive der Gegenstände eingerückt und als solche nach deren Identität durch die Zeit befragt, wobei diese Zeit dazu noch als physikalisch-mathematische Zeit vorgestellt wird (Schechtman 1990, 87–89; auch Brockmeier 2014, 76). Kritisch könnte man sagen: Die Fokussierung auf die Kontinuität in der Zeit im Sinne der *idem-Identität* führt nicht nur zu einer Marginalisierung dessen, was eine Person als Krise ihrer Identität erfährt, sondern auch zu einer Missachtung der besonderen Logik des Lebens, das gerade durch Anderswerden und durch Veränderungen gleich bleibt. An dieser Stelle bieten Theorien einer *narrativen Identität* eine Alternative. Sie setzen, dies ist bei Ricœur ebenfalls beispielhaft zu sehen, auf der Seite der *ipse-Identität* an. In dieser prägen sich dauerhafte Habitualitäten und Sedimentierungen aus, auch Identifikationen mit Werten, aufgrund derer man eine Person wiedererkennt. Sie garantieren quasi deren *idem-Identität*.¹¹ (Ricœur 1996, 150)

Die hier skizzierte Fragerichtung, der wir gleich noch weiter folgen werden, führt nun allerdings eine Engführung mit sich, die als solche weniger erkannt wird (vgl. aber Radden & Fordyce 2006; Neuhäuser 2015; Stoecker 2017): Nicht erst die oben skizzierten Phänomene der Körperwerdung vermögen zu erhellen, dass die Frage, ob und wie jemand als Person reidentifiziert werden kann, sowohl

¹¹ Während erworbene Identifikationen und Habitualisierungen an sich haben, innerhalb der Dialektik von Neuem und Sedimentierten den ersten Pol der Innovation zum Verschwinden zu bringen, erhält die Narration eine wichtige Funktion: »Was die Sedimentierung zusammengezogen hat, das kann die Erzählung wieder ausbreiten.« (Ricœur 1996, 152).

für die Betroffenen als auch für das normative Urteil über sie zumindest nicht die einzige Frage sein kann. Die Betroffenen wollen in ihrer ipse-Identität geachtet werden, also als individuelle Persönlichkeit in ihrem So-Sein. Das heißt auch: Ihrer Körperwerdung bzw. Leibwerdung und den sich einstellenden Habitualisierungen bzw. Sedimentierungen sollen nicht lediglich die Identifikationskriterien entnommen werden, um die Beständigkeit ihres Personseins (ihre idem-Identität) aufweisen und sie unter die Träger der Person- oder Menschenwürde subsumieren zu können. Sie wollen vielmehr als das genommen werden, was zu ihrer Persönlichkeit (ihrer ipse-Identität) gehört und sie prägt.

Meines Erachtens hängt für eine Demenzethik viel daran, die zweite Frage ebenso im Auge zu behalten wie die erste. Beide sind also nicht gegeneinander auszuspielen, sondern in ihrer Beziehung zu erhellen. Während der Begriff ›Person‹ in moralischen Zusammenhängen *formal* bleiben muss und unabhängig von aller inhaltlichen Füllung in allgemeiner Weise den Status eines Individuums innerhalb einer Anerkennungsgemeinschaft, eines moralischen Gegenübers, eines Trägers der Würde etc. kennzeichnet, hebt der Begriff ›Persönlichkeit‹ auf die *inhaltlich* gewordene soziale, psychische oder emotionale Identität ab, wie sie sich besonders etwa in bestimmten Werthaltungen oder Lebenszielen äußert. Im Folgenden wende ich mich beiden Fragestellungen, der Frage nach der objektivierbaren Reidentifizierung einer Person und der Frage nach ihrer subjektiven Selbstheit bzw. Personalität, gesondert zu.

4.1. Die Reidentifizierung der Person

Im Menschenwürde-Diskurs ist die erwähnte Frage der Identität der Person, wie bereits erwähnt, normativ brisant. Die Herausforderung, die durch die Persönlichkeitsveränderung einer dementiellen Erkrankung verursacht wird, wurde bereits angedeutet: Mit Veränderungen der ipse-Identität werden die betroffenen Menschen nur dann nicht aus dem Anerkennungsbereich von Personen ausgeschlossen, wenn trotz dieser Veränderungen ihre idem-Identität festgehalten werden kann. Die Frage konzentriert sich daher auf die durchgehenden (persistierenden) Attribute oder Eigenschaften. Die Problematik von Konzeptionen *numerischer Identität* wurde bereits angesprochen. Der Alternativvorschlag, auf *narrative Identität* zu setzen, fand viel

Anklang, offenbart angesichts der Herausforderungen der Demenz allerdings auch gravierende Schwächen. Man braucht nur zu fragen, wer in solchen Fällen der Träger der Narration sein soll: der Autor (dessen ›Geschichte‹ nun ganz anders lauten kann) oder die erzählende Bezugsperson, die den Autor bzw. die Autorin vertreten soll? (Ringkamp 2018) Im zuletzt genannten Fall käme man zur Konzeption einer *relationalen Identität*, die mindestens ebenso viele Befürworter gefunden hat – nicht zuletzt durch das einflussreiche Werk von T. Kitwood (2005). In Anlehnung an M. Bubers Personalismus wechselt Kitwood sozusagen von der drittpersonalen und der erstpersionalen Perspektive konsequent auf die zweitpersonale Perspektive und macht andere zum Träger der Identität: »Die Identität bleibt intakt, weil andere sie festhalten.« (Kitwood 2005, 103) Mittlerweile mehren sich die kritischen Stimmen, ob dadurch Ich-Du-Beziehungen (Ehebeziehung zu einem dementen Partner) überstrapaziert werden oder ob, umgekehrt, die Identität der dementen Person in eine extrem verletzbare Position gerät, insofern sie von der Anerkennung anderer abhängig wird (Swinton 2012, 144f.; Radden & Fordyce 2006, 81). Wichtig scheint mir zu beachten: Die Vorteile eines ›relational approach‹ oder eines ›narrative approach‹ nicht nur für die Pflege, sondern auch für eine Revision des Personverständnisses werden durch eine solche Kritik nicht geschmälert. In Frage steht aber, ob diese Ansätze das zu leisten vermögen, was ihnen in normativer Hinsicht abverlangt wird: die Beständigkeit der idem-Identität als Person zu garantieren.

Der meines Erachtens stärkste Kandidat für die Beständigkeit der Identität lässt sich finden, wenn man auf das zurückgeht, was narrative Identitätskonzeptionen voraussetzen, dass nämlich Lebensereignisse für die Betroffenen erst einmal einen emotionalen und evaluativen Gehalt bekommen müssen, um Bedeutsamkeit zu gewinnen. Die Lebensgeschichte einer Person ist dann nicht *als solche* relevant, erst recht nicht als *vergangene*. Sie ist relevant, insofern sich in ihr eine praktische Fähigkeit der Wertschätzung ausbildet. Die eingegangenen Wert- und Zielbildungen machen nicht nur die Persönlichkeit aus, sie schlagen sich in einer relativ konstanten »Fähigkeit zu Werten« nieder, die sich in emotional-verkörpernten Engagements ausdrücken

kann (Jaworska 1999).¹² Die durativen Eigenschaften des Personseins werden nicht darin gesucht, ›rememberer‹, sondern ›valuer‹ zu sein. An dieser Stelle liegen Anschlussmöglichkeiten an Konzeptionen der Verkörperung nahe, aber auch Anschlussmöglichkeiten an weitgehend vergessene auf intentionale Akte der Wertschätzung bezogene Personkonzeptionen, wie sie in der Philosophie und Psychologie der 1920er Jahre von M. Scheler oder W. Stern vertreten wurden.¹³ Im Grunde genommen wird damit eine qualitativ gehaltvolle Identität vorgeschlagen, die sich an dem festmacht, dass Personen sich durch das auszeichnen, was ihnen von Bedeutung ist und was ihnen am Herzen liegt. Dies setzt eine narrative Verankerung oder eine Bewusstseinskontinuität zur biografischen Vergangenheit allenfalls für ihre Genese, nicht jedoch für ihre Geltung voraus (vgl. Ringkamp 2018). Unversehens verlagert sich die Frage personaler Identität von der Frage nach der Reidentifikation der idem-Identität zur Frage nach der subjektiven Selbstheit, der ipse-Identität, deren Gehalt als individuelle Bedeutsamkeits- oder Zielordnung auch ein an Demenz erkrankter Mensch mitteilen kann. Das Problem der Reidentifizierung wird dadurch relativiert, beseitigt wird es nicht. Der Eindruck der Veränderung, die nicht zuletzt darin bestehen mag, eine andere Person vor sich zu haben, hält es präsent.

Für die Frage nach der Personidentität ist die Frage nach den durchgehenden Eigenschaften also keineswegs belanglos. Nur hängt daran nicht das Personsein eines Menschen, wenn zugleich ernstgenommen wird, dass dieses erstens nicht an einer einzigen durchgehenden Eigenschaft festgemacht werden kann und zweitens Personsein grundsätzlich auch Vergehen einschließt. Solches ergibt sich

¹² Jaworska setzt sich dabei mit der von Dworkin im Umgang mit Patientenverfügungen dementer Menschen vorgeschlagenen Unterscheidung von erlebensbezogenen und wertebezogenen Interessen auseinander (Dworkin 1994).

¹³ M. Scheler hatte es als »allgemeine Schlamperei« kritisiert, das emotionale Leben des Menschen aus seiner Personalität auszuschließen und das Fühlen als Weltbeziehung sui generis nicht ernst zu nehmen. Für eine gegenwärtige Philosophie der Emotionen ist wegweisend, dass Scheler zwischen Gefühlszuständen, wertintentionalem Fühlen und Akten der Wertschätzung unterscheidet. Letztere konstituieren – als geistige Akte der Person – eine Ordnung der Bedeutsamkeit, welche regelt, wie Menschen ihre Umwelt wahrnehmen und auf sie reagieren. (Rieger 2023) W. Stern, ein Mitbegründer der Hamburger Universität, unterschied ebenfalls zwischen Person und Persönlichkeit. Er sah die Einheit der Person (»unitas multiplex«) in deren Ausrichtung auf Ziele und Bedeutsamkeiten des Lebens, auf eine inhaltliche Entfaltung ihrer Persönlichkeit (Stern 1923; Renner & Laux 1998).

schlicht aus der Leiblichkeit der Person als einem »inkarnierten Subjekt« (Merleau-Ponty), das in einer Bedeutungswelt situiert ist und sich zu dieser verhält. Die isolierte Frage nach einer durchgehenden Eigenschaft droht zu verkennen, dass die leibliche Gegebenheitsweise nicht nur in einem objektivierbaren Da- und Sosein, sondern zugleich in einem subjektiven Selbstsein und einem intersubjektiven Für- und Mitsein besteht. Eine Personkonzeption, für welche die Leiblichkeit des Menschen konstitutiv ist, erfordert es, für eine angemessene Erschließung der gegenständlichen Seite des Personseins nicht nur eine Dritte-Person-Perspektive, sondern auch eine Erste-Person- und eine Zweite-Person-Perspektive für grundlegend zu erachten.¹⁴

Für die Reidentifikation der »idem-Identität« ist daher von einem mehrstufigen und mehrschichtigen Personverständnis auszugehen. Diesbezüglich anregend war für die angelsächsische Demenzzethik beispielsweise S. R. Sabat (2001), der im Horizont sozialkonstruktivistischer Theoriebildung zwischen drei Momenten des Selbst unterscheidet: ein inneres subjektives Selbst, das sich in Erste-Person-Aussagen ausdrückt und klassisch als Selbstbewusstsein gefasst wird (Self 1), ein äußeres und zugleich der Selbstreflexion zugängliches Selbst, das sich in physiologischen und mentalen Eigenschaften bzw. Charakteristiken darstellt (Self 2), und ein soziales Beziehungs-Selbst, das die Rolle eines Individuums in der sozialen Welt betrifft (Self 3). Mithilfe dieser Unterscheidung kritisiert Sabat eine unangemessene Fokussierung auf das Eigenschafts-Selbst (Self 2), während das eigentliche Problem der Verletzlichkeit des Selbst bei demenzkranken Menschen auf der Beziehungsebene zu suchen sei (Self 3).

Ich selbst habe vorgeschlagen, Personsein als differenzierte Einheit verschiedener Seinsmomente aufzufassen (Rieger 2018; vgl. Irrgang 2009). Das In-der-Welt-Sein von Personen als gegenständlich wahrnehmbare situierte Leiblichkeit erfordert deshalb mehrere Wahrnehmungs- und Beschreibungsperspektiven. Die Beachtung einer irreduziblen Differenz und zugleich einer Zusammengehörigkeit der Erste-Person-, Zweite-Person- und Dritte-Person-Perspek-

¹⁴ Auch hierfür ließe sich an die Geschichte des Personbegriffs anknüpfen, insofern bereits die antike Philologie den Personbegriff aufnahm: Um einer »triplex natura personarum« gerecht zu werden, unterschied sie zwischen erster, zweiter und dritter Person. Eine Person kann Autor des Sprechens oder Handelns (erste Person), sie kann Gegenüber des Sprechens oder Handelns (zweite Person) und sie kann Gegenstand des Sprechens oder Handelns sein (dritte Person). (Vgl. Fuhrmann 1989).

tive bietet nicht nur die Chance, gegenüber einer Reduktion eines personalen Gegenübers auf der Hut zu sein. Es muss nämlich als reduktionistisch betrachtet werden, die Reidentifizierung der idem-Identität lediglich an einem Seinsmoment festzumachen – ganz unabhängig davon, ob es sich um ein solches handelt, das sich in der Erste-Person-Perspektive (Selbstbewusstsein, Selbstgegebenheit, Selbstbindung an Werte etc.), in der Zweite-Person-Perspektive (soziale Partizipations- und Anerkennungsbeziehungen) oder in der Dritte-Person-Perspektive (raumzeitliche Körperlichkeit und Präsenz) erschließt. Die idem-Identität umfasst unterschiedliche Seinsmomente, die im zeitlichen Verlauf des Lebens mehr oder weniger ausgeprägt sind und auch verloren gehen können. Sie darf nicht lediglich von einem Moment und erst recht nicht von einer Wahrnehmungs- und Beschreibungsperspektive abhängig gemacht werden.¹⁵

Im Bereich der Diskussionen um den Gesundheits- und Krankheitsbegriff schlugen sich in mancherlei Hinsicht vergleichbare Einsichten im weitverbreiteten und von der WHO übernommenen bio-psycho-sozialen Modell (BPS-Modell) nieder. Ihm zufolge kann Gesundheit oder Krankheit nicht lediglich auf einer einzigen Ebene der Funktionsfähigkeit verortet und erst recht nicht in einer einzigen Beschreibungsperspektive erfasst werden, sondern in ihrem Zusammenspiel, das diversen Interdependenzen und Kompensationsmechanismen zu berücksichtigen gebietet. Die philosophische Diskussion der personalen Identität ist von solchen Einsichten erstaunlicherweise weitgehend unberührt geblieben.

Um die ethische Pointe der differenzierten Leibeinheit zu verdeutlichen, scheint mir das Bild eines Seils hilfreich (vgl. Harrison 1993, 434). Ein Seil besteht aus mehreren Fasern unterschiedlicher Stärke, Dicke und auch Länge. Die Schwäche einer Faser kann durch eine andere ausgeglichen oder gar ersetzt werden. Für sich genommen ist es auch gar nicht notwendig, dass sich jede Faser durch die volle Länge des Seils hindurchzieht. Übertragen bedeutet dies: Der

¹⁵ Im Sinne von Ricœur's Unterscheidung ließe sich sagen, dass die Aufgabe darin besteht, die idem-Identität mit der ipse-Identität komplementär zusammenzudenken. Die ipse-Identität steht für die Zeitlichkeit bzw. Veränderlichkeit, ohne die es die idem-Identität des Lebens nicht gibt. Die idem-Identität steht für Reidentifizierbarkeit eines Lebewesens in dieser Zeitlichkeit bzw. Veränderlichkeit und setzt wiedererkennbare Seins- und Relationsmomente voraus, welche den Verlust anderer Momente zu kompensieren vermögen. Beispiele hierfür sind im Folgenden: soziale Anerkennungsbeziehungen und evaluative Engagements.

Verlust von kognitiven oder mentalen Fähigkeiten ist zu relativieren. Die gewordenen oder etablierten sozialen Beziehungen sind als mindestens ebenso starke Faser des Personseins zu würdigen wie die erworbenen evaluativen Identifikationen, die sich in emotionalen Engagements äußern können. Meine Frau bleibt meine Frau, auch wenn sie nicht mehr weiß, dass sie meine Frau ist. Die Klaviermusik Chopins lässt mein Herz höherschlagen, auch wenn ich diese nicht mehr als Kompositionen Chopins erkenne.

Ein solches Personverständnis entspricht meines Erachtens nicht nur philosophischen Konzeptualisierungsbedingungen des leiblichen In-der-Welt-Seins von Personen, es kann sich für psychologische und leibphänomenologische Zugänge offen zeigen. In Anlehnung an die Anregungen der Positionen von Marion und Weizsäcker könnte man dieses mehrschichtige Personverständnis mit Hilfe des Begriffs der Stellvertretung weiter reflektieren: Die gegenständlich wahrnehmbare Leiblichkeit des Menschen oder seine relationale Verfasstheit können geradezu zum Stellvertreter werden, in denen dieses Personsein sich ausdrückt bzw. darstellt. Für dieses Seinsmoment stellt Marion die Bedeutung des Gesichts heraus. Und mit Weizsäcker ließe sich sagen: Unterschiedliche Grade einer Es-Bildung, von leiblichen Materialisierungen oder Sedimentierungen, gehören zum Personsein, das sich in der Beziehung zu einer bedeutungsvollen Umwelt realisiert. Bei allen Veränderungen der ipse-Identität bleibt der Mensch nämlich ein personales Subjekt in der responsiven Beziehung zu seiner als bedeutungsgeladen wahrgenommenen Umwelt. Und zwar auch dann, wenn diese Umwelt oder der Körper selbst gewissermaßen die führende Rolle übernimmt und das personale Subjekt weniger als jene Beziehung formendes, sondern als geformtes erscheint. Solche Vorstellungen konvergieren in einer Ontologie der Person, die von einem in einer soziokulturellen Bedeutungswelt von Personen eingebetteten und engagierten »situated-embodied agent« ausgeht und letztlich auch einen gewissen »externalism of mind« impliziert (Hughes 2001). Dies ist hier nicht weiter auszuführen.

Hinzuweisen ist auf die Konsequenzen für die vorliegende Fragestellung. Zunächst lässt sich die Rede vom Gewordenen' präzisieren: In drittpersonaler Perspektive benennt sie das Ergebnis der Körperwerdung im engeren Sinn, in zweitpersonaler Perspektive die konstituierten Beziehungsstrukturen und die Beziehungsabbrüche, in erstpersonaler Perspektive nicht nur habituelle Erlebnis-, Umgangs- und Selbstreflexionsmuster, sondern auch die eingegangenen Identität

fikationen und evaluativen Selbstbindungen, schließlich die erfüllten und unerfüllten Wünsche. Wichtig ist sodann, die Interdependenz der Seinsmodi zu beachten: Weil eine Person Körper *ist* (und nicht nur *hat*), betrifft die Begrenztheit, das Werden und das Vergehen des Körpers auch alle ihre psychischen und sozialen Eigenschaften und Fähigkeiten – aber in unterschiedlicher Weise und Intensität. Im Blick auf eine dementielle Erkrankung vermag sich eine Reidentifikation der Person länger an einer evaluativen Fähigkeit zu Werten zu orientieren als an einer Erinnerungsfähigkeit. Doch auch diese wird zuletzt der ›Fleischwerdung‹ weichen.

Erkennt man die konstitutive Bedeutung der Leiblichkeit für das Personsein als eine Weise des In-der-Welt-Seins an, muss man die Begrenztheit und die Vergänglichkeit, die mit dem körperlichen Dasein gegeben ist, auch für das Personsein geltend machen. Vergehen und Verlust gehören ebenso konstitutiv zur Person, sie markieren nicht den Verlust von Personalität (Lesser 2006). Durch den Körper wächst der Person die Potentialität zur Fleischwerdung und die Potentialität zum Vergehen zu. Es handelt sich nicht um ein Vergehen *der* Person, sondern um ein Vergehen *als* Person, das, wie gesagt, alle ihre Seinsmomente betreffen kann und sie als »situated-embodied agent« formt. Dieses Vergehen macht vor der Fähigkeit der aktiven Selbstkultivierung und der Selbstbeherrschung ebenso wenig halt wie vor deren habitualisierten Formen der »zweiten Natur«, zu denen insbesondere auch leibliche Kommunikations- und Expressionsfähigkeiten gehören (Lindemann 2014). Die ethische Herausforderung besteht darin, dass gerade dann, wenn die Fasern personaler Identität dünner werden bzw. abbrechen und wenn im Zuge der Es-Werdung der Körper vom ›Ich‹ nicht mehr in Dienst genommen werden kann, die betroffenen Menschen ihren Platz in der Anerkennungsgemeinschaft von Personen nicht verlieren. Was als bloßes ›Es‹ erscheint, ist als ›Du‹ anzusprechen, um als ›Ich‹ einen Platz in der Gemeinschaft von Personen einnehmen zu können (Aus der Au 2009, 152). Aus der Perspektive eines selbst von Demenz Betroffenen stellt die Persönlichkeitsveränderung für R. Taylor das tiefgreifendste Symptom dar. Sie führt ihm zufolge dazu, nicht mehr als ›Du‹, sondern als ›Es‹ oder ›Er‹ wahrgenommen zu werden. »Ich werde aussehen, riechen und gehen wie Du, werde aber nicht wie ein Du handeln und denken. [...] Es passiert einfach. [...] Ich weiß, dass ich es nach wie vor brauche, als ein Du gesehen zu werden, und will, dass mein Personsein gewürdigt wird.« (Taylor 2011, 146)

4.2. Die Würde der gewordenen Persönlichkeit

Die idem-Identität der Person ist zur Reidentifizierung nicht zu vernachlässigen. In würdetheoretischer Sicht ist die Frage nach ihr allerdings nicht die einzige Frage, die zu stellen ist. Ansonsten bestünde die Gefahr, die Würde an dem festzumachen, was als Schwundstufe von personalen Fähigkeiten ›noch‹ ausgemacht werden kann. Das ist nicht nur unnötig, sondern geradezu irreführend. Aus zwei Gründen: Zum einen kann, wie gezeigt wurde, keine Veränderung der Persönlichkeit den Status des Personseins gefährden, wenn zum Personsein selbst die Eigenschaft des Vergehens zu zählen ist. Zum anderen ist das, was bis zum Tod gegeben ist, zum Bezugspunkt der würdetheoretischen Fragestellung zu machen: Es ist die *gewordene Persönlichkeit*, es ist die festgelegte und gehaltvolle Persönlichkeit, die *als solche* geachtet werden will.

Das hat grundsätzliche Bedeutung, auf die zuletzt hinzuweisen ist: Würde bezieht sich auf beide Identitätsformen, auf die Personalität und die Persönlichkeit eines Menschen, so dass die Alternative zwischen einer unverlierbaren und einer verlierbaren Würde nicht das letzte Wort haben muss (Neuhäuser 2015; anders Horn 2011). Einerseits gilt, dass auch bei großen Persönlichkeitsveränderungen aus einer Person nicht ein ›Es‹ oder ›Etwas‹ wird – und zwar auch dann nicht, wenn das Es des Körpers vom Co-Autor zum hauptsächlichen Autor der Lebensgeschichte aufsteigt und von der ›zweiten Natur‹ der Selbstkultivierung nur noch Ruinen übrigbleiben. Andererseits erweist sich die Persönlichkeit selbst, nicht zuletzt die Fähigkeit der Selbstachtung, als fragil und verletzlich. Sie kann gedemütigt, erniedrigt, bloßgestellt und beschämt werden. Während die Würde der Person unverlierbar und nicht graduierbar ist, ist die Persönlichkeitswürde also verlierbar und graduierbar. Der Zusammenhang ist dann folgender: Weil Menschen trotz aller Persönlichkeitsveränderungen Würde zukommt, ist alles zu tun, damit sie ihre Würde als Persönlichkeit – ihre psychische und soziale Identität, ihre Selbstachtung etc. – bewahren können. Die fehlende inhaltliche Konkretion des Menschenwürde-Prinzips ist so auch seine Stärke: Menschenwürde darf nicht von bestimmten Formen der ipse-Identität, nicht von bestimmten Leistungsformen und -idealen abhängig gemacht wer-

den.¹⁶ Die vom Körper diktierte Identität ist ebenso zu achten, wie jenes Leben, das alle Selbstachtung vor sich selbst verloren hat.

Literaturverzeichnis

- Amann, A. & Kolland, F. (2008). *Das erzwungene Paradies des Alters? Fragen an eine kritische Gerontologie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Aus der Au, Ch. (2009). Leiblichkeit: Die rezeptive Dimension des Selbst. Von der Alzheimer-Krankheit zur *conditio humana*. In Th. Klie, M. Kumlehn & R. Kunz (Hrsg.), *Praktische Theologie des Alterns* (S. 133–153). Berlin: de Gruyter.
- Baltes, P. B. (1990). Entwicklungspsychologie der Lebensspanne: Theoretische Ansätze. *Psychologische Rundschau*, 41, 1–24.
- Baltes, P. B. (2007). Alter(n) als Balanceakt: Im Schnittpunkt von Fortschritt und Würde. In P. Gruss (Hrsg.), *Die Zukunft des Alterns. Die Antwort der Wissenschaft* (S. 15–34). München: Beck.
- Baumgartner, H. M., Heinemann, T., Honnefelder, L., Wickler, W. & Wildfeuer, A. G. (2009). Philosophische Aspekte. In G. Rager (Hrsg.), *Beginn, Persönlichkeit und Würde des Menschen* (3., vollständig neu bearb. und erw. Aufl.) (S. 333–443). Freiburg München: Verlag Karl Alber.
- Bieri, P. (2013). *Eine Art zu leben. Über die Vielfalt menschlicher Würde*. München: Carl Hanser.
- Birren, J. E. (1974). *Altern als psychologischer Prozess* (übers. v. N. Erlemeyer & H. Richter). Freiburg: Lambertus.
- Brandhorst, M. & Weber-Guskar, E. (2017). Einleitung. In Dies. (Hrsg.), *Menschenwürde. Eine philosophische Debatte über Dimensionen ihrer Kontingenz* (S. 7–44). Berlin: Suhrkamp.
- Brandstädter, J. (2007). *Das flexible Selbst. Selbstentwicklung zwischen Zielbindung und Ablösung*. Heidelberg: Elsevier.
- Brasser, M. (2008). In der Rolle des Individuums. Die Bedeutung von ›Person‹ und die Etymologie von ›persona‹. In K. Gloy (Hrsg.), *Kollektiv- und Individualbewusstsein* (S. 53–60). Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Brenner, A. (2006): *Bioethik und Biophänomen. Den Leib zur Sprache bringen*. Würzburg: Königshausen & Neumann.

¹⁶ In Anlehnung an Margalit (1997, 92) lässt sich damit eine bemerkenswerte Begründung der Würde formulieren: Wenn man nach menschlichen Eigenschaften sucht, welche die unbedingte Achtung begründen können, dann können diese Eigenschaften nicht in Leistungsfähigkeiten psychischer, mentaler oder sozialer Art gesucht werden. Eine solche ist allein in der *Potentialität, eine neue ipse-Identität bilden zu können*, zu suchen.

- Brockmeier, J. (2014). Questions of Meaning: Memory, Dementia, and the Post-autobiographical Perspective. In L.-Ch. Hydén, H. Lindemann & J. Brockmeier (Hrsg.), *Beyond Loss. Dementia, Identity, Personhood* (S. 69–90). Oxford: Oxford University Press.
- Dworkin, R. (1994). *Die Grenzen des Lebens. Abtreibung, Euthanasie und persönliche Freiheit* (übers. v. S. Höbel, C. Holfelder-von der Tann, W. Schmaltz & M. Ueberle-Pfaff). Reinbek: Rowohlt.
- Fingerhut, J., Hufendiek, R. & Wild, M. (2013). *Philosophie der Verkörperung: Grundlagentexte zu einer aktuellen Debatte*. Berlin: Suhrkamp.
- Frankl, V. E. (2005). *Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie* (3. Aufl.). Bern: Huber.
- Frankl, V. E. (2017). *Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse. Mit den ›Zehn Thesen über die Person‹* (7. Aufl.). München: dtv.
- Fuchs, Th. (2008a). *Leib und Lebenswelt. Neue philosophisch-psychiatrische Essays*. Kusterdingen: SFG-Fachverlage.
- Fuchs, Th. (2008b). Die Würde des menschlichen Leibes. In W. Härle & B. Vogel (Hrsg.), *Begründung von Menschenwürde und Menschenrechten* (S. 202–217). Freiburg: Herder.
- Fuhrmann, M (1989). Art. »Person. Von der Antike bis zum Mittelalter«. In J. Ritter & K. Gründer (Hrsg.), *Historisches Wörterbuch der Philosophie. Band 7* (S. 269–283). Basel: Schwabe.
- Ghisletta, P. & Lecerf, T. (2016). Intelligence, crystallized. In S. K. Whitbourne (Hrsg.), *The encyclopedia of adulthood and aging* (S. 652–656). New Jersey: Wiley.
- Harrison, Ch. (1993). Personhood, Dementia and the Integrity of a Life. *Canadian Journal of Aging*, 12, 428–440.
- Heuft, G., Kruse, A. & Radebold, H. (2006). *Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie* (2. überarb. und erw. Aufl.). München: Reinhardt.
- Horn, Ch. (2011). Die verletzbare und die unverletzbare Würde des Menschen – eine Klärung. *Information Philosophie*, 3, 30–41.
- Hughes, J. C. (2001). Views of the person with dementia. *Journal of Medical Ethics*, 27, 86–91.
- Irrgang, B. (2009). *Der Leib des Menschen. Grundriss einer phänomenologisch-hermeneutischen Anthropologie*. Stuttgart: Steiner.
- Jaworska, A. (1999). Respecting the Margins of Agency: Alzheimer's Patients and the Capacity to Value. *Philosophy and Public Affairs*, 28, 105–138.
- Kaiser, H. J. (1998). Ethische Probleme der gerontopsychologischen Forschung. In H. Blonski (Hrsg.), *Ethik in Gerontologie und Altenpflege. Leitfaden für die Praxis* (S. 57–74). Hagen: Kunz.
- Kitwood, T. (2005). *Demenz. Der person-zentrierte Umgang mit verwirrten Menschen* (4. Aufl., übers. v. M. Herrmann). Bern: Huber.
- Kruse, A. (2017). *Lebensphase hohes Alter. Verletzlichkeit und Reife*. Berlin: Springer.
- Lesser, A. H. (2006). Dementia and personal identity. In J. C. Hughes & S. Louw & S. R. Sabat (Hrsg.), *Dementia. Mind, meaning and the person* (S. 66–61). Oxford: Oxford University Press.

- Lindemann, H. (2014). Second Nature and the Tragedy of Alzheimer's. In L.-Ch. Hydén, H. Lindemann & J. Brockmeier (Hrsg.), *Beyond Loss. Dementia, Identity, Personhood* (S. 11–23). Oxford: Oxford University Press.
- Margalit, A. (1997). *Politik der Würde. Über Achtung und Verachtung* (übers. v. G. Schmidt & A. Vonderstein). Berlin: Fest.
- Marion, J.-L. (2012). Der Leib oder die Gegebenheit des Selbst (übers. v. K. Novotný, H. R. Sepp & M. Staudigl). In M. Staudigl (Hrsg.), *Gelebter Leib – verkörpertes Leben. Neue Beiträge zur Phänomenologie der Leiblichkeit* (S. 21–41). Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Marion, J.-L. (2013). *Étant donné. Essai d'une phénoménologie de la donation* (4. erw. Ausg.). Paris: Puf.
- Merleau-Ponty, M. (1966). *Phänomenologie der Wahrnehmung* (übers. v. R. Boehm). Berlin: de Gruyter.
- Moody, H. R. (2001). Productive aging and the ideology of old age. In N. Morrow-Howell, J. Hinterlong & M. Sherraden (Hrsg.), *Productive aging. Concepts and challenges* (S. 175–196). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Nancy, J.-L. (2007). *Corpus* (2. Aufl., übers. v. N. Hodyas & T. Oberböcker). Zürich Berlin: Diaphanes.
- Neuhäuser, Ch. (2015). Würde, Selbstachtung und persönliche Identität. *Deutsche Zeitschrift für Philosophie*, 63, 448–471.
- Olbrich, E. (1997). Die Grenzen des Coping. In C. Tesch-Römer, Ch. Salewski & G. Schwarz (Hrsg.), *Psychologie der Bewältigung* (S. 230–246). Weinheim: Beltz.
- Parfit, D. (1984). *Reasons and Persons*. Oxford: Clarendon Press.
- Peters, M. (2004). *Klinische Entwicklungspsychologie des Alters. Grundlagen für psychosoziale Beratung und Psychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Plügge, H. (1962). *Wohlbefinden und Missbefinden. Beiträge zu einer medizinischen Anthropologie*. Tübingen: Niemeyer.
- Radden, J. & Fordyce, J. M. (2006). Into the darkness: losing identity with dementia. In J. C. Hughes, S. J. Louw & S. R. Sabat (Hrsg.), *Dementia: mind, meaning and the person* (S. 71–88). Oxford: Oxford University Press.
- Renner, K.-H. & Laux, L. (1998): William Sterns unitas multiplex und das Selbst der Postmoderne. *Psychologie und Geschichte*, 8, 3–17.
- Rentsch, Th. (1992). Philosophische Anthropologie und Ethik der späten Lebenszeit. In P. B. Baltes & J. Mittelstraß (Hrsg.), *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung. Akademie der Wissenschaften zu Berlin – Forschungsbericht 5* (S. 283–304). Berlin New York: de Gruyter.
- Ricœur, P. (1996). *Das Selbst als ein Anderer* (übers. v. J. Greisch). München: Wilhelm Fink.
- Rieger, H.-M. (2018). Demenz als Testfall der Menschenwürde. Auf der Suche nach einem leibgebundenen Verständnis von Person und Würde. In M. Bonacker & G. Geiger (Hrsg.), *Menschenrechte in der Pflege. Ein interdisziplinärer Diskurs zwischen Freiheit und Sicherheit* (S. 49–86). Opladen: Barbara Budrich.

- Rieger, H.-M. (2023). Die bedeutungsresonante Wahrnehmung des Herzens. Eine ethische Perspektive. In F. Ferrari, G. Schmolz & Ch. Karpouchtis (Hrsg.), *Religion, Ethik, Versöhnung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht (im Erscheinen).
- Ringkamp, D. (2018). Erzählte Identität? Zur Kritik narrativer Demenztheorien. *Zeitschrift für Praktische Philosophie*, 5, 107–132.
- Rosenmayr, L. (1999). Zur Philosophie des Alterns. In A. Kruse & M. Martin (Hrsg.), *Enzyklopädie der Gerontologie* (S. 13–28). Bern Göttingen: Huber.
- Rosenthal, G. (2010). Die erlebte und erzählte Lebensgeschichte. Zur Wechselwirkung zwischen Erleben, Erinnern und Erzählen. In B. Griese (Hrsg.), *Subjekt – Identität – Person? Reflexionen zur Biographieforschung* (S. 199–218). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rudolf, G. & Henningsen, P. (2017). *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage* (8. unveränderte Aufl.). Stuttgart New York: Thieme.
- Sabat, S. R. (2001). *The Experience of Alzheimer's Disease. Life through a Tangled Veil*. Oxford: Wiley.
- Schechtman, M. (1990). Personhood and Personal Identity. *The Journal of Philosophy*, 87, 71–92.
- Seel, M. (1995). *Versuch über die Form des Glücks. Studien zur Ethik*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Seel, M. (2002). *Sich bestimmen lassen. Studien zur theoretischen und praktischen Philosophie*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Sennett, R. (2000). *Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus* (7. Aufl.). Berlin: Siedler.
- Spaemann, R. (2006). *Personen. Versuche über den Unterschied zwischen ›etwas‹ und ›jemand‹* (3. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stern, W. (1923). *Die menschliche Persönlichkeit*. Leipzig: Barth.
- Stoecker, R. (2017). In Würde altern. In M. Brandhorst & E. Weber-Guskar (Hrsg.), *Menschenwürde. Eine philosophische Debatte über Dimensionen ihrer Kontingenz* (S. 338–360). Berlin: Suhrkamp.
- Swinton, J. (2012). *Dementia. Living in the Memories of God*. Grand Rapids Cambridge: Eerdmans.
- Taylor, R. (2011). *Alzheimer und Ich. Leben mit Dr. Alzheimer im Kopf* (3. ergänz. Aufl., übers. v. E. Brock). Bern: Huber.
- Weber-Guskar, E. (2017). Menschenwürde. Kontingente Haltung statt absoluter Wert. In M. Brandhorst & E. Weber-Guskar (Hrsg.), *Menschenwürde. Eine philosophische Debatte über Dimensionen ihrer Kontingenz* (S. 206–233). Berlin: Suhrkamp.
- Weizsäcker, V. v. (1940). Der Gestaltkreis. Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen. In P. Achilles, D. Janz, M. Schrenk & C. F. v. Weizsäcker (Hrsg.), *Gesammelte Schriften 4. Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen* (S. 77–337). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

- Weizsäcker, V. v. (1947). Medizin im Streite der Fakultäten. In P. Achilles, D. Janz, M. Schrenk & C. F. v. Weizsäcker (Hrsg.), *Gesammelte Schriften 7. Allgemeine Medizin. Grundfragen medizinischer Anthropologie* (S. 197–211). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Weizsäcker, V. v. (1948). Grundfragen medizinischer Anthropologie. In P. Achilles, D. Janz, M. Schrenk & C. F. v. Weizsäcker (Hrsg.), *Gesammelte Schriften 7. Allgemeine Medizin. Grundfragen medizinischer Anthropologie* (S. 255–282). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Weizsäcker, V. v. (1949). Nach Freud. In P. Achilles, D. Janz, M. Schrenk & C. F. v. Weizsäcker (Hrsg.), *Gesammelte Schriften 1. Natur und Geist. Begegnungen und Entscheidungen* (S. 441–450). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Weizsäcker, V. v. (1950). Der kranke Mensch. Eine Einführung in die Medizinische Anthropologie. In P. Achilles, D. Janz, M. Schrenk & C. F. v. Weizsäcker (Hrsg.), *Gesammelte Schriften 9. Fälle und Probleme. Klinische Vorstellungen* (S. 311–641). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Weizsäcker, V. v. (1954). Natur und Geist. Erinnerungen eines Arztes. In P. Achilles, D. Janz, M. Schrenk & C. F. v. Weizsäcker (Hrsg.), *Gesammelte Schriften 1. Natur und Geist. Begegnungen und Entscheidungen* (S. 9–190). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Weizsäcker, V. v. (1955). Meines Lebens hauptsächliches Bemühen. In P. Achilles, D. Janz, M. Schrenk & C. F. v. Weizsäcker (Hrsg.), *Gesammelte Schriften 7. Allgemeine Medizin. Grundfragen medizinischer Anthropologie* (S. 372–392). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Weizsäcker, V. v. (1956). *Gesammelte Schriften 10. Pathosophie*. P. Achilles, D. Janz, M. Schrenk & C. F. v. Weizsäcker (Hrsg.). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Wetz, F. J. (2005). *Illusion Menschenwürde. Aufstieg und Fall eines Grundwerts*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Wiedebach, H. (2014). *Pathische Urteilskraft*. Freiburg München: Alber.

Daniela Ringkamp

Demenz, Identifikation und Sorge

Zur Möglichkeit eines alternativen Verständnisses personaler Identität bei Demenzbetroffenen

Abstract

Der vorliegende Beitrag versucht, den Gegensatz zwischen einem kognitivistischen und einem relationalen Verständnis der personalen Identität von Demenzbetroffenen einzugrenzen und verweist auf volitive sowie evaluative Elemente als Grundlage für die personale Identität Demenzerkrankter. Theoretischer Bezugspunkt für dieses Verständnis personaler Identität ist Harry G. Frankfurts Theorie der Sorge und der Identifikation mit bestimmten Wünschen und Wertvorstellungen. Auch wenn Frankfurt sich in seinen Texten nicht mit dem Erfahrungshorizont von Demenzbetroffenen beschäftigt, so ermöglicht sein Ansatz aufgrund einer gewissen Entlastung von anspruchsvollen kognitivistischen Grundannahmen und einer lediglich schwach ausgeprägten Diachronizität Anknüpfungspunkte für Überlegungen, die Demenzbetroffene als sich sorgende und sich mit bestimmten Wertvorstellungen identifizierende Personen verstehen. Tätigkeiten des Erinnerns und rationalen Reflektierens geraten so zugunsten der Berücksichtigung von emotiven Persönlichkeitsmerkmalen in den Hintergrund. Eine solche Herangehensweise wertet die Individualität Demenzbetroffener auf, ohne jedoch ihre Eingebundenheit in soziale Kontexte zu vernachlässigen. Denn wie durch Beispiele gezeigt wird, sind Demenzbetroffene auch in den späten Stadien der Erkrankung noch dazu in der Lage, Äußerungen des Sorgens, Identifizierens und Wertschätzens zu tätigen. Aufgrund der mit der Erkrankung verbundenen Symptomatik gewinnt jedoch auch das soziale Umfeld an Bedeutung: An- und Zugehörigen, den Pflege- und Betreuungskräften sowie anderen Personen kommt die Aufgabe zu, die oft fragmentierten und nicht immer kohärenten Äußerungen

Demenzkranker aufzugreifen und zu stützen und sie so in ihrer Individualität zu stärken.

1. Einleitung

In der Philosophie der Demenz sind Theorien der personalen Identität Demenzbetroffener gekennzeichnet durch einen Gegensatz zwischen kognitivistischen und relational-sozialen Ansätzen, die jeweils herangezogen werden, um den Identitätsstatus von Demenzkranken zu bestimmen. Auf der einen Seite verweisen Befürworter eines Verständnisses personaler Identität, das sich eng an der Theorie John Lockes orientiert, auf kognitive Urteile und entsprechende reflexive Fähigkeiten, mit denen sich ein Individuum in seiner biografischen Gegenwart, Vergangenheit und Zukunft situiert und die die Basis für das Vorhandensein personaler Identität darstellen. (Vgl. Dworkin 1993, 303–226; Singer 2014) Ausgehend von dieser Perspektive ist es problematisch, Demenzbetroffenen überhaupt einen personalen Identitätsstatus zuzuschreiben. Auf der anderen Seite argumentieren Gegner dieses Ansatzes zugunsten einer relational-sozialen Perspektive, die sich nicht an Fähigkeiten orientiert, sondern an der sozialen Eingebundenheit eines Demenzkranken in die (Gattungs-) Gemeinschaft. In diesem Fall wird der Verlust kognitiver Fähigkeiten oder der Persönlichkeitswandel, der mit einer Demenzerkrankung einhergehen kann, aufgefangen durch die Beteiligung des sozialen Umfelds, indem An- und Zugehörige, Freunde oder andere Betreuungspersonen Demenzbetroffene in der Aufrechterhaltung einer personalen Identität im Krankheitszustand unterstützen. (Vgl. Dresser 1995; Wetzstein 2005; Schechtman 2014)

Im vorliegenden Beitrag möchte ich mich dieser Dichotomie nicht entziehen, werde aber gleichwohl versuchen, den Gegensatz zwischen einem kognitivistischen und einem relationalen Verständnis der personalen Identität Demenzbetroffener in bestimmter Hinsicht einzugrenzen. Denn ich werde dafür argumentieren, dass leibliche Äußerungen und evaluative Bezüge, die die Betroffenen auch in späten Stadien einer Demenzerkrankung zeigen, als wesentliches Merkmal der personalen Identität Demenzbetroffener verstanden werden können. Damit orientiere ich mich nach wie vor an einem fähigkeitsbasierten Begriff personaler Identität, kombiniere diesen aber mit relationalen Strukturen und leiblichen Reaktionsschemata,

so dass eine Übernahme anspruchsvoller kognitivistischer Elemente im Anschluss an die Theorie Lockes nicht notwendig ist. Stattdessen werde ich auf volitive und evaluative Merkmale hinweisen, mit denen sich ein Demenzerkrankter zu sich selbst und seiner Umwelt verhält und sich mit seiner Situation – seinem vergangenen, aber auch seinem gegenwärtigen und zukünftigen Leben – identifiziert. Identifikationen und bestimmte Willensäußerungen werden damit zum zentralen Merkmal der Persönlichkeit Demenzbetroffener; und weil sich diese beiden Merkmale insbesondere in fragmentarischer Sprache, in leiblicher und nonverbaler Performanz zeigen, wird bei der Interpretation der Äußerungen und der Kommunikation mit Demenzbetroffenen das soziale Umfeld, in dem Demenzkranke leben, aufgewertet.

Ich werde in einem ersten Schritt den theoretischen Hintergrund, vor dem sich diese Untersuchung bewegt, in ihren Grundzügen kurz skizzieren. Dabei werde ich insbesondere auf die Theorie des Identifizierens und des Sich-Sorgens als Kennzeichen personaler Identität im Anschluss an Harry Frankfurt verweisen und Demenzbetroffene auch von den sogenannten *wantons* abgrenzen, die laut Frankfurt keinen Personenstatus haben. In einem zweiten Schritt werden Fallbeispiele aus der Forschungsliteratur aufgegriffen, die konkret verdeutlichen, wie die Performanz eines auf Identifikation und Sorge beruhenden Verständnisses der Persönlichkeit durch Demenzbetroffene auch in späteren Krankheitsstadien konkret vollzogen werden kann.

2. Persönlichkeit, Wille und Evaluation

2.1. Psychologische Kontinuität und Volitionen

Eine Theorie personaler Identität muss nicht nur klären, was jeweils Identität bedeutet und unter welchen Bedingungen eine Entität *x* mit sich selbst identisch ist und wann nicht. Ebenso wichtig – vielleicht sogar wichtiger – ist der Begriff der Person, mit dem festgesetzt wird, für *welche* Entität eine Identitätsrelation behauptet wird. Der Begriff der Person wiederum ist seit der Antike Gegenstand philosophischer Debatten, wurde im 18. Jahrhundert jedoch maßgeblich von John Locke geprägt, dessen Ansatz nach wie vor für aktuelle kognitionswissenschaftliche Theorien im Anschluss an Derek Parfit von Bedeutung ist. Auch Locke verknüpft in seiner Definition die Begriffe ›Identität‹ und ›Person‹, indem er feststellt:

This being premised, to find wherein personal identity consists, we must consider what PERSON stands for; which, I think, is a thinking intelligent being, that has reason and reflection, and can consider itself as itself, the same thinking thing, in different times and places; which it does only by that consciousness which is inseparable from thinking, and, as it seems to me, essential to it; [...] [A]nd as far as this consciousness can be extended backwards to any past action or thought, so far reaches the identity of that person; it is the same self now it was then; and it is by the same self with this present one that now reflects on it. (Locke 1690, XXVII/9)

Eine Person ist gekennzeichnet als ein Lebewesen, das Vernunft besitzt und in der Lage ist, sich zu verschiedenen Zeiten und an verschiedenen Orten als dasselbe Lebewesen zu begreifen. Zentral hierfür ist psychologische Kontinuität als diejenige Fähigkeit des Bewusstseins, die es einer Person unter anderem ermöglicht, sich in ihrer biografischen Vergangenheit zu verorten, Erfahrungen als die eigenen Erfahrungen zu erkennen und auch die eigene Zukunft zu antizipieren. Sofern sie sich mentale Zustände und vergangene Erfahrungen zuschreibt, ist eine Person mit sich selbst identisch. Personale Identität ist somit an die zeitliche Extension des Bewusstseins gebunden, was wiederum umfassende kognitive Kompetenzen voraussetzt. Eine Person kann sich nur als mit sich selbst identisch begreifen, wenn sie denk- und urteilsfähig ist, ihre mentalen Gehalte als ihre eigenen begreift und in eine Struktur einbettet, die eine Identifikation des Selbst in biografischer Vergangenheit und Zukunft ermöglicht.

Einem solchen, auf psychologische Kontinuität aufbauendem Verständnis der Person setzt Harry G. Frankfurt eine Sichtweise entgegen, die eine Person weniger durch diachrone Bewusstseinstätigkeit als vielmehr durch eine bestimmte Struktur des *Willens* begreift. Eine Person kennzeichnet sich nicht nur dadurch, dass sie einen bestimmten Willen hat, sondern vor allem durch ihr Verhalten zu ihren eigenen Wünschen (vgl. Frankfurt 2014a). In diesem Zusammenhang verweist Frankfurt auf den Unterschied zwischen sogenannten Volitionen erster und zweiter Stufe. Wünsche oder Volitionen erster Stufe können Begierden sein, sie können aber auch über die Befriedigung unmittelbarer Triebe hinausgehen und darauf ausgerichtet sein, ein Buch zu lesen oder soziale Kontakte aufrecht zu erhalten. Volitionen zweiter Stufe unterscheiden sich von denjenigen der ersten Stufe, indem sie ein reflexives Verhältnis zu den Wünschen erster Stufe einnehmen und den Handlungsvollzug leiten, also maßgeblich dafür

sind, ob wunschgemäß gehandelt wird oder nicht. Mit einer Volition zweiter Stufe drückt eine Person aus, dass sie einen bestimmten Wunsch haben *möchte* (vgl. ebd., 71) und dieser ihre Handlungen bestimmt. So kann eine Person zwar den Wunsch erster Stufe haben, ein Buch zu lesen. Dieser Wunsch muss jedoch nicht handlungsanleitend sein, wenn die Person etwa zugleich den Wunsch hat, sich auf eine Prüfung vorzubereiten und eine Volition zweiter Stufe ausbildet, über die eine entsprechende Handlung – die Vorbereitung auf die Prüfung – ausgelöst wird. Volitionen zweiter Stufe, die sich von bloßen Wünschen aufgrund ihres Handlungsbezugs unterscheiden, sind nun wesentlich für das Personsein und unterscheiden Personen von den sogenannten *wantons*, den Triebhaften, die zwar Wünsche erster Stufe haben und diesen nachgehen, sich aber nicht in ein reflexives Verhältnis zu den Wünschen erster Stufe begeben (können) (vgl. ebd., 72). Sie sind zudem das entscheidende Kriterium für Willensfreiheit und garantieren personale Autonomie, denn Volitionen zweiter Stufe ermöglichen es einer Person, den Willen zu haben, den sie haben möchte und den sie bejaht.

Verglichen mit der Architektonik der Locke'schen Identitätstheorie ist auch Frankfurts Ansatz der zweistufigen Volitionalität zunächst hochkomplex. Der reflexive Bezug zu Wünschen erster Stufe und das Kriterium der Handlungswirksamkeit erfordern ebenso anspruchsvolle kognitive Fähigkeiten und ein ausgeprägtes Urteilsvermögen darüber, welche der zahlreichen Wünsche und Begierden erster Stufe, die eine Person registriert, tatsächlich ihre Handlungen bestimmen sollen. In der Auseinandersetzung mit Einwänden gegen Frankfurts Ansatz wird sich jedoch zeigen, dass Frankfurt seine Theorie an entscheidenden Stellen modifiziert und Personen von der Übernahme kognitiver Einstellungen entlastet. Es ist diese Entlastung, die die Übertragung von Frankfurts Ansatz auf den mentalen Zustand Demenzbetroffener ermöglicht.

2.2. Identifikation und Sorge

Diese hier nur kurz angedeutete Theorie der zweistufigen Volitionalität als Kriterium für Personalität ist auf große Resonanz gestoßen, sieht sich jedoch auch mit Einwänden konfrontiert. Einen Einwand, den sogenannten Regress-Einwand, möchte ich im Folgenden kurz aufgreifen, denn in Auseinandersetzung mit diesem unternimmt

Frankfurt Überlegungen, die für eine Theorie personaler Identität im Zustand der Demenz von Bedeutung sind.

Der Regress-Einwand fragt nach der legitimierenden Kraft der Volitionen zweiter Stufe. (Vgl. Betzler 2014) So ist unklar, inwiefern der Bezug von Volitionen zweiter Stufe auf Wünsche erster Stufe autonomieverbürgend sein soll. Um autonomieverbürgend sein zu können, müssten Volitionen zweiter Stufe selbst bereits autonom sein. Es ist jedoch offen, wie die Autonomie der Volitionen zweiter Stufe aufgezeigt werden kann: Diese müssten selbst durch Volitionen dritter (und diese in der Folge vierter, fünfter...n-ter) Stufe autorisiert werden, deren Autonomie wiederum nur durch eine höherstufige Volition legitimiert werden kann, so dass die Reihe an höherstufigen Volitionen in einen infiniten Regress mündet. (Vgl. ebd., 24)

Den Regress-Einwand thematisiert Frankfurt bereits in *Willensfreiheit und der Begriff der Person* (2014a) und warnt vor einer bis ins Unendliche denkbaren Kette von Wunschbildungsakten, in denen ein gegebener Wunsch jeweils durch einen höherstufigen Wunsch als autonom gekennzeichnet wird. Durch eine entschlossene Identifikation mit einem ihrer Wünsche, die den gesamten Raum potentieller höherstufiger Wünsche durchdringe, könne ein unendlicher Regress auf nicht willkürliche Weise unterbrochen werden. (Vgl. Frankfurt 2014a, 78) Der Entschluss markiert so eine Identifikation mit einem Willen, den die handelnde Person als authentisch, als ihr eigen, begreift: Die Frage nach dem *Warum*, nach der Legitimation des durch einen Entschluss zu eigen gemachten Wunsches stellt sich nicht mehr, da sich die Person mit dem Wunsch identifiziert und ihn als Ausdruck ihrer Persönlichkeit betrachtet.

Die Komplexität der Identifikation mit einem höherstufigen Wunsch verdeutlicht Frankfurt auch durch das zentrale Phänomen des Sorgens, das Entscheidungsprozesse begleitet und die Identifikation mit höherstufigen Volitionen in eine diachrone Struktur einbettet. Damit wird nicht nur der Begriff der Identifikation präzisiert, sondern die Entstehungsbedingungen der Identifikation gewinnen an Bedeutung:

Eine Person, die für eine Sache Sorge trägt, ist sozusagen in sie eingesetzt. Sie *identifiziert* sich in dem Sinne mit der Sache, um die sie sich sorgt, als sie sich verletzbar für Verluste und empfänglich für Gewinne zeigt, die davon abhängen, ob das, wofür sie Sorge trägt, vermindert oder gesteigert wird. Folglich sorgt sie sich um das, was von Belang ist, sie schenkt solchen Dingen besondere Aufmerksamkeit und

orientiert ihr Verhalten entsprechend. Sofern das Leben der Person im ganzen oder teilweise irgendeiner Sache *gewidmet* ist, statt bloß eine Abfolge von Ereignissen zu sein, deren Themen und Strukturen sie keine Anstrengungen unternimmt zu gestalten, ist es dem gewidmet. (Frankfurt 2014b, 101)

Die Sorge wird auf diese Weise zu einer Grundhaltung personalen Daseins. Die Identifikation mit einer höherstufigen Volition, die durch einen Entschluss markiert wird, ist keine ad-hoc-Entscheidung, sondern eingebettet in einen umfassenden Entstehungs- und Vergegenwärtigungsprozess, in dem eine Person auslotet, was ihr im Leben wichtig ist und wie sie ihre Präferenzen realisiert. Erst vor der umfassenden Tätigkeit des Sorgens wird damit die Identifikation als Hinwendung zu den in der Sorge ausgebildeten, der Person eigenen Wünschen plausibel. Zugleich gewinnt der diachrone, personale *Lebensvollzug* an Bedeutung. Die höherstufige, *synchrone* Selbstbezugnahme einer Person auf ihre Wünsche erster Stufe wird durch eine Perspektive abgelöst, die die biografische Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft einbezieht. Denn die Perspektive einer Person, die sich um etwas sorgt, »ist wesentlich prospektiv« (ebd., 102); in der Tätigkeit des Sorgens begreift sich die Person als ein Lebewesen, das eine Zukunft hat, um diese Zukunft weiß und sie ausgestaltet. Dazu gehören ein »bestimmtes Maß an Konsequenz und Standfestigkeit des Verhaltens« sowie ein »bestimmtes Maß an Beharrlichkeit« (ebd.). Das Sorgen, so Frankfurt an anderer Stelle, vollzieht sich vor dem Hintergrund internalisierter Absichten, Präferenzen und Grundhaltungen, die sich zwar in Entscheidungen zeigen, jedoch weit über diese hinaus andauern und den Willen einer Person dauerhaft prägen: »Caring is important to us for its own sake, insofar as it is the indispensably foundational activity through which we provide continuity and coherence to our volitional lives.« (Frankfurt 1999, 162)

2.3. Sind Demenzbetroffene wantons?

Auch wenn Frankfurt die kognitivistischen Gehalte seines Ansatzes als eher marginal begreift, so heißt dies mithin nicht, dass seine Theorie ohne rationale Grundannahmen auskommen kann. Zwar ist das Vorhandensein von Volitionen zweiter Stufe maßgeblich für die Zuschreibung von Personalität, doch bereits die zweistufige Willensstruktur und die damit mögliche Ausbildung von Tätigkeiten

des Sorgens und Identifizierens erfordern bestimmte rationale Fähigkeiten. Ohne eine gewisse Kohärenz und ordnende Struktur in der Entwicklung unserer Volitionen zweiter Stufe kann Persönlichkeit nicht gedacht werden: Eine Person wird nicht, wie Tiere und sehr kleine Kinder, durch Wünsche oder Impulse bewegt, sondern bringt Ordnung in ihre Optionen und lenkt ihr Verhalten in Übereinstimmung mit den Zielen, die ihr wichtig sind. Dies setzt eine stete Charakterstruktur voraus, in der eine Person weiß, was ihr Wille ist. Personsein heißt daher, »eine evaluative (nicht notwendig an Moral orientierte) Einstellung zu sich selbst einzunehmen.« (Frankfurt 2014c, 163) Gleichwohl ist auffällig, dass Frankfurt auf Persönlichkeitsmerkmale wie das Erkennen und Festhalten an Wünschen sowie die Beharrlichkeit bei deren Durchsetzung verweist, die Personen auszeichnet. Erklärungen, warum eine Person sich um bestimmte Wünsche sorgt und um andere nicht und wie mögliche Präferenzwechsel im Laufe des Lebens ihren personalen Identitätsstatus prägten, sind weniger von Bedeutung. Ebenso spielt psychologische Kontinuität im Sinne des reflektierenden Rückerinnerns und aktives Zuschreiben von vergangenen und zu erwartenden Erfahrungen und Ereignissen nur eine untergeordnete Rolle. Die Diachronizität, die in Frankfurts Ansatz entscheidend ist, ist ein Festhalten an bestimmten Wünschen und Wertvorstellungen, um die sich eine Person sorgt, das jedoch nicht weiter erklärungs- oder begründungsbedürftig ist. Es bleibt allerdings dabei, dass Persönlichkeit an eine einigermaßen stabile Identifikations-, Willens- und Sorgestruktur gebunden ist und gezeigt werden muss, dass diese zumindest in Teilen auch von Demenzbetroffenen ausgeübt werden kann.

Kontrafigur zu Personen sind die *wantons*, die rein triebhaften Lebewesen, die zwar Wünsche erster Stufe haben, sich aber durch die fehlende Ausbildung von Volitionen zweiter Stufe nicht in ein reflexives, evaluatives Verhältnis zu diesen Wünschen begeben (können). (Vgl. Frankfurt 2014a) Ein *wanton* weiß nicht, was es heißt, einen Willen zu haben, und verliert sich in den Wünschen erster Stufe. Dass auch Demenzbetroffene Wünsche erster Stufe haben, wird niemand abstreiten. Nehmen sie jedoch auch ein reflexives Verhältnis zu diesen ein oder gleichen sie eher den *wantons*? Frankfurt selbst beschäftigt sich in seinen Texten nicht mit dieser Frage; ob Demenzbetroffene mit Frankfurt Personen sind oder nicht, lässt sich daher nur in einem erweiterten Zugriff auf seine Position beantworten, der die Grundlagen der Theorie des Sorgens und Identifizierens auf

Demenzbetroffene zu übertragen versucht. Gleichwohl bergen die non-kognitivistischen Gehalte von Frankfurts Position und einige weitere Ausführungen über die Tätigkeit des Identifizierens erste Anhaltspunkte zur Untersuchung der Frage, ob Demenzbetroffene *wantons* sind oder nicht.

In seinen späteren Texten aus den 1980er Jahren prägt Frankfurt den Begriff der volitionalen Nötigung, um die Kraft zu markieren, mit der eine Person durch ihre Volitionen überwältigt werden kann. Am Beispiel der Martin Luther zugeschriebenen Aussage »Hier stehe ich! *Ich kann nicht anders*«¹ (zitiert nach Frankfurt 2014b, 105; kursiv im Original) verdeutlicht Frankfurt die Alternativlosigkeit bestimmter Willensäußerungen, die eine Person ohne deren Zutun passiv überwältigen. Es ist somit ein eher »irrrationales Fundament« (Quante 2000, 129), das mit Michael Quante gesprochen Frankfurts Theorie der Willensfreiheit inhärent ist: Nicht die rationale Wahl, einen bestimmten Willen zu haben, ist entscheidend für die Genese des Willens einer Person, sondern ein nicht-aktives Registrieren von Wünschen, die eine Person dennoch, wie Luther, als die ihrigen zu begreifen vermag. Für die Zuschreibung von Aussagen, Wünschen und Positionen ist jedoch nicht nur die ›Meinigkeit‹ entscheidend; denn auch ein Drogensüchtiger erkennt den Drang, eine Droge zu nehmen, als seinen eigenen Drang und nicht den eines Mitmenschen. Hinzu kommt vielmehr auch, dass Wünsche, Auffassungen und Positionen bejaht werden müssen, eine Person sich mit ihnen identifiziert. Im Falle Luthers ist es das Gewissen, das Luther anbringt, um zu verdeutlichen, dass er seine Lehren nicht widerrufen kann. Zur ›Meinigkeit‹, der Selbstzuschreibung eines Wunsches, müssen zwangsläufig die Bejahung und die Identifikation mit diesem Wunsch hinzukommen. Es bleibt aber dabei, dass Volitionen bei Frankfurt nicht durch rationales Wählen, Abwägen und Entscheiden entstehen, sondern eine Person unbeabsichtigt überkommen können und den-

¹ Tatsächlich hat Luther diese Worte beim Reichstag in Worms 1521 nicht gesprochen. Der Aufforderung, seine Lehren zurückzunehmen, kam Luther nicht nach, allerdings nicht mit dem berühmt gewordenen Ausspruch »Hier stehe ich, ich kann nicht anders [...]«, sondern vielmehr mit Verweis auf sein Gewissen: »Denn es ist nicht geraten, etwas gegen das Gewissen zu tun. Gott helfe mir, Amen.« Erst in einem späteren Druck der Rede Luthers vor dem Wormser Reichstag wurde das genannte Zitat hinzugefügt. Siehe dazu die Ausführungen der Luther-Gesellschaft unter <https://www.luther-gesellschaft.de/material/texte-zu-luther/hier-stehe-ich.html>. (Abgerufen am: 03.07.2022).

noch von der Person bejaht werden. In diesem Sinne ist hier eine gewisse Entlastungsfunktion gegeben, die eine Anschlussfähigkeit an dementielle Zustände ermöglicht: Eine Person muss sich nicht dazu äußern, *warum* sie einen bestimmten Willen hat, es ist lediglich wichtig, dass sie ihn registriert und ihn befürwortet. Von Bedeutung ist hier zudem, dass es *Volitionen* und nicht Tätigkeiten des Erinnerns und Urteilens sind, die einen Akteur als Person auszeichnen. Die durch die Volitionen zweiter Stufe gegebene Entlastungsfunktion ist daher eine doppelte: Eine Person kann sich mit ihrem Willen identifizieren, ohne diesen erklären zu müssen; zugleich knüpft der Bezug zum Willen an Ressourcen an, über die Demenzbetroffene im Zuge der Erkrankung über einen längeren Zeitraum verfügen können. Denn während Störungen im Kurz- und später auch im Langzeitgedächtnis sowie Orientierungs- und Urteilsprobleme zu den ersten Symptomen der Erkrankung zählen, so sind Willensartikulationen bis in die Spätstadien der Demenz hinein zumindest in Teilen erkennbar. An dieser Stelle kann eine Auseinandersetzung mit der Persönlichkeit Demenzbetroffener ansetzen, indem sie auf die Bedeutung von Volitionen als Kriterium zur Zuschreibung von Persönlichkeit verweist: Als *Wollende* sind Demenzerkrankte weit länger Personen als im Rahmen eines Ansatzes, der in der locke-parfischen Tradition auf rationaler Erinnerungs- und Urteilsfähigkeit aufbaut. Auch der *Synchronismus* bzw. die nur schwach ausgeprägte Diachronizität von Frankfurts Position ermöglichen eine Anschlussfähigkeit an den Erlebenszustand Demenzbetroffener. Das identifikatorische Verhältnis von Volitionen zweiter Stufe ist momentan und zeigt sich in konkreten, situativen Umständen, dem Aufflackern von Persönlichkeitsmerkmalen, mit denen ein Demenzbetroffener Eigenschaften quasi »bestätigt«. Die Diachronizität, die in diesem Fall gegeben ist, erfordert lediglich das Vorhandensein schwacher, subtiler Persönlichkeitsmerkmale, die auch im dementiellen Zustand noch latent vorhanden sind. Und auch wenn Frankfurt darauf verweist, dass die »Perspektive einer Person, die für etwas Sorge trägt, [...] wesentlich prospektiv [ist]« (Frankfurt 2014b, 102) und sie sich als jemand betrachtet, der eine Zukunft hat, so erfordert die Tätigkeit des Sorgens keinen umfassenden Bezug zur biografischen Zukunft, sondern kann auch auf die unmittelbare Zukunft gerichtet sein.

3. Demenz und personale Wertschätzung: Beispiele

Mit den Tätigkeiten der Identifikation und der Sorge markiert Harry Frankfurt eine evaluative Grundhaltung zum eigenen Leben als entscheidendes Merkmal von Personalität. Eine Person sorgt sich um diejenigen Aspekte, die ihrem Leben Bedeutung verleihen, mit denen sie sich identifiziert und die ihren Standpunkt in der Welt markieren. Diese evaluative Grundhaltung richtet sich in wesentlichem Maße jedoch auch auf die Person selbst: Eine Person *will* sich selbst in dem Sinne, als dass sie die Person ist, die sie sein *möchte*, die authentisch im Einklang mit denjenigen Wünschen und Werten lebt, die ihr im Lebensvollzug wichtig sind.

Ein derartiges, am Willen ausgerichtetes Verständnis der Person als sich um sich selbst sorgendes Lebewesen ist auch anschlussfähig an Diskurse über Personalität und Autonomie im Zustand der Demenz. Gerade weil Personalität zumindest nicht primär an Denkmuster als solche gebunden ist, sondern wesentlich affektive und habituelle Züge trägt, ergeben sich im Anschluss an Frankfurt Anknüpfungspunkte an unterschiedliche Positionen.

3.1. Die Fähigkeit zur Wertschätzung

Eine Grundhaltung des Sorgens und Identifizierens zeigt sich zum Beispiel in Agnieszka Jaworskas Theorie über die Möglichkeit der Äußerung von Wertschätzungen bei Demenzbetroffenen. (Vgl. Jaworska 1999) Jaworska zufolge kommt Demenzbetroffenen auch in Spätstadien der Erkrankung eine sogenannte *capacity to value* (etwa: Fähigkeit zur Wertschätzung) zu. Eine *capacity to value* besteht dann, wenn ein Demenzpatient zwar einen Großteil seiner kognitiven Kompetenzen eingebüßt hat, aber dennoch in der Lage ist, in einem kleinen Bezugsrahmen normative Einschätzungen und Wertungen vorzunehmen. Die *capacity to value* ist dabei nicht auf den Vollzug eines selbstbestimmten Lebens als solches ausgerichtet, für das ein Verständnis der eigenen biografischen Identität in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft notwendig ist. Der Bezugspunkt für eine *capacity to value* ist vielmehr in situativen Umständen verortet und meint, in alltäglichen Kontexten zwischen Handlungsoptionen wählen zu können, ohne dass diese Entscheidungen ein Verständnis für das eigene Leben als Kontinuum von Vergangenheit und Zukunft vor-

aussetzen. Eine Person, die für eine Sache Sorge trägt, ist sozusagen in sie eingesetzt (Vgl. ebd., 117) Zudem basiert die *capacity to value* auf der Dichotomie zwischen Werten und Wünschen. Werte haben in Jaworskas Ansatz – und hier ergeben sich strukturelle Parallelen zu Harry Frankfurt – einen anderen Stellenwert als erlebensbezogene Wünsche: Etwas zu bewerten bedeute, den Verlust von Gegenständen oder Beziehungen zu bedauern, denen ein Wert zugesprochen wird. (Vgl. ebd., 118) Werte und Wünsche unterscheiden sich:

We think it would be a mistake to lose our current values – we hold our values to be correct, or at least correct for us. And this means that we can typically give a rationale why we consider something valuable or good, usually by situating this value in a larger normative framework. (ebd., 115)

Während beim Erfüllen von erlebensbezogenen Wünschen »the pleasure of the agreeable state of mind« (ebd.) im Vordergrund stehe, markieren Werte diejenigen subjektiven Wertmaßstäbe, die ein Demenzbetroffener im Zustand der Krankheit an ein akzeptables Leben in und mit der Krankheit legt.

Neben derartigen Positionierungen können Bewertungen zudem an ein Verständnis des Selbstwerts gebunden sein: »Another mark of valuing as opposed to mere desiring is that a person's values are usually entangled with her sense of self-worth: A person values *herself* in terms of how well she lives up to her values.« (Ebd.) Die Fähigkeit, Bewertungen vorzunehmen, ist damit nicht nur auf Gegenstände oder Zustände gerichtet, die ein Demenzpatient wertschätzt, sondern kann in einem zweiten Schritt auch reflexiv auf die eigene Person gerichtet sein und eine Haltung des Selbstwerts oder der Selbstachtung im Zustand der Erkrankung artikulieren.²

² Im Anschluss an Jaworskas Ansatz ergeben sich auch Anknüpfungspunkte an jene Theorien der Menschenwürde, die die Zuschreibung von Menschenwürde wie Margalit an eine Haltung der Selbstachtung knüpfen. Zentral für Margalits Theorie der Menschenwürde ist die Kopplung des Begriffspaars von *Selbstachtung* und *Demütigung*. Die Demütigung einer Person zielt darauf ab, diese in ihrer Selbstachtung zu verletzen, ihren inneren Wert in Frage zu stellen und ihr die Kontrolle über ihr eigenes Leben zu entziehen. (Vgl. Margalit 2012, 125) Zugleich lassen sich Demütigungen als Akte der Entwürdigung begreifen, deren Dimension nur verständlich wird, wenn man Demütigungen mit ihrem Gegenbegriff kontrastiert – der Achtung vor dem Menschen als solchem, der wiederum auf subjektiver Ebene die Achtung des Einzelnen vor sich selbst entspricht. (Vgl. ebd., 152) Die Menschenwürde Demenzbetroffener zu

3.2. Beispiele

Als Beispiel für eine Haltung der Selbstachtung nennt Jaworska unter anderem den Fall eines Demenzpatienten, der nicht an Gruppenaktivitäten teilnahm, sondern sich dazu bereit erklärte, an einer Studie über Demenz zu partizipieren, weil er die Teilnahme subjektiv als eine Wertschätzung erlebte, die ihn von anderen Demenzbetroffenen unterscheidet. (Vgl. Jaworska 1999, 118) Ein anderer Patient entwickelte im Zustand der Krankheit eine intensive Zuneigung zu seiner Ehefrau, die er zuvor nicht offen artikuliert hatte. In beiden Fällen zeigen die Personen eine Fähigkeit zur Wertschätzung, denn sie positionieren sich im Zustand der Krankheit in ihrer sozialen Umgebung, verhalten sich zu ihren Mitmenschen, sorgen und identifizieren sich mit Personen und Werten, die ihnen wichtig sind und reflektieren damit auch, zumindest im ersten Fall, ihre Krankheit.

Darüber hinaus lassen sich weitere Beispiele für eine Tätigkeit des Identifizierens und Sorgens aufzeigen, die anschlussfähig sind an Theorien der Leiblichkeit im Zustand der Demenz. Denn das, was eine Person wertschätzt, was für ihren Lebensvollzug zentral ist, kann sich auch in ihrem Leibgedächtnis als das kontinuierlich Wiederkehrende wiederfinden, dem eine implizite Bedeutung zukommt. So verweist Thomas Fuchs auf den Fall eines Dirigenten, der nach einer Enzephalitis unter einer schweren anterograden und retrograden Amnesie litt, aber dennoch nicht verlernt hatte, Klavier zu spielen und zu dirigieren, weil diese Fähigkeit in sein implizites Gedächtnis übergegangen war und nicht bewusst reflektiert oder (wieder) erlernt werden musste. (Vgl. Fuchs 2016, 21) Ein ähnliches Beispiel zeigt sich im Fall eines ehemaligen Kirchenmusikdirektors, der im Zustand einer fortgeschrittenen Demenz die Aufnahme eines seiner früheren Konzerte sah und davon so berührt war, dass er weinte.³ Auch wenn hier nicht direkt leibliche Reaktionen vorliegen, so verdeutlicht die emotionale Reaktion das Vorhandensein einer Fähigkeit zur Wertschätzung, mit der der Betroffene der Person, die er war und nach wie vor in bestimmter Hinsicht ist, Raum und Gestalt gibt und sich mit ihr identifiziert.

respektieren bedeutet demzufolge, sie zu achten und Bedingungen ihrer Selbstachtung nicht anzutasten.

³ Dieses Beispiel basiert auf eigenen Erfahrungen der Autorin.

Durch die Ausübung der Fähigkeit zur Wertschätzung können aber auch – wie z.B. der Fall Walter Jens zeigt – veränderte Wertvorstellungen zum Ausdruck kommen. Walter Jens, Literaturhistoriker, Schriftsteller und Ordinarius für Rhetorik an der Universität Tübingen, starb 2013 nach langjähriger Demenzerkrankung. Vor Eintreten der Krankheit sprach er sich gegen eine Lebensverlängerung im dementiellen Zustand aus, sofern sich diese Frage im Zuge einer medizinischen Behandlung stellen sollte. Dennoch äußerte er in einem späten Stadium der Erkrankung seiner Ehefrau Inge zufolge Folgendes: »Neulich hat er gesagt: ›Nicht totmachen, bitte nicht totmachen.‹ Ich bin mir nach vielen qualvollen Überlegungen absolut sicher, dass mich mein Mann jetzt nicht um Sterbenshilfe, sondern um Lebenshilfe bittet.« (Herwig 2009) Hier zeigt sich: Was eine Person wertschätzt, ändert sich oft im Laufe des Lebens. Und auch wenn mit einer Demenzerkrankung gravierende kognitive Einschränkungen und Verluste einhergehen, so betreffen diese Beeinträchtigungen nicht zwangsläufig die Fähigkeit der Betroffenen, auf emotiver Basis Bewertungen und Wertschätzungen vornehmen zu können und ihrer Persönlichkeit Ausdruck zu verleihen – auch wenn diese Äußerungen oft instabil und inkohärent sind und sich von vorherigen Werturteilen unterscheiden.⁴

3.3. Wertschätzung, Persönlichkeit und die Bedeutung des sozialen Umfelds

Die mit Demenzerkrankungen einhergehende Symptomatik erschwert es jedoch auch, Identifikationen und Wertschätzungen, die

⁴ Letztendlich ist es auch die Fähigkeit zur Wertschätzung, die die Übertragbarkeit von Patientenverfügungen auf den Zustand der Demenz so schwierig macht. Vor einer Demenzerkrankung getroffene Verfügungen, die sich auf den späteren Krankheitszustand beziehen, sind deshalb so problematisch, weil auch Demenzbetroffene durchaus noch dazu in der Lage sind, durch ihr Verhalten Präferenzwechsel zu zeigen und vorherige Gewohnheiten abzulegen. In der Krankheit sorgt sich eine Person möglicherweise um ganz andere Dinge, und Präferenzwechsel können vor Krankheitseintritt nur schwer antizipiert werden. Derartige Präferenzwechsel vor Krankheitseintritt mit dem Verweis abzulehnen, dass diese nicht auf einer fundierten, rational abgewogenen Überlegung beruhen, würde bedeuten, das von Frankfort erwähnte irrationale Moment des sich Sorgens und Identifizierens, das Eintreten für eine Angelegenheit, die nicht weiter hinterfragt und abgewogen werden kann, zu übergehen.

nicht immer deutlich geäußert werden, inkohärent sein können oder von vorherigen Wertvorstellungen abweichen, als solche zu erkennen und ihnen eine zuverlässige Bedeutung im Zuge der Patientenselbstbestimmung zuzusprechen. An dieser Stelle ergibt sich ein deutlicher Auftrag an Angehörige sowie an das Pflege- und Betreuungspersonal, die Äußerungen Demenzbetroffener zu beobachten, abzuwägen und ernst zu nehmen. Die Ausübung von Patientenautonomie im Zustand der Demenz ist für die Betroffenen ohne umfassende Biografiearbeit durch das soziale Umfeld kaum möglich. Erst in der Auseinandersetzung mit der Person, ihrem Lebenslauf, ihren Gewohnheiten und Wertvorstellungen können die oft instabilen Äußerungen im dementiellen Zustand in ein Verständnis der Persönlichkeit des oder der Betroffenen eingeordnet werden und erst dann kann festgestellt werden, ab wann inkohärente Äußerungen auf zu berücksichtigende, veränderte Persönlichkeitsstrukturen hindeuten. Diese Aufwertung des sozialen Umfelds, die im Zuge der Patientenautonomie Demenzbetroffener zentral ist, ist letztendlich aber nur eine *Reaktion* auf die erspürten Artikulationen der Demenzbetroffenen selbst, auf ihre vorhandene Fähigkeit, Sorge auszudrücken und auf das hinzudeuten, was ihnen wichtig war und ist. Auf diese Weise zeigt sich hier ein Ineinandergreifen fähigkeitsbasierter und relationaler Theorien der Persönlichkeit Demenzbetroffener: Gerade weil die Fähigkeit, die eigene Persönlichkeit durch Tätigkeiten des Identifizierens und Sorgens aufrechtzuerhalten, bei Demenzpatienten nicht kontinuierlich, sondern lediglich fragmentarisch gegeben und selten kohärent ist, braucht es beobachtende, interpretierende und mit den Betroffenen kommunizierende Mitmenschen.

4. Ausblick

Das hier vorgestellte Verständnis der Persönlichkeit Demenzbetroffener orientiert sich nicht an anspruchsvollen kognitiven Fähigkeiten wie z.B. der Fähigkeit zu rationalem Abwägen, zu umfassender Urteilsfähigkeit oder zur reflektierten, diachronen Verortung in der eigenen biografischen Vergangenheit und Zukunft, wie sie im Anschluss an Locke vorausgesetzt werden. Stattdessen wird auf Merkmale des Willens verwiesen, die Personen kennzeichnen und durch die sie als volitive Akteure begriffen werden, die wesentlich affektive und emotionale Züge aufweisen. Diese Merkmale wiederum verdeutli-

chen sich in Akten des Identifizierens, Sorgens und Wertschätzens, in denen Personen einen Standpunkt in der Welt einnehmen, sich als Personen zeigen und in ihrer Umwelt positionieren. Tätigkeiten des Identifizierens, Sorgens und Wertschätzens aber sind auch möglich, wenn Personen nur noch zu fragmentarischen Äußerungen fähig sind und Persönlichkeitsmerkmale nur noch gelegentlich aufblitzen. Demenzbetroffene zeigen sich so als Personen, die nach wie vor von ihrer biografischen Vergangenheit geprägt sind oder aber – wie im Fall Walter Jens – durchaus auch zur Abgrenzung von vorherigen Vorstellungen und Präferenzen in der Lage sind. Weil die fragmentarischen Äußerungen Demenzbetroffener nicht immer einfach zu deuten sind, führt das hier aufgezeigte Verständnis auch zur Aufwertung der sozialen Umwelt Demenzerkrankter: Es bedarf oft der Übersetzung und Vermittlung geäußerter Präferenzen zur Einordnung in biografische Zusammenhänge und zur Feststellung abweichender Präferenzlagen. Tätigkeiten des Sorgens, Identifizierens und Wertschätzens müssen bei Demenzbetroffenen oft gestützt, unterstützt und begleitet werden. Diese Begleitung durch Mitmenschen führt zu einer Aufwertung der sozialen Umwelt und der relationalen Eingebundenheit Demenzbetroffener, die jedoch nur reaktiv gegeben ist: Von primärer und vorrangiger Bedeutung sind die Äußerungen der Demenzbetroffenen selbst als fragmentarische Akte von Selbstbestimmung im Zustand der Demenz. Letztendlich ist es auf diese Weise aber auch möglich, das Potential des natürlichen Willens Demenzerkrankter aufzuzeigen. Verschiedentlich ist darauf hingewiesen worden, welcher Stellenwert dem natürlichen Willen Demenzbetroffener im Unterschied zur freien Willensbestimmung vor Krankheitseintritt zukommt. Der hier vorgestellte Ansatz zeigt, dass die zwar oft punktuellen und fragmentarischen natürlichen Willensäußerungen durchaus das Potential aufweisen können, als »rudimentäre Form der normativen Autorisierung« (Knell 2018, 71) autonome Willensentscheidungen zumindest zu entkräften. Wann natürliche Willensäußerungen tatsächlich vorhergehende, durch die Ausübung umfassenderer kognitiver Urteilskompetenz festgelegte Werturteile aufheben können, muss jedoch situativ, von Fall zu Fall neu entschieden werden.

Literaturverzeichnis

- Betzler, M. (2014). Bedingungen personaler Autonomie. In M. Betzler & B. Guckes (Hrsg.), *Freiheit und Selbstbestimmung. Ausgewählte Texte* (S. 17–46). Berlin: Akademie-Verlag.
- Dresser, R. (1995). Dworkin on Dementia: Elegant Theory, Questionable Policy. *The Hastings Center Report*, 25 (6), 32–38.
- Dworkin, R. (1993). *Die Grenzen des Lebens. Abtreibung, Euthanasie und persönliche Freiheit*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Frankfurt, H. (1999). On Caring. In Ders., *Necessity, Volition, and Love* (S. 155–180). Cambridge: Cambridge University Press.
- Frankfurt, H. (2014a). Willensfreiheit und der Begriff der Person. In M. Betzler & B. Guckes (Hrsg.), *Freiheit und Selbstbestimmung. Ausgewählte Texte* (S. 65–83). Berlin: Akademie-Verlag.
- Frankfurt, H. (2014b). Über die Bedeutsamkeit des Sich-Sorgens. In M. Betzler & B. Guckes (Hrsg.), *Freiheit und Selbstbestimmung. Ausgewählte Texte* (S. 98–115). Berlin: Akademie-Verlag.
- Frankfurt, H. (2014c). Die Notwendigkeit von Idealen. In M. Betzler & B. Guckes (Hrsg.), *Freiheit und Selbstbestimmung. Ausgewählte Texte* (S. 156–165). Berlin: Akademie-Verlag.
- Fuchs, T. (2016). Self across time: The diachronic unity of bodily existence. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 16 (2), 1–25.
- Herwig, M. (2009). Inge Jens über das Leiden ihres Mannes. *Augsburger Allgemeine*, 19. Juli 2009.
<https://www.augsburger-allgemeine.de/kultur/Inge-Jens-ueber-das-Leiden-ihrer-Mannes-id6143921.html> (Abgerufen am: 23.12.2022).
- Jaworska, A. (1999). Respecting the Margins of Agency: Alzheimer's Patients and the Capacity to Value. *Philosophy & Public Affairs*, 28 (2), 105–138.
- Knell, S. (2018). Würde am Ende der Autonomie: Überlegungen zum respektvollen Umgang mit Demenzpatienten. *Deutsche Zeitschrift für Philosophie*, 66 (1), 62–74.
- Locke, J. (1690). *An essay concerning human understanding*. Raleigh, NC: Alex Catalogue.
- Luther-Gesellschaft e.V. (o.J.). *Hier stehe ich, ich kann nicht anders, Gott helfe mir, Amen*.
<https://www.luther-gesellschaft.de/material/texte-zu-luther/hier-stehe-ich.html> (Abgerufen am: 03.07.2022)
- Margalit, A. (2012). *Politik der Würde. Über Achtung und Verachtung*. Berlin: Suhrkamp.
- Quante, M. (2000). The things we do for love: Zur Weiterentwicklung von Frankfurts Analyse personaler Autonomie. In M. Betzler & B. Guckes (Hrsg.), *Autonomes Handeln. Beiträge zur Philosophie von Harry G. Frankfurt* (S. 117–136). Berlin: Akademie-Verlag.
- Schechtman, M. (2014). *Staying Alive. Personal Identity, Practical Concerns, and the Unity of a Life*. New York: Oxford University Press.

- Singer, P. (2014). Choosing Death. *Project Syndicate*, 9. September.
<https://www.project-syndicate.org/commentary/peter-singer-makes-the-case-for-allowing-patients-to-decide-when-to-end-their-lives> (Abgerufen am: 20.03.2022).
- Wetzstein, V. (2005). *Diagnose Alzheimer. Grundlagen einer Ethik der Demenz*. Frankfurt am Main: Campus.

Andreas Kruse, Sebastian Ritzi, Eric Schmitt

Zum inneren Erleben von Menschen mit Demenz: Vielfalt, Komplexität und Selbstaktualisierung

Abstract

Im Zentrum des Beitrags steht eine phänomenologische Analyse der Psyche, wie sich diese im Prozess der Demenz zeigt. Es wird hervorgehoben, dass die psychischen Prozesse für den Außenstehenden nur in dem Maße »verstehbar« werden, in dem er sich in diese »einzuschwingen« versucht. Die im Beitrag beschriebene Vielfalt an Emotionen und Affekten, der Erlebensfluss, das Erlebenskontinuum, das Präsentisch-Werden persönlich bedeutsamer, biografischer Erlebnisse (im Sinne von Inseln des Selbst), schließlich die Identifikation von biografisch entwickelten Daseinsthemen (ebenfalls im Sinne von Inseln des Selbst) sind Aspekte der Selbstaktualisierung, die in besonderer Weise auf die Personalität des Menschen auch im Prozess der Demenz verweisen. Mit dieser Komplexität der Psyche ist gleichzeitig eine besondere Anforderung an die begleitende Person angedeutet: Dem Menschen mit Demenz in der Haltung des grundlegenden Respekts vor seiner Personalität zu begegnen, seinen unbedingten Würdeanspruch zu erkennen und positiv zu beantworten, schließlich zu erkennen, dass auch im Prozess der Demenz der Anspruch auf eine Art der ärztlich-pflegerischen, psychologisch-sozialen und spirituellen Begleitung besteht, die die Person des Demenzkranken in ihren vielfältigen Dimensionen, in ihren vielfältigen biografischen Bezügen begrift und anspricht.

1. Einführung

Das Erleben und Denken von Menschen mit Demenzerkrankung erscheint vor allem bei einer weiter fortgeschrittenen Demenz irra-

tional und unkontrolliert. Im Denken spiegelt sich nach Auffassung Außenstehender eine deutliche Abnahme von Kohärenz wider, im Erleben eine ebenso deutliche Zunahme an Impulsen. Wenn Menschen mit Demenzerkrankung im weiter fortgeschrittenen Stadium mit psychometrischen Instrumenten getestet werden, so fällt in aller Regel ein eklatanter Mangel an Denkopoperationen, an Aufmerksamkeit und Konzentration, zunächst an Wissenskorpora und schließlich an einzelnen Wissens-elementen auf, sodass in summa von einer deutlich verringerten kognitiven Leistungsfähigkeit gesprochen wird. Die Analyse verbaler und nonverbaler Ausdrucksformen von Emotionen und Affekten lässt bei diesen Frauen und Männern eine emotionale Logik vermissen: Emotionen und Affekte scheinen vielfach spontan, ohne äußeren Stimulus geäußert zu werden, und dies auch in loser Folge, sodass der Betrachterin bzw. dem Betrachter der gesamte Bereich der Emotionen und Affekte als krankhaft verändert erscheint.

Auch wenn der Wert einer fundierten psychometrischen Testung für die Erfassung von kognitiven Operationen und der Wert einer differenzierten verbalen und nonverbalen Ausdrucksanalyse für die Erfassung von emotionaler Befindlichkeit nicht in Zweifel gezogen werden soll, so ist es doch angemessen, sich aus einer phänomenologischen Perspektive dem inneren Erleben jener Menschen anzunähern, bei denen eine weiter fortgeschrittene Demenz besteht.

Im Folgenden werden drei Analyseschritte unternommen. Zunächst soll die *Vielfalt* an Emotionen und Affekten in den Blick genommen werden, die bei Menschen mit Demenzerkrankungen zu beobachten sind; dabei interessiert uns vor allem der zum Teil rasche, unvermittelt erscheinende Wechsel von Stimmungen und Affekten. Diese Analyse erfolgt dabei vor dem Hintergrund der von Johann Wolfgang von Goethe verfassten Ode *Gesang der Geister über den Wassern*. In dieser Ode werden die sehr unterschiedlichen Stimmungslagen in das Zentrum gerückt; und dadurch hilft sie uns, diese Verschiedenartigkeit auch im Erleben von Menschen mit Demenzerkrankung besser zu verstehen.

In einem weiteren Schritt geht es darum, das innere Erleben von Menschen mit Demenzerkrankung aus der Sicht der Phänomenologie Henri Bergsons zu untersuchen, in der der *Erlebensfluss* des Psychischen (mit dem Begriff der ›Dauer‹ umschrieben) im Zentrum steht. Die Psyche als Erlebensfluss zu charakterisieren, bedeutet, die zeitliche Abgrenzung zwischen einzelnen psychischen Zuständen aufzugeben und stattdessen von hochkomplexen, sich *im Fluss*

befindenden psychischen *Prozessen* auszugehen. Eine derartige, von Henri Bergson auch im Sinne der *Freiheit* gedeutete Annäherung an den psychischen Erlebensfluss kann uns helfen, dem Erleben eines Menschen mit Demenzerkrankung in ganz anderer, nämlich offener und unvermittelter Art und Weise zu begegnen – was auch als Bereicherung für die (therapeutische oder alltagspraktische) Begleitung angesehen werden kann.

Schließlich soll der Versuch unternommen werden, die *erlebte Biografie* demenzkranker Menschen auch im Sinne einer ›Heimkehr‹ oder ›Rückkehr‹ zum eigenen Ursprung zu deuten; diese Deutung wird dabei auf der Grundlage der im Jahre 1943 erschienenen *Quartets* des britisch-US-amerikanischen Schriftstellers Thomas Stearns Eliot vorgenommen. Um hier gleich einem nicht selten geäußerten Stereotyp zu widersprechen und damit einer fehlerhaften Deutung unseres Verständnisses der *Quartets* vorzubeugen: Wir vertreten ausdrücklich *nicht* die Annahme, dass Menschen mit einer weit oder weitest fortgeschrittenen Demenzerkrankung quasi ›wie Kinder‹ oder ›kindlich‹ seien. Wer eine derartige Annahme vertritt, nähert sich einem Menschen mit Demenzerkrankung in einer fachlich inkorrekten und ethisch problematischen Art und Weise; zudem missdeutet er das Gedächtnis der Psyche. Der Erlebensfluss kann ja nicht ›rückgängig‹ gemacht, es kann somit nicht vom Alter in die Kindheit ›zurückgesprungen‹ werden. Etwas ganz anderes ist vielmehr gemeint: nämlich das Bedürfnis des Menschen (nicht nur des demenzkranken Menschen), in seine hier symbolisch gemeinte Heimat zurückzukehren, mithin tiefste Lebensbindungen noch einmal thematisch werden zu lassen und in diesen Schutz zu finden, wenn er sich mit ganz neuen Herausforderungen oder sogar mit stark ausgeprägten seelischen Belastungen konfrontiert sieht.

2. Eine Vielfalt an Emotionen und Affekten und der Wechsel von Stimmungen

Der erste Analyseschritt sei auf der Grundlage der Ode *Seele des Menschen, wie gleichst du dem Wasser!* vollzogen, die auf Johann Wolfgang von Goethes (1749–1832) zweiter Reise in die Schweiz (1799), und hier in die Region von Lauterbrunnen im Berner Oberland entstanden ist. Zunächst führen wir die Ode an, der dann eine international vielbeachtete Deutung durch den deutsch-baltischen Kulturhistoriker

Victor Hehn (1813–1890) folgt, dessen Vorlesung über diese Ode im Jahre 1894 im *Goethe-Jahrbuch*, Band 15, erschien. (Vgl. Hehn 1894)

Seele des Menschen, wie gleichst du dem Wasser!

Des Menschen Seele
Gleicht dem Wasser:
Vom Himmel kommt es,
Zum Himmel steigt es,
Und wieder nieder
Zur Erde muss es,
Ewig wechselnd.

Strömt von der hohen,
Steilen Felswand
Der reine Strahl,
Dann stäubt er lieblich
In Wolkenwellen
Zum glatten Fels,
Und leicht empfangen
Wallt er verschleiernd,
Leis rauschend
Zur Tiefe nieder.

Ragen Klippen
Dem Sturz entgegen,
Schäumt er unmutig
Stufenweise
Zum Abgrund.

Im flachen Bette
Schleicht er das Wiesental hin,
Und in dem glatten See
Weiden ihr Antlitz
Alle Gestirne.

Wind ist der Welle
Lieblicher Buhler;
Wind mischt vom Grund aus
Schäumende Wogen.

Seele des Menschen,
Wie gleichst du dem Wasser!
Schicksal des Menschen,
Wie gleichst du dem Wind!

Lassen wir nun den Kulturhistoriker Victor Hehn mit seiner Deutung der Ode zu Wort kommen: Er betont zunächst, »dass in dieser Ode das Wasser als Symbol der Menschenseele gilt« (Hehn 1894, 125), was Goethe sowohl am Anfang als auch am Schluss der Ode ausdrücklich zum Ausdruck bringe. Es würden in dieser »die verschiedenen Stimmungen und Gemütszustände und Geistesstufen unter dem Bilde der wechselnden Formen des Wassers angeschaut.« (Hehn 1894, 125)

Victor Hehn setzt seine Deutung wie folgt fort:

Wie das Wasser in ewigem Steigen und Niederfallen zwischen Himmel und Erde hin- und herschwebt, so die Menschenseele zwischen Realem und Idealem, zwischen Notdurft und Begeisterung, zwischen Gemeinem und Ewigem, oder wie man die Gegen-sätze sonst fassen will. Und wie das fließende Element, von Klippen im Sturz aufgehalten, unmutig zischt und schäumt, dann im Wiesentale ruhig sich ausbreitend den Mond und die Gestirne spiegelt, so regen heftige Leidenschaften die Seele in trüber Verworrenheit auf, oder mit klarer Harmonie nimmt sie die Bilder der Welt und die ewigen himmlischen Ideen in sich auf. (Hehn 1894, 125)

Und an anderer Stelle hebt er hervor:

Und endlich – wie die Welle ein Spiel des Windes ist und oft vom Sturm bis zum Grunde aufgewühlt wird, so ist die weiche, flüssige Menschenseele ein Spiel des Schicksals, das sie oft leise bewegt, oft bis in die Tiefe erschüttert. (Hehn 1894, 125)

Wählen wir die Ode sowie deren Deutung durch Victor Hehn als Ausgangspunkt unserer Überlegungen zur Vielfalt an Emotionen und Affekten sowie zum Wechsel von Stimmungen bei Menschen mit Demenz. Die Seele wird in der Ode mit der Metapher des Wassers umschrieben, was bedeutet, dass deren Regungen im Sinne eines Wellenganges – »Spiel des Windes« – zu deuten sind: dieser Wellengang kann einmal sehr ruhig, das andere Mal stürmisch sein. Das Wasser kann sich einmal im Tal ruhig ausbreiten, das andere Mal – an den Klippen sich brechend – zischen und schäumen. Victor Hehn stellt in seiner Deutung ausdrücklich die »Leidenschaften« der »Harmonie« gegenüber, wobei erstere die Seele »in trüber Verworrenheit aufregen«, letztere hingegen die wohlgeordnete, stimmige Aufnahme der »Bilder der Welt« sowie der »ewigen himmlischen Ideen« beschreibt.

»Schicksal des Menschen, wie gleichst du dem Wind!«, so heißt es in der Ode. »Wind ist der Welle lieblicher Buhler; Wind mischt vom Grund aus schäumende Wogen«, so lesen wir weiter, und damit wird

zum Ausdruck gebracht: Es ist *auch* unser – nicht kontrollierbares, nicht vorhersehbares – Schicksal, das über die aktuell dominierenden Stimmungen, Emotionen und Affekte entscheidet. Unsere Psyche folgt somit (auch) ihren eigenen Gesetzen, die vom Geist nicht bestimmt oder kontrolliert, sondern nur beeinflusst werden können.

Was bedeutet dies für unser Verständnis des Erlebens, der Emotionen und Affekte von Menschen mit einer weit oder weiter fortgeschrittenen Demenz? Die neuropsychologische Literatur hebt die deutlich verringerte Kontrolle der Emotionen und Affekte schon in vergleichsweise frühen Stadien der Demenz, erst recht aber bei mittelgradiger oder schwerer Demenz hervor. Emotionen und Affekte können nun nicht mehr in dem Maße und in der Präzision inhibiert und in ihrem Ausdruck moduliert werden, wie dies vor der Erkrankung der Fall war. Damit wird ein Aspekt der Pathologie bei Demenzerkrankung charakterisiert. Vor dem Hintergrund der getroffenen Aussagen zur Vielfalt von Emotionen und Affekten sowie des immer wieder zu beobachtenden, kurzfristigen Wechsels der Stimmungen kann auch folgende Annahme mit aller Vorsicht getroffen werden: Vielleicht wird, bedingt durch die verringerte Effektivität der exekutiven Funktionen und die damit einhergehende, abnehmende Inhibition von Emotionen und Affekten, unsere Psyche in ihrer *Ursprünglichkeit* noch deutlicher erlebbar und auch nach außen hin sichtbar. Vielleicht erkennen wir gerade mit dem Rückgang der Kontrolle über unsere Emotionen und Affekte den Erlebensfluss der Psyche – und zwar in ihrer stark ausgeprägten intraindividuellen Variabilität. Dies würde für den Außenstehenden heißen: Er bzw. sie müsste sich in den Erlebensfluss *einschwingen* und die Vielfalt der Stimmungen, Emotionen und Affekte im eigenen Erleben wenigstens ansatzweise nachvollziehen. Die ausgeprägte intraindividuelle Variabilität würde in diesem Fall nicht allein mit psychopathologischen Konzepten erklärt und mit psychopathologischen Begriffen belegt. Vielmehr würden wir über Erklärungsansätze und begriffliche Zuordnungen hinaus Aussagen über das *Wesen der Psyche* treffen – die uns durch ihren stark ausgeprägten Antrieb wie auch ihren Flusscharakter imponierte. Wenn man sich der Psyche auf diese Art und Weise nähert, so ergibt sich nicht nur ein *natürlicherer* Zugang zu Menschen mit einer Demenzerkrankung, sondern auch eine ganz andere, weil ungleich differenziertere und einfühlsamere Begegnung und Begleitung. Das Sich-Einschwingen muss allerdings immer begleitet sein vom begrifflichen – und damit konzeptionellen – Ordnen: Das Erlebte und Erfahrene ist im Kontext

einer psychopathologischen und nosologischen Ordnung zu deuten. In den Worten Karl Jaspers’:

Das Eigentümlichste, das der Psychopathologe erkennt, erwächst ihm im Umgang mit Menschen. Was er hier erfährt, ist abhängig davon, wie er in der Situation sich dem Menschen gibt und wie er therapeutisch mitwirkt an dem Geschehen, indem er zugleich sich selbst und den anderen erhellt. (Jaspers 1973, 19)

Aber:

Das Miterzittern der eigenen Seele mit den Ereignissen im anderen fordert dann vom Forscher das denkende Vergegenständlichen solcher Erfahrung. Ergriffenheit ist noch keine Erkenntnis, sondern Quelle der Anschauungen, die für die Erkenntnis das unerlässliche Material bringen. Kühle und Ergriffenheit gehören zusammen und sind nicht gegeneinander auszuspielen. Kühle Beobachtung allein sieht nichts Wesentliches. Nur beides in Wechselwirkung kann zu Erkenntnis führen. Der Psychopathologe, welcher wirklich sieht, ist eine vibrierende Seele, die ständig das Erfahrene bewältigt, indem sie es in rationale Fassung bringt. (Ebd.)

In diesem Sich-Einschwingen erkannte Karl Jaspers eine bedeutende Fähigkeit und Bereitschaft jener Menschen, die sich fachlich mit psychisch veränderten Menschen auseinandersetzen. Dabei ist wichtig, dass Karl Jaspers – wie übrigens andere Psychiater auch: man denke zum Beispiel an Viktor Emil von Gebattel, Kurt Schneider und Hubertus Tellenberg – zur Beschreibung der inneren Prozesse eines psychisch veränderten Menschen immer auch auf Beiträge aus der Weltliteratur zurückgriff und die Forderung erhob, dass Psychiater und Psychologen sich intensiv mit Prosa und Lyrik befassten, um durch diese Anregungen zu einer noch differenzierteren Beschreibung innerer Prozesse zu kommen. Mit der hier vorgenommenen Deutung der inneren Prozesse demenzkranker Menschen haben wir diese Empfehlung ausdrücklich aufgegriffen.

Es ist ja in der Tat so: Demenzkranke mit einer reichen Psychopathologie imponieren vielfach durch eine stark ausgeprägte intraindividuelle Variabilität in den Inhalten wie auch in der Intensität ihrer Emotionen und Affekte. In einer Studie, in der auch die Differenzierung zwischen unterschiedlichen Verlaufsformen der Demenz im Zentrum stand, konnte auf der Grundlage differenzierter Beobachtung und differenzierter Diagnostik eine Verlaufsform erarbeitet werden, die sich als weit fortgeschrittene Demenz mit reicher Psy-

chopathologie (Becker et al. 2005) umschreiben ließ. Jene demenzkranken Frauen und Männer, die dieser Verlaufsform zugeordnet wurden, zeigten ein reiches Spektrum an Emotionen und Affekten mit eher »negativer« Valenz, deren Dominanten aggressives Verhalten, ausgeprägter Zorn und Ärger, schließlich offensives Verhalten gegen ihre Mitwelt bildeten. Und doch wurde deutlich, dass in dieser Verlaufsform durchaus auch Emotionen und Affekte mit eher »positiver« Valenz Platz fanden, wobei hier Freude, Wohlbefinden, zum Teil auch Glück die Dominanten bildeten. Auch wenn Emotionen und Affekte mit eher positiver Valenz im Gesamtspektrum des Erlebens und Verhaltens seltener vertreten waren als jene mit eher negativer Valenz, so waren sie bei nahezu allen Personen deutlich erkennbar, was schon für sich allein genommen für eine hohe intraindividuelle Variabilität spricht. Zudem war erkennbar, dass die gezeigten Emotionen und Affekte eine hohe intraindividuelle Variabilität in ihrem Ausprägungsgrad zeigten; sie konnten einmal überaus stark (Emotionen und Affekte mit eher positiver oder negativer Valenz) ausgeprägt sein, das andere Mal sehr temperiert oder aber schwach. Die in dieser Studie gewonnenen Erfahrungen zeigten, (a) dass es keineswegs ausreicht, das Erleben und Verhalten mit einigen wenigen (Fach-)Begriffen zu belegen, sondern dass auch in dieser Verlaufsform eine jeweils sehr umfassende, hochgradig differenzierte Beschreibung der Emotionen und Affekte sowie ihres Ausdrucks notwendig war, (b) dass mit Blick auf die Emotionen und Affekte eine mehr oder minder stark ausgeprägte Empfänglichkeit für soziale, ästhetische und physikalische Reize gegeben war, die für die Notwendigkeit einer hochgradig individualisierten Umweltgestaltung spricht.

Man kann auch abschließend sagen: Die intraindividuelle Variabilität im Erleben und Verhalten, die wir bei allen Menschen finden, ist bei Menschen mit Demenzerkrankung nicht selten in Inhalt und Ausprägung noch deutlicher erkennbar. Dafür ist, wie bereits dargelegt wurde, auch die reduzierte oder erloschene Kontrolle von Gefühls- und Verhaltensäußerungen verantwortlich. Es wäre aber unangebracht, würde man Erleben und Verhalten auch bei den schweren Formen der Demenz – assoziiert mit einer reichen Psychopathologie – allein unter dem Aspekt der Pathologie und nicht mehr unter dem Aspekt des Ausdrucks *natürlicher* Prozesse betrachten, die in der Pathologie allerdings entgrenzt, weil unkontrolliert erscheinen. Das Bemühen, auf diese Prozesse möglichst sensibel zu reagieren, mithin ausreichend *responsiv* zu sein, darf hier auf Seiten der Behan-

delnden, Pflegenden und Begleitenden nicht hintangestellt oder aufgegeben werden.

3. Komplexität psychischer Prozesse auch in der Demenz

3.1. Das Selbst

Das Selbst, das als kohärentes kognitiv-emotional-motivationales Gebilde den Kern der Personalität eines Menschen konstituiert, verliert in den fortgeschrittenen Stadien der Demenz mehr und mehr seine Kohärenz. Es kann sich zu sich selbst wie auch zu seiner Umwelt immer weniger reflexiv in Beziehung setzen, was auch durch die grundlegenden Veränderungen im körperlich-leiblichen Erleben bedingt ist: Der Körper wird immer weniger als Teil des Selbst erlebt, er verliert im Erleben des Demenzkranken mehr und mehr seine Eigenständigkeit gegenüber der Umwelt, in der er sich leiblich vorfindet bzw. an der er leiblich teilhat. Dadurch verändert sich die Ich-Du-Relation grundlegend; dadurch nimmt die Angst des Demenzkranken zu, vor dem Anderen auch körperlich nicht mehr geschützt zu sein. Diese tiefgreifenden Affektionen der Personalität sind es, die in der fachlichen Diskussion dazu führen, von einer Demenz nicht nur als einer Krankheit, sondern auch als einer bestimmten Weise des In-der-Welt-Seins (im Sinne der Lebens-, Alltags- und Beziehungsgestaltung) zu sprechen. (Vgl. Bär 2010) Denn die Demenz berührt nicht nur Teile der Person, sondern mehr und mehr die Person als Ganzes; sie beeinflusst nicht nur die Person-Umwelt-Beziehung, sondern sie verändert diese tiefgreifend.

Doch sind auch bei einer deutlich verringerten Kohärenz des Selbst noch in späten Phasen »Inseln des Selbst« (Kruse 2010) erkennbar; das heißt: Aspekte der Personalität, die in früheren Lebensaltern zentral für das Individuum waren (Neigungen, Vorlieben, Haltungen, Interessen), Daseinsthemen (dominante Anliegen), die dessen Erleben früher bestimmt haben, treten in einzelnen Situationen deutlich hervor. Hier wird einmal mehr die *Ressourcenperspektive* sehr deutlich, die auch im Kontakt mit demenzkranken Menschen einzunehmen ist. Gerade mit Blick auf das Leibgedächtnis lässt sich konstatieren, dass dieses bei demenzkranken Menschen noch in späten Stadien der Erkrankung eine bemerkenswerte Ausprägung aufweist: Die leibliche Erinnerung an bestimmte Orte (mit hoher

biografischer Prägung) lässt sich bis in späte Krankheitsstadien nachweisen, unter der Voraussetzung allerdings, dass sich die Betreuung und Begleitung demenzkranker Menschen von dem Grundsatz kontinuierlicher Stimulation und Aktivierung mit intensiven Bezügen zur Biografie leiten lässt. (Vgl. Fuchs 2010) Auch mit Blick auf die Selbstbestimmung des demenzkranken Menschen kann die These aufgestellt werden, dass diese zwar nicht mehr in ihrer früheren prägnanten Gestalt erkennbar ist, dass aber bis in die späten Stadien der Erkrankung demenzkranke Menschen durchaus spüren, ob *sie* es sind, die eine Handlung ausführen, oder das Gegenüber. Allerdings kann diese basale Form der Selbstbestimmung vom demenzkranken Menschen nur dann erlebt werden, wenn dieser in einer Umwelt lebt, die die Erhaltung der Ich-Du-Relation auch unter der – oben angesprochenen – Bedingung eines grundlegend veränderten Körpererlebens zu einer zentralen Komponente der Stimulation und Aktivierung macht. (Vgl. Kitwood 2002; siehe auch Nolan et al. 2004, 2006)

Es erscheint im begrifflichen wie auch im fachlichen Kontext zentral, bei einer weit(er) fortgeschrittenen Demenz ausdrücklich von »Inseln des Selbst« zu sprechen, die auch als thematische Akzentsetzungen im Erlebensfluss des Individuums verstanden werden können – wobei diese Akzentsetzungen auf biografisch bedeutsame Erlebnisse, auf biografisch gewachsene Neigungen, Vorlieben, Haltungen, Interessen verweisen. (Vgl. Kruse 2010) Das Selbst ist, wie schon dargestellt, als kohärentes, dynamisches Gebilde zu verstehen, das sich aus zahlreichen Aspekten konstituiert, die miteinander verbunden sind (Kohärenz) und die sich unter dem Eindruck neuer Eindrücke, Erlebnisse und Erfahrungen kontinuierlich verändern (Dynamik). Bei einer weit fortgeschrittenen Demenz büßt das individuelle Selbst mehr und mehr seine Kohärenz sowie seine Dynamik ein. Daraus folgt: Der entscheidende Bezugspunkt des Subjekts (nämlich: das Selbst) bildet sich immer weiter zurück; zudem ist die produktive Anpassung des Selbst im Falle neuer Eindrücke, Erlebnisse und Erfahrungen nicht mehr gegeben, wobei sich auch die Möglichkeit, neue Eindrücke, Erlebnisse und Erfahrungen zu gewinnen, mit zunehmendem Schweregrad der Demenz immer weiter verringert. Doch heißt dies nicht, dass das Selbst nicht mehr existent wäre. In fachlichen (wissenschaftlichen wie praktischen) Kontexten, in denen eine möglichst differenzierte Annäherung an das Erleben und Verhalten eines demenzkranken Menschen versucht wird, wird ausdrücklich hervorgehoben, dass

Inseln des Selbst auch bei weit fortgeschrittener Demenz deutlich erkennbar sind. Für jeden demenzkranken Menschen – auch wenn die Demenzerkrankung weit fortgeschritten ist – lassen sich Situationen identifizieren, in denen er (relativ) konstant mit positivem Affekt reagiert, sei dies der Kontakt mit Menschen, die eine ganz spezifische Ausstrahlung und Haltung zeigen, sei dies das Hören von bestimmten Musikstücken, sei dies das Aufnehmen von bestimmten Düften, Farben und Tönen, oder sei dies die Ausführung bestimmter Aktivitäten. Die Tatsache, dass in spezifischen Situationen (relativ) konstant mit positiven Affekten reagiert wird, weist darauf hin, dass diese Situationen wiedererkannt werden, dass sie damit also auf einen fruchtbaren biografischen Boden fallen – und dies lässt sich auch in der Weise ausdrücken, dass mit diesen Situationen Inseln des Selbst berührt und angesprochen werden.

Die Identifikation solcher Situationen, die an positiv bewerteten biografischen Erlebnissen und Erfahrungen anknüpfen und aus diesem Grunde positive Affekte und Emotionen hervorrufen können, erweist sich als eine bedeutende Komponente innerhalb des Konzepts der Biografie- und Lebenswelt-orientierten Intervention. (Vgl. Steinmetz 2016) Gerade im Kontext der Annahme, dass bis weit in die Demenz hinein Inseln des Selbst bestehen, erscheint dieser individualisierende, Biografie- und Lebenswelt-orientierte Rehabilitations- und Aktivierungsansatz als besonders sinnvoll, dessen Kern mit dem Begriff der Mäeutik (Hebammenkunst) umschrieben wird. (Vgl. Remmers 2010) Es wird in einem theoretisch derart verankerten Rehabilitations- und Aktivierungsansatz etwas gehoben, nämlich biografisch gewachsene Präferenzen, Neigungen, Vorlieben. Diese weisen zwar bei weitem nicht mehr jene Kohärenz, Prägnanz und Dynamik auf, wie dies vor der Erkrankung der Fall gewesen war, doch sind sie wenigstens in Ansätzen erkennbar. Aus diesem Grunde ist hier ausdrücklich von Inseln des Selbst zu sprechen. Der von Thomas Fuchs konzipierte Ansatz des Leibgedächtnisses (vgl. Fuchs 2010; Fuchs 2018) weist in der hier vorgenommenen Übertragung auf die innere Situation demenzkranker Menschen Ähnlichkeiten mit der Annahme von Inseln des Selbst bei weit fortgeschrittener Demenz auf.

Mit der hier hypostasierten Form des Selbst bei weit fortgeschrittener Demenz stellt sich unmittelbar die Frage nach der *Komplexität* des Erlebens. Denn es wurde betont, dass sich in den Äußerungen des Selbst immer *unterschiedliche Aspekte* des Selbst zeigen, womit auch

deutlich wird, dass grundsätzlich von einem hohen Komplexitätsgrad des Erlebens auszugehen ist. Wenn wir diesen Komplexitätsgrad mit der im vorausgehenden Kapitel hervorgehobenen intraindividuellen Variabilität des Erlebens (und Verhaltens) zusammenschauen, dann erscheint die möglichst konkrete und differenzierte Analyse des Erlebens von Menschen mit Demenz als eine unverzichtbare und zugleich anspruchsvolle Aufgabe. Es sind bei deren Meisterung die drei grundlegenden Fragen zu beantworten:

- (a) Wie stellt sich das Erleben in seinem Verlauf dar? Wie wandeln sich Inhalte und Ausprägungsgrade des Erlebens, auch über eine kurze oder kürzeste Zeitspanne?
- (b) Wie stellt sich das aktuelle Erleben in seiner Komplexität dar? Welche verschiedenartigen Aspekte des Selbst konstituieren einen Erlebenskomplex?
- (c) Inwiefern erkennen wir im Erleben auch über weitere Zeitspannen eine Kontinuität, das heißt, inwieweit finden sich auch über weitere Zeitspannen individuelle Besonderheiten mit Blick auf den Erlebensverlauf wie auch auf die Erlebenskomplexe?

Diese drei grundlegenden Fragen akzentuieren nicht mehr als die *Form* oder die *Formen* des Erlebens (es können bei ein und derselben Person unterschiedliche Formen des Erlebens auftreten – was deren Verlauf ebenso wie deren Komplexität anbelangt). Über die Form-Analyse hinaus ist die *inhaltliche* Analyse wichtig: Welche Erlebensinhalte sind erkennbar? In welcher Hinsicht erweisen sich diese als kontinuierlich vs. diskontinuierlich (variabel)?

3.2. Eine ›thematische Analyse‹ des Selbst: Daseinsthemen

In diesem Zusammenhang erscheint die thematische Analyse des Selbst hilfreich. Es geht in dieser Analyse darum, herauszuarbeiten, inwieweit im aktuellen Erleben der Person Themen erkennbar sind, die sich im Laufe ihrer individuellen Entwicklung ausgebildet haben und als Lebens- oder Daseinsthemen eine hervorgehobene Bedeutung für das individuelle Selbst besitzen. Die Daseinsthemen einer Person werden von uns als Erlebensinhalte verstanden, die den Kern der emotionalen (und affektiven) Prozesse bilden, die die Person zeigt. Allein die Analyse und Beschreibung der spezifischen Emotionen und Affekte, die in einer Situation in den Vordergrund treten, genügt

nicht. Es geht vielmehr um die Frage, welche Daseinsthemen in den emotionalen und affektiven Prozessen angesprochen sind bzw. diese auslösen.

Damit stellt sich die Aufgabe, das Konzept der Daseinsthemen einzuführen, mit dem sich das Selbst inhaltlich oder thematisch – nämlich im Sinne der dominanten Anliegen einer Person – charakterisieren lässt.

Hans Thomae geht in seiner Persönlichkeitstheorie von der Differenzierung des »Ich« in drei dynamische Kerngebiete aus (die in ihrer Gesamtheit die Person bilden): das »impulsive Ich«, das er als »Sphäre der festgelegten Triebe« umschreibt, das »prospektive Ich«, das sich – als hochorganisierte Form – durch seine »vordenkende, das Verhalten auf weite Sicht hinlenkende Funktion« auszeichnet, und schließlich das »propulsive Ich«, das er als »plastisch bleibenden Antriebsfonds« begreift, dessen wesentlichste Kennzeichen »Nichtfestgelegtheit, Formbarkeit, Nichtvorhersagbarkeit« sind. (Vgl. Thomae 1966) Das propulsive Ich charakterisiert er dabei mit folgenden Worten: »Es gibt letzten Endes das Gefühl der Initiative und Freiheit, das Empfinden, dass selbst der größte Verlust und die äußerste Begrenzung unseres Daseins uns nicht alles nehmen können, sondern letztlich nur eine neue Seite der eigenen Entwicklungsmöglichkeiten offenbaren.« (Thomae 1996, 124)

Mit der Differenzierung des Ich in diese drei Kerngebiete leistet Hans Thomae eine strukturelle Analyse der Persönlichkeit. Neben die strukturelle tritt eine thematische Analyse. Diese konzentriert sich auf die Frage, welche Themen (man könnte auch sagen: Anliegen) das Erleben des Individuums in einer gegebenen Situation bestimmen.

Mit dem Begriff des Daseinsthemas kennzeichnet Thomae »wiederholt geäußerte Gedanken, Wünsche, Befürchtungen und/oder Hoffnungen« (Thomae, 1996, S. 80). Diese sind ausdrücklich nicht als »aus dem Verhalten erschlossene intrapsychische Konstrukte wie Motive« (ebd.,) zu verstehen, sondern vielmehr als »nach eindeutigen Kriterien aus biografischen Dokumenten [...] ableitbare Inhalte personaler Prozesse, in denen es nicht nur um die kognitive Repräsentation von Situationen, sondern auch um Art und Ausmaß des Betroffenseins von ihnen, der inneren und äußeren Auseinandersetzung mit ihnen geht« (ebd.). Ausgehend von der Überzeugung, dass »eine Konzeptualisierung von Motiven oder Motivationsprozessen, welche nicht an einer spezifischen Umwelt orientiert ist, nicht haltbar erscheint« (ebd.), verwendet Thomae die Begriffe Thema bzw. The-

matik und Motivation weitgehend synonym: Daseinsthemen sind entsprechend auch als motivationale Konstrukte, im Sinne von zentralen Anliegen, Leitmotiven des Verhaltens, motivational-kognitiven Orientierungssystemen, einer thematischen Struktur, auf deren Hintergrund sich die Auseinandersetzung des Individuums mit konkreten Lebenssituationen vollzieht, zu verstehen: Die Persönlichkeitstheorie von Thomae postuliert, dass jede tiefgreifende und überdauernde Veränderung des Verhaltens von spezifischen Daseinsthemen des Individuums her zu verstehen ist. Unterschiedliches Verhalten in verschiedenen Situationen lässt sich mit dieser Theorie deuten als unterschiedliche aktuelle thematische Strukturierung; gleichartige Verhaltensweisen über den Wechsel der Situationen hinweg als temporäre Strukturierungen; wenn Interpretationen einer Situation über lange Zeiträume hinweg dominieren, so ist von chronischer thematischer Strukturierung zu sprechen.

Wenn die Komplexität des Erlebens – im Sinne unterschiedlicher Aspekte des Selbst, die eigentlich in jedem Erleben zum Ausdruck kommen – im Zentrum steht, dann erweist sich eine grundlegende Analyse des Bewusstseins als sehr hilfreich. Auf diese soll nun eingegangen werden.

3.3. Die Dauer

Der von dem französischen Philosophen und Schriftsteller Henri Bergson (1859–1941) im Jahre 1889 verfasste Essay *Zeit und Freiheit. Eine Abhandlung über die unmittelbaren Bewusstseinstatsachen* (französisch: *Essai sur les données immédiates de la conscience*) ist für die Analyse des Selbst bei Menschen mit Demenz von großem Wert. (Vgl. Bergson 2016) In diesem Essay wird das subjektive Erleben der Welt der Dinge (exteriorisierte Welt) gegenübergestellt. Bergson stellt sich die Aufgabe, den Wahrnehmungsakt unmittelbar zu erfassen, mithin die Art und Weise, wie sich uns die Außenwelt darbietet. Er gelangt dabei zur Erkenntnis, dass sich die objektiv gegebene, messbare Welt von der subjektiv erlebten Welt tiefgreifend unterscheidet. Im Wahrnehmungsakt übersetzen wir die messbare Welt in eine innerlich erfahrbare Welt. Gegenstände werden nicht additiv und isoliert voneinander wahrgenommen, sondern sie sind in ein subjektives, hochgradig individuelles Wahrnehmungsgeschehen integriert, welches seinerseits als ein kontinuierliches Geschehen

über den gesamten Lebenslauf zu interpretieren ist. Somit muss der äußerlichen Welt eine innerliche Welt gegenübergestellt werden, die sich von ersterer durch die Unmittelbarkeit des Erlebens auszeichnet. Bergson geht noch einen Schritt weiter. Er setzt sich auch mit dem Phänomen der Selbstbeobachtung auseinander, das heißt der in der Psychologie vielfach untersuchten und beschriebenen Introspektion. Hier nun stellt er eine geradezu aufregende Annahme auf: jegliche Introspektion ist nicht mehr als die Projektion der Erlebnisse in einen psychologischen Raum. Sobald wir Erlebnisse zu benennen versuchen, trennen wir diese quasi aus dem Erlebensfluss heraus, wir kristallisieren diese Erlebnisse, die eigentlich fluid, also in den Erlebensfluss eingebettet sind. Denn benennen wir, was wir empfinden und fühlen, dann gehen wir mit diesen Empfindungen und Gefühlen, denen wir ja Namen gegeben haben, um wie mit physikalischen Gegenständen. Dadurch, dass wir benennen, »fixieren« wir, was vorher »im Fluss« war; und wenn wir aufeinanderfolgende Empfindungen und Gefühle benennen, dann ordnen wir sie wie Gegenstände im psychologischen Raum an. Bergson spricht hier von »espace-temps«, also Raum-Zeit. Das wahre Ich aber ist permanent im Fluss, es lebt also in der Zeit weiter. Und diese Zeit, die eigentliche Zeit, nennt Bergson »durée pure«, also reine Dauer. »Die ganz reine Dauer ist die Form, die die Sukzession unsrer Bewusstseinsvorgänge annimmt, wenn unser Ich sich dem Leben überlässt, wenn es sich dessen enthält, zwischen dem gegenwärtigen und den vorhergehenden Zuständen eine Scheidung zu vollziehen.« (Bergson 2016, 77) Dies lässt sich auch wie folgt ausdrücken: »Je weiter man eben in die Tiefen des Bewusstseins hinabdringt, desto weniger hat man das Recht, die psychologischen Tatsachen wie Dinge zu behandeln, die sich nebeneinander aufreihen ließen.« (Ebd., 14) Ein Beispiel für die Differenzierung zwischen projiziertem Empfinden und tatsächlichem Empfinden ist die Folge von Glockenschlägen: Wir können das Erleben dieser Glockenschläge in den psychologischen Raum projizieren und stellen uns dann eine bestimmte Zahl von Glockenschlägen vor, wobei uns der psychologische Raum als ein homogener erscheint, sodass wir die Glockenschläge als identische Stimuli nebeneinander anordnen. Das eigentliche, das innerliche Ich hingegen hört diese Glockenschläge eher als eine Melodie, das heißt die einzelnen Schläge »variieren« im subjektiven Erleben. Das innerliche Ich ist, solange wir sind, immer im Fluss. Alle Benennungen und Beschreibungen dieses innerlichen Ichs sind nicht mehr als Abstraktionen. Im Prozess der

Benennung und Beschreibung ist dieses eigentliche, dieses wahre Ich schon weiter – wir springen nie in denselben Fluss.

Und auch das Gedächtnis, so Bergson in seinem 1886 erschienenen Essay *Materie und Gedächtnis. Eine Abhandlung über die Beziehung zwischen Körper und Geist* (französisch: *Matière et mémoire. Essai sur la relation du corps à l'esprit*), ist von dem Gehirn abzugrenzen; ersteres besitzt eine rein seelische (psychische) Qualität, letzteres hingegen eine körperliche (materielle). (Vgl. Bergson 2015) Das Gehirn selektiert und ordnet, um auf diese Weise eine optimale Anpassung an die objektive Welt (oder: Anordnungen im psychologischen Raum bzw. in der Raum-Zeit) zu erzielen. Das Gedächtnis hingegen umfasst die Möglichkeit nach alle Erlebnisse und Erfahrungen, die wir gemacht haben; aus diesen wählt das Gehirn aus, aber diese Selektion stellt nicht unser Gedächtnis in toto dar. Wenn wir uns dem Geschehensfluss des innerlichen Ichs hingeben, so werden uns immer wieder Erlebnisse, Menschen, Dinge »einfallen«, ohne dass wir diese gezielt ausgewählt hätten. *Auch dies zeigt uns, dass die Psyche (Seele) in letzter Konsequenz eine unbegrenzte Freiheit besitzt* – eine für unser Verständnis von Selbstaktualisierung bedeutende Aussage.

Es könnte nun die Annahme getroffen werden: Die auf den ersten Blick ungeordneten, inkohärenten Gedanken und Ideenflüsse von Menschen mit Demenz drücken bei näherem Hinsehen das kontinuierlich Fließende der Psyche, also den Erlebensfluss aus. Dieser Erlebensfluss erscheint uns dabei »inselförmig«, weil es immer nur einzelne biografische Erlebnisse, immer nur einzelne biografisch gewachsene Neigungen, Vorlieben, Interessen und Gewohnheiten sind, die – dabei auch nur in Ansätzen – in dem Geschehensfluss thematisch werden (Selbstaktualisierung).

Was bedeuten diese Aussagen für den möglichst natürlichen Zugang zur inneren Welt demenzkranker Menschen? Drei Folgerungen erscheinen wesentlich:

(a) Das Erleben darf nicht künstlich »vereinfacht« werden. Es genügt nicht, sich in den erlebens- und verhaltensbezogenen Aktionen und Reaktionen nur auf ein einziges Erlebens- und Verhaltensmerkmal zu konzentrieren, hingegen die sich in diskreter Form anbietenden Merkmale zu übergehen. Im Prozess des Niedergeschlagen- oder Agitiertseins sind in aller Regel noch weitere, aktuell nur diskreter erscheinende innere und äußere Aktionen und Reaktionen erkennbar, die – wenn das Erleben in seiner ganzen Komplexität erfasst werden soll – ebenfalls differenziert erfasst und beschrieben werden müssen.

Hier könnte es durchaus sinnvoll sein, von einem umfassenden System an Lebensthemen (oder Daseinsthemen) wie auch von Aktionen und Reaktionen (oder Daseinstechniken) auszugehen, die sich im aktuellen Erleben und Verhalten widerspiegeln. Inwiefern aktualisieren sich die Daseinsthemen und Daseinstechniken der demenzkranken Person in emotionalen, affektiven und verhaltensbezogenen Aktionen und Reaktionen? Wenn die Differenziertheit des Selbst abgebildet werden soll, gilt es nicht nur – auf unser Beispiel bezogen –, das Faktum der Niedergeschlagenheit oder Agitiertheit zu benennen, sondern auch und primär die Themen und Techniken, die sich um diese beiden inneren Zustände gruppieren. Und diese Themen sind eben nicht nur »Zufallsprodukt« oder »Beiwerk«, sondern sie sind vielmehr als Ausdrucksformen unterschiedlicher Aspekte des Selbst zu begreifen, die sich in der aktuellen Situation aktualisieren, d.h. mitteilen.

(b) Die fließenden Übergänge von einem Erlebenskomplex in einen anderen – zu verstehen als ein psychischer Erlebens- oder Geschehensfluss – sind differenziert abzubilden. Hans Thomae spricht in seiner Persönlichkeitstheorie ausdrücklich von einem *Erlebenskontinuum*, um deutlich zu machen, dass die Übergänge von einem Erlebenskomplex in einen anderen nicht klar voneinander unterschieden werden können. Erst dann, wenn von diesem Kontinuum ausgegangen wird, macht auch der bereits gewürdigte Prozess des Sich-Einschwingens in das Erleben des Gegenübers Sinn. Denn, wie Karl Jaspers hervorhebt: Wir schwingen uns in das Erleben ein und durchschreiten – unser Gegenüber begleitend – unterschiedliche (vielleicht auch über gewisse Zeiträume relativ konstant anmutende) Prozesse. Gerade das Miterleben dieses Erlebensflusses gibt uns Einblick in die Psyche (die Seele) des Gegenübers. Erst durch dieses Miterleben werden wir in die Lage versetzt, etwas von der Psyche des Kranken zu erfahren: die Vielfalt und den Ausprägungsgrad der Erlebensinhalte, deren daseinsthematische Gestalt, schließlich deren Umsetzung in Daseinstechniken.

(c) Schließlich: Die Psyche ist mehr als nur Denken, Problemlösen, Gedächtnis. Sie bildet sozusagen den emotionalen, affektiven und motivationalen Grund, man könnte auch sagen: das *Antriebsgeschehen* einer Person. Häufig konzentrieren wir uns in der Diagnostik und Beschreibung nur auf die kognitiven Prozesse (Operationen) und wenden uns der Psyche allein mit der Zielsetzung zu, Aussagen

über die Tönung des Erlebens zu treffen (Beispiel: aggressive oder depressive Tönung). Dies allerdings ist zu wenig, wenn umfassende Aussagen über die Person und Persönlichkeit getroffen werden sollen. Vielmehr sollte versucht werden, eine hochkomplexe Welt von Emotionen, Affekten und Motivlagen zu erfassen. Erst wenn uns dies gelingt, werden wir Aussagen zum *Erlebensgrund* eines demenzkranken Menschen treffen können, der für das Verständnis der seelischen Verfasstheit sehr bedeutsam ist.

4. Heimkehr, Rückkehr zum Ursprung

Blicken wir auf das reiche Schrifttum zum Lebensrückblick alter Menschen, dann können wir durchaus die Annahme vertreten, dass im hohen Alter die Beschäftigung und Identifikation mit Erlebnissen aus Kindheit und Jugend an Gewicht gewinnen. (Vgl. Butler 1963; Butler 1980) Die Aussage, dass die Schwerpunktverlagerung persönlich bedeutsamer Themen auf Kindheit und Jugend notwendigerweise und allein eine Folge neuronaler Verluste in den höheren Hirnregionen darstelle, erscheint verkürzt und der Komplexität der Dynamik nicht angemessen. Auch wenn hier neuronale Veränderungen in ihrem potenziellen Einfluss keinesfalls bestritten werden, so ist die Schwerpunktverlagerung doch auch im Sinne des Thematischwerdens jener Daseinsthemen zu begreifen, die in Kindheit und Jugend besonderes Gewicht gehabt haben – so wie dies zum Beispiel Erik Homburger und Joan Erikson in ihrer intensiven Beschäftigung mit psychosozialen Krisen im hohen Alter hervorgehoben haben. (Vgl. Erikson 1998) In einer noch weiteren Deutung kann diese an Intensität gewinnende Beschäftigung mit Kindheit und Jugend auch als Heimkehr, als Rückkehr zum Ursprung des eigenen Lebens verstanden werden; Beginn und Ende fließen hier wieder zusammen.

Dieser psychologisch bedeutsame Prozess soll auch mit Blick auf die Demenzerkrankung betrachtet werden – finden wir ihn in der Erkrankung vielleicht sogar noch stärker akzentuiert?

Begonnen wird diese Betrachtung mit Ausschnitten aus der Lyrik von Thomas Stearns Eliot (1888–1965), einem US-amerikanisch-britischen Dichter, Dramatiker, Literaturkritiker und Herausgeber, dem 1948 der Literaturnobelpreis verliehen wurde. Wir wenden uns den *Four Quartets* (vier Quartetten) zu, die im Jahre 1943 herausgegeben wurden. Die vier Quartette, von denen jedes als eigenständiges Werk

zu deuten, aufgrund wiederkehrender Themen und Bilder aber in seiner Beziehung zu den anderen Quartetten zu betrachten ist, werden übereinstimmend als Eliots Meisterwerk gewertet. (Vgl. Davies et al. 2021) 1936 erschien das erste Quartett, *Burnt Norton*, 1940 das zweite, *East Coker*, das uns hier beschäftigt wird, 1941 *The Dry Salvages* und 1942 *Little Gidding*. (Eliot 1943) Wir kommen nun zum Quartett *East Coker*.

East Coker ist ein Dorf im Bezirk South Somerset in Somerset, England. Eliot besuchte im Jahre 1937 East Coker. Dieses Dorf besaß für Eliot und seine Familie besondere Bedeutung, da ein Vorfahre, Andrew Eliot, im Jahre 1669 von diesem Dorf aufbrach, um nach Amerika zu reisen. Das Urnengrab Thomas Stearns Eliots befindet sich bei der St. Michaels Kirche in East Coker. Es ist dort eine Gedenktafel angebracht, die folgende Aufschrift trägt: »In my beginning is my end. Of your kindness, pray for the soul of Thomas Stearns Eliot, poet. In my end is my beginning.« Diese Aufschrift ist für uns auch deswegen so wichtig, weil sie direkt auf das Quartett *East Coker* verweist und – über dieses hinaus – auf die von Eliot in diesem Gedicht lyrisch ausgedrückte *Verbindung von Anfang und Ende des Lebens*. Der erste Abschnitt dieses Gedichts beginnt mit der Aussage: »In my beginning is my end.« Der fünfte Abschnitt dieses Gedichts (und damit das gesamte Gedicht) endet mit der Aussage: »In my end is my beginning.« Diese markiert die *Integration von Anfang und Ende*. Diese Aussage wird noch einmal verstärkt durch den Beginn des fünften Gedichts, wo es heißt: »Home is where one starts from.«

Dass im fünften Abschnitt der Mensch in späten Phasen seines Lebens ganz im Zentrum steht, erschließt sich im zweiten Satz:

As we grow older
The world becomes stranger, the pattern more complicated
Of dead and living

Der fünfte Abschnitt endet mit einer Betrachtung des Alters, in der die Momente der Spiritualität, der seelisch-geistigen Ressourcen, der Grenzsituation und der Existenzerhellung angesprochen werden, wenn Thomas Stearns Eliot schreibt:

Old men ought to be explorers
Here or there does not matter
We must be still and still moving
Into another intensity
For a further union, a deeper communion

Through the dark cold and the empty desolation,
The wave cry, the wind cry, the vast waters
Of the petrel and the porpoise
In my end is my beginning.

»Here or there«: Wir sind »diesseitig« oder »jenseitig« Suchende; es ist dies auch eine Umschreibung von Spiritualität. »Into another intensity«; es ist dies eine Umschreibung seelisch-geistiger Ressourcen im hohen Alter, die sowohl in der Selbstgestaltung (»for a further union«) als auch in der Weltgestaltung (»a deeper communion«) gesehen werden. »Through the dark cold and the empty desolation«: das Durchschreiten des Dunkels und der Verlassenheit; es ist dies eine Umschreibung der Grenzsituation. »In my end is my beginning«: Ich finde zu meinen Wurzeln zurück; es ist dies eine Umschreibung von Existenzerhellung.

In diesem fünften Abschnitt verdichten sich zentrale Aspekte der Begleitung alter Menschen, die auch für die Lebensbegleitung von Menschen mit Demenz wichtig sind. Zunächst möchten wir den Blick ganz auf das *hohe Alter* richten und erst in einem zweiten Schritt auf *Menschen mit Demenz*. Denn wir gehen davon aus, dass Aussagen über das hohe Alter in Teilen auch auf Menschen mit Demenz übertragen werden können.

Die Person ist als eine »suchende« zu verstehen. Diese Suche muss nicht in dieser Welt enden, sondern sie kann über sie hinausgehen. Erfährt, erlebt sich die Person als eine, die sowohl Teil der weltlichen als auch Teil der kosmischen Ordnung ist? Zumindest sollte eine derartige Frage nicht von vornherein ausgeschlossen werden. Zudem sollte auch mit Blick auf das hohe Alter nach den bestehenden kognitiven, emotionalen und verhaltensbezogenen Ressourcen gefragt werden; diese können in der Auseinandersetzung mit dem herannahenden Lebensende durchaus die Qualität von Potenzialen erlangen: indem nämlich in dieser Auseinandersetzung neue seelisch-geistige Qualitäten ausgebildet werden. (Vgl. Kruse 2021) Das Erleben abnehmender Kräfte in den letzten Phasen des Lebens ist auch als eine Grenzsituation zu begreifen, die »ausgehalten« werden muss, und dies in der Hoffnung, durch diese Situation hindurch »getragen« zu werden: Durch andere Menschen, durch Erinnerungen an sinnerfüllte Erlebnisse und Begegnungen in der Biografie, durch Hoffnungen, durch den Glauben, etc. Und es sollte nicht übersehen werden: In dieser Grenzsituation kann sich die Existenz der Person – in ihrer ganzen Verletzlichkeit, aber auch in ihrer ganzen Robustheit

– besonders deutlich zeigen. Auch dies darf nicht von vornherein ausgeschlossen werden. Diese Charakterisierung ist nun eine, die dem hohen Alter gilt; können wir sie – zumindest in Teilen – auch auf die innere Situation von Menschen mit Demenz übertragen?

Was bei intensiver Begleitung von Menschen mit Demenz beobachtet werden kann: Nicht selten stellen sich in – allerdings sehr kurzen – Zeiträumen Phasen *deutlich erhöhter Luzidität*, das heißt gedanklicher Klarheit und emotionaler Ruhe ein, die den Begleitenden und Betrachtenden zum Nachdenken darüber anregen, ob nicht auch bei Demenzkranken im weit fortgeschrittenen Stadium eine seelisch-geistige Qualität zu konstatieren ist, die über das Denken im Sinne von Problemlösen noch einmal hinausgeht und die auch mehr ist als eine spezifische emotionale Befindlichkeit. Könnte hier vielleicht ein Hinweis auf jene Qualität der Psyche liegen, die Henri Bergson so deutlich ins Zentrum gerückt hat? Können wir hier vielleicht auch von einer Anregung zum produktiven Gebrauch eines umfassenden Geist-Begriffs sprechen, der sich in allen Aktionen und Reaktionen der Person äußert, verwirklicht? Ist die Tatsache, dass sich diese luziden Intervalle bevorzugt in zeitlicher Nähe zum Tod zeigen – darauf deuten Beiträge aus einer anspruchsvollen Praxis der Behandlung und Begleitung von Menschen mit Demenz hin (vgl. Kojer & Schmidl 2021) –, vielleicht ein Hinweis darauf, dass sich bei einer weit fortgeschrittenen Demenz das Erleben des allmählich eintretenden Lebensendes einstellen kann? Wenn wir – angestoßen durch Eliots *Quartets* – alte Menschen als Grenzgänger zwischen Diesseits und Jenseits begreifen: gilt dann diese Aussage auch für Menschen mit Demenz? Hier findet die Beobachtung ihren Platz, dass jene demenzkranken Menschen, für die religiöse Symbole und Rituale in Kindheit großes Gewicht besessen haben, nicht selten auch in der Grenzsituation der schweren Erkrankung für diese Symbole und Rituale dankbar sind und auf diese (hohe) Resonanz zeigen.

4.1. Selbstaktualisierung

Die Selbstaktualisierung beschreibt die grundlegende Tendenz des Menschen, sich auszudrücken und mitzuteilen. Ausdruck und Mitteilung vollziehen sich über sehr verschiedenartige psychische Qualitäten – diese lassen sich in kognitive, emotionale, empfindungsbezogene, sozialkommunikative, alltagspraktische und körperliche

Qualitäten differenzieren. (Vgl. Kruse 2021) Vor dem Hintergrund der Annahme, dass die Selbstaktualisierungstendenz eine grundlegende Tendenz des Psychischen darstellt, wenn nicht sogar das zentrale Motiv menschlichen Erlebens und Verhaltens, ergibt sich die weitere Annahme, dass auch im Falle einer weit fortgeschrittenen Demenz eine Selbstaktualisierungstendenz deutlich erkennbar ist. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn die situativen Bedingungen den demenzkranken Menschen zu stimulieren, aktivieren und motivieren vermögen, wenn sich also in bestimmten Situationen das Erleben der Stimmigkeit einstellen kann – was vor allem in jenen Situationen der Fall ist, die biografische Bezüge aufweisen und (damit) Inseln des Selbst berühren.

In diesem Kontext sind zwei Aspekte der Stimulation, Aktivierung und Motivation demenzkranker Menschen hervorzuheben: Das Präsentisch-Werden der individuellen Vergangenheit sowie die Erfahrung der Bezogenheit.

Präsentisch-Werden der individuellen Vergangenheit: Für die Begleitung und Betreuung demenzkranker Menschen ist die Erkenntnis zentral, dass das Lebendigwerden der Biografie in der Gegenwart eine zentrale Grundlage für das Wohlbefinden dieser Menschen bildet. Aktuelle Situationen, die mit den in der Biografie ausgebildeten Präferenzen und Neigungen korrespondieren und an den biografisch gewachsenen Daseinsthemen – zu verstehen als fundamentale Anliegen des Menschen – anknüpfen, bergen ein hohes Potenzial zur Selbstaktualisierung und damit zur Evokation positiver Affekte und Emotionen. Das Präsentisch-Werden der individuellen Vergangenheit wird sehr anschaulich in der Schrift *Haben oder Sein* des Sozialpsychologen und Psychoanalytikers Erich Fromm ausgedrückt:

Man kann eine Situation der Vergangenheit mit der gleichen Frische erleben, als geschehe sie im Hier und Jetzt; das heißt, man kann die Vergangenheit wiedererschaffen, ins Leben zurückrufen (die Toten auferstehen lassen, symbolisch gesprochen). Soweit dies gelingt, hört die Vergangenheit auf, vergangen zu sein, sie ist das Hier und Jetzt. (Fromm 1976, 125)

Vor diesem Hintergrund lässt sich auch besser verstehen, warum für Menschen mit Demenz die Rückkehr in Erlebnisse der Kindheit und Jugend oder gar die »Heimkehr« zum eigenen Ursprung dieses große Gewicht besitzen: Hier werden Erlebnisse präsentisch, die – sofern sie vertrauensbildend und -fördernd waren – dem Demenzkranken

Schutz in einer Lebenssituation geben, die durch einen kontinuierlichen Rückgang innerer und äußerer Stabilisatoren charakterisiert ist.

Erfahrung von Bezoogenheit: Für die Stimulation, Aktivierung und Motivation des demenzkranken Menschen ist die offene, konzentrierte, wahrhaftige Zuwendung und Kommunikation zentral. (Vgl. Kitwood 2002) Wie in mehreren Arbeiten zur Kommunikation mit demenzkranken Menschen hervorgehoben wird, zeichnet sich diese Kommunikation auf Seiten des Kommunikationspartners dadurch aus, dass dieser den demenzkranken Menschen nicht auf dessen Pathologie reduziert, ihn auch nicht primär von dessen Pathologie aus zu verstehen sucht, sondern dass er in allen Phasen der Kommunikation, auch unter den verschiedensten Ausdrucksformen, nach dessen ›eigentlichem Wesen‹, nach dessen Persönlichkeit sucht. Nur unter diesen Bedingungen wird sich beim demenzkranken Menschen das Erleben einstellen, weiterhin in Beziehungen zu stehen, Teil einer Gemeinschaft zu sein, nicht von der Kommunikation mit anderen Menschen ausgeschlossen zu sein. In Arbeiten zur Interventionsforschung, die sich dem demenzkranken Menschen aus einer biografischen und daseinsthematischen Perspektive zu nähern versuchten, wurde eindrucksvoll belegt, dass gerade unter dem Eindruck einer wahrhaftigen Kommunikation Prozesse der Selbstaktualisierung erkennbar sind, die dazu führen, dass subjektiv bedeutsame Stationen, Ereignisse und Erlebnisse der Biografie wieder präsentisch und dabei von positiven Affekten und Emotionen begleitet werden. In diesem Zusammenhang wird auch von einem psychischen Potenzial des demenzkranken Menschen gesprochen, das sich gerade in der Kommunikation verwirklicht. Zudem konnte in Arbeiten zur Interventionsforschung gezeigt werden, dass die konzentrierte, offene Zuwendung eine Form der Intervention bildet, die bei der Betreuung und Begleitung demenzkranker Menschen besonders häufig positive Affekte und Emotionen evoziert. Hier können wir wieder an Aussagen zum Sich-Einschwingen in die innere Situation demenzkranker Menschen anschließen. Denn eine wahrhaftige Kommunikation beschreibt auch die Fähigkeit und Bereitschaft, sich in das innere Erleben hineinzusetzen, längere Prozesse zu begleiten und damit einem demenzkranken Menschen so nahe zu sein, wie dieser dies aktuell zulassen kann und zulässt.

5. Abschluss

Warum, so ist zu fragen, erweist sich eine differenzierte Analyse des inneren Erlebens demenzkranker Menschen als notwendig und hilfreich? Unsere Antwort lässt sich vier Begründungen zuordnen. (Vgl. Kruse 2017, Kap. 7)

1. Diese Analyse gibt uns Aufschluss über die mögliche Lebendigkeit psychischer Prozesse in der Demenz, wobei diese Lebendigkeit zum einen Ausdruck der Vielfalt von Erlebenskomplexen, zum anderen Ausdruck ihrer Variabilität und schließlich Ausdruck der Resonanz auf situative Anregungen und Motivationen bildet. Dies bedeutet auch, dass wir in der Behandlung und Begleitung von demenzkranken Menschen sehr viel mehr Wert auf die Beantwortung der Frage legen, inwieweit wir diese potenzielle Lebendigkeit psychischer Prozesse durch unsere Art der Kommunikation wie auch durch die Art der materiellen und ästhetischen Umweltgestaltung fördern können. Die Annahme, dass sich das Erleben von Menschen mit Demenz notwendigerweise immer mehr »entdifferenziere«, kann in dieser Verallgemeinerung nicht aufrechterhalten werden und würde auch eine Art der Kommunikation nahelegen, die der Lebendigkeit psychischer Prozesse eher abträglich denn förderlich ist.

2. Das Erleben kann und sollte aus der Perspektive der Daseinsthemen und Daseinstechniken betrachtet und verstanden werden. Das heißt: Die Erlebenskomplexe – in ihrer kontinuierlichen Abfolge – sind auch mit biografisch gewachsenen Daseinsthemen und Daseinstechniken in Zusammenhang zu bringen. Es genügt nicht allein die Benennung spezifischer emotionaler Prozesse, sondern es ist auch notwendig, deren Auffüllung mit Daseinsthemen und Daseinstechniken besser zu verstehen. Welche Themen und Techniken sind in einzelnen Erlebensprozessen angesprochen, werden in diesen dominant? Eine derartige Perspektive – und erst eine solche – verdient, *biografisch* genannt zu werden, weil auch die Daseinsthemen und Daseinstechniken nur aus einer biografischen Perspektive verstehbar sind.

3. Die Heimkehr, die Rückkehr zu den Ursprüngen, die wir bei vielen alten Menschen als ein bedeutendes Daseinsthema identifizieren können – wenn auch nicht als das einzige, wenn auch nicht als das dominante –, sollten auch bei Menschen mit Demenz einer genaueren Analyse unterzogen werden, sodass in der Kommunikation ein derartiges Thema verstanden und auf dieses ausreichend

differenziert geantwortet werden kann. Die deutlich zunehmende Beschäftigung mit frühen Erlebnisinhalten ist dabei nicht einfach als Ausdruck eines entdifferenzierten Erlebens zu verstehen, sondern als das Bedürfnis, in dem Aufgreifen von möglichst *ursprünglichen*, das heißt hier: auf die eigenen Ursprünge verweisenden Themen, Ritualen und Praktiken *Schutz* sowohl in der eigenen Psyche als auch in einer entsprechend komponierten Umwelt zu finden, die ausreichend resonant für dieses Bedürfnis – Heimkehr, Rückkehr – ist.

4. Die intensive Beschäftigung mit dem inneren Erleben von demenzkranken Menschen vermittelt uns auch wichtige Fingerzeige auf ein komplexes, dynamisches und natürliches Verständnis des Seelischen. Die Vielfalt der seelischen Prozesse, wie wir diese in eher gering ›kontrollierter‹ Form bei Menschen mit Demenz beobachten können, lässt uns noch deutlicher erkennen, wie dynamisch überhaupt die Psyche ist.

Literaturverzeichnis

- Bär, M. (2010). Sinn im Angesicht der Alzheimerdemenz. Ein phänomenologisch-existenzieller Zugang zum Verständnis demenzieller Erkrankung. In A. Kruse (Hrsg.), *Lebensqualität bei Demenz? Zum gesellschaftlichen und individuellen Umgang mit einer Grenzsituation im Alter* (S. 249–259). Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft.
- Becker, S., Kruse, A., Schröder, J. & Seidl, U. (2005). Das Heidelberger Instrument zur Erfassung von Lebensqualität bei Demenz (H. I. L. D. E.). Dimensionen von Lebensqualität und deren Operationalisierung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38, 108–121.
- Bergson, H. (2015). *Materie und Gedächtnis*. Hamburg: Felix Meiner.
- Bergson, H. (2016). *Zeit und Freiheit*. Hamburg: Felix Meiner.
- Butler, R. N. (1963). The Life Review: An Interpretation of Reminiscence in the Aged. *Psychiatry*, 26, 65–76.
- Butler, R. N. (1980). The life review: An unrecognized bonanza. *International Journal of Aging and Human Development*, 12, 35–38.
- Davies, H. A., Gardner, H. & Tate, A. (2021). T. S. Eliot: American-English poet, playwright, and literary critic. <https://www.britannica.com/biography/T-S-Eliot> (Abgerufen am: 12.07.2021).
- Eliot, T. S. (1943). *The Four Quartets: Burnt Norton, East Coker, The Dry Salvages, Little Gidding*. London: Faber & Faber.
- Erikson, E. H. (1998). *The life cycle completed. Extended version with new chapters on the ninth stage* by Joan M. Erikson. New York: Norton.

- Fromm, E. (1976). *To have or to be?* New York: Harper & Row; dt. (1976), *Haben oder Sein. Die seelischen Grundlagen einer neuen Gesellschaft* (übers. v. B. Stein). Stuttgart: Deutsche Verlagsanstalt.
- Fuchs, T. (2010). Das Leibgedächtnis in der Demenz. In A. Kruse (Hrsg.), *Lebensqualität bei Demenz? Zum gesellschaftlichen und individuellen Umgang mit einer Grenzsituation im Alter* (S. 231–242). Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft.
- Fuchs, T. (2018). Leiblichkeit und personale Identität in der Demenz. *Deutsche Zeitschrift für Philosophie*, 66 (1), 48–61.
- Gebattel, V. E. v. (1954). *Prolegomena einer medizinischen Anthropologie. Ausgewählte Aufsätze*. Berlin: Springer.
- Hehn, V. (1894). Aus Victor Hehns Vorlesungen über Goethe. Herausgegeben von Theodor Schiemann. In L. Geiger (Hrsg.), *Goethe-Jahrbuch. 15. Band* (S. 117–139). Frankfurt a. M.: Literarische Anstalt, Rütten & Loening.
- Jaspers, K. (1973). *Allgemeine Psychopathologie* (9. Aufl.). Berlin: Springer.
- Kitwood, T. (2002). *Demenz: Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*. Bern: Huber.
- Kojer, M. & Schmid, M. (Hrsg.) (2021). *Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis* (3. Aufl.). Wien: Springer.
- Kruse, A. (2010). Menschenbild und Menschenwürde als grundlegende Kategorien der Lebensqualität demenzkranker Menschen. In A. Kruse (Hrsg.), *Lebensqualität bei Demenz? Zum gesellschaftlichen und individuellen Umgang mit einer Grenzsituation im Alter* (S. 160–196). Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft.
- Kruse, A. (2017). *Lebensphase hohes Alter: Verletzlichkeit und Reife*. Heidelberg: Springer.
- Kruse, A. (2021). *Vom Leben und Sterben im Alter. Wie wir das Lebensende gestalten können*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Nolan, M. et al. (2004). Beyond 'personcentred' care: A new vision for gerontological nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 45–53.
- Nolan, M. et al. (2006). *The senses framework: Improving care for older people through a relationship-centred approach. Getting research into practice (GRiP, Report no. 2)*. Sheffield: University of Sheffield.
- Remmers, H. (2010). Der Beitrag der Palliativpflege zur Lebensqualität demenzkranker Menschen. In A. Kruse (Hrsg.), *Lebensqualität bei Demenz? Zum gesellschaftlichen und individuellen Umgang mit einer Grenzsituation im Alter* (S. 117–133). Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft.
- Schneider, K. (2007). *Klinische Psychopathologie* (15. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Steinmetz, A. (2016). *Nonverbale Interaktion mit demenzkranken und palliativen Patienten. Kommunikation ohne Worte*. Wiesbaden: Springer VS.
- Tellenberg, H. (1983). *Melancholie. Problemgeschichte, Endogenität, Typologie, Pathogenese, Klinik*. Heidelberg: Springer.
- Thomae, H. (1966). *Persönlichkeit – eine dynamische Interpretation* (2. Aufl.). Bonn: Bouvier.
- Thomae, H. (1996). *Das Individuum und seine Welt* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

III.

Selbstaktualisierung und therapeutisches Handeln

Atmosphären (in) der Demenz oder: Wie entstehen resonante Räume?

Abstract

Demenz ist eine Erkrankung, die aufgrund der Verläufe und der Symptomatiken den sozialen Tod vor den physischen Tod (Elias 1976) setzt. Das Handeln und Verhalten der Betroffenen verändert sich stark, teilweise verlieren diese Personen ihre Fassung (Schmitz 2011). Nach Kitwood (2000) bedeutet Personsein *In-Beziehung-Sein*, und das nicht nur mit anderen Menschen, sondern auch mit dem und im Herumraum (vgl. von Dürckheim 2005, 92). Daher spielen Atmosphären als Kommunikationsmedium zwischen Selbstraum und Herumraum eine wichtige Rolle für das gesamte therapeutische bzw. heilende Setting. Dies wird im ersten Abschnitt erläutert. Um die Brisanz der Atmosphären in Einrichtungen der Altenhilfe für Demenzerkrankte zu begreifen, wird in einem Exkurs auf die spezifischen Atmosphären des Wohnens eingegangen, denn *Wohnenkönnen* ist eine zu erlernende Lebensleistung; und Bewohnerinnen und Bewohner einer Altenhilfeeinrichtung sollen ja auch wohnen können. Daraus erklärt sich das atmosphärische Dilemma der Institutionen mit halböffentlichen Räumen, das im zweiten Abschnitt erläutert wird. Anschließend wird anhand eines konkreten Beispiels aufgezeigt, wie resonante Räume (in) der Demenz entstehen können. In einem Seniorenzentrum in der Nähe von München sind zwei Aufenthaltsräume sowie drei Flure einer beschützenden Abteilung für an Demenz erkrankte Menschen mit dem expliziten Anspruch umgestaltet worden, eine wohnlichere Atmosphäre mit therapeutischem Charakter zu erzeugen.

Einleitung

Über den Titel dieses Beitrags soll man stolpern, er ist irreführend. Denn über leibliche Kommunikation stehen wir immer in Resonanz mit unserer Umgebung; sie muss gar nicht erst entstehen, sie ist immer schon da – unabhängig davon, ob ich das wahrnehme, spüre oder mir dessen bewusst bin. Ich verwende diesen Begriff als positiv konnotierten Wert im Sinne Hartmut Rosas (2016) und im Gegensatz zu *Repulsion* bzw. *Dissonanz*.

Demenz ist eine Erkrankung, die aufgrund der Verläufe und der Symptomatiken den sozialen Tod vor den physischen Tod (Elias 1976) setzt. Das Handeln und Verhalten der Betroffenen verändert sich stark, teilweise verlieren diese Personen ihre Fassung (Schmitz 2011). Nach Kitwood (2000) bedeutet Personsein In-Beziehung-Sein, und das nicht nur mit anderen Menschen, sondern auch mit dem und im Herumraum (vgl. von Dürckheim 2005, 92). Daher spielen Atmosphären als Kommunikationsmedium zwischen Selbstraum und Herumraum eine wichtige Rolle für das gesamte therapeutische bzw. heilende Setting. Dies werde ich im ersten Abschnitt erläutern. Um die Brisanz der Atmosphären in Einrichtungen der Altenhilfe für Demenzerkrankte zu begreifen, gehe ich in einem Exkurs auf die spezifischen Atmosphären des Wohnens ein, denn Wohnenkönnen ist eine zu erlernende Lebensleistung; und Bewohnerinnen und Bewohner einer Altenhilfeeinrichtung sollen ja auch wohnen können. Daraus erklärt sich das atmosphärische Dilemma der Institutionen mit halböffentlichen Räumen, das im zweiten Abschnitt erläutert wird. Anschließend wird anhand eines konkreten Beispiels aufgezeigt, wie resonante Räume (in) der Demenz entstehen können. In einem Seniorenzentrum in der Nähe von München sind zwei Aufenthaltsräume sowie drei Flure einer beschützenden Abteilung für an Demenz erkrankte Menschen mit dem expliziten Anspruch umgestaltet worden, eine wohnlichere Atmosphäre mit therapeutischem Charakter zu erzeugen.

1. Zur Leiblichkeit von Atmosphären

Atmosphären gehen uns alle an. Sie sind ein Kommunikationsverhältnis zwischen Ortsraum und Leibraum, in dem Gefühle kommunizieren. »Das Spüren der Atmosphäre ist eine Spezialfähigkeit des

Leibes« (Seibert 2020, 418) und »die erste unbewusste gesamtheitliche Information, die uns aus der Umgebung zuteilwird.« (Seibert 2020, 418) Tellenbach (1968) stellt Atmosphären sogar in einen physiologischen Kontext, indem er sie mit Geruch und Geschmack verbindet. Der sogenannte Nestgeruch ist der ursprüngliche Weltbezug olfaktorischer Art. (Vgl. Böhme 2020, 34) Wir kennen das alle: Ein vertrauter Geruch aus unserer Kindheit in einer völlig unerwarteten Situation versetzt uns in die Welt von damals und stimmt uns augenblicklich um. Damit haben Atmosphären Macht über die Menschen, weil der atmosphärische Raum mit dem Leibraum übereinstimmt. (Vgl. Schmitz 2020, 27)

Schmitz (1998c, 343) hat Atmosphären als nicht lokalisierbare Gefühlsmächte definiert, die einfach da sind und uns auf der leiblichen Ebene (be-)treffen oder betroffen machen können. D.h. als räumliche Träger von Stimmungen können sie einerseits von Menschen in leiblicher Anwesenheit in Räumen erfahren werden. Andererseits können Atmosphären aber auch Gefühle sein; dann ergreifen sie den fühlenden Menschen, machen ihn affektiv betroffen und das ist leiblich spürbar. Eine Frühlingswiese kann mich erfreuen, erheben, glücklich machen; ein Kellerflur im Krankenhaus kann mich ängstigen, frösteln und Flucht Tendenzen entwickeln lassen; ein Aufenthaltsraum einer Abteilung im Altenheim kann mich irritieren und unruhig werden lassen. Derartige gefühlsbeladene Atmosphären sind überall da, wo sich Bewegungssuggestionen und synästhetische Charaktere befinden.

Bewegungssuggestionen sind Als-ob-Bewegungen, Vorzeichnungen von Bewegungen, ohne selbst Bewegung sein zu müssen. Ein Baum z.B. zeigt eine Bewegungssuggestion. Man blickt unwillkürlich nach oben, wenn man einen stattlichen Baum sieht. Dabei ist es der Leib, der sich das Muster der Bewegung merkt. Es geht nicht um das Sehen von Bewegungen (wir sehen ja das Wachsen des Baumes nicht), sondern um das Spüren vergangener, gegenwärtiger oder zukünftiger Bewegungen. Das Einschwingen auf den anderen und seine Bewegungsrichtungen beim Tanzen ist ein weiteres Beispiel für gegenwärtige Bewegungssuggestionen, ebenso wie Musik grundsätzlich (traurige, fröhliche, erhebende oder melancholische) Stimmungen erzeugt und man unwillkürlich und zeitgleich versucht ist, sich danach zu richten. Betritt man ein Wartezimmer in einer Arztpraxis, so suggerieren die Anordnung der Möbel im Raum sowie die Möbel selbst: Bitte hinsetzen! Insofern ist mein zukünftiges Verhalten – denn noch stehe ich ja an der Türe – von dem Spü-

ren dieser Bewegungssuggestionen geleitet, und nicht nur von dem soziokulturell angeeigneten Wissen darüber, wie man sich in einer Arztpraxis zu verhalten hat. Viele Gegenstände im uns umgebenden Raum suggerieren uns eine *Richtung* oder *gerichtete Bewegung*, wie der Zaun, an dem der Blick entlang gleitet, oder das Gebäude, an dem der Blick hochschweift. Das Verhältnis der Dimensionen zwischen Höhe und Breite hat Einfluss auf unser Verhalten und unsere Bewegungen. Lange, schmale Flure lassen uns schneller gehen als breite Alleen, die zum Schlendern einladen. Flure in Krankenhäusern oder Altenheimen haben explizit die Funktion, unsere Aufmerksamkeit in eine bestimmte Richtung zu lenken. Diese »kinetischen Qualitäten, die als Bewegungssuggestionen am eigenen Leib spürbar sind« (Kazig 2020, 226), veranschaulichen den Zusammenhang zwischen Atmosphären und Motorik – für den Bewegungsdrang demenzerkrankter Menschen ist das ein zentrales Thema. Auch die synästhetischen Charaktere gehören zu den so genannten Brückenqualitäten. Sie überbrücken verschiedene sinnliche Bereiche und charakterisieren lebendig gespürte Lebenserfahrung. Wendungen wie ›dunkle Stimme‹, ›harte Worte‹, ›kalter Blick‹, aber auch ›warmherzig‹ oder ›kaltschnäuzig‹ verweisen auf das Lebendige im Leben. Jeder weiß, was damit gemeint ist, weil der gemeinsame Bezugspunkt die Leiblichkeit ist. Sie sind Brücken für leibliche Kommunikation.

Die Atmosphärenforschung nimmt in den letzten Jahren vor allem in den Bereichen der Soziologie, Pädagogik, Philosophie und Wirtschaftswissenschaft Fahrt auf. Die hier entwickelten Atmosphärenkonzepte sind für die Explorationen in Einrichtungen des Gesundheitswesens äußerst fruchtbar, weil sie implizit auf einer anthropologischen Basis aufbauen. Die Frage nach dem, was Atmosphären eigentlich sind, führt zunächst zur Differenzierung zwischen *Situations-* und *Raumatmosphären*. (Vgl. Julmi 2015, 166ff.) »Die Raumatmosphäre beschreibt die Atmosphäre eines Raumes mit seinen Objekten, die Situationsatmosphäre die Atmosphäre, die durch die Belebung eines Raumes durch Menschen entsteht. Die Raumatmosphäre beschreibt das ›dinghaft Stabile‹, die Situationsatmosphäre das ›situativ Einmalige‹.« (Ebd., 84; vgl. hierzu auch Pfister 2008) Ich stelle mir die mich umgebenden Atmosphären wie eine Art ›russische Puppe‹ vor, ineinander verschachtelt, einander aber zugehörig, wenn man eine Puppe herausnimmt, ist die gesamte Puppe nicht mehr vollständig. Wir merken dann, dass etwas fehlt. Die *zwischenmenschliche Atmosphäre* ist die Grundierung der Situationsatmosphäre, in der

die aktuellen Situationen in einem gegebenen Raum atmosphärisch tingiert werden. D.h. in dieser sind die Menschen noch vor jeglicher Interaktion und Kommunikation miteinander verbunden. (Vgl. Böhme 2008, 291) Sie stellt »eine Art Resonanzboden für das eigene Empfinden« dar (ebd.). Da Menschen sich aber immer in Räumen bewegen, können zwischen Mensch(en) und Umgebungen verschiedene Atmosphären zum Teil auch gleichzeitig erfahren werden. Wenn ich z.B. gut gelaunt und ausgeschlafen an einem Sommertag zur Arbeit in ein Altenheim gehe, wo mich die dunkle Eingangshalle, die öden Flure, die lieblos eingerichteten Bewohnerzimmer und die triste Stimmung der Bewohnerinnen und Bewohner empfangen, mache ich eine »Ingressionserfahrung« (Böhme 1995, 21). Nach zwei Stunden Dienstzeit fühle ich mich wie erschlagen. Meine gute Laune ist dahin und ich fühle mich schlaff und energielos. Es kann aber auch eine »Diskrepanzerfahrung« (Böhme 2001, 46ff.) entstehen, wenn mir bewusst wird, dass die eigene Stimmung nicht zu der Umgebung passt. Völlig entspannt und erholt nach einem langen Urlaub komme ich wieder zu meinem ersten Arbeitstag. Dort herrscht Hektik und Chaos, Bettenüberbelegung durch notfallmäßige Neuaufnahmen am Wochenende. Die Kolleginnen sind gestresst, alles bewegt sich schnell um mich herum. Mir wird die Diskrepanz der Atmosphäre um mich herum zu meiner eigenen Stimmung bewusst. Zwei Merkmale von zwischenmenschlichen Atmosphären sind hierbei entscheidend, nämlich die relative Selbständigkeit gegenüber den Subjekten und die Vorgängigkeit »gegenüber ihrem jeweils eigenen Beitrag« (Böhme 2008, 287).

Personenbezogene Dienstleistungsberufe zeichnen sich durch direkte zwischenmenschliche Interaktion und Kommunikation aus. Wenn ich also in Kontakt mit Bewohnerinnen und Bewohnern oder Kolleginnen und Kollegen trete, würde Böhme (ebd.) hier von *kommunikativen Atmosphären* sprechen. Diese gehören zu den Situationsatmosphären, werden zwischen den interagierenden Subjekten verortet und sind Resonanzboden für die eigene Stimmung. Wir haben in unserem Leben eine Fähigkeit entwickelt, diese zwischenmenschlichen Atmosphären immer wieder zu beschwören, sich ihrer zu vergewissern und in Schwingung/Resonanz zu bringen. (Vgl. ebd., 288) Nun gibt es Phänomene, wo diese Selbstvergewisserung ins Wanken gerät und damit auch die Fassung einer Person. *Störungen* dieser Atmosphäre kennen wir alle. Dazu gehört ein *Fauxpas*, wenn jemand durch ein Verhalten oder eine Äußerung aus dem Rahmen

fällt. Auch ein falscher Ton modifiziert die Atmosphäre, ebenso wie das »Auftauchen eines Fremden [...], weil dieser nicht auf die gemeinsame Atmosphäre eingestimmt ist.« (Ebd., 290) Weiter kann die zwischenmenschliche Atmosphäre *aufreißen*; Ironie oder Foppen erzeugen eine Distanz und bedrohen die Atmosphäre, sie könnte zerbrechen. (Vgl. ebd.) Dadurch wird die Atmosphäre selbst zerbrechlich und es ist eine Gratwanderung in der zwischenmenschlichen Interaktion bzw. Kommunikation, hier die gemeinsame Grundstimmung nicht zu zerstören. Krasse Fälle von atmosphärischen Störungen liegen dann vor, wenn die Atmosphäre *zerfällt*, z.B. beim Auftauchen eines Verdachts (die Betreuerin hat mein Geld geklaut), was bei Demenzen häufig vorkommt. Nach Tellenbach (1968) gehört die Sicherung des Vertrauens und des Vertrauten zu einer Grundfunktion von Atmosphären; daher kann sie im Kontext von Demenzerkrankungen leicht zerstört werden. Auch der allmähliche Bedeutungsverfall, d.h. die »Erfahrung der Entfremdung, in der einem die Welt nichts mehr zu sagen hat, die Menschen einem fremd werden, potenziell sogar dinglichen Charakter annehmen« (Böhme 2008, 289) oder der plötzliche Schreck erschüttern das Vertrauen in die Welt und zu anderen Menschen. Zwischenmenschliche Atmosphären sichern eine »unmittelbare Verbindung zu anderen und der Welt [...]. Ihr Zerfallen wirft den Einzelnen auf sich zurück, macht den Bezug zum anderen Menschen wie zur Welt fraglich.« (Ebd.) Die zwischenmenschliche Atmosphäre ist wesentlich bestimmt durch das Verhalten der einzelnen Menschen (Haltung, Bewegungssuggestionen des Körpers, Stimme) in einer gegebenen Situation. Diese wiederum steht mit den Raumatmosphären in direktem Zusammenhang, so dass sich Situations- und Raumatmosphären wesentlich gegenseitig bedingen und durchdringen.

2. Exkurs: Atmosphären des Wohnens

Jeder Mensch lernt das Wohnen vielfältig eingebettet in und variiert durch soziokulturelle und historische Kontexte. Auch in einer hochmobilen, postmodernen Welt richten *wir uns* ein, wenn wir uns in einem Zimmer vorübergehend aufhalten müssen. Es ist ein Vermögen des Leibes, sich die Welt anzueignen, sein Selbst- und Weltverhältnis zu gestalten. Man sagt, die Wohnung sei die dritte Haut. Wir sind

als Menschen mit unserer Umgebung unmittelbar verbunden und stehen ihr nicht gegenüber, wie üblicherweise angenommen wird. Die Herumwirklichkeit ist jeweils ›meine‹ Wirklichkeit und damit Teil meiner Persönlichkeit. Wenn ich mich im Laufe meines Lebens verändere, manifestiert sich das nicht nur in veränderten *Gewohnheiten*, Verhaltensweisen, Redeweisen, sondern auch z.B. in einer neuen Einrichtung, neuen Möbeln oder gar einer ganz anderen Wohnung. Umgekehrt kann die Umgebung auch mich verändern, z.B. wenn ich auf Dauer in einer Umgebung leben muss, die ich nicht selbst gewählt und gestaltet habe. Dieses Phänomen beruht auf zwei verschiedenen Raumverständnissen: einmal Raum als Ort, als standardisierbare, quantifizierbare Größe, als geometrischer, mathematischer Raum; zum anderen als der gelebte Raum (von Dürckheim 2005), der erlebte Raum (Bollnow 2000) oder auch der Leibraum (Schmitz 1998b). So wie wir Menschen mit unserem Herumraum eins sind, so sind auch Atmosphären immer ein Kommunikationsverhältnis. Indem wir unsere Räume einrichten, erschaffen wir uns selbst. Für Sloterdijk (2004, 534ff.) ist das Wohnen ein Immunsystem. Es ist die räumliche Ausdehnung der persönlichen Sphäre. Die Wohnung wäre demnach eine Verteidigungsmaßnahme, die uns vor allen Gefahren, dem Abgründigen, Fremden schützt (Janson & Wolfrum 2008, 101).¹ So definiert Schmitz (1995, 258) Wohnen als die »Kultur der Gefühle im umfriedeten Raum«. Die *Wohnung* ist die Manifestation des Leibraumes im Ortsraum.

Beim *Wohnen* geht es um die Gestaltung von Raum, um heimisch werden zu können. Dabei wird unterschieden zwischen Orten, deren Zwecke offensichtlich sind. Hier manifestieren sich kulturelle Praktiken des Wohnens entlang der üblichen Verrichtungen des täglichen Lebens (Badezimmer, Schlafzimmer, Küche etc.). Die Orte, deren Zweck eigentlich verborgen ist, sind die Zonen des Wohlbefindens, des Behagens, des Heimeligen, in denen die Raum gewordenen Selbstentwürfe ihre Atmosphäre entfalten. Daher ist das Wohnen durch eine bestimmte »Intimität in einer häuslichen Wohnung« charakterisiert, die »mehrere Menschen als Klima oder Atmosphäre« miteinander verbindet (Schmitz 1995, 258). Diese Intimität meint eben jene spezifische Vertrautheit, in der man sich gehen lassen

¹ Die enge Verbindung zwischen Wohnen und Leben wird in vielen Sprachen offenkundig. Sowohl im Englischen als auch im Französischen sind die Vokabeln für wohnen und leben identisch (vgl. Selle 1993, 9; Zaborowski 2008, 199).

kann, ohne das Gesicht zu verlieren. Derartige Wohnlichkeit teilt man manchmal mit sehr guten Freunden, aber niemals mit Jedermann. »*Wohnen* und *Gewohnheit* sind gleichermaßen im Leibgedächtnis begründet.« (Fuchs 2018, 53) Die Wohnung als mein eigener Raum hält das Chaos der Außenwelt fern, sie ist der Raum des Immergleichen und des Immerwieder. Das ist die Grundlage des Vermögens, sich orientieren zu können. Sie ist im wandlungsreichen Leben der Aspekt der Kontinuität, der Beharrlichkeit und eine große Integrationsmacht im Leben des Menschen. (Vgl. Bollnow 2000, 132; Bachelard 2003, 33) »Wir besitzen eine Wohnbiografie als Einzelne, als sozialer Typus und als Gattungswesen und verfügen deshalb über unterschiedlich weit zurückreichende Erfahrungen.« (Selle 1993, 27) Eine wesentliche Aufgabe des Wohnens bezieht sich auf die Identität, die Entwicklung des Selbst. Der Verlust der Wohnung, des Heimes und des Herdes, hat Folgen für die seelische Gesundheit und kann »zur inneren Zersetzung des Menschen« (Bollnow 2000, 136) führen.² Wenn der Mensch kein Vertrauen in die Welt hat, ist er nicht imstande, sich immer wieder eine neue Wohnung zu schaffen, ein neues Haus zu errichten, in dem er sich geborgen fühlen kann. Dann kann er nicht (mehr) wohnen. (Vgl. Bollnow 2000, 139) Es ist also Aufgabe jeglicher Beratung und Begleitung bei unfreiwilliger Umsiedlung, »die Ordnung des Wohnens und die Geborgenheit des Hauses am neuen Ort neu zu begründen« (Bollnow 2000, 137) – und damit einen neuen (Wohn-)Sitz im und für das Leben.

3. Das atmosphärische Dilemma in halböffentlichen Räumen

Altenheime sind ganz besondere Räume, weil in ihnen widersprüchliche Aufgaben, Funktionen, Intentionen wirken. In derartigen Heterotopien (Hasse 2009, 233) entstehen Spannungen ganz eigener Art, die eine ständige Herausforderung an die Orientierungsleistung der Menschen in diesen Institutionen und somit auch an die ästhetische Arbeit darstellen. Die Bewohnerinnen und Bewohner müssen in der Lage sein, immer und spontan zwischen der Atmosphäre des Wohnens und der eines öffentlichen Raumes wechseln zu können, denn öffnet man seine Zimmertür, so steht man schon in der Öffentlichkeit

² Beim Zersetzen ist das Setzen und die »Sesshaftigkeit« überhaupt in Frage gestellt.

des Flures. In jedem Wohnhaus, in jeder Wohnung befindet sich ein Eingangsbereich als Übergangszone. Diese fällt in den meisten Bewohnerzimmern weg bzw. ist integrierter Bestandteil des Wohnraumes und als solcher keine wirkliche Übergangszone mehr; sie reduziert sich auf die beiden Seiten der Zimmertüre.

Eine gelingende Orientierung im Raum ist für jeden Menschen überlebenswichtig. Wir haben ein Vermögen, uns ›wie blind‹ zurecht zu finden, weil wir uns in Räume ›einleiben‹ können. Wenn wir eine neue Arbeitsstelle bekommen und den ersten Tag am Arbeitsplatz verbringen (sei es nun ein Büro oder eine Station im Krankenhaus), ist uns zunächst alles fremd: Wege, Orte, Einrichtungen, Plätze, an denen die Arbeitsmittel aufbewahrt werden, etc. Es dauert nicht lange, bis wir uns an die jeweilige Atmosphäre gewöhnt und damit eine Orientierung haben und uns gut auskennen.³ Wie funktioniert das? Die räumliche Orientierung gibt Auskunft über die Beziehung zwischen dem *Leibraum* und dem *Ortsraum*. Der *Leibraum*, der Raum des eigenleiblichen Spürens, ist maßgeblich durch die Dynamik zwischen Enge und Weite bestimmt, wobei hier bereits emotionale Charaktere und spezifische Dispositionen deutlich werden. Enge und Weite sind als leiblich empfundene Qualitäten nämlich nicht neutral (vgl. Böhme 2006, 89). Der Leib als absoluter Ort meines Spürens bildet das Zentrum, von wo aus dieses Gespürte seine Richtung in die Weite nimmt. Diese »leibliche Geometrie« ist es, die uns immer wieder auf die Füße fallen lässt, wenn wir mit den Richtungen des Ortsraumes spielen (vgl. Schmitz 1998b, 57). Diese sind uns als Achsensystem oder Wertgrundriss (vgl. Fischer 1965, 10) bekannt: vorne und hinten, oben und unten, links und rechts, die jeweils durch eine Mitte (der Leib als absolute Örtlichkeit) verbunden sind. Ein solches Koordinatensystem findet sich auch in den Himmelsrichtungen (Norden-Süden, Osten-Westen) (vgl. Schmitz 1998b, 57). Und dieses Achsensystem ist nicht wertneutral, »weil Vordergrund, Hintergrund, Links und Rechts für das Subjekt im Raum Werte darstellen.« (Fischer 1965, 12) Diese spezifischen leiblichen Richtungsqualitäten hat Meisenheimer (2006, 24ff.) in *gestischen Urphänomenen* beschrieben. Wir haben ein implizites Wissen über diese verschiedenen Richtungen, das dann aktualisiert wird, wenn wir orientierungslos werden. Im gewöhnlich Gegebenen ›norden‹ wir uns ein und finden uns zurecht. Beim Karus-

³ Allerdings gibt es auch (moderne, monotone) Architektur, die das verhindert. Dann verlaufen wir uns noch nach Monaten im Gebäude.

selffahren spielen wir mit diesem ortsräumlichen Achsensystem und den leiblichen Richtungen; dabei wird uns schwindelig, und wenn wir wieder festen Boden unter den Füßen haben, spüren wir das Schwanken des Bodens als angenehmen Kitzel. Aber wir fühlen uns erst dann wieder sicher, wenn wir sicher gerade stehen können. Darin manifestiert sich die »Geste der Aufrichtung« (Meisenheimer 2006, 25).⁴ Wenn wir Experimente mit der Schwerelosigkeit machen (Raumfahrt), ist die hervorgerufene Irritation – abhängig von der Dauer des Experiments – schon nicht mehr nur lustig, und Astronauten müssen sich trainieren, trotz der Aufhebung der gewöhnlichen Orientierung, bei Sinnen zu bleiben. Erkrankungen, die Schwindel als Leitsymptom haben, werfen uns völlig aus der Bahn. Es ist dann nicht nur eine tiefgreifende Orientierungsirritation, Desorientierung und Verwirrtheit, die wir empfinden, sondern wir beginnen, grundlegend an uns selbst zu (ver-)zweifeln. Die räumliche Orientierung ist also ein Vermögen, die leiblich-geometrischen Richtungen mit den objektiv-geometrischen Richtungen so zu verknüpfen, dass wir unseren Platz in der Welt finden und von da aus Fähigkeiten entwickeln, unser Leben überhaupt zu leben. Andere Psychopathologien mit einem scheinbar ungerichteten Bewegungsdrang könnten als Ausdruck einer leiblichen Gewissheit über den Verlust der Verortung in der Welt verstanden werden. Der Bewegungsdrang von an Demenz erkrankten Menschen, das Nesteln an der Bettdecke, das Umherirren in den Gängen von Altenheimen und Krankenhäusern sind normale Reaktionen der leiblichen Ökonomie. Es zeigt das leibliche Verhältnis von Enge, Weite und Richtung in der körperlichen Bewegung. Interessant in diesem Zusammenhang ist die Umbenennung der »Weglauf tendenz« von dementiell erkrankten Menschen zur »Hinlauf tendenz«. Wohin laufen sie, wenn nicht zu sich selbst? Wandern als Therapeutikum wäre bei solchen Pathologien zu überprüfen, die mit motorischer Unruhe bzw. ungerichtetem Bewegungsdrang einhergehen.⁵ Wenn an Demenz erkrankte Menschen tatsächlich wandern würden, könnten Sie vielleicht auch heimkommen, ankommen – letztlich bei sich selbst. Dann sollte auch mehr Ruhe einkehren – in den Raum und in die leibliche Ökonomie, weil Verortung und Orientierung stattfinden

⁴ Zu den weiteren gestischen Urphänomenen im Kontext der Gesundheitseinrichtungen siehe auch Uzarewicz 2016, 43ff.

⁵ Einzelstudien thematisieren das bereits unter dem Label »naturgestützte Intervention«; exemplarisch hierfür Kälin & Hahn 2014.

können. Darüber hinaus wird beim Wandern ein weiterer leiblicher Aspekt angesprochen: Es geht darum, den Eigenrhythmus wieder zu finden, der bei vielen Psychopathologien gestört ist. (Vgl. Bollnow 2000, 120; Uzarewicz & Uzarewicz 2005, 144ff.). Allerdings entsprechen die Wege – besser gesagt Flure⁶ – in den Heimen nicht dem Charakter eines Wanderwegs. Es sind tendenziell ›Straßen ohne Wendemöglichkeit‹, und je gerader und schmaler ein Flur ist, desto schneller wird das Tempo. Diese Bewegungssuggestion treibt die Menschen immer weiter an – da ändern auch rund gebaute Flure nichts – und laden nicht zum Flanieren, Spazieren oder Wandern ein.

Orientierung ist mimetischer Nachvollzug der Gestaltverläufe, an denen sich das Handeln hauptsächlich ausrichtet. So sind Handlungen in vertrauten Räumen in uns eingeschrieben: Wir bewegen uns mit einer großen Selbstverständlichkeit darin und brauchen wenig bewussten Koordinations- und Orientierungsaufwand. Die gewohnten Bewegungsmuster in der eigenen Wohnung sind nichts anderes als »wohleinstudierte Choreografie von Erinnerungs- und Entdeckungsfiguren.« (Selle 1993, 65) In öffentlichen Räumen ist diese ortsräumliche Struktur wie in einer Wohnung in Bezug auf den Leibraum nicht gegeben, weil dieser den Intentionen und Zielen des Leibes (des einzelnen Menschen) gegenüber indifferent ist – auch wenn der öffentliche Raum als Ortsraum selbst strukturiert ist.

In einem Heimzimmer, das als Ortsraum sehr begrenzten Platz zur Verfügung hat, sind gewöhnlich folgende Möbel zu finden: Bett, (Schreib-)Tisch, Stuhl, Sessel, Schrank oder Kommode. Mehr passt nicht auf 12 Quadratmeter. Derart möbliert, in einem kleinen Raum, bleibt für den Menschen nicht viel Bewegungsfreiraum. *Bewegung* und *Richtung* gehören zusammen und beziehen sich sowohl auf die körperlich-motorische als auch auf die leibliche Ebene des Gefühlsraumes. Die Bewegungsoptionen beschränken sich auf ein Minimum, was sich in automatenhaften Bewegungen ausdrücken kann. Mit einer solchen Schienung im motorischen Körperschema wird gleichzeitig auch die freie Entfaltung des Gefühlsraums eingeengt. (Vgl. Schmitz 2008, 35f) Wird das Spiel der freien Entfaltung (auf Dauer) eingeschränkt, gerät die leibliche Ökonomie in Irritation, die sich als diffuse Unruhe (Impuls des Wegwollens aus dieser Situation) äußert. Es kommt dann zu ›Ausbruchsversuchen‹. Verhaltensforscher sprechen

⁶ 6 Das Wort ‚Flur‘ ist selbst schon eine Reduzierung des Raumes auf eine Fläche; etymologisch leitet es sich von Boden, Fläche, Feld ab, die nur zwei Dimensionen haben.

von »Übersprungshandlungen«, Psychologen auch von »Aggressionsausbrüchen« oder sonstigen, der Situation unangemessenen Verhaltensweisen. Im Falle der physischen Immobilität (Bettlägerigkeit) gehen die Gedanken und Träume auf Wanderschaft.

Die klassische Heimarchitektur erzeugt also eine Atmosphäre des Ausgesetztseins, die letztlich in der Kleinheit der Zimmer ebenso begründet ist wie in der Dichte und Übergangslosigkeit zwischen öffentlichen und privaten Räumen. Meine These lautet daher: Die klassische Heimarchitektur begünstigt Scham. Man möchte und kann nicht, fühlt sich ertappt, wenn man nicht schnell genug umschalten kann – so könnte man das beschämende Betroffensein beim Wohnen im Heim umschreiben. Selbst wenn man tagelang ungestört in seinem Zimmer verbringt, schwebt das potenzielle Preisgegebensein an das Draußen wie ein Damoklesschwert über den Bewohnerinnen und Bewohnern und behindert die freie Entfaltung (der leiblichen Richtung). Sichtbarer und symbolischer Ausdruck dieses Sachverhaltes ist das Bett in einem Bewohnerzimmer. Es ist der zentrale Blickfang! Auch wenn es kein Pflegebett ist, sondern das eigene von zu Hause mitgebrachte, kann es wegen des Proportionsverhältnisses im geometrischen Raum des Zimmers nicht irgendwie versteckt werden. Im Gegenteil: Es steht auf dem Präsentierteller für jedermann sichtbar, der in das Zimmer kommt. Damit wird Intimität nicht nur zerstört, sie wird gar nicht erst zugelassen. So sind wir als Heimbewohner qua Architektur der Scham immer schon preisgegeben. Mögliche Initiativen (vgl. Schmitz 1983, 35ff.; vgl. Blume 2003) stehen unter der Drohung, »veröffentlicht« zu werden. Man darf sicherlich vermuten, dass die häufig zu beobachtende Apathie als eine schamhafte Handlungs lähmung verstanden werden kann, d.h. mögliche beschämende Situationen werden von vornherein gemieden. Wer der Initiativen beraubt ist, ist auch seiner Freiheit(en) beraubt. Eine Kultur der Gefühle im umfriedeten Raum ist nicht möglich. Der jetzt nur noch übrigbleibende Augenschluss ist eine eher passive, schamhafte Möglichkeit, sich der Öffentlichkeit zu entziehen. (Vgl. Uzarewicz 2016, 73ff.)

»Alle [...] Gestalten der Pflege einer intensiv spürbaren [...] Atmosphäre häuslicher Geborgenheit sind Lösungen der Aufgabe, durch Kultur der Gefühle in der häuslichen Wohnung die von der Umfriedung eingeräumte Chance vertrauten und verfügenden Umgangs mit den abgründigen Erregungen zu nützen.« (Schmitz 1995, 263) Dieses Zitat verdeutlicht die abverlangten Leistungen

und macht gleichzeitig klar, dass das in einem Heim nicht immer möglich ist. Untersuchungen in Pflegeheimen aus den 1970er Jahren belegen, dass bereits die Atmosphäre, die allgemeinen Dispositionen in einem Heim schon genügen, um Menschen demenz zu machen. (Vgl. Kitwood 2000, 74) Auch die Beobachtung, dass viele Menschen kurz nach dem Heimeinzug depressiv werden, lässt anschaulich werden, dass das ›Abgründige‹ hier unbegrenzten Zugriff auf die Leiblichkeit hat. Es besteht also ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen »architektonischem Ausdruck und Gefühlen des Leibes.« (Meisenheimer 2006, 19) Und dieser Zusammenhang wird am Beispiel der Scham besonders deutlich. Kein Mensch kann sich dauerhaft zusammenreißen. Das Spiel zwischen personaler Emanzipation und personaler Regression lebt von den komplementären Situationen des Weggehens, um zurückkehren zu können. (Vgl. Guzzoni 1999) Mögliche Verhaltensweisen und -muster, die aus einer solchen Situation entstehen können und die wiederum die gesamte Atmosphäre in einer solchen Einrichtung prägen, reichen von schamhaftem Verhalten, über Schwelgen in Erinnerungen als Umlenkung der Erlebnisströme, Anpassung durch Mimesis, eine Haltung des Wartens bis hin zu Verweigerungen durch vielfältige Widerstände. (Vgl. Uzarewicz 2016, 76ff.)

»Das individuelle Habitat [...] bildet sich über die ganze Lebensspanne hinweg.« (Fuchs 2018, 56) Darin eingeschlossen sind Bewegungssuggestionen, Gestaltverläufe, synästhetische Qualitäten. Besondere Bedeutung haben dabei Geruch und Geschmack. (Vgl. Tellenbach 1968) So ist es nicht verwunderlich, dass bei einem Heimeinzug eine tiefgreifende leibliche Irritation stattfindet. Je nach Schwere der Demenzerkrankung kann nicht mehr auf die kognitiven Funktionen zurückgegriffen werden. Fuchs (2018, 55ff.) beschreibt, dass in fortgeschrittenen Stadien der Demenz gerade das prozedurale und das situative Leibgedächtnis Kommunikationswege mit dem Selbstraum und dem Herumraum darstellen. Die besondere Empfänglichkeit für Atmosphären bietet eine Chance für Heime qua Architektur neue, vielleicht sogar therapeutische Wege einzuschlagen.

4. Resonante Räume (in) der Demenz – ein atmosphärisches Beispiel

Die meisten Studien zum Thema Healing Architecture fokussieren die Verbesserung des Gesundheitsstatus von Patienten mit Langzeit- oder Kurzaufenthalt in verschiedenen Einrichtungen (Psychiatrie, Psychosomatik, Akutmedizin, Rehabilitation). (Vgl. Langewitz 2020, 329) Aber auch für das Thema Demenz gibt es inzwischen viele Modelle, eine spezifische Architektur zu entwickeln, die sich überwiegend an der Symptomatik der Erkrankung orientieren.⁷ Im hier vorgestellten Beispiel geht es explizit um eine Anfrage für ein Entwicklungsprojekt, in dem das Thema der Atmosphäregestaltung eine zentrale Rolle spielt. Das Seniorenzentrum ›Haus Am Wiesengrund‹⁸, dessen Träger der Arbeiter-Samariter-Bund Baden-Württemberg ist, liegt in der Nähe von München und ist 2010 mit 84 Pflegeplätzen erbaut worden. Diese verteilen sich auf sieben Wohngruppen, von denen zwei als beschützende Wohngruppen für Demenzerkrankte vorbehalten sind. Diese beiden Wohngruppen haben einen gemeinsamen Eingangsflur und sind durch zwei seitlich davon abgehende Flure miteinander verbunden. Man kann sich das geometrisch als ›gebogenes T‹ vorstellen. In der Nähe dieser Flurkreuzung liegen zwei Aufenthaltsräume mit Wohnküchen. Eike Klien hat das Haus als Heimleiter 2017 übernommen.⁹ Sehr schnell war ihm klar, dass sich

die Wohnbereiche ›Karl Valentin‹ vom Aufbau und der Atmosphäre her nicht von einem Wohnbereich unterscheiden, in dem die Bewohnerinnen und Bewohner kognitiv noch weniger eingeschränkt sind. Die Besonderheit bzw. der Charakter eines typischen demenzorientierten Wohnbereichs hat sich beim Aufenthalt in diesem Wohnbereich nicht widerspiegelt. Man kann die Wirkung allgemein als eher unpersönlich beschreiben. (Interviewausschnitt 1, 1)

Die vorhandene unterschiedliche Farbgebung in den Gängen – man könnte die Farbtöne hier als ›fleischfarben‹ oder ›hell apricot‹ bezeich-

⁷ Einer der ersten, der sich mit dieser Thematik befasst hat, war Edward T. Hall (1966), der aus seinen empirischen Studien eine Theorie der Proxemik entwickelt hat. Zum aktuellen Stand des Themas vgl. Dietz 2018.

⁸ Kontakt: rezeption@sz-grasbrunn.de.

⁹ Die folgenden Aussagen zur Einrichtung und zum Umbau gehen auf ein Interview mit Eike Klien und Robert Scheidel (Wohnbereichsleitung) zurück, welches ich mit ihnen im Februar/März 2021 schriftlich geführt habe.

nen – mit einer grasgrünen Wandecke an der Flurkreuzung, und die Aufenthaltsräume – ebenfalls in pastellenen Beigetönen gehalten – hatten keinen positiven Einfluss; »es fühlte sich an wie ein ›Nullachtfünfzehn‹ Wohnbereich mit ›Verwehrcharakter‹. Unterstrichen wurde das mit der unpersönlichen und wenig heimeligen Lichtgestaltung, Orientierungsmöglichkeiten, wie beispielsweise eine individuelle Gestaltung der Zimmertüren der Bewohnerinnen und Bewohner, waren nicht vorhanden.« (Interviewausschnitt 2, 1)

Erklärtes Ziel der Heimleitung ist die Schaffung einer Atmosphäre des Wohnens und Sich-Wohlfühlens gewesen.

Die Menschen leben hier bis zu ihrem Lebensende. Diese sollten in einer Atmosphäre leben können, die sie eventuell an ihre eigene frühere Lebens- und Wohnsituation erinnert. Unter den Stichworten Milieugestaltung und Biografiearbeit sollten Einrichtungsgegenstände und typische Kleinods vorhanden sein, die eine Atmosphäre erzeugen, in der man als Gemeinschaft wohnen möchte. Wohnküchen sollten den Charakter eines Wohnzimmers widerspiegeln. Durch eine Bodengestaltung oder durch abgestimmte Beschäftigungsangebote sollten die Bewohnerinnen und Bewohner dazu animiert werden, sich einerseits gerne in den Wohnküchen aufzuhalten und bei Ermüdung durch den Laufdrang zur Ruhe kommen zu können; denn die jeweiligen Ressourcen werden in der Demenz phasenweise überschätzt. [...] Andererseits sollten aber gerade auch die Gänge mit neu geschaffenen Sitzecken Bewohnerinnen und Bewohner zur Bewegung, zum Aufenthalt sowie zur Kommunikation einladen. Der typische Laufdrang soll unter dem Fokus der Beschleunigung und Entschleunigung berücksichtigt werden. Dazu gehören Ablenkungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten mit Hilfe haptischer und akustischer Vorrichtungen, wie z.B. Geschicklichkeitsspiele und andere Alternativen, die die Fein- und Sensomotorik sowie die Sinneswahrnehmung ganz allgemein fördern und bevorzugt an den Wänden angebracht sind. Gleichzeitig sollte die Atmosphäre dazu einladen, sich in selbstgewählten Pausen erholen zu können. Dies sollte sowohl in den Gängen als auch in den Wohnküchen möglich sein. Die Atmosphäre eines solchen Wohnbereichs darf nicht dazu führen, dass der Mensch in seiner ›dementen Welt‹ monoton vor sich hinlebt. Es ist zentral, dass durch Ablenkung und geistige Abwechslung Anreize geschaffen und damit Orientierungslernen erfahren werden kann. (Interviewausschnitt 3, 1) [...] Mit Hilfe von gezielten Farbgebungen (synästhetische Charaktere) und Bodengestaltungen (Bewegungssuggestionen) sollte eine Entschleunigung erreicht werden.

Ein spezielles Lichtkonzept, welches sich am Tageslicht orientiert, sowie eine mögliche individuelle Gestaltung der Zimmertüren könnten Restressourcen hinsichtlich der Orientierung bei Bewohnerinnen und Bewohnern fördern. »Individualität, Integration und Sicherheit, diese Begriffe sollten stets bei der räumlichen Gestaltung gerade bei Menschen mit bereits schweren Demenzverläufen als Leitgedanken im Vordergrund stehen« (Interviewausschnitt 4, 2) – ein hoher Anspruch an ein studentisches Entwicklungsprojekt!

Im Wintersemester 2018/2019 ist an der Katholischen Stiftungshochschule München unter meiner Leitung dieses Projekt realisiert worden. Fünf Studierendengruppen der Pflegepädagogik und des Pflegemanagements (17 Personen) haben nach einer theoretischen Fundierung aus den Disziplinen der Neuen Ästhetik und der Neuen Phänomenologie und einem von mir vorgegebenem Schema (Uzarewicz 2016, 119–123) die drei Flure sowie die beiden Aufenthaltsräume/Wohnküchen in Hinblick auf Bewegungssuggestionen, Gestaltverläufe und synästhetische Charaktere analysiert.¹⁰ Dabei sind die vorhandenen atmosphärischen Ressourcen und Defizite identifiziert worden. Integraler Bestandteil der Analyse sind Gespräche mit den Bewohnerinnen und Bewohnern sowie mit dem Personal, um herauszufinden, welche Gewohnheiten vorhanden sind und gelebt werden können und welche Faktoren dabei eher hinderlich bzw. störend sind. Die fünf verschiedenen Gestaltungsvorschläge, die die Studierendengruppen erarbeitet und im Seniorenzentrum präsentiert haben, sind dann von einer hausinternen Jury¹¹ bewertet worden. Aus diesem Pool der mannigfachen Ideen hat diese Jury die für sie passenden Vorschläge ausgewählt, wobei Aspekte der »Praktikabilität, des persönlichen Geschmacks, der ökonomischen Begrenzung sowie

¹⁰ Zentrale Analyse Kriterien sind: Raumintention (Zweck des Raumes, grundlegendes Menschenbild, Leitbild der Einrichtung), Situationserwartungen (mögliche Erwartungen der Personengruppen, die den Raum am häufigsten nutzen) und mögliche Gestimmtheiten (mögliche Stimmungen der Personengruppen, die den Raum nutzen) sowie (metrische) Raumform und Raumgestalt (Bewegungssuggestionen, Gestaltverläufe, synästhetische Charaktere, Ekstasen). Dieser umfassende Kriterienkatalog, der dabei entsteht, ist zu einem großen Teil hypothetisch (was könnte möglich sein), um daraus ableiten zu können, welche Stimmungen unbedingt vermieden werden sollten. Das ausgearbeitete Schema findet sich in Uzarewicz 2016, 119–123).

¹¹ Die Jury setzt sich zusammen aus der Einrichtungsleitung, der Wohnbereichsleitung, dem Qualitätsbeauftragten, einem Vertreter des zentralen Qualitätsmanagements sowie der sozialen Betreuung. Alle außer letztgenannter Funktion haben eine pflegerische Ausbildung und Berufserfahrung.

Erfahrungswerte im jahrelangen Umgang mit 24 demenzerkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern in einem beschützenden Bereich« (Interviewausschnitt 5, 2–3) entscheidungsleitend gewesen sind.

Eine Arbeitsgruppe¹² des Seniorenzentrums, die sich in der Zusammensetzung minimal von der Jury unterscheidet, hat aus all dem ein ›Best-of-Konzept‹ erstellt, welches 2020 realisiert worden ist. Durch die Zusammenbindung der theoriegeleiteten Ansätze (hier besonders die Fokussierung auf Bewegungssuggestionen, Gestaltverläufe und synästhetische Qualitäten) mit den Erfahrungswerten der Praktikerinnen und Praktiker vor Ort ist ein atmosphärentheoretisch fundiertes Praxisprojekt entstanden, in dem versucht worden ist, den »Einklang zwischen Innenlage der Gestimmtheiten und der Außenlage der Situationen« (Albrecht 2020, 203) herzustellen.

4.1. Die drei Flure

Der Zugang zu dieser Abteilung ist ein ›Funktionsflur‹. Hier sollen sich die Bewohnerinnen und Bewohner nicht aufhalten. Er dient dem Personal, um in die verschiedenen Funktionsräume zu gelangen und den Besuchern als Zugang zu dieser Abteilung. Der Charakter eines reinen Durchgangsflurs wird dadurch unterstützt, dass der Fußboden in Holzoptik längs verlegt wurde und damit eine beschleunigende Bewegungssuggestion auslöst. Hier möchte man nicht verweilen. Ergänzt wird dieser Impuls durch die Farbwahl für die Wände. Das helle, kühle Blau hat einen leicht weitenden Charakter und lässt den schmalen Flur breiter erscheinen. Die kühle Qualität führt dazu, dass der Flur von den Bewohnerinnen und Bewohnern wenig frequentiert ist.

Links und rechts dieses Funktionsflurs gehen jeweils die Flure zu den Zimmern der dort lebenden Menschen ab. Da sich hier die Bewohnerinnen und Bewohner aufhalten und ihrem Bewegungsdrang nachgehen können, sind Farben ausgewählt worden, die warme, weiche und harmonische Synästhesien aufweisen. Der rechte Flur ist in fliederfarbenen Tönen gehalten. Die Zimmertüren sind in weißer Farbe umrandet, um hier klare Abgrenzungen deutlich zu machen und damit Orientierung zu geben. Am Ende dieses Ganges befindet

¹² Diese Arbeitsgruppe setzt sich zusammen aus der Einrichtungsleitung, zwei Wohnbereichsleitungen, dem Qualitätsbeauftragten sowie der sozialen Betreuung.

sich eine in grau gehaltene Sitzgruppe, bestehend aus Ohrensessel und Sofa. Das Material ist ein warm wirkendes Kunstleder. Die runden Formen der Möbel lassen Assoziationen an die 1950er Jahre entstehen, wirken heimelig und gemütlich und laden zum Verweilen ein. Der linke Flur ist in Ockertönen gehalten, an dessen Ende ein knallrotes Sofa mit Ohrensessel steht. Der erdfarbene Vinylboden in diesen beiden Fluren mit einer quer gestreiften Holzoptik suggeriert Langsamkeit, Standfestigkeit und Sicherheit. An den jeweiligen Gangenden, wo sich die Sitzgruppen befinden, ist der Fußboden etwas heller gestaltet, um auch hier verschiedene Atmosphären sich entfalten zu lassen. Da, wo alle drei Flure zusammenkommen (also in der Mitte des T), fließen die Farben der Gänge in einem kleinen, fast quadratischen Mittelgang zusammen. Auch hier ist eine Sitzecke integriert, dessen fliederfarbene Wände mit einer weißen Umrandung abgegrenzt ist. Diese Sitzecke wird sehr viel genutzt, wahrscheinlich weil es ein gespürter Mittelpunkt der Abteilung ist, von wo aus die Eingänge zu den beiden Aufenthaltsräumen einsehbar sind.

Die neue Farbgebung (orientierungsgebend, beruhigend durch die Anordnung der Farben) und das helle und freundliche Licht beeinflussen die Bewohnerinnen und Bewohner nun positiv. Hier haben sich die theoretischen Überlegungen bewahrheitet:

Der Aufenthalt in den Gängen ist zeitlich ausgedehnter, die neuen Sitzecken werden als Ruheinseln wesentlich häufiger genutzt als früher die alten Holzbänke, die kaum wahrgenommen wurden. Ruhe darf aber nicht mit Monotonie, Langeweile oder Lautlosigkeit verwechselt werden. Es ist weiterhin ›Leben in der Bude‹ vorhanden, aber diese Aktivität wirkt entspannter bzw. kanalisierter. (Interviewausschnitt 6, 4)

Das ist – nach Aussage einiger Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – angenehmer, weil »dieses hektische Umherlaufen oft an den eigenen Nerven zerrte. Man war zu oft nicht gefeit vor häufigen Überraschungen.« (Interviewausschnitt 7, 4) Als noch zu realisierende Maßnahme ist als einer der nächsten Schritte vorgesehen, die Zimmertüren zu individualisieren, um damit die Orientierungsleistung zu unterstützen. Geplant ist die Beschaffung von Klebefolien mit Haustürmotiven, die auf die Zimmertüren aufgebracht werden. Das hat einen besonderen atmosphärischen Effekt, denn damit werden die Bereiche des öffentlichen und des privaten Raumes deutlich hervorgehoben und diese wichtige Übergangszone als notwendige Voraussetzung pointiert, um überhaupt wohnen zu können.

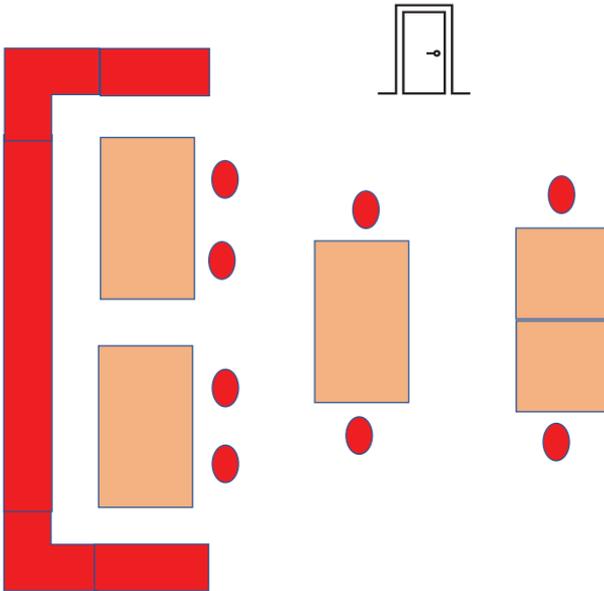
4.2. Die zwei Aufenthaltsräume

Das Betreuungskonzept sieht vor, dass ein Aufenthaltsraum (A) für Personen vorgesehen ist, die noch relativ selbständig sind; hier sollte der Charakter einer Wohnküche entstehen. Der andere Aufenthaltsraum (B) wird von den Personen bevorzugt, die mehr Unterstützung benötigen. Dieser Raum sollte zur Essküche werden. In beiden Räumen sind die Wände in weißer, neutraler und heller Farbe gehalten. So können mit Dekorationselementen je nach Jahreszeit, Festen und individuellen Anlässen aktuelle Gestaltungs- und Farbakzente gesetzt werden, ohne dass die Räume überladen und unruhig wirken. Schon durch diese einfache Maßnahme »wirken beide Räume geräumiger und auch sauberer.« (Interviewausschnitt 8, 4) Um den Charakter einer Wohnküche zu erhalten (A), ist eine Wand abgebaut und eine Tresenküche eingebaut worden. Diese hat insgesamt einen aktivierenden Charakter, weil die Bewohnerinnen und Bewohner dazu animiert werden, ihr Geschirr selbst abzuholen bzw. dorthin zu bringen. Die Holzstühle haben cremefarbene Sitzpolster, eine Couch in gleicher Farbe neben einem Attrappenkamin unterstützt einen typischen Wohnküchencharakter. Der »ellipsenförmige Holztisch bietet Platz für acht Personen, die hier ihre Mahlzeiten einnehmen, und lädt gerade dazu ein, sich auch außerhalb der Mahlzeiten und bei gemeinsamen Beschäftigungen durch die soziale Betreuung zu treffen.« (Interviewausschnitt 9, 3) Eine Ellipsenform hat nicht die zentrifugale Suggestion wie ein kreisrunder Tisch, aber auch keine epikritischen Ecken und Kanten, die eine abstoßende Suggestion aufweisen. »Es ist jetzt schon feststellbar, dass der Wohnbereich insgesamt mehr Ruhe ausstrahlt.« (Interviewausschnitt 10, 3) Laut Wohnbereichsleitung liegt das auch daran, dass die Bewohnerinnen und Bewohner, die sich trotz der Demenz noch gut unterhalten können, oft gemeinsam an einem Tisch sitzen.

In der Essküche (B) stehen zwei große, helle Holztische, umgeben von Sitzbänken und -ecken in Form eines langgezogenen Hufeisens (man kann zwischen den beiden Tischen durchgehen; siehe Skizze). Diese Sitzbänke und -ecken sind mit rotem Kunstleder gepolstert. Durch die Möbelanordnung gelingt es, die Menschen während der Mahlzeiten länger am Platz zu halten, ohne dass sie sich eingesperrt fühlen, was sich positiv auf das Essverhalten und die Nahrungsaufnahme auswirkt. Auch für das Personal ist damit eine Arbeitserleichterung geschaffen, weil sie

mehr Überblick haben und ohne Stress mehrere Menschen während der Mahlzeiten unterstützen können, ohne zwischen Tischen hin und her zu hetzen. Dennoch kommt es immer wieder vor, dass einige sehr unruhige Bewohnerinnen und Bewohner aufstehen, um ihrem Bewegungsdrang nachzugehen, aber das hat sich schon merklich verringert. Bei den Personen, bei denen eine verbale Kommunikation nicht mehr möglich ist, ist erkennbar, dass ein nonverbaler Austausch stattfindet, wenn sie gemeinsam an einem Tisch sitzen. (Interviewausschnitt 11, 4)

Ein weiterer Tisch und zwei kleinere quadratische Tische im gleichen Design für die Rollstuhlfahrerinnen und -fahrer ergänzen das Mobiliar in dem Raum.



Die Umgestaltungsmaßnahmen sind noch nicht abgeschlossen. »Alles ist im Fluss. Immer wieder gibt es Ideen und Vorschläge von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für diesen Wohnbereich. Diese werden auf dem »neuen Fundament«, dass von den Projektgruppen des Lehrstuhls an der Katholischen Hochschule geschaffen wurde, weiterentwickelt.« (Interviewausschnitt 12, 4) Denn »[d]ie Gestaltung von Atmosphären ist [...] nicht allein ein Designproblem, sondern bedarf [...] der Kommunikation und Abstimmung, wenn

mehrere Personen einen Ort nutzen.« (Kazig 2020, 229–230) So ist z.B. das Talent eines Mitarbeiters genutzt worden, um auf der Außenseite der Tür, die zu dieser beschützenden Abteilung führt, einen Scherenschnitt von Karl Valentin in Lebensgröße (ebenfalls als Klebefolie) anzubringen. Trotz der Erschwernisse durch die Corona-Pandemie hat die Abteilung ›Karl Valentin‹ nun ein anders Gesicht bekommen.

Zu betonen ist, dass es alle Beteiligten geschafft haben, die Umbaumaßnahmen durchzuführen, während der normale Betrieb und die Versorgung der 24 Bewohnerinnen und Bewohner weitergeführt worden ist. Das kommt einer logistischen und psychischen Meisterleistung gleich. Die Handwerkerinnen und Handwerker haben sehr viel Geduld und Empathie aufgebracht, da sich die Bewohnerinnen und Bewohner von ihren Laufgewohnheiten nicht abbringen ließen. (Interviewauschnitt 13, 3)

5. Conclusio

Demenz wird in der medizinischen Nomenklatur als Erkrankung definiert. Demenz ist aber nicht nur eine Erkrankung; weil sie die gesamte Person betrifft, ist sie auch eine Seinsmodalität. Denn immerhin ist die gesamte Lebensspanne eines jeden Menschen von Veränderung geprägt; die Entwicklung der Person kommt erst im Tod zum Stillstand. Langewitz (2020, 340) hat die Fassung einer Person in Anlehnung an Schmitz als die »Außengrenze der Person, oder die Kontaktfläche in der Begegnung mit Anderen« definiert. Man kann die Fassung verlieren in Momenten der Überraschung.

Wenn man den anderen am eigenen Leibe spürt, wenn man sich von ihm eigentümlich berührt fühlt, dann ist es im Wesensgleichen die eigene Fassung, an die er gerührt hat. [...] Die Fassung ist nicht nur Organ der Sensibilität, sondern auch Werkzeug der Durchsetzung gegen den Blick des anderen in der Einleibung. (Schmitz 2011, 46)

Vielleicht verhält es sich bei an Demenz erkrankten Menschen so, dass sich die Fassung der Person, die immer auch von der persönlichen Situation und den räumlichen Atmosphären durchzogen ist, auflöst, ins Wanken gerät oder die Schwingungsfähigkeit verliert. Was letztlich bleibt, ist dann das eigenleibliche Spüren auf einer basalen Ebene. Schmitz (2010) spricht von Subjektivität ohne Subjekt

(d.h. kein Bewussthaber im Sinne der kognitiven Leistungsfähigkeit als Reflexionsvermögen), die er der Subjektivität mit Subjekt (also Bewussthaber) gegenüberstellt.¹³ In beiden Fällen ist das entscheidende Kriterium das eigenleibliche Spüren. »Wir sind immer schon mit uns selbst vertraut, und diese Selbstvertrautheit ist etwas leiblich Gespürtes, nichts Bewusstes.« (Fuchs 2018, 51) Sowohl Fuchs (2018) als auch Sonntag (2020, 351f.) konstatieren eine besondere Sensibilität und Empfänglichkeit für Atmosphären. Diese sprechen »basale leibliche Qualitäten« an und führen somit »in vorgestaltliche, präverbale Erlebnisformen hinein« (Sonntag 2020, 349). Die Gründe hierfür liegen in der nachlassenden Fähigkeit zur Umweltgestaltung, in der nachlassenden Fähigkeit, sich wahrnehmend und bewusst von einer atmosphärischen Wirkung zu distanzieren, sowie in den Veränderungen des Kurz- und Langzeitgedächtnisses. Deswegen verlangt Demenz besondere Orientierung und Sicherheit durch den Herumraum. Wohnen bedeutet, den Leib-/Gefühlsraum im Ortsraum auszudrücken.

Ein russisches Sprichwort sagt: »Die eigenen vier Wände helfen heilen.« In der Demenz brechen nicht die Umfriedungen zusammen; das geschieht beim Sterben (vgl. Uzarewicz 2016, 93ff.). Vielmehr kann man Demenz verstehen als Prozess, in dem die Atmosphären zerfallen. (Vgl. Tellenbach in Böhme 2008, 289) Umso wichtiger ist es, diesen Prozess gut zu begleiten und die Veränderungen der Situationsatmosphären mittels Gestaltung der Raumatmosphären zu kompensieren, sofern möglich. Für die Raumatmosphäre beschreibt Böhme (2020, 37) »sechs Arten, wie Atmosphären erzeugt werden« können. Sie werden nicht nur sinnlich wahrgenommen, sondern sind als Widerfahrnisse leiblich spürbar: Akustik, Licht und Farbe, Raumstrukturen und ihre Bewegungssuggestionen, Zeichen, Oberflächenstrukturen mit ihren Synästhesien und Gerüche. Diese Kriterien sind in das Gestaltungskonzept des Seniorenzentrums eingeflossen. Und obwohl eine systematische Evaluation noch aussteht, sind jetzt schon

¹³ Schmitz' Unterscheidung von Subjekt und Subjektivität führt m.E. weiter als die bisherigen Konzepte. Sofern man Subjekt ans Bewusstsein bindet, haben wir ein Problem bei allen Personengruppen, die noch kein, ein eingeschränktes oder kein Bewusstsein mehr haben. Siehe auch die brisante Situation im Themenfeld der Organtransplantation und die Konstruktion des Hirntodes. Gerade die Unterscheidung von Subjektivität und Subjekt erlaubt eine Erweiterung des Denk- und Handlungsraumes. So lange Subjektivität da ist (auch ohne Bewussthaben), ist Menschsein und Leben da!

deutliche Verhaltens- und Stimmungsänderungen bei den Bewohnerinnen und Bewohnern erkennbar.

Sonntag (2020) zeigt, wie akustische Atmosphären die Fassung der Person nicht nur beeinflussen, sondern gar zu durchdringen vermögen. Am Beispiel der Musiktherapie zeigt er, »wie unter dem Einfluss von Musik bei dem Bewohner Erstarres wieder in Bewegung kommt, erst sich aus einem reglosen, resonanzarmen Zustand befreit und schließlich [...] am Geschehen teilhaben kann.« (Sonntag 2020, 352) Musik ist Schwingung, die leiblich gespürt wird; sie setzt kinetische Kräfte frei, die auf die Schwingungsfähigkeit der Fassung der Person einwirken und so auch aus einer körperlich-motorischen Regungslosigkeit auftauchen und mit dem Herumraum in Resonanz gehen lässt. Was für die Musik gilt, gilt für Akustik ganz allgemein. Wir gewöhnen uns nur allzu schnell an Geräusche und merken nicht mehr, was diese akustische Atmosphäre mit uns macht (vgl. Uzarewicz 2020, 132ff.). »Das Gefühl für Heimat« wird hauptsächlich »durch den Sound einer Gegend vermittelt.« (Böhme 2006, 79) Ebenso wird ein Lebensstil (z.B. ländlich oder städtisch) durch den jeweiligen akustischen Raum bestimmt. (Vgl. Böhme 2006, 79) In Einrichtungen der Altenhilfe ist der »Sound« grundsätzlich fremd und es wird eine Zeit dauern, bis man sich daran gewöhnt hat, bis er zur eigenen »Ge-Wo(e)hnung« wird.

Das Erleben von Korrespondenz der eigenen Lebensweisen mit der atmosphärisch vermittelten Lebensform eines Ortes kann als ein Augenblick eines gelingenden Lebens erlebt werden, in dem die an einem Ort sich entfaltende Lebensmöglichkeit positiv der eigenen Lebensweise entgegenkommt. Im Verständnis von Rosa können solche Augenblicke als Momente der Resonanzerfahrung bezeichnet werden. (Kazig 2020, 235)

Korrespondenz meint hier die Verbindung zwischen einer spezifischen Lebensweise mit der Atmosphäre spezifischer Orte (vgl. Kazig 2020, 237). Daher plädiert Sonntag (2020, 355) für die Ausbildung therapeutischer Atmosphären, die er als »resonanzgebundenen Raum« definiert, »der ermöglicht, sich ohne Handlungs- und emotionalen Druck in spürbarer Anwesenheit anderer selbst zu erleben.« Solche Atmosphären sollen gleichermaßen »das Auftauchen aus demenzieller Versunkenheit« ermöglichen, ebenso wie den »Rückzug in demenzielle Selbst- und Weltferne.« Wenn die Fassung einer Person ihre Schwingungsfähigkeit verliert, braucht es eine umgebende Atmosphäre, die Halt gibt und entlastet.

Literaturverzeichnis

- Albrecht, C. (2020). Implizites Wissen über Atmosphären. In B. Wolf & Ch. Julmi (Hrsg.), *Die Macht der Atmosphären* (S. 201–219). Freiburg München: Karl Alber.
- Bachelard, G. (2003): *Poetik des Raumes*. Frankfurt a. M.: Fischer TB.
- Blume, A. (2003). Scham und Selbstbewusstsein. Zur Phänomenologie konkreter Subjektivität bei Hermann Schmitz. Freiburg: Karl Alber.
- Böhme, G. (2006). *Architektur und Atmosphäre*. München: Wilhelm Fink.
- Böhme, G. (2008). Atmosphären in zwischenmenschlicher Kommunikation. In S. Debus & R. Posner (Hrsg.), *Atmosphären im Alltag. Über ihre Erzeugung und Wirkung* (S. 281–293). Bonn: Psychiatrieverlag.
- Böhme, G. (2020). Geruch und Atmosphäre. In B. Wolf & Ch. Julmi (Hrsg.), *Die Macht der Atmosphären* (S. 33–40). Freiburg München: Karl Alber.
- Bollnow, O. F. (2000). *Mensch und Raum* (9. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Dietz, B. (2018). *Demenzsensible Architektur. Planen und Gestalten für alle Sinne*. Stuttgart: Fraunhofer IRB Verlag.
- Dürkheim, K. Graf von (2005). Untersuchungen zum gelebten Raum (Nachdruck von 1932). In J. von Hasse (Hrsg.), *Natur – Raum – Gesellschaft*, Bd. 4 (S. 11–108). Frankfurt a.M.: Institut für Didaktik der Geografie.
- Elias, N. (1976). *Über den Prozess der Zivilisation. Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen*. 2 Bde. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Fischer, F. (1965). *Der Wohnraum*. Zürich: Verlag für Architektur im Artemis Verlag.
- Fuchs, Th. (2018). Leiblichkeit und personale Identität in der Demenz. *Deutsche Zeitschrift für Philosophie*, 66 (1), 48–61.
- Guzzoni U. (1999). *Wohnen und Wandern*. Düsseldorf: Parerga Verlag.
- Hall, E. T. (1966). *The Hidden Dimension*. New York: Doubleday.
- Hasse, J. (2009). *Unbedachtes Wohnen. Lebensformen an verdeckten Rändern der Gesellschaft*. Bielefeld: transcript.
- Janson, A. & Wolfrum, S. (2008). Leben bedeutet zu Hause zu sein, wo immer man hingeht. In J. Hasse (Hrsg.), *Die Stadt als Wohnraum* (S. 94–108). München Freiburg: Karl Alber.
- Kälin, S. & Hahn, S. (2014). Wirkungen von naturgestützter Intervention bei Menschen mit primärer Demenz in Pflegeheimen. *QuPuG Journal für qualitative Forschung in Pflege- und Gesundheitswissenschaft*, 1 (1), 40–47.
- Kazig, R. (2020). Zum Umgang mit Atmosphäre. Atmosphäre als Handlungsressource und sinnliche Vermittlerin von Lebensmöglichkeiten. In B. Wolf & Ch. Julmi (Hrsg.), *Die Macht der Atmosphären* (S. 220–239). Freiburg München: Karl Alber.
- Kitwood, T. (2000). *Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*. Bern: Huber.
- Langewitz, W. (2020). Atmosphären im medizinischen Umfeld. In B. Wolf & Ch. Julmi (Hrsg.), *Die Macht der Atmosphären* (S. 327–344). Freiburg München: Karl Alber.

- Meisenheimer, W. (2006). *Das Denken des Leibes und der architektonische Raum*. Köln: Walther König.
- Pfister, D. (2008). Wie Change- und Raumgestaltungsmanagement verbunden werden können. *Organisationsentwicklung*, 27 (3), 55–65.
- Rosa, H. (2016). *Resonanz. Eine Soziologie der Weltbeziehung*. Berlin: Suhrkamp.
- Schmitz, H. (1983). *System der Philosophie*. Bd. III. Der Raum. Teil 3. Der Rechtsraum. Bonn: Bouvier Verlag.
- Schmitz, H. (1995). *System der Philosophie*. Bd. III. Der Raum. Teil 4. Das Göttliche und der Raum. Bonn: Bouvier Verlag.
- Schmitz, H. (1998b). *System der Philosophie*. Bd. III. Der Raum. Teil 1. Der leibliche Raum. Bonn: Bouvier Verlag.
- Schmitz, H. (1998c). *System der Philosophie*. Bd. III. Der Raum. Teil 2. Der Gefühlsraum. Bonn: Bouvier Verlag.
- Schmitz, H. (2008). Heimisch sein. In J. Hasse (Hrsg.), *Die Stadt als Wohnraum* (S. 25–39). München Freiburg: Karl Alber.
- Schmitz, H. (2010). *Bewusstsein*. Freiburg München: Karl Alber.
- Schmitz, H. (2011). *Der Leib*. Berlin: De Gruyter.
- Schmitz, H. (2020). Atmosphären als Mächte über die Person. In B. Wolf & Ch. Julmi (Hrsg.), *Die Macht der Atmosphären* (S. 21–32). Freiburg München: Karl Alber.
- Seibert, P. (2020). Wie kommt die Atmosphäre in die Atmosphäre? Das neue dreiteilige Wahrnehmungsmodell – Logos-Auge-Leib – als Leitfaden. In B. Wolf & Ch. Julmi (Hrsg.), *Die Macht der Atmosphären* (S. 418–446). Freiburg München: Karl Alber.
- Selle, G. (1993). *Die eigenen vier Wände. Zur verborgenen Geschichte des Wohnens*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Sloterdijk, P. (2004). *Sphären III. Schäume*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Sonntag, J. (2020). Therapeutische Atmosphären. Am Beispiel der Musiktherapie bei Demenzen. In B. Wolf & Ch. Julmi (Hrsg.), *Die Macht der Atmosphären* (S. 345–362). Freiburg München: Karl Alber.
- Tellenbach, H. (1968). *Geschmack und Atmosphäre*. Salzburg: Otto Müller.
- Uzarewicz, Ch. (2016). *Kopfkissenperspektiven. Fragmente zum Raumerleben in Krankenhäusern und Heimen*. Freiburg: Karl Alber.
- Uzarewicz, Ch. (2020). *Akustische Atmosphären und ästhetische Arbeit im Krankenhaus – Zwei Thesen zu den Herausforderungen in der Krankenpflege*. In G. Maio (Hrsg.), *Von Angesicht zu Angesicht. Zur Bedeutung der persönlichen Begegnung in der Medizin* (S. 132–155). Freiburg Basel Wien: Herder.
- Uzarewicz, Ch. & Uzarewicz, M. (2005). *Das Weite suchen. Einführung in eine phänomenologische Anthropologie für Pflege*. Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Zaborowski, H. (2008). Zur Phänomenologie des Wohnens. In J. Hasse (Hrsg.), *Die Stadt als Wohnraum* (S. 180–206). München Freiburg: Karl Alber.
- Interview (2021). Schriftliches Interview mit Eike Klien und Robert Scheidel am 22. März 2021 (Datei bei der Autorin).

Jan Sonntag

Atmosphärensensibilität bei Menschen mit Demenz

Leibliche Ergriffenheit im Kontext der Musiktherapie

Abstract

Das ästhetische Konzept ›Atmosphäre‹ wird in Beziehung zu musiktherapeutischer Praxis und Forschung im Bereich stationärer Pflege von Menschen mit Demenz dargestellt. Es wird die These vertreten, dass Menschen mit Demenz und andere kognitiv eingeschränkte Personen in erhöhtem Maße sensibel für Atmosphärisches sind. Mangels Orientierung an Faktischem versuchen sie unwillkürlich ihre Orientierung anhand von leibvermittelten Qualitäten zu erlangen. Das liegt in den schwindenden Fähigkeiten und Möglichkeiten zur Umweltgestaltung ebenso begründet wie in dem nachlassenden Vermögen, sich kognitiv oder medial von atmosphärischen Wirkungen zu distanzieren. Dadurch werden viele Betroffene besonders vulnerabel in Bezug auf schädliche, maligne Atmosphären, jedoch gleichzeitig empfänglich für wohltuende, benigne Atmosphären. An dieser Stelle werden atmosphärenbezogene Therapieansätze relevant, die ästhetische und leibliche Erlebnisformen unterstützen. Das musiktherapeutische Atmosphärenkonzept wird vorgestellt, das sowohl die Gestaltung zwischenmenschlicher Begegnungen als auch Maßnahmen zur Verbesserung auditiver Milieus in stationärer Pflege und Betreuung thematisiert. Im Medium der Musik treten Wirkungszusammenhänge von Atmosphären besonders deutlich hervor. Spezifische Merkmale und Funktionen therapeutisch gestalteter Atmosphären werden dargestellt und in die Systematik ›Therapeutischer Atmosphären‹ eingeführt. Vignetten aus der Praxis stellen durch den gesamten Beitrag hindurch den Bezug zur Erfahrungswelt von Menschen mit Demenz her und machen den Lesenden musiktherapeutische Begegnungen erlebbar.

1. Intro

Niemandem ist gleichgültig, wie er sich befindet, dort wo er sich befindet. In seiner leiblichen Existenz ist jeder Mensch subtil von atmosphärischen Qualitäten seiner Umgebung beeinflusst. Die plötzliche Verdunkelung des Himmels durch eine Wolke, die Ungastlichkeit eines schlecht besuchten Restaurants, die aufkommende Gemütlichkeit desselben, sobald es sich füllt, die Ausstrahlung einer einzelnen Blume in der Nische eines Zimmers oder die Anwesenheit von Hintergrundmusik in einem Café: Unzählige Beispiele belegen die atmosphärische Wirkung alltäglicher Umgebungen. Atmosphären können spannend, drückend, aufregend oder intensiv sein. Sie bedrängen, begeistern, nerven, berauschen, irritieren oder überwältigen uns. Als quasi-objektive Gefühlsmächte sind sie dabei ebenso allgegenwärtig wie schwer zu fassen. Sie entziehen sich bewusster Reflexion und entfalten aber gerade prä- und postreflexiv ihre besondere Kraft. Hier möchte ich ansetzen.

Seit mehr als 20 Jahren untersuche ich das ästhetische Phänomen Atmosphäre in unterschiedlichen Zusammenhängen, dabei am intensivsten in Bezug auf Demenz und Musik. Durch die musiktherapeutische Arbeit mit Menschen mit Demenz in Verbindung mit dem Studium phänomenologischer Schriften habe ich gelernt, Atmosphäre als Kategorie leiblichen Erlebens zu verstehen und ihre Bedeutung für den Menschen mit und ohne Demenz zu beschreiben. Auf diesem Wege habe ich einen spezifischen Ansatz in der Musiktherapie entwickeln können: Das ›Atmosphärenkonzept‹ (vgl. Sonntag 2013/16), welches sich in der Begleitung von Menschen mit Demenz etablieren konnte und mittlerweile auch in Bezug auf andere Praxisfelder untersucht wird (vgl. Sonntag 2021). Gleichzeitig stehe ich mit den gewonnenen Erkenntnissen nicht allein, sondern bewege mich in einem weit verzweigten interdisziplinären Kontext zwischen künstlerischen, philosophischen und therapeutischen Konzepten. Verbindungen in den Kreis der Lesenden und Schreibenden des vorliegenden Bandes bestehen unter anderem in Bezug auf phänomenologische Theoreme, die ausgehend vom Werk Husserls über die Schriften Merleau-Pontys bis zu Böhme, Schmitz und Fuchs in die heutige Zeit weiterentwickelt werden und besonders durch den Aspekt der Leiblichkeit das hier vertretene Verständnis von Atmosphäre fundieren.

Vorliegende Arbeit kann als ›Remix‹ aufgefasst werden. Elemente einer größeren Forschungsarbeit (Sonntag 2013/16) werden aufgegriffen, behutsam variiert, aktualisiert und unter dem Aspekt der Atmosphärensensibilität neu geordnet. Das Ziel des Beitrags besteht darin, Erkenntnisse aus dem kleinen, hoch spezialisierten Feld der Musiktherapie einem erweiterten Kreis von Lesenden aus angrenzenden Disziplinen zugänglich zu machen.

1.1. Musiktherapeutische Empirie als Ausgangspunkt

Zu Beginn meiner Tätigkeit als Musiktherapeut in einem Hamburger Pflegeheim für Menschen mit Demenz war ich unsicher und gespannt. Das hatte unter anderem damit zu tun, dass ich nicht wie gewohnt in einem Behandlungsraum, sondern im offenen Gemeinschaftsraum unter den Augen erfahrener Altenpflegekräfte tätig werden sollte. Jedenfalls spielte ich viel Musik, weil ich glaubte, damit zeigen zu können, dass ich gute Arbeit leiste. Einen Notenständer vor mir sang ich bekannte Volkslieder zu Gitarrenbegleitung in dem Glauben, allein dadurch müssten die mittel- bis hochgradig demenzbetroffenen Heimbewohner:innen¹ erreichbar sein, und wunderte mich darüber, dass kaum jemand auf die Musik reagierte. Meine ganze Präsenz muss Anstrengung und Stress vermittelt haben, vor allem vermutlich meine Stimme.

Eines Tages saß neben mir Frau L., reglos und apathisch, so dass ich zunächst kaum Notiz von ihr nahm. Auf einmal neigte sie sich umständlich zu mir herüber, legte mir ihre Hand auf die Schulter und sagte: »Junge, du brauchst dich doch nicht so anstrengen.« Mehr sagte sie nicht, aber diese Geste und dieser Satz allein ließen mich innehalten in meinem rastlosen Singen. Geradezu erleichtert lehnte ich mich zurück und begann überhaupt erst jetzt wahrzunehmen, was um mich herum passierte. Ich sah die leise Geschäftigkeit einiger Anwesender, hörte das gedämpfte Schnarchen einer Schlafenden, spürte die ruhige Atmosphäre des Raumes, entspannte mich. Nach einer ganzen Weile begann meine Hand, in die relative Stille hinein die Saiten der Gitarre zu zupfen. Vereinzelt Töne zunächst, wie eine Untermalung der ruhigen

¹ Den ›Genderpunkt‹ verwende ich, um einen möglichst gendersensiblen schriftlichen Ausdruck dort zu erreichen, wo sich mir keine stilistisch oder grammatikalisch annehmbaren Alternativen bieten.

Szene. Spielend konnte ich beobachten, wie subtil Bezug genommen wurde auf die Musik. Das hätte ich in meinem Stress vorher gar nicht bemerkt. Aus der Beschallung wurde ein Resonanzgeschehen, in dem die Anwesenden in Erscheinung und in Interaktion treten konnten. Das Wiegen eines Kopfes, das Klopfen auf einen Tisch. Die Gesten wurden rhythmischer, die Klänge wieder präsenter. Schließlich setzte auch der Gitarrenrhythmus wieder ein und es drängte sich mir ein Lied auf: ›Wenn alle Brunnlein fließen‹, ein Lied, das rhythmisch beschwingt und textlich reich an Kontakt- und Sinnesthemen nun restlos passend die verwandelte Situation sowohl spiegelte als auch unterstützte.

Die situative Feingefühligkeit und das gefühlssichere Handeln der Heimbewohnerin und die daraus resultierende Szene beeindruckten mich tief und sensibilisierten meine Wahrnehmung für derartige Situationen, von denen ich in den folgenden Jahren noch unzählige erleben durfte. Besonders im Zusammenhang mit Klang und Musik erfuhr ich, wie unmittelbar ansprechbar und wie empfänglich selbst schwer Demenzbetroffene für Raumstimmungen und sinnlich-affektive Resonanzen sind.

Später, im Rahmen meiner Forschungstätigkeit, konnte ich die Empfänglichkeit von Menschen mit Demenz für leibvermittelte Stimmungen, Spannungen und Gefühlstönungen als ›Atmosphärensensibilität‹ verstehen und begab mich damit noch intensiver auf die Suche nach dem Wesen dieser merkwürdig ephemeren Gefühlsmacht, die wir sowohl umgangs- als auch fachsprachlich ›Atmosphäre‹ nennen.

2. Dreifache Rahmung

In der Annahme, dass nicht alle Lesenden dieses Buches mit dem Berufsbild Musiktherapie vertraut sind, werde ich einige allgemeine und auf Demenz bezogene Informationen kurz zusammenfassen. Anschließend führe ich in den Praxiskontext stationärer Altenpflege ein, der initial stark in die Entwicklung des musiktherapeutischen Atmosphärenkonzepts hineinspielte. Den theoretischen Rahmen atmosphärenbezogener Praxis spanne ich schließlich, indem ich zentrale Aspekte ästhetischer Atmosphärenkunde darstelle.

2.1. Fachlicher Rahmen: Musiktherapie

Der Begriff Musiktherapie bündelt eine Vielzahl von Interventions- und Behandlungskonzepten, bei denen Musik – neben Gesprächen und anderem – eine zentrale Rolle spielt. Je nach Konzeption, Klientel und Menschenbild ist der Musikbegriff so unterschiedlich wie das Vorgehen und die Zielsetzungen. Im Unterschied zu manchen anderen Verwendungsformen von Musik findet Musiktherapie immer im Rahmen einer therapeutischen Beziehung statt und zählt zu denjenigen Interventionsformen, »die ihrem Wesen nach als psychotherapeutisch zu charakterisieren sind, in Abgrenzung zu pharmakologischer und physikalischer Therapie« (BAG 1998, 233). Mehrere in Deutschland seit etwa 40 Jahren etablierte Hochschulstudiengänge bieten akademische Abschlüsse auf Bachelor- und Master-Niveau. Es existiert eine Infrastruktur von Berufsorganisationen sowie eine umfangreiche Fachliteratur. Die Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft definiert Musiktherapie wie folgt:

Musiktherapie ist der gezielte Einsatz von Musik im Rahmen der therapeutischen Beziehung zur Wiederherstellung, Erhaltung und Förderung seelischer, körperlicher und geistiger Gesundheit. Musiktherapie ist eine praxisorientierte Wissenschaftsdisziplin, die in enger Wechselwirkung zu verschiedenen Wissenschaftsbereichen steht, insbesondere der Medizin, den Gesellschaftswissenschaften, der Psychologie, der Musikwissenschaft und der Pädagogik. (DMtG o.J.)

Musiktherapie leistet einen wertvollen Beitrag in der Begleitung von Menschen mit Demenz. Der Neurologe und Bestsellerautor Oliver Sacks behauptet, für die Betroffenen »ist Musik kein Luxus, sondern eine Notwendigkeit und besitzt die einzigartige Macht, ihr Selbst für sie und für andere wiederherzustellen – zumindest eine Zeitlang.« (Sacks 2008, 377) Musiktherapie wird in Bezug auf Demenz seit den 1980er Jahren theoretisch und praktisch entwickelt. Demenz ist vermutlich das weltweit am schnellsten wachsende und am intensivsten beforschte musiktherapeutische Anwendungsfeld. Es existieren zahlreiche Monographien, Sammelbände, Konzept- und Wirksamkeitsstudien, spezifische berufliche Netzwerke und Arbeitsgruppen. Mit der Aufnahme in die S3-Leitlinien für Demenz hat die Musiktherapie eine robuste gesundheitspolitische Verankerung erhalten, wengleich berufsrechtliche Regelungen und die Kostenübernahme durch gesetzliche Krankenkassen noch ausstehen. Als nachgewiesene Effekte der Musiktherapie bei Demenzen gelten vor allem die Reduk-

tion begleitender Symptome wie Apathie und Agitiertheit. (Vgl. van der Steen et al. 2018)

Es ist gewiss kein Zufall, dass die im Folgenden dargestellten Erkenntnisse zu Leiblichkeit und Atmosphäre im Bereich der Musiktherapie gewonnen wurden. Mit dem gefühlsintensiven und räumlich dynamischen Medium Musik verfügt die Musiktherapie über ein Agens, das wie kaum ein anderes atmosphärische Qualitäten aufweist – mit den Worten des Musiktherapeuten Martin Deuter: »Das Umhülltsein, das Drinnen-Sein im umgebenden Raum der Wahrnehmung kennzeichnet das Erleben von Atmosphären, und es bestimmt auf vergleichbare Weise auch das musikalische Erleben.« (Deuter 2005, 223) In dem hier behandelten Kontext wird Musiktherapie als eine Möglichkeit bewusster und gekonnter Mitgestaltung von Atmosphären verstanden, mittels derer kognitiv schwer beeinträchtigten Menschen eine ebenso haltgebende wie belebende Umgebung geschaffen wird.

2.2. Institutioneller Rahmen: Pflegeheim

In den Pionierjahren spezialisierter Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz setzte die Stadt Hamburg ein Programm auf, das für die stationäre Versorgung Demenzbetroffener deutschlandweit Maßstäbe setzte. Die ›Besondere Stationäre Dementenbetreuung‹ richtet sich an mittel- bis hochgradig demenzbetroffene Pflegeheimbewohner:innen, die mobil sind und ihre Umgebung durch bestimmte Verhaltensweisen herausfordern. (Vgl. BSGFV 2009) Eine Besonderheit des Modells ist die verpflichtende Einbettung therapeutischer Angebote in multiprofessionelle Teamarbeit mit der Maßgabe, die Heimbewohner:innen in ihrem Alltag zu begleiten. Die Angebote sollen den Betroffenen möglichst normale und stressfreie Lebensbedingungen schaffen und rücken seelisch-emotionale Aspekte in den Mittelpunkt. Als einer der Ärzte, die das Programm entwickelten, spricht Jens Bruder von einem »Betreuungsklima, in dem aufmerksamer, phantasievoller und geduldiger, freier und unängstlicher, zugewandter, weniger schnell erschöpfbar und schließlich auch selbstbewusster und wärmer mit den betroffenen Kranken umgegangen wird.« (Bruder 2001, 18)

Charakteristisch für die Musiktherapie in diesem Praxiskontext ist die Arbeit im *offenen Setting* (Sonntag 2013/16; Muthesius et al.

2019), oder: mitten im Leben dementer Menschen. Damit geht eine Ausweitung musiktherapeutischer Denk- und Handlungsweisen über die Grenzen des Therapieraums einher, wobei auch hier Kriterien der Besonderen Stationären Dementenbetreuung bindend sind: »Wichtig ist, dass die Musik beiläufig und unaufdringlich eingebracht wird; die Kranken behalten ein feines Gespür für die Normalität und Ungezwungenheit, mit der solche Maßnahmen erfolgen.« (Bruder 2001, 26) Es handelt sich folglich um eine alltagsnahe Verortung einer Musiktherapie, die der Komplexität und Kontingenz ganz normaler Lebenszusammenhänge Rechnung trägt. Sie markiert einen egalitären, auf Partizipation ausgerichteten Standpunkt und spiegelt die subjektiv empfundene Realität von Menschen mit Demenz wider, die sich nicht selten jung und dynamisch – eben mitten im Leben – fühlen.

Ich befinde mich in einem allen Bewohner.innen des Wohnbereichs zugänglichen Raum und sitze über Patienten-Unterlagen gebeugt, als Herr G. zur Tür hereinkommt. Er scheint mich nicht zu bemerken, wirkt verärgert und beginnt, mit großem körperlichen Einsatz, Tische und Stühle um- und übereinander zu stellen. Dabei schimpft er in unverständlicher Sprache vor sich hin, die doch zumindest eines deutlich vermittelt: seinen Ärger. Von seiner Tochter weiß ich, dass er Tischlermeister war, und habe die Phantasie, dass er sich in seiner Werkstatt wähnt, die er in großer Unordnung vorgefunden hat. Vielleicht haben die Lehrlinge wieder nicht aufgeräumt. Vielleicht denkt er: Muss man denn alles selber machen?!

Zunächst sehe ich keine Notwendigkeit, mich einzumischen, scheint Herr G. doch einfach einen ganz normalen Teil seines Lebens zu reinszenieren, eine ganz vertraute Rolle auszuleben. Zunehmend jedoch scheint er sich in die Situation zu verbeißen, wirkt verzweifelt: So sehr er sich auch bemüht, eine Ordnung will sich einfach nicht einstellen! Ich möchte ihm meine Begleitung anbieten, um ihm bei der Regulation seines Affekts behilflich zu sein, weiß aber, dass er mich nicht verstehen würde, wenn ich mich mit Worten an ihn wenden würde. Anstatt ihn also anzusprechen, setze ich mich ans Klavier und nehme seine Affektäußerungen in einer Improvisation musikalisch auf. Er stutzt, hält inne und setzt seine Vokalisationen dann zu meinem Klavierspiel fort. Allmählich gleichen wir uns in Dynamik, Tonhöhe und Phrasierungen einander an und es entsteht ein sinnlich-affektiver Dialog, während dessen sich die Stimmung Herrn G.s deutlich aufhellt. Die Improvisation dauert eine gute Viertelstunde und wandert durch unterschiedliche

Stimmungslagen, bis Herr G. irgendwann, spürbar ruhiger und fast vergnügt, den Raum durch die offene Tür verlässt und seines Weges geht.

2.3. Theoretischer Rahmen: Atmosphärologie

Atmosphären bestimmen, wie wir uns fühlen, dort wo wir uns befinden, indem sie die dingliche und soziale Umgebung in Bezug zu unserem inneren Erleben setzen. Handelt es sich dabei in erster Linie um eine subjektive Erlebnisqualität, so kann durchaus intersubjektive Übereinstimmung entstehen, da Atmosphären sozial und von äußeren Umgebungen vermittelt werden. In oben beschriebener Situation erreicht der Therapeut durch musikalisches Aufgreifen und Spiegeln der Affektlage des Patienten am Klavier diese Übereinstimmung im Sinne der Interaffektivität.

Als amorphe Gefühlsmächte – nach Schmitz räumlich, aber randlos ergossen – führen Atmosphären in präverbal entwickelte und vorgestaltliche Erlebnisformen hinein, die auf jeden Menschen subtil einwirken. Menschen mit intakter Kognitivität spüren Atmosphären vor allem als Übergangsphänomen, etwa beim Eintritt in den sakralen Raum einer Kirche. Kognitive Vorgänge jedoch schwächen den atmosphärischen Ersteindruck ab und überlagern ihn. Menschen mit eingeschränkter Kognitivität sowie Menschen, die sich bewusst für die Wahrnehmung von Atmosphärischem entscheiden, erleben die Wirkungen von Atmosphären deshalb vermutlich stärker und anhaltender.

Mit Gernot Böhme betrachte ich Atmosphäre als zentralen Begriff in einer Ästhetik, die als allgemeine Wahrnehmungslehre verstanden wird und auf leiblicher Teilhabe an den Dingen gründet. (Vgl. Böhme 1995) Auf Baumgartens Theorie der sinnlichen Erkenntnis rekurrierend fordert der Philosoph die Rückbesinnung auf die sinnliche Erfahrung, so wie es der Ausdruck ›Ästhetik‹ durch seine Herkunft aus der Griechischen *aisthesis* nahelegt (vgl. ebd., 23). Böhme geht von einem Grundbedürfnis nach sinnlichem Erleben aus, das den Menschen in einen intensiven Dialog mit seiner Umwelt bringt: Sich in einer Umgebung zu befinden und darin die eigene Befindlichkeit zu spüren, ist Merkmal der Atmosphäre. Der unmittelbare Bezug auf sinnliche Erfahrung stellt das Subjekt mit seiner Leiblichkeit in den Mittelpunkt atmosphärenbezogener Forschung und Praxis. Wichtige Anregungen erhält Böhme deshalb aus dem

umfangreichen Werk des Neophänomenologen Hermann Schmitz, dem seine Theorie vor allem die Berücksichtigung des Leibes als Zentrum menschlichen Erlebens verdankt (Schmitz 1965/2019). Als Leib wird hier ein subjektiv gespürtes Gebilde bezeichnet, das sich vom Körper als ortsräumlich begrenzter Einheit unterscheidet. Die atmosphärische Erfahrung ist folglich die Erfahrung der eigenen leiblichen Anwesenheit im gespürten Raum. Der Raum ist somit nicht als etwas gedacht, das den Menschen lediglich umgibt, so als wären Mensch und Umwelt von einer unsichtbaren, abstrakten Grenze voneinander getrennt. Es handelt sich vielmehr um eine interaktive, beziehungsreiche Welt, an der der erlebende Menschen atmosphärisch teilhat. Das Subjekt in seiner Leiblichkeit – und nicht gemessen an seinem kognitiven Vermögen – zu verstehen, kommt der Arbeit mit demenzbetroffenen Menschen insofern entgegen, als diese ihre verstandesmäßigen Befähigungen zunehmend einbüßen.

Atmosphären verstehe ich folglich als spür gewisse Momente des Nichtwissens, in denen ontogenetisch früh entwickelte Wahrnehmungskompetenzen zum Tragen kommen, die mit leiblichen Spannungen, Unruhen, Müdigkeit, Hunger sowie anklingenden und abebbenden affektiven Intensitäten einhergehen. Es handelt sich bei der Atmosphärenwahrnehmung um ein alle Sinneseindrücke verschmelzendes gesamt sinnliches Gespür, das die Beziehung zur Umwelt begriffsfern, aber leiblich eindrücklich vermittelt. Mit dieser Spürgewissheit äußert sich eine schwer demenzbetroffene Frau, indem sie während des intensiven Musikhörens sagt: »Es ist da, es ist da, es ist da!«, ohne benennen zu können, was ›Es‹ ist. In solcherart Erlebnissen sehe ich Hinweise darauf, dass Atmosphären in ihrer Bedeutung für das Erleben des Subjekts zunehmen, wenn kognitives Vermögen entweder noch nicht (beim kleinen Kind), nicht mehr (z.B. bei Demenzen) oder temporär nicht (z.B. bei reversiblen Hirnschädigungen) voll intakt ist. Orientierung, Wahrnehmung und Kommunikation finden in diesen Daseinsformen verstärkt auf Atmosphäre bezogen statt. Hier setzt die Musiktherapie an, die ihre Wirksamkeit unter anderem mit der Ansprache dieser früh entwickelten Erlebensformen begründet.

Bemerkenswert ist schließlich der existentielle Charakter von Atmosphären, die in Polaritäten wie behütend-bedrohend, angenehm-unangenehm, warm-kalt oder freundlich-feindlich erlebt werden. Mit Blick auf ihr therapeutisches Potenzial spreche ich von malignen, schädlichen und benignen, wohltuenden Atmosphären

und fasse therapeutische Angebote als gekonnte und reflektierte Unterstützung benigner Atmosphären auf.

3. Atmosphären im Leben von Menschen mit Demenz

Wie beschrieben beeinflussen Atmosphären jeden Menschen in seiner leiblichen Existenz – subtil und zumeist abseits bewusster Kenntnisnahme. Wie sich der Einfluss von Atmosphäre im Leben und Erleben von Menschen mit Demenz zeigt, möchte ich im folgenden Kapitel beschreiben. Diese Beschreibung mündet in meine These, dass viele Demenzbetroffene aus noch näher zu bestimmenden Gründen besonders sensibel für Atmosphärisches werden.

Wie sich Menschen mit fortgeschrittener Demenz wirklich fühlen, was sie wirklich empfinden, können wir nur ahnen. Sobald von Menschen die Rede ist, die ihre Sprachfähigkeit eingebüßt haben, geben schriftliche Beschreibungen – das gebietet nicht zuletzt der Respekt vor der Autonomie ihrer Person – allenfalls Vermutungen wieder. Aber gerade die Nachvollziehbarkeit des Erlebens der Demenz aus Sicht der Betroffenen ist eine Voraussetzung für angemessene Betreuung. Der einflussreiche britische Sozialpsychologe Tom Kitwood nennt unterschiedliche Zugangswege, um einen Einblick in die subjektive Welt der Demenz zu gewinnen:

1. Berichte von Menschen mit Demenz, deren Kognitivität noch relativ intakt ist.
2. Zuhören, was Demenzbetroffene in vorgegebenen Situationen sagen.
3. Zuhören, was Menschen mit Demenz im Alltag äußern.
4. Beobachtung von Verhalten und Handlungsweisen Demenzbetroffener.
5. Befragung von Menschen, die an demenzähnlichen Symptomen litten.
6. Einsatz der eigenen poetischen Vorstellungskraft.
7. Das Rollenspiel als Methode der Einfühlung.
8. [Ergänzung JS]: Auseinandersetzung mit Werken und Strategien der Künste.

(Vgl. Kitwood 1998/2008)

Im Zusammenhang mit musiktherapeutischen Untersuchungen, die vorliegender Arbeit zugrunde liegen, vertrete ich ein entpathologisie-

rendes, allgemein menschliches Verständnis dementiellen Verhaltens und Erlebens. Insbesondere beziehe ich mich auf die Auffassungen des Neurologen und Psychiaters Jan Wojnar, der als Mitbegründer der Besonderen Stationären Dementenbetreuung die hier vertretene Perspektive nicht unwesentlich mitgeprägt hat. Wojnars Einsichten vor allem in späte Phasen der Demenz und seine anthropologische Interpretation dementiellen Verhaltens sind zwar nur in wenigen Schriften dokumentiert, prägen jedoch bis heute die Sichtweise vieler Mitarbeitenden der zwölf Hamburger Pflegeheime, die durch ihn psychiatrisch betreut wurden. Nach Auffassung Wojnars zeichnet sich für Demenzbetroffene die Wahrnehmung der Umwelt durch »eine besondere Empfindsamkeit für die gefühlsmäßige Färbung der erlebten Situation und das Angemutet- und Bewegtwerden, unabhängig vom sachlichen Gehalt des Wahrgenommenen [...] aus.« (Wojnar 1994, 142f.)

3.1. Wie im Traum

Verschleiertes Bewusstsein, schemenhafte Wahrnehmung und das Aufweichen seelischer Struktur kennzeichnen das Leben und Erleben demenziell veränderter Menschen in zunehmendem Maße. Zeitliche und räumliche Dimensionen geraten durcheinander und man kann sich nicht sicher sein: Kommt das von außen oder aus mir selbst, was ich da erlebe? So fragt sich auch die Hauptfigur in einer Kurzgeschichte Ralf Rothmanns:

Stimmte es also, dass die Erinnerungen im Alter immer weniger mit dem gelebten Leben zu tun haben; dass sie nach Jahren andere Klänge, Farben und Schattierungen annehmen und zu einer eigenen Realität werden, einer schwebenden, wie Märchen oder Träume mit dunklem Sinn? (Rothmann 2020, 204)

Wojnar vermutet, dass der demente Mensch tatsächlich in eine traumähnliche Welt der Erinnerungen eintaucht und die Wirklichkeit fremd und verzerrt erlebt:

Die Wahrnehmung der eigenen Person und des eigenen Verhaltens scheint aufgehoben zu sein, als fänden die Handlungen der Betroffenen auf einer anderen Ebene, in einer anderen Wirklichkeit statt, von der äußeren Realität abgekoppelt. Die Welt der Menschen mit einer mittelschweren bis schweren Demenz scheint dem zu ähneln, was jeder ›Gesunde‹ in den Traumphasen des Schlafs erlebt. (Wojnar 2007, 70)

Die Ähnlichkeit zum Traum bestätigt sich nicht selten in Äußerungen Betroffener. So murmelt beispielsweise eine Pflegeheimbewohnerin bei der Begrüßung durch den Therapeuten: »Ich träume, und im Traum erscheint eine Stimme.« Eine andere Frau antwortet auf die Frage nach ihrem Befinden mit fern klingender Stimme: »Mir träumt, mir träumt... ein Traum.« Auch der Ausspruch einer weiteren Heimbewohnerin bei der Kontaktaufnahme weist auf traumähnliches Erleben hin: »Sehen Sie, so begegnen wir uns im Nebel.« Dieselbe Bewohnerin äußert, als sie am anderen Ende des Flures eine Besuchergruppe sieht: »Sind das Pferde? Oder was für Tiere sind das? Nein, Pferde sind es nicht, aber komische Tiere sind es schon.«

3.2. Grenzen lösen sich auf

Atmosphärische Qualitäten in traumähnlichem Bezug zur Wirklichkeit sind dadurch gekennzeichnet, dass sich Grenzen auflösen und Erscheinungsformen sich verwandeln. Inneres (Gedanken, Gefühle, Erinnerungen) wird als außen und Vergangenes als gegenwärtig erlebt. Diese Diffusion der Grenzen ist aus den Künsten bekannt und wird besonders in den Dichtungen der Romantik thematisiert. So bleibt etwa in Heinrich Heines Loreley-Gedicht der Grund des Gefühls im Unbestimmten, erhält jedoch durch die Schilderung der Abendstimmung eine intensive atmosphärische Rahmung. Seltsam berührt von einem »Märchen aus uralten Zeiten« kann sich der Dichter den Ursprung seiner Melancholie nicht erklären, wohl aber zweifelt er nicht daran, dass sie bedeutsam ist. Die Sprache des Gedichtes erinnert an ein Wiegenlied, was auch Silchers berühmte Vertonung nahelegt. So liegt neben der großen Beunruhigung (»Ich glaube am Ende verschlingen...«) auch etwas Tröstendes in den Versen, ein Gefühl, die Ungewissheit der Bedeutung erdulden zu können, weil sie getragen ist in einer haltvermittelnden Wiegebewegung. (Vgl. Bronfen 2006, 45)

Die Loreley
Ich weiß nicht, was soll es bedeuten,
Daß ich so traurig bin,
Ein Märchen aus uralten Zeiten,
Das kommt mir nicht aus dem Sinn.

Die Luft ist kühl und es dunkelt,
Und ruhig fließt der Rhein;

Der Gipfel des Berges funkelt,
Im Abendsonnenschein.

Die schönste Jungfrau sitzt
Dort oben wunderbar,
Ihr gold'nes Geschmeide blitzet
Sie kämmt ihr goldenes Haar.

Sie kämmt es mit goldenem Kamme,
Und singt ein Lied dabei;
Das hat eine wundersame,
Gewalt'ge Melodei.

Den Schiffer im kleinen Schiffe,
Ergreift es mit wildem Weh;
Er schaut nicht die Felsenriffe,
Er schaut nur hinauf in die Höh'.

Ich glaube, die Wellen verschlingen
Am Ende Schiffer und Kahn,
Und das hat mit ihrem Singen,
Die Loreley getan.

(Heine 1824/1975, 206)

Auf personeller Ebene scheinen sich bei vielen Menschen mit Demenz die Grenzen zwischen der mentalen Konstruktion von inneren und äußeren Räumen aufzulösen, was zur Diffusion von Identitäts- und Realitätserleben führt. Und auf interpersoneller Ebene ereignet sich eine Auflösung der Trennung zwischen Personen, eine Entwicklung, die starke Verschmelzungsgefühle, aber auch Ängste zur Folge haben kann. Bezüglich zeitlicher Dimensionen schließlich scheinen sich die Grenzen zwischen Vergangenheit und Gegenwart allmählich aufzulösen, was zu einem Ineinanderfließen der zeitlichen Ebenen führt. Das Unterscheidungsvermögen zwischen subjektiv empfundener und intersubjektiv geteilter Realität nimmt ab und übrig bleiben Schemen einer schillernden Welt *zwischen* subjektivem Erleben und gemeinsamer Wirklichkeit.

Im Zimmer der desorientierten Heimbewohnerin Frau J. zeigt der Fernseher ein Pferderennen. Frau J. wendet sich hilfeschend ihrer Pflegerin zu: »Können Sie mir helfen. Ich muss auf Toilette, aber da sind so viele Pferde, die versperren mir den Weg!« Die Pflegerin schaltet den Fernseher ab mit den Worten: »Ich habe alle Pferde verscheucht. Der Weg zur Toilette ist nun frei.«

Mit zunehmender Demenz spitzt sich die körperlich-existenzielle Dimension der Auflösungsphänomene zu, was bis zu einer Aufhebung der gespürten Leibbegrenzung führen kann. Zunächst zeigt sich das vielleicht in demenztypischen Streich- und Wischbewegungen: das Vergewissern des Körpers, dass es ihn noch gibt, dass er noch einen Widerstand bietet; sein Überprüfen, ob es noch einen Unterschied gibt zwischen ihm und den unbelebten Dingen im Raum. Was zu mir, was zum Anderen gehört, wo ein Tisch aufhört und meine Hand beginnt, die den Tisch wischt, dass der Fleck, den ich reibend von meinem Handrücken zu entfernen trachte, in Wahrheit ein Altersfleck meiner Haut ist, all das wird unter demenziellen Einflüssen zunehmend rätselhaft und nebulös. Mitunter werden Menschen mit schwerer Demenz dabei beobachtet, wie sie ihren Finger festhalten in der Annahme, es wäre ein Gegenstand, den sie nicht zu Boden fallen lassen wollen. Oder sie versuchen den Finger ihrem Gegenüber zu reichen.

3.3. Erinnerung haben oder sein

Das Auflösen zeitlicher Grenzen bedeutet also, dass vergangene Situationen in die Gegenwart übertragen werden: »Die Beobachtungen des Verhaltens Demenzkranker sprechen auch dafür, dass wahrscheinlich bestimmte Inhalte des Langzeitgedächtnisses für den Betroffenen Realitätscharakter gewinnen und die objektive, äußere Realität verdrängen. Die Kranken leben mit Bildern einer bestimmten Lebensperiode und verhalten sich entsprechend.« (Wojnar 2007, 67) Muthesius und Sonntag (2008) behaupten, Menschen ohne Demenz *haben* Erinnerungen, wohingegen Menschen mit Demenz Erinnerungen *sind*. Eine 80-Jährige erinnert sich nicht daran, eine junge Frau gewesen zu sein, sie nimmt sich tatsächlich als junge Frau wahr und fühlt sich leistungsstark und attraktiv. (Vgl. Wojnar 2000, 19) In dem Versuch, eine fremd erscheinende gegenwärtige Situation einzuordnen, wird dort auf Vergangenes zurückgegriffen, wo es dem gegenwärtig Fremden am ähnlichsten ist. So hält etwa eine demente Heimbewohnerin das Pflegeheim für ein Hotel und den Musiktherapeuten für einen Unterhaltungsmusiker (mit der Folge, dass sie fürchtet, ihn für sein Engagement bezahlen zu müssen). Erinnerungen bekommen Realitätscharakter, weil nicht mehr unterschieden wird, ob es sich bei einem Erlebnisinhalt um das Produkt

des Gedächtnisses oder eine gegenwärtige Wahrnehmung handelt. In folgendem Beispiel spricht eine Heimbewohnerin während der Musiktherapiestunde ihren vor vielen Jahren verstorbenen Mann an:

»Du, Rolf, kannst du noch mal so 'ne Platte auflegen. Die war schön.« Während andere Anwesende im Gemeinschaftsraum des Wohnbereichs ein Lied gesungen hatten, war Frau R. sehr geschäftig dabei gewesen, mit ihren Händen einen Küchentresen zu wischen. Offensichtlich wähnte sie sich bei der Hausarbeit, während ihr Mann im Wohnzimmer Schallplatten abspielte.

3.4. Das Gedächtnis des Leibes

Seit einigen Jahren mehren sich die Versuche, Demenz aus phänomenologischer Perspektive zu verstehen und aus diesem Verständnis Schlussfolgerungen für die adäquate Betreuung dementer Menschen abzuleiten. (Vgl. Baer 2007; Weidert 2007; Fuchs 2010) In der Perspektive vorliegender Arbeit sind diese Ansätze insofern bemerkenswert, als sie davon ausgehen, dass der Mensch über den Leib als Inbegriff all dessen, was er als zu sich gehörig empfindet, Atmosphären erlebt und Einfluss auf sie nehmen kann. Aus leibphilosophischer Perspektive existiert die Persönlichkeit eines Menschen wesentlich verkörpert. Sie realisiert und reproduziert sich fortwährend in ihren leiblichen Handlungen in Resonanz mit anderen. (Vgl. Fuchs 2010) Dabei wird der Leib nicht als neutrale Schnittstelle zwischen innerer und äußerer Wirklichkeit verstanden. Er ist vielmehr etwas Geschichtliches, im Leben Gebildetes: ein Vermittlungsorgan, das durch das Vermitteln selbst geschaffen und verändert wurde. Diese ›Plastizität‹ des Leibes, die auf der Verbindung von Leib und Lebenswelt beruht, wird im Gegensatz zum expliziten Gedächtnis abrufbarer Erinnerungen implizites Gedächtnis oder ›Leibgedächtnis‹ genannt. (ebd.) Im Leibgedächtnis sedimentiert sich die Geschichte leiblicher Erfahrungen, die sich im wahrnehmenden, fühlenden und handelnden Umgang mit der Welt in Form von Gewohnheiten niederschlagen hat:

Das explizite Gedächtnis enthält einzelne Erinnerungen, die sich gezielt vergegenwärtigen, berichten oder beschreiben lassen; man kann es auch als ›*knowing that*‹ bezeichnen. Hingegen sind in das implizite oder Leibgedächtnis wiederholt erlebte Situationen oder Handlungen gleichsam eingeschmolzen, ohne dass sie sich noch als einzelne heraus-

heben. Ein leibliches Können, eine Gewohnheit hat sich entwickelt, ein ›*knowing how*‹. (Ebd., 233)

In Bezug auf Demenz ist die Unterscheidung zwischen explizitem Gedächtnis als Träger bewusst abrufbarer Erinnerungen und Leibgedächtnis als Verkörperung von Erfahrung insofern wichtig, als sie erlaubt, die Kontinuität der Persönlichkeit in ihrem leiblichen Dasein zu begreifen. Was den in den Anschauungsbeispielen genannten Punkt der durch Erinnerungsversatzstücke überformten Wahrnehmung betrifft, so scheint ein Zusammenhang zwischen dem Leibgedächtnis und dem episodischen Gedächtnis auf. Wenn etwa der ehemalige Tischlermeister in den Gemeinschaftsraum kommt und als erstes die Stühle umräumt, dann mag seine Wahrnehmung des Gemeinschaftsraums einerseits traumhaft durch episodische Erinnerungen an seine Werkstatt überformt oder imprägniert sein. Das aber führt andererseits zu Handlungen (dem Aufräumen), die wiederum als habitualisierte Alltagshandlungen in seinem Leibgedächtnis ›gespeichert‹ sein könnten und durch diese Situation wachgerufen werden.

In Form des Leibgedächtnisses tragen Menschen mit Demenz ihre Vergangenheit in jedem Augenblick mit sich und in die Situationen hinein. Somit vermittelt das Gedächtnis des Leibes die eigentliche »Gegenwart der Vergangenheit« (ebd., 243). Im Gegensatz zum expliziten Gedächtnis scheint das Leibgedächtnis von demenziellen Veränderungen lange unberührt zu bleiben. Obwohl etwa Gabel und Messer nicht mehr benannt werden können, wird gekonnt von ihnen Gebrauch gemacht. Fordert man Demenzbetroffene auf, »Singen Sie doch mal ›Hänschen klein‹«, so ist häufig Ratlosigkeit die Reaktion. Beginnt man jedoch einfach zu singen, stimmen sie in den Gesang ein. Handlungsabläufe haben sich praktisch in den Leib eingeschrieben und können in bestimmten Situationen wiederbelebt werden.

3.5. Leben im Augenblick

Was trotz mentaler Auflösungserscheinungen und Veränderungen im Erleben bleibt, ist diesen Betrachtungen zufolge das Gegenwarts-erleben leiblicher Anwesenheit – mit Böhme ausgedrückt: »Ich bin jetzt hier dieses Dasein. Es ist vermutlich das Hier, das sich weiterhin als Quell leiblicher Existenz erweist. Denn nur leiblich gibt es ein Hier, nämlich eine absolute Örtlichkeit, die mir in den leiblichen

Regungen gegeben ist.« (Böhme 2003, 233) Die Konkretisierung vergangener Erfahrungen im Hier und Jetzt und ihre Vermischung mit Gegenwärtigem ist Teil demenzieller Wirklichkeit, die sich folglich im Erleben von ›vielen Jetzt‹ gestaltet:

In einem Gespräch kommen Frau M. und ich darauf zu sprechen, dass alles so unordentlich ist. Ich frage: »War das früher auch so?« Sie wehrt fröhlich ab: »Weiß nicht. Ist mir auch gleich. Ich habe Jetzt und das genügt. Vergangenheit muss nicht mehr sein.«

Das Leben mittel- bis schwerdementer Personen zerfällt somit in viele Augenblicke. (Vgl. Wojnar 2007) Für den Umgang mit Betroffenen sowie für die Konzeption therapeutischer Angebote hat das ›Leben im Augenblick‹ möglicherweise die folgenschwersten Auswirkungen. Ihre besondere Sensibilität für Atmosphären ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass sie nicht mehr in der Lage sind, sich an sie zu gewöhnen oder sich kognitiv von ihnen zu distanzieren. Situationen werden immer wieder neu erlebt und dadurch beherrscht auch der Eindruck der Atmosphäre, der vor allem im Übergang entsteht, immer wieder das Erleben – dazu unten mehr.

3.6. Sinn für Sinnliches

Voraussetzung für die Empfänglichkeit von Atmosphären ist der Erhalt ästhetischer Kompetenzen, die zwar an die Sinne geknüpft, aber nicht von einzelsinnlichem Vermögen abhängig sind. Als ›sense of aesthetics‹ bezeichnen Brod und Kolleg.innen (2000) den Sinn dementer Menschen für Schönes. Damit ist allerdings nicht das normativ Schöne gemeint, welches Gegenstand der Urteilsästhetik ist, sondern das Schöne als sinnliches Erleben im Sinne der *aisthesis*. Auch van der Roest und Kolleg.innen (2007) identifizieren das Bedürfnis nach Schöнем, nach sinnlichen Erlebnissen, als eines der primären Bedürfnisse dementer Personen. Wojnar spricht von einem »angeborenen Hunger nach ästhetischen Reizen« (Wojnar 2005, 39) und spielt damit auf den bereits von Darwin als evolutionär früh angelegt angenommenen Schönheitssinn (vgl. Darwin 1875, 112) an. Gemessen an der tiefen Zufriedenheit, der strahlenden Freude und dem sinnerfüllten Genuss, die Menschen mit Demenz im ästhetischen Erleben mindestens genauso intensiv zu empfinden in der Lage sind wie Menschen ohne Demenz, ist es allerdings erstaunlich, wie

wenig Beachtung dieses Thema über die genannten Beispiele hinaus in der Demenzforschung findet.

Den ›Sinn für Sinnliches‹ verstehe ich als ein invariantes Merkmal des Menschseins im Sinne einer anthropologischen Konstanten und betrachte ihn als zentrale Verbindung zwischen demenziellen Phänomenen und künstlerischer Therapie. Die ehemalige Bundesministerin Ursula von der Leyen bringt diese Erlebensqualität in einer Stellungnahme zum Thema Demenz zum Ausdruck:

Die Demenz verändert die Sicht auf die Dinge. Worte schwinden, die Namen, Orte und Zusammenhänge geraten in Vergessenheit. [...] Den Vogel, der singt, kann der früher so kundige Ornithologe schon lange nicht mehr benennen, aber dass es um ihn herum zwitschert, lässt ihn gleichwohl lächeln. (Leyen 2009, 15)

Solange sie sich noch sprachlich artikulieren können, drücken viele Menschen mit Demenz ästhetische Ergriffenheit schlicht in dem Ausdruck ›schön‹ aus. So zeigt sich beispielsweise in einem Lehrfilm eine Pflegeheimbewohnerin erfreut darüber, dass der Musiktherapeut ihren Gesang aufgreift, und rundet ihre Stegreifdichtung zu einem bekannten Volkslied mit den Worten ab: »Und dann ist alles schön.« (Vincentz Network 2007) Eine Heimbewohnerin, mit der ich einen Frühlingsspaziergang machte, erlebte helle Begeisterung, als sie den Ruf eines Vogels vernahm:

Frau M. war so entzückt darüber, dass sie ganz aufgeregt war, und sprach unzusammenhängend Worte wie: »Da! Schön!« Kurz zuvor noch ausgezehrt und in einer Art Dämmerzustand, erschien sie mir nun wie zu neuem Leben erweckt. Sie richtete sich auf, horchte und erschauerte vor Glück, als zum dritten Mal der Vogelruf ertönte.

Zweifellos betrifft die Empfindsamkeit von Menschen mit Demenz für leiblich ergreifende Atmosphären nicht allein auditive Phänomene, wenngleich diese aufgrund ihrer phänomenalen Ortlosigkeit als prototypisch atmosphärisch eingeschätzt werden (vgl. Böhme 2006) und ihr Einfluss auf Stress und Wohlbefinden bei Menschen mit Demenz besonders stark zu sein scheint (vgl. Muthesius et. al. 2019).

3.7. Gesteigerte Atmosphärensensibilität

Ebenso wie für Menschen ohne Demenz besteht für Menschen mit Demenz die Bedeutung von Atmosphären in leiblichem, sich dem

sprachlichen Zugriff entziehenden Ergriffensein. Doch wo die einen sich von der Wirkungsmacht des Atmosphärischen lediglich unterschwellig beeinflusst fühlen, dabei jedoch am Primat des verstandesgeleiteten Lebens festhalten, wächst für die anderen ihre Bedeutung offenbar proportional zur Abnahme ihrer kognitiven Fähigkeiten zu existentieller Dimension heran. Ich behaupte, dass die Bedeutung von Atmosphären umso deutlicher hervortritt, je niedriger das kognitive Funktionsniveau ist.

So äußerte beispielsweise eine Heimbewohnerin, die in einer Dienstbesprechung von Pflegenden dabeisaß, unvermittelt: »So, Schluss!« In dem Moment spürten die übrigen Anwesenden den atmosphärischen Spannungsabfall, blickten auf die Uhr und bestätigten: »Ja, wir sind auch am Ende.«

Die erhöhte Sensibilität für atmosphärische Veränderungen bezieht sich zumeist auf leibliches Erleben im konkreten Umraum. Im Wahrnehmen von Atmosphären erhalten Menschen mit Demenz folglich Auskunft über Gefühlsdynamik und Stimmung im Raum. Als Pflegeheimbewohner:innen sind Menschen mit Demenz freilich permanent unfreiwillige Hörende in weitgehend ungestalteten Atmosphären. Jeffrey Kittay bezeichnet Heimbewohner:innen als ›*captive audience*‹ (Kittay 2008, 41) und unterscheidet ihre Situation grundlegend von Situationen, in denen sich Menschen freiwillig in unbeeinflussbare Hörumgebungen begeben, etwa bei einem Konzertbesuch.

Die gesteigerte Atmosphärensensibilität Demenzbetroffener liegt zum einen in den schwindenden Fähigkeiten und Möglichkeiten zur *Umweltgestaltung* begründet. Abnehmende Mitteilung- und Mitgestaltungsfähigkeit geht einher mit mangelnden Möglichkeiten der Einflussnahme. Menschen mit Demenz sind zunehmend eingeschränkt in der Lage, ihren Lebensraum so zu gestalten, dass er ihren Bedürfnissen entspricht. Als stark kognitiv beeinträchtigte Personen, die in ihrer Urteilsfähigkeit und in ihrem Sprachvermögen eingeschränkt sind, können sie sich außerdem nur bedingt gegen unangenehme Umwelteinflüsse zur Wehr setzen oder ihnen ausweichen.

Ein weiterer Grund für gesteigerte Atmosphärensensibilität ist das nachlassende Vermögen, sich atmosphärischen Wirkungen zu entziehen, etwa durch *kognitive Distanzierung*: Erfasst eine Betroffene etwa eine vorübergehende atmosphärische Kühle, so ist sie unter Umständen nicht in der Lage zu denken: »Das geht vorbei, und danach wird es wieder angenehmer.« Durch kognitive Distanzierung wäre sie

in der Lage, in der Situation trotz leiblich erlebtem Unwohlsein zu verweilen, sie auszuhalten.

Auch die Möglichkeiten *medialer Distanzierung* schwinden. Beschäftige ich mich beispielsweise in einer unangenehmen Wartesituation etwa an einer Bushaltestelle mit meinem Smartphone und erschaffe mir damit eine virtuelle Realität, so bleiben Menschen mit Demenz unmittelbar mit den Atmosphären der Realsituation befasst. Das führt dazu, dass sie sich in solchen Situationen nicht mehr ausreichend emotional regulieren können und folglich mit Stress reagieren.

Die *abnehmende Verbalität* ist als weiterer Grund für gesteigerte Aufmerksamkeit für Atmosphärisches zu nennen. So gründet die Bewohnerin in oben beschriebenem Beispiel ihre Überzeugung, dass die Dienstbesprechung beendet ist, vermutlich auf non-verbale Signale der Pflegenden (unruhiges Zurechtsetzen auf dem Stuhl, Schließen eines Aktenordners oder ähnliches). Kann ich hören, aber nicht mehr verstehen, versuche ich unweigerlich, meine Orientierung aus sinnesbezogenen ›Daten‹ zu gewinnen, welche sich in der Summe atmosphärisch vermitteln.

Schließlich führt die demenzübliche Beeinträchtigung des *Kurzzeitgedächtnisses* dazu, dass Situationen im Takt weniger Minuten immer wieder neu erlebt werden. So wird auch der Einfluss der Atmosphäre immer wieder neu erlebt. Die betroffene Person befindet sich gleichsam in einer andauernden Übergangssituation, die sie beständig in Atmosphärenwirkungen hineintaucht, ohne dass es zu Habitualisierung, also Gewöhnung kommen kann.

Für Menschen mit schwerer Demenz scheint die Bedeutung von Atmosphären geradezu daseinsbestimmende Ausmaße anzunehmen. Unverstellt durch Kognitionen nimmt die Präsenz von Dingen, Menschen und Umgebungen unmittelbaren Einfluss auf ihr Befinden. In folgendem Beispiel hat der Therapeut offensichtlich nicht bemerkt, wie sehr – im konkreten Wortsinn leibhaftig – eine Gruppenteilnehmerin über ihre sinnliche Wahrnehmung mit einem Gegenstand verbunden war. So kam die Entfernung des Gegenstandes einer körperlichen Amputation gleich:

Am Ende einer musiktherapeutischen Begegnung sammelte ich die auf dem Tisch verstreut liegenden Kleininstrumente ein. Als ich ein Glockenband aufnehme, heult Frau M. laut auf, als wären ihr plötzlich Schmerzen zugefügt worden. Ich erschrecke, lege das Glockenband wieder auf den Tisch. Sofort beruhigt sich Frau M. wieder.

Neben ihrer erhöhten Verletzlichkeit im Zusammenhang mit schädlichen Atmosphären liegt in der Zunahme der Atmosphärensensibilität Demenzbetroffener eine wertvolle Ressource: Indem Menschen mit Demenz häufig stärker in der Lage sind, ihr leibliches Dasein unverstellt von kognitiven Vorgängen zu erleben, haben sie Menschen mit intakter Kognitivität, die mitunter die Beziehung zu ebendieser Dimension von Leiblichkeit vermissen, durchaus etwas voraus. Jedenfalls berichten viele Begleiter.innen Demenzbetroffener, dass sie genau durch diese Unmittelbarkeit des Erlebens besonders beeindruckt sind und in ihr eine Kompetenzzunahme der Betroffenen sehen. Sabine Weidert etwa kommt zu der Überzeugung, »dass es neben einer defizitorientierten Definition der Degeneration von Gehirnmasse und Geist in der Demenzerkrankung auch ein Mehr gibt: das leibliche Erleben.« (Weidert 2007, 79) Wenn das explizite Wissen zunehmend weniger zur Verfügung steht, wird das leibliche Spüren zum Orientierungsanker und zum Garanten der Kontinuität der Persönlichkeit des Betroffenen.

Das leibbezogene Dasein im diffusen Erleben sich auflösender Grenzen lässt also insbesondere Menschen mit schwerer Demenz als besonders atmosphärensensible Personen erscheinen. Sie werden zunehmend rezeptiv für die atmosphärische Wirkung von Dingen, Menschen und Umgebungen und sind ihr schutzloser ausgeliefert als Menschen mit voll ausgebildeten kognitiven Fähigkeiten. Damit geht eine erhöhte Vulnerabilität einher, die das Umfeld zu entschiedener Mitverantwortung für die Gestaltung von Atmosphären bewegen sollte. Andererseits erhalten sie sich die Fähigkeit, angenehme ästhetische Erfahrungen zu genießen, und entwickeln mitunter sogar einen gesteigerten Sinn für Sinnliches. Damit begründet sich der Einbezug ästhetischer Medien und künstlerischer Methoden in die Begleitung von Menschen mit Demenz. Diese Erkenntnisse bringen zu Bewusstsein, dass in behutsam und ästhetisch gestalteter Atmosphäre die Chance liegt, Leid erzeugende Aspekte der Demenz zu mildern. Es ist eines meiner Kernanliegen zu zeigen, wie entsprechende Ansätze beschaffen sein können.

4. Schwellenräume

Ausgehend von den Schilderungen des vermuteten Erlebens Demenzbetroffener, das sich in multipler Weise als grenzauflösend

zeigen mag, werde ich hier das Konzept ›Grenze‹ noch einmal genauer unter die Lupe nehmen und dadurch das Verständnis atmosphärischer Wirkungszusammenhänge erweitern. In der Auseinandersetzung mit Demenz wird offenbar, dass in die Vorstellung von Grenzen im atmosphärischen Wirkungsfeld eine Art Wischbewegung eingreifen muss, die jede scharfgezeichnete Linie sogleich in eine diffuse Zone verwandelt. Die Grenze im Atmosphärischen ist weichgezeichnet.

Verschwunden ist die Grenze nicht. Zwar werden aus kategorialen Gefühlen vage Stimmungen, aus klar umgrenzten Privaträumen fremd anmutende, respektive Geborgenheit stiftende Kollektivsphären, aus eindeutigen Selbstkonzepten unsichere und wechselhafte Vorstellungen von Identität. Unterscheidende Zonen jedoch bleiben realitätskonstituierend – bloß nicht länger in Form scharfer Abgrenzung, sondern viel eher als graduelle Verschiebungen, diffuse Kontaktzonen, gleitende Übergänge und vieldeutige Zwischenräume. Diesen Sachverhalt fasse ich mit dem Begriff ›Schwellenraum‹, den ich in Rekurs auf eine Arbeit des Medienwissenschaftlers Volker Demuth verstehe. Aus kulturhistorischer Perspektive bezeichnet Demuth »Schwellen als die eigentlichen Gelenke in der Anatomie des Zusammenlebens« (Demuth 2006, 108). Durch sie entwickle sich ein Beziehungsfeld von Identität und Differenz, Eigentümlichkeit und Fremdheit. Im Unterschied zur trennenden und ausgrenzenden Natur der Grenze könne die atmosphärische Zwischenzone des Schwellenraumes geradezu als Ideal egalitärer, Gegensätze integrierender Gemeinschaften angesehen werden. (Vgl. ebd., 110)

Wenn wir davon ausgehen dürfen, dass Atmosphären vor allem in den Übergängen wahrnehmbar werden, thematisiert das genau die diffuse, geografisch indeterminierte Zone des Schwellenraums: »Wenn ich in einen Raum hineintrete, dann werde ich in irgendeiner Weise durch diesen Raum gestimmt. Seine Atmosphäre ist für mein Befinden entscheidend.« (Böhme 1995, 15) Im Eintritt, im Überschreiten von Schwellen wird also die sinnlich-affektive Tönung einer Umgebung erlebbar, wodurch deutlich wird, dass der dynamische Aspekt von Atmosphären sich in der ästhetischen Erfahrung von Schwellenräumen zeigt. Alltäglich ist beispielsweise die Erfahrung, in einen Sitzungsraum einzutreten, um sogleich festzustellen, wie stickig und verbraucht die Luft ist, häufig einhergehend mit der Verwunderung, dass keiner der bereits Anwesenden das klimatische Übel bemerkt hat. In der Bewegung des Eintretens offenbart sich die atmosphärische Qualität, die im Verweilen wieder ins Unterschwel-

lige absinkt, um von dort aus weiter zu wirken. Gleichmaßen lassen sich auditive Beispiele finden, etwa im Übergang zwischen unterschiedlichen Klangsphären: beim Durchschreiten des Bereiches einer Fußgängerzone, in der Musik aus einem Café klingt, oder beim Hinaustreten aus der Stille eines Kirchenraums in die Sphäre urbanen Verkehrslärms.

Und schließlich können auch durch Musik selbst Schwellenübergänge zwischen unterschiedlich gestimmten Erlebnisräumen entstehen, beispielsweise wenn auf eine schreitende Andante-Sequenz ein schnelles Presto folgt und die Hörenden leiblich spürbar in Aktivität versetzt. Oder wenn eine melancholische Passage in Moll von einem strahlenden Dur abgelöst wird und sich unweigerlich die Mimik der Hörenden aufhellt. Oder wenn nach einem anschwellenden Aufbau eines EDM-Stücks endlich und heiß ersehnt der Beat *dropt*, und die Tanzenden durch diese musikalische Wandlung in eine völlig neue Dimension befördert werden. Dreh- und Angelpunkt einer atmosphärischen Auffassung musikalischer Phänomene ist wiederum die leibliche Anwesenheit im Raum. Feinsinnig dem Hörerleben nachspürend notiert Böhme, »dass der Mensch durch sein leibliches Spüren in den Raum gewissermaßen auslangt, und der leibliche Raum, der sich durch dieses Außer-sich-Sein, das Draußen-Sein konstituiert, wird durch die Musik modifiziert.« (Böhme 2005, 311)

Die Schwelle wird in dem hier behandelten Kontext also als weich gezeichnete Form der Raumunterscheidung betrachtet, die durch ihren Anmutungscharakter die Raumerfahrung unmittelbar dem erlebenden Subjekt zuteilwerden lässt. Anders als die mathematisch determinierte Grenze existieren Schwellen nicht *per definitionem*, sondern entziehen sich objektivierenden Festlegungsversuchen. Mehr noch: Ihre unterschwellige Wirkmacht und ihre Verortung im prä- oder postkognitiv Atmosphärischen lassen Schwellen als Kraftfelder erscheinen, die das Subjekt auf irrationaler Ebene ergreifen.

Die notwendige Vermittlung zwischen Räumen lässt sich am Beispiel einer schwer demenzbetroffenen Person verdeutlichen, die sich nicht traut, von einem hellen Bodenbelag auf einen dunkleren überzutreten in der Annahme, es könnte ein Abgrund sein. Hier zeigt sich die repressive, zurückstoßende Natur der scharfen Trennungslinie. Grenzen spalten buchstäblich den Raum, verhindern Übergänge und erzeugen Angst – Schwellenangst:

Frau S. fürchtet sich vor jedem Schwellenübertritt. Ohne Hilfe gelingt es ihr nicht, von einem Raum in einen anderen zu gelangen. Wenn

sie sich im Flur des Wohnbereichs aufhält, kann sie nicht selbständig an der offenen Musikkunde im Wohnzimmer teilnehmen, selbst wenn sie sich noch so sehr von der Musik angezogen fühlt. Verzweifelt im Dilemma verhaftet steht sie dann am Türrahmen, und es braucht intensives auf sie Eingehen, um ihr ängstlich zitternd über die Schwelle zu helfen.

Meiner Auffassung nach können in dieser Vermittlung äußerer Räume und innerer Erlebnisräume die künstlerischen Therapien eine zentrale Position einnehmen, da sie bei dienender Ausrichtung auf das Subjekt gleichzeitig immer mit materialen Aspekten künstlerischer Medien umgehen. Das Künstlerische ist gewissermaßen selbst der vermittelnde Raum.

5. Atmosphären therapeutisch gestalten

Atmosphären haben als solche weder therapeutischen Wert noch werden sie in therapeutischer Intention erzeugt. Sie entstehen in der Regel unabhängig von gezielter Einflussnahme im Verborgenen der subtil wirkenden Gesamtheit von Lebensäußerungen in Verbindung mit der unbelebten Umgebung. Infolge der hohen Komplexität und Kontingenz ihrer Entstehungszusammenhänge sowie dem hohen Grad an Subjektivität können Atmosphären als *unverfügbar* gelten (vgl. Rosa 2018). Treffender als durch die Äußerung einer 92-jährigen demenzbetroffenen Heimbewohnerin, die sich in einer musiktherapeutischen Begegnung mit folgender Äußerung an mich wandte, kann dieses pragmatische Problem nicht geschildert werden:

»Ich mag es, wenn Dinge auf Schönheit gegründet sind. Wenn sie zueinander passen und zu den Menschen passen. Das kann man aber nicht heranziehen, das muss man finden. Und manchmal findet es sich, und dann löst es sich wieder auf. Ob das stimmt, was ich sage, weiß ich nicht, aber ich hoffe es.«

Ihre Unverfügbarkeit ruft zu Vorsicht und Bescheidenheit im Umgang mit Atmosphären auf, wobei freilich nicht von der Hand zu weisen ist, dass ganze Berufsgruppen sich professionell mit der Gestaltung von Atmosphären befassen: Designer:innen, Komponist:innen, Architekt:innen und ja, auch Therapeut:innen. Dem pathischen Grundzug von Atmosphären tritt hier ein aktiv gestaltendes Moment zur Seite, das gleichermaßen handlungsethische wie ästhetische Fragen aufwirft. Wird Atmosphären keine Beachtung geschenkt,

entfalten sie sich gleichsam wildwüchsig. Das kann unter günstigen Bedingungen zu wohltuenden Atmosphären führen. Unter ungünstigen Bedingungen kann die Ignoranz dieser elementaren Erlebnisdimension schädliche, ungesunde und inhumane Auswirkungen haben.

Interessant ist in diesem Zusammenhang die Frage, ob und wie atmosphärische Bedingungen, die zur Entstehung ästhetischen Erlebens verhelfen, therapeutisch hergestellt oder begünstigt werden können. Hierfür habe ich mit der größeren Forschungsarbeit, die vorliegendem Beitrag zugrunde liegt, den Terminus ›Therapeutische Atmosphäre‹ eingeführt (vgl. Sonntag 2013/16). Damit meine ich benigne Atmosphären, insofern ihr Entstehen durch qualifiziertes therapeutisches Handeln begünstigt wird, und ich definiere Therapeutische Atmosphären als ästhetisch einladenden und haltgebenden Schwellenraum, der ermöglicht, sich ohne Handlungs- und emotionalen Druck in spürbarer Anwesenheit anderer selbst zu erleben. Das Konzept wurde auf einer breiten Datengrundlage in eine handlungsleitende Systematik ausdifferenziert, die therapeutische *Methoden* in Abhängigkeit von *Qualitäten des Settings*, auf der Grundlage ethisch begründeter *Haltungen* und ausgerichtet an spezifischen *Prinzipien* thematisiert. (Vgl. ebd.) Die Relevanz der handlungsleitenden Systematik konnte in einer Untersuchung unter dem Blickwinkel fachspezifischer Kompetenzen bestätigt werden. (Vgl. Kraus 2016) Die Autorin interpretiert die Ergebnisse einer Fragebogenstudie dahingehend, dass das Atmosphärenkonzept von praktizierenden Musiktherapeut:innen als weitgehend zutreffend eingeschätzt wird sowie sinnvoll durch weitere Aspekte ergänzt und in großen Teilen auf andere Anwendungsfelder der Musiktherapie übertragen werden kann.

5.1. Funktionen Therapeutischer Atmosphären

In Therapeutischen Atmosphären kommt der amorphe Wesenszug von Atmosphären zum Tragen, der sowohl in Richtung der Gestaltbildung als auch der Gestaltauflösung weist und die Dialektik von Atmosphären zwischen Erscheinen und Vergehen ausmacht. Dieser Raum ist gewissermaßen nach zwei Seiten offen, »zur Bedeutung und zur Nicht-Bedeutung, zu Zusammenhang und Beliebigkeit, zu Beziehung und Für-sich-Sein« (Deuter 2005, 227). Therapeutische Atmosphären ermöglichen somit ›Momente des Auftauchens‹ aus dementieller Versunkenheit ebenso wie den Rückzug in dementielle

Selbst- und Weltferne. (Vgl. Sonntag et al. 2008) Sie stellen die Bedingungen für Lebensqualität und Bezogenheit auf demenzbedingt postreflexivem Niveau her und dienen der Gestaltung einer dynamischen, haltgebenden und entlasteten Umwelt. Wo das versiegende Vermögen, sich verbal zu artikulieren, häufig Beziehungsabbrüche und sozialen Tod zur Folge hat, spannen Therapeutische Atmosphären einen Raum auf, in dem sich Leben und Zusammenleben weitgehend unabhängig von kognitiven Kompetenzen wie Sprache oder Gedächtnis ereignen kann.

Therapeutische Atmosphären begleiten das allmähliche, aber keinesfalls linear verlaufende Abschiednehmen von der Welt. Sie sind ein Mittel, den Schwellenraum zum Tod wahrzunehmen, zu verstehen und zu gestalten. Ihre Funktionen fasse ich unter den phänomenologischen Begriffen ›Zur-Welt-Kommen‹, ›In-der-Welt-Sein‹ und ›Aus-der-Welt-Gehen‹ zusammen (vgl. Sonntag 2013/2016, 188). In Anlehnung an Böhme basieren diese Begriffe auf der ›Geburtlichkeit‹ als Erfahrung des Menschen, »immer wieder auf sich selbst zukommen zu können« (Böhme 2003, 233).

Ich betrete den Gemeinschaftsraum. Frau H. sitzt allein mit gebeugtem Rücken an einem Tisch, hält die Augen geschlossen und summt selbstvergessen die Melodie des »Hamburger Veermaster«. Ihr Kopf schaukelt und wippt kaum merklich im Takt des Liedes. Mich zu ihr setzend nehme ich ihre Bewegungen auf und stimme in die Melodie ein. Sie richtet sich auf, wendet mir den Blick zu und ruft überrascht: »Das bin ja ich!«

5.2. Merkmale Therapeutischer Atmosphären

Die Therapeutische Atmosphäre im dementiellen Da- und Miteinander zeichnet sich durch große Offenheit und Vieldeutigkeit aus, die aber gleichzeitig nicht beliebig ist, sondern Anknüpfungspunkte bietet. In dieser Doppelfigur zwingt sie nicht in eine Ordnung, sondern gibt Strukturangebote, die Einladungscharakter haben. Verwechslungen dürfen stattfinden, Ungenauigkeiten werden nicht bewertet, schroffe Gegensätze ausgeglichen und Lücken des Unvermittelten gefüllt. Atmosphäre wird gleichermaßen als Umraum und *fluidum* erfahrbar, die flexibel auf die Bedürfnisse und Lebenslagen von Menschen mit Demenz abgestimmt sind. Dadurch wirkt sie inklusiv, vermag Menschen unterschiedlicher kognitiver Niveaus

einzu beziehen und Unterschiede zu integrieren: Irrationales, Unerwartetes, starke Gefühle, seichtes Dahinplätschern, bizarre Verhaltensweisen und ganz unaufgeregtes Miteinander. Insgesamt konnte ich neun Merkmale Therapeutischer Atmosphären definieren. (Vgl. Sonntag 2013/16, 198ff.)

Einen dezent atmosphärisch unterstützten, sorglos geteilten Raum beschreibt folgende Szene aus der stationären Betreuung Demenzbetroffener, in der die Anwesenden ein Miteinander ohne Handlungs- oder Interaktionsdruck erleben. Die Tätigkeit des Musiktherapeuten besteht in diesem Beispiel in atmosphärisch moderierendem Spiel, das Anknüpfung zulässt, jedoch nicht in (Inter-)Aktivität zwingt.

Vor dem Kaffeetrinken. Frau S. liegt rittlings mit herabbaumelnden Füßen auf dem Wasserbett, das in einem Ruheraum steht, der neben dem Tagesraum für jeden jederzeit zugänglich ist. Frau Balke sitzt an der Bettkante und plaudert in unverständlichen Worten. Ich lehne mich an den Bettaufbau und klimpere auf der Gitarre. Herr R. betritt den Raum, legt sich seitlich aufs Bett, Frau S. zugewandt. Frau S. summt mit, wann immer mein Spiel ein Lied andeutet, das sie kennt. Sie faltet die Hände auf dem Bauch und gähnt: »Ach Kinder, morgen geht der Ernst des Lebens wieder los. Da muss ich wieder arbeiten.«

5.3. Die Gestaltung auditiver Milieus

Im Kontext der Musiktherapie im offenen Setting geraten neben den Erfordernissen zur Gestaltung Therapeutischer Atmosphären auch die Klangumgebungen der Pflegestationen außerhalb therapeutischer Situationen in den Blick. Deshalb beschäftigt mich die Frage, wie Erkenntnisse über die Zusammenhänge von Hören und Gesundheit, von Atmosphäre und Wohlbefinden, in die Gestaltung von Alltagsumgebungen stationärer Pflege einbezogen werden können. Konzeptionelle Grundlagen für die Gestaltung auditiver Milieus, darunter Ausführungen zur Qualität und Quantität von Geräuschen, zu Fragen der Raumakustik, zu auditiven Aspekten des Personalverhaltens sowie zu Einsatzmöglichkeiten von Musik eröffnen ein neues Feld interdisziplinärer Kooperationen. (Vgl. Sonntag 2013/2016) Ausgehend von musiktherapeutischer Forschung findet das Atmosphärenkonzept dadurch Eingang in Bereiche, in denen nicht Personen Adressaten atmosphärenbezogener Interventionen sind, sondern der

Raum selbst. Welche auditive Gestaltung dürfen Menschen erwarten, die als gesteigert vulnerable *captive audience* beachtliche Summen dafür zahlen, im Pflegeheim versorgt zu werden?

Besonders die schädigende Wirkung lauter Wohnumgebungen ist bereits seit einigen Jahren Gegenstand empirischer Studien. Es wird betont, dass Hintergrundschall und Störgeräusche in Wohnbereichen für Menschen mit Demenz möglichst vermieden werden sollten. (Vgl. van Hoof et al. 2010; Pollock & Fuggle 2013; Hayne & Fleming 2014). Bereits 1988 untersuchten Cleary und Kolleg.innen die Auswirkungen einer *reduced stimulation unit* – also die Auswirkungen eines Wohnbereiches, in dem Reize und Anregungen für die Bewohner.innen reduziert wurden. Es gab dort nur kleine Tische für maximal vier Bewohner.innen, es fanden nur Gruppenangebote mit wenigen Teilnehmern statt, es gab nur Bilder in neutralen Farben. Verzichtet wurde außerdem auf Fernseher, Radios und Telefone – es war nur ein Notfalltelefon vorhanden. Bewohner.innen konnten sich in dem Wohnbereich frei bewegen, sich hinsetzen oder essen, wo sie wollten, und Mitarbeitende und Familienangehörige wurden in ihrem Verhalten geschult. (Vgl. Cleary et al. 1988, 511f.) In einem Vorher-Nachher-Vergleich wurden unterschiedliche Faktoren gemessen, unter anderem wurde das Verhalten der Bewohner.innen eingeschätzt, das sich statistisch signifikant verbesserte. Auch bezüglich der Interaktionen der Bewohner.innen wurden Verbesserungen beobachtet. Besonders Familienangehörige waren von dem Wohnbereich sehr angetan und hatten den Eindruck, ihre Angehörigen würden davon profitieren.

In einer neueren Forschungsarbeit wurden Umsetzungsmöglichkeiten der von mir vorgelegten Konzeption zur Verbesserung auditiver Milieus in der Praxis stationärer Altenpflege im Vorher-Nachher-Vergleich untersucht. (Vgl. Nowack 2018) Zwischen zwei Erhebungen wurden die Mitarbeitenden dreier Wohnbereiche für Menschen mit Demenz in Fortbildungen sensibilisiert (z.B. Schulung des Gehörs), und es fanden technische Veränderungen in den Wohnbereichen statt (z.B. Installation von Schallabsorbern). Untersucht wurde unter anderem die Frage, wie sich die veränderten auditiven Milieus auf die Stimmung der Bewohner und Mitarbeiter auswirken. Insgesamt zeigten sich positive Korrelationen zwischen Lautstärke und dem durchschnittlichen Wohlbefinden, wobei betont wird: Eine hohe Lautstärke muss nicht nur negativ erlebt werden, sondern steht auch für Kontakt, Interaktion und Anteilnahme. Das Lautstärkeerle-

ben scheint von der tatsächlichen Lautstärke bzw. dem Verlauf der Lautstärke abzuhängen. Das Lautstärkeerleben scheint auch von der Ausprägung und dem Krankheitsgrad der Demenz abzuhängen. Die Untersuchungen deuten darauf hin, dass Menschen mit beginnender Demenz eher positiv auf Lautstärke reagieren, Menschen mit fortgeschrittener Demenz mit herausforderndem Verhalten eher negativ. Hier scheint die Unruhe durch eine hohe Lautstärke noch verstärkt zu werden. In Zeiten, in denen ausschließlich technische Klänge zu hören waren, war das durchschnittliche Wohlbefinden deutlich niedriger als zu Zeiten, in denen ausschließlich menschliche Klänge zu hören waren. Es ist aufschlussreich, wie differenziert Menschen mit Demenz auf die Lautstärke in ihrem Wohnbereich reagieren.

Die Ergebnisse dieser Studien bekräftigen die Behauptung, dass Menschen mit Demenz besonders sensibel für Atmosphärisches sind. Auffällig ist freilich, dass es in den Forschungen häufig allein um die Reduktion von Lärm geht und die Frage nach positiven Klängen, die es zu erhalten gilt oder die gefördert werden können, kaum eine Rolle zu spielen scheint. Die Einrichtung ästhetisch ansprechender Milieus, die Erzeugung von ›Hörenswürdigkeiten‹ sowie generationengerecht und demenzfreundlich abgestimmter Atmosphären ist – Ausnahmen bestätigen die Regel – Zukunftsmusik. Gleichwohl werden qualitative Empfehlungen zur Gestaltung auditiver Milieus (vgl. Sonntag 2013/2016) in Aus-, Fort- und Weiterbildungen vermittelt, und meiner Beobachtung nach ist das Bewusstsein für Atmosphären in stationärer Pflege und das *Know-how* im Umgang mit ihnen in den vergangenen Jahren gewachsen.

6. Outro: Therapeutische Praxis zwischen Abwarten und Eingreifen

Es ist mir ein zentrales Anliegen in Forschung, Praxis und Lehre geworden, zur Entwicklung beruflicher Haltungen und Konzepte beizutragen, die einen sorgenden und gleichzeitig gelassenen Umgang mit Menschen mit schwerer Demenz über Jahre ermöglichen. Beständig versuche ich deshalb, Praxiserfahrungen zu reflektieren, in Beziehung zu Theorie zu setzen und in Texten wie diesem zum Sprechen zu bringen. Theorie – etwa die hier zurate gezogenen phänomenologischen Konzepte – dient mir dabei als Sehhilfe. Sie sensibilisiert meine Wahrnehmung. In der therapeutischen Ausrichtung auf Atmo-

sphärisches liegt aus meiner Sicht das Potential, ästhetisch erlebbare Schwellenräume zu kultivieren, die den sich wandelnden Bedürfnissen und Erlebniswelten Demenzbetroffener gerecht werden.

In den hier ausgeführten Haltungen und Ansichten entdecke ich Möglichkeiten des Umgangs mit der mächtigen und gleichzeitig subtilen Bedrohung, die durch die Nähe von Tod und unheilbaren Erkrankungen ausgeht. Menschen mit Demenz stellen professionelle Expertise und therapeutische Anstrengungen infrage und rücken die Grenzen menschlicher Machbarkeit in den Blick. Die Verglebarkeit kurativen Bemühens sowie das ungewöhnliche Verhalten demenziell betroffener Menschen irritieren und verunsichern. Der Geriater Lawrence Lazarus stellt mit Blick auf Gegenübertragungsphänomene in der Psychotherapie mit alten Menschen fest:

Für einige Therapeuten kann der ältere Patient auf den ersten Blick unattraktiv und unergiebig oder zu nahe am Tod und einer therapeutischen Anstrengung deshalb nicht wert sein. Der Therapeut kann antworten mit: Zurückziehen aus der Behandlung, Übereifrigkeit und Omnipotenz oder einem Gefühl schwindenden Selbstvertrauens und nachlassender Kompetenz. (Lazarus 1992, 140)

Am Ende vorliegender Arbeit tritt mir ein Charakteristikum der Begleitung von Menschen mit Demenz besonders deutlich vor Augen, das ich abschließend im polaren Verhältnis von *Abwarten* und *Eingreifen* fassen will. Fremdes aushalten zu können und Handlungsimpulse, die dem eigenen Ordnungsbedürfnis entspringen, zu suspendieren und gleichzeitig in ausreichendem Maße zu unterstützen, erfordert beständige Selbstreflexion. Die vorschnelle Übernahme der Handlungsinitiative mündet in Bevormundung und Abhängigkeit und verstärkt die sozialpsychologische Dynamik demenzieller Prozesse. Andererseits kann die Unterlassung von Unterstützungsangeboten zu sträflicher Vernachlässigung hilfebedürftiger Personen führen. Therapeutisches Handeln, das feinfühlig mit Atmosphären umgeht, geschieht von der Wahrnehmung her und setzt große Offenheit gegenüber dem Unerwarteten voraus. Das geduldige Abwarten des rechten Augenblicks für therapeutisches Eingreifen gibt Menschen mit Demenz Raum und Rahmen zur Selbstorganisation. In diesem Sinne möchte ich mit einer letzten Schilderung einer Praxissituation schließen, in der der Therapeut lange Zeit in der Rolle des teilnehmenden Beobachters verweilt, bevor er sich schließlich für eine unspektakuläre Intervention (das Singen eines Abendliedes) entscheidet:

Tagesausklang. 12–13 Menschen sitzen an einem großen Tisch. Das Licht ist gedämpft, in der Mitte des Tisches brennen Kerzen, steht eine Vase mit halbwelken Blumen. Deutlich habe ich das Gefühl: Hier ist etwas im Gleichgewicht, jetzt bloß nicht stören. Minutenlang nur beobachten: Frau K. hat, nachdem sie um ein Haar die Vase vom Tisch gezogen hätte, von der Praktikantin eine Blume geschenkt bekommen, die sie jetzt in kleinste Teile zerpfückt. Neben ihr sitzt Frau P., die sich ihr zuwendet und lobend ihre Handlung kommentiert. Mit Herrn S. unterhält sich Frau M.; ich verstehe nur, dass sie sich amüsieren. Frau G. im Rollstuhl legt ihren bestrumpften Fuß auf den Tisch und verteilt mit ihm eine Saftlache. Frau S. nickt ein. Mittlerweile sind die Bestandteile der Blume wieder auf dem Tisch gelandet und werden von Frau K. zu einer Form zusammengelegt. »Oh, eine Blume!«, kommentiert freudig Frau P.. Frau H. summt mit geschlossenen Augen den Hamburger Veermaster. Frau B. zupft ihr Kleid, stellt ihr Saftglas gefährlich auf die Stuhllehne und nimmt keine Notiz von ihrem Gegenüber Frau U., die ihre Oberkieferprothese aus dem Mund nimmt und ableckt. Bei jedem Ausatmen seufzt leise Frau K. und Frau N. zählt die fünf im Kreis aufgestellten Kerzen: »1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8: Acht Kerzen.« Ich bin wie gebannt, schaue und höre zu, ergriffen von der Harmonie dieses ungewöhnlichen Beisammenseins. Plötzlich weiß ich: Jetzt ist der richtige Zeitpunkt für eine Intervention, entferne dezent das Glas von der Stuhllehne und stimme dann leise mit der Gitarre ein Abendlied an. Das war wahrscheinlich der Moment kurz bevor Frau U. aufstehen und weggehen würde, andere ihr folgen und suchend auf dem Gang umherirren würden, Frau M. angefangen hätte, sich über den Fuß von Fr. G. aufzuregen, das Glas von der Stuhllehne und mit ihm die ganze Sache irgendwie »gekippt« wäre.

Literaturverzeichnis

- Baer, U. (2007). Innenwelten der Demenz. Eine leibphänomenologische Untersuchung des Erlebens demenzkranker Menschen. Neukirchen-Vluyn: Affenkönig.
- BAG (Bundesarbeitsgemeinschaft Musiktherapie) (1998). Kasseler Thesen zur Musiktherapie. Musiktherapeutische Umschau, 19 (3), 231–235.
- Böhme, G. (1995). Atmosphäre. Essays zur neuen Ästhetik. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Böhme, G. (2003). Leibsein als Aufgabe. Leibphilosophie in pragmatischer Hinsicht. Kusterdingen: SFG-Servicecenter.

- Böhme, G. (2005). Die Musik modifiziert das Gefühl, im Raum zu sein. *Musiktherapeutische Umschau*, 26 (3), 307–313.
- Böhme, G. (2006). *Architektur und Atmosphäre*. München: Fink.
- Brod, M., Stewart, A., & Sands, L. (2000). Conceptualization of Quality of Life in Dementia. In S. Albert & R. Logsdon (Hrsg.), *Assessing Quality of Life in Alzheimer's Disease* (S. 3–16). New York: Springer.
- Bronfen (2006). Die List der Übertragung. *Die Zeit*, 19, 45.
- Bruder, J. (2001). Grundlagen stationärer Dementenbetreuung. Das Hamburger Modellprogramm und seine Auswirkungen. In P. Dürrmann (Hrsg.), *Besondere stationäre Dementenbetreuung* (S. 16–32). Hannover: Vincentz.
- BSGFV (Behörde für Soziales, Gesundheit, Familie und Verbraucherschutz Hamburg) (2009). Vereinbarung über die besondere stationäre Dementenbetreuung in Hamburg. <http://www.hamburg.de/contentblob/1587896/data/rv-de-mentenbetreuung.pdf> (Abgerufen am: 22.10.2012).
- Cleary, T. A., Clamon, C., Price, M. & Shullaw, G. (1988). A reduced stimulation unit: Effects on patients with Alzheimer's disease and related disorders. *The Gerontologist*, 28 (4), 511–514.
- Darwin, C. (1875). Die Abstammung des Menschen und die geschlechtliche Zuchtwahl. Digitale Volltextausgabe. <http://www.wikisource.org/wiki/seite:darwinabstammungmensch.djvu/123> (Abgerufen am: 30.12.2021).
- Demuth, V. (2006). Schwellenzauber: Liminalität und Globalität in einer Genealogie geteilter Räume. *Lette International*, 73, 108–117.
- Deuter, M. (2005). Atmosphären: Wahrnehmungseinstellungen und Wirkungen in der musiktherapeutischen Behandlung. *Musiktherapeutische Umschau*, 26 (3), 222–235.
- DMTG (Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft) (o.J.). Definition Musiktherapie. <https://www.musiktherapie.de/musiktherapie/was-ist-musiktherapie/> (Abgerufen am: 30.12.2021).
- Fuchs, T. (2010). Das Leibgedächtnis der Demenz. In A. Kruse (Hrsg.), *Lebensqualität bei Demenz. Zum gesellschaftlichen und individuellen Umgang mit einer Grenzsituation im Alter* (S. 231–242). Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft.
- Hayne, M. J. & Fleming, R. (2014). Acoustic design guidelines for dementia care facilities: Proceedings of 43rd International Congress on Noise Control Engineering. *Internoise*, 1–10.
- Heine, Heinrich (1824/1975). Die Loreley. In M. Windfuhr (Hrsg.), *Heinrich Heine. Historisch-kritische Gesamtausgabe, Bd. 1 (2)* (S. 206). Hamburg: Hoffmann & Campe.
- van Hoof, J., Kort, H. S. M., Duijnstee, M. S. H., Rutten, P. G. S. & Hensen, J. L. M. (2010). The indoor environment and the integrated design of homes for older people with dementia. *Building and Environment*, 45, 1244–1261.
- Kittay, J. (2008). The sound Surround: Exploring how one might design the everyday soundscape for the truly captive audience. *Nordic Journal of Music Therapy*, 17 (1), 41–54.
- Kitwood, T. (1998/2008). *Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen* (5. Aufl.). Bern: Huber.

- Kraus, J. (2016). Kompetenzen des Musiktherapeuten in der Arbeit mit Menschen mit Demenz. Unveröffentlichte Masterarbeit. Würzburg-Schweinfurt: Hochschule für angewandte Wissenschaft.
- Lazarus, L. (1992). Grundzüge der Psychogeriatric. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Leyen, U. v. d. (2009). Vom Glück, die Vögel zwitschern zu hören. *Die Zeit*, 12, 15.
- Muthesius, D. & Sonntag, J. (2008). Erinnerung haben oder sein? Menschen mit Demenz Menschen mit Musik. In J. Kipp (Hrsg.), *Psychotherapie im Alter* (S. 63–173). Gießen: Psychosozial.
- Muthesius, D., Sonntag, J., Warme, B. & Falk, M. (2019). *Musik – Demenz – Begegnung. Musiktherapie für Menschen mit Demenz* (2. vollst. überarb. Aufl.). Frankfurt: Mabuse.
- Nowack, K. (2018). Mit offenen Ohren. Wahrnehmung und Gestaltung auditiver Milieus in Einrichtungen für Menschen mit Demenz. Dissertation an der Universität Münster. <http://www.uni-muenster.de/Musiktherapie/Forschung/AuditivesMilieu/AuditivesMilieu.html> (Abgerufen am: 30.12.2021).
- Pollock, A. & Fuggle, L. (2013). Designing for dementia: creating a therapeutic environment. *Nursing and Residential Care*, 15 (6), 2–6.
- Roest, H. v. d., Meiland, F., Maroccini, R., Comijs, H., Jonker, C. & Dröes, R. (2007). Subjective needs of people with dementia: a review of the literature. *International Psychogeriatrics*, 19, 559–592.
- Rosa, H. (2018). *Unverfügbarkeit*. Wien Salzburg: Residenz.
- Rothmann, R. (2020). *Hotel der Schlaflosen*. Berlin: Suhrkamp.
- Sacks, O. (2008). *Der einarmige Pianist. Über Musik und das Gehirn*. Reinbek: Rowohlt.
- Schmitz, H. (1965/2019). *System der Philosophie*. Bonn: Bouvier, Neuauflage: Freiburg München: Alber.
- Sonntag, J., Brixel, M. & Trikojat-Klein, S. (2008). Momente des Auftauchens. Musiktherapeutische Reflexionen zu Apathie bei Menschen mit Demenz. *Musiktherapeutische Umschau*, 29 (4), 325–336.
- Sonntag, J. (2013/16). *Demenz und Atmosphäre. Musiktherapie als ästhetische Arbeit* (2. Aufl.). Frankfurt: Mabuse.
- Sonntag, J. (2021). *Atmosphäre*. In H.-H. Decker-Voigt & E. Weymann (Hrsg.), *Lexikon Musiktherapie* (3. vollst. überarb. Aufl.) (S. 39–44). Göttingen: Hogrefe.
- van der Steen, J. T., Smaling, H. J., van der Wouden, J. C., Bruisma, M. S., Scholten, R. J. & Vink, A. C. (2018). Music-based therapeutic interventions for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, CD003477. doi.org/10.1002/14651858.CD003477.pub4.
- Vincentz Network (Hg.) (2007). *Demenzielles Verhalten verstehen, Abschied von den Spielregeln unserer Kultur* (DVD). Hannover: Vincentz.
- Weidert, S. (2007). *Leiblichkeit in der Pflege von Menschen mit Demenz. Zum Umgang mit anspruchsvollen Pflegesituationen im Klinikalltag*. Frankfurt: Mabuse.

- Wojnar, J. (1994). Psychodynamische Aspekte der institutionellen Versorgung von Demenzkranken. In R. Hirsch (Hrsg.), *Psychotherapie bei Demenzen* (S. 141–148). Darmstadt: Steinkopf.
- Wojnar, J. (2000). Demenz: Vom subjektiven Sinn ›unsinniger‹ Handlungen. *Geriatric Journal*, 5, 18–20.
- Wojnar, J. (2005). Bedeutung von Musik für die Lebensqualität von Demenzkranken. In Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.), *Balsam für die Seele: Hausmusik. Verbesserung der häuslichen Pflegesituation gerontopsychiatrischer Patienten unter Einsatz der Musiktherapie. Reihe: Vorgestellt, Band 73* (S. 33–40). Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Wojnar, J. (2007). *Die Welt der Demenzkranken. Leben im Augenblick*. Hannover: Vincentz.

Verletzlichkeit, Zwischenleiblichkeit und die leibliche Dimension in der psychodynamischen Psychotherapie im Alter und bei Demenzerkrankungen

Abstract

Es wird vorgeschlagen, einige psychoanalytische Konzepte auf den Kontext späterer Lebensphasen mit zunehmender Verletzlichkeit und die Betreuung schwerst dementiell Erkrankter anzuwenden, um das dynamische Potenzial auch schwerst dementer Menschen zu verdeutlichen. Daraus werden Folgerungen für die Konzeptualisierungen von Person/Personalität und Selbst abgeleitet. Für eine entsprechende, dynamische Konzeption der Person/Personalität, die Verluste aber auch dynamische Potenziale und Entwicklungsmöglichkeiten abbilden kann, wird auf den psychoanalytischen Selbstbegriff zurückgegriffen, der das Selbst nicht nur im Unbewussten, sondern auch im körperlichen verankert. Bei Konzepten zur Pflege und Betreuung schwerst demenzkranker Menschen, sowie bei Konzepten der psychodynamischen Psychotherapie von Demenzkranken wird herausgearbeitet, wie der zwischenleibliche Bezug und die Verwobenheit von sprachlichen, prä- und paraverbalen Austauschprozessen Veränderungen des Kontakts und der Beziehung ermöglichen. Von den Potentialen der Paarberatung/therapie in der frühen und mittleren Erkrankungsphase ausgehend werden an einem klinischen Beispiel die Grundzüge der Mentalisierungsbasierten Therapie (MBT) verdeutlicht. Abschließend werden Anschlussmöglichkeiten der MBT an den leibphänomenologischen Diskurs aufgezeigt.

1. Vorbemerkung

Ziel der Arbeit ist es, die leibliche Dimension in der psychoanalytischen Theorie und Praxis und deren Umsetzung in der psychodynamischen Psychotherapie Demenzkranker aufzuzeigen. Angeregt haben mich eigene Erfahrungen aus Psychotherapien mit älteren und alten Menschen im Hinblick auf die Dynamik von Verletzlichkeit und Zwischenleiblichkeit (Schrader 2018, 2020a, 2020b), die mich auch in der Behandlung von Frau B. (75) beschäftigt hatten. Sie wurde mir wegen anderer Beschwerden überwiesen, aber im Verlauf der Behandlung zeigte sich, dass sie an einer leichten bis mittelschweren subcortikalen, vaskulären Demenz litt. Die Therapie fand zunächst im Einzelsetting einmal wöchentlich statt, das zum Paar-Setting mit Herrn B. (81) erweitert wurde. Das hat mich inspiriert, die Möglichkeiten der Paartherapie im Rahmen des psychotherapeutischen Spektrums für Demenzkranke zu erkunden und Besonderheiten der therapeutischen Haltung und Behandlungstechnik herauszuarbeiten, die dem Nachlassen kognitiver und selbstreflexiver Funktionen gerecht werden, indem sie affektive und zwischenleibliche Erfahrungsbereiche im Zusammenspiel mit prä-, parasprachlicher und sprachlicher Kommunikation ansprechen und stärken, und so die kognitiven Funktionen entlasten und begünstigen. Hierbei erwies sich auch die Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) als hilfreich, weil sie ebenso die Bindungssicherheit, die Affektregulierung und den Körper in den Blick nimmt.

2. Fördernde Umwelt und zwischenleibliche Bezogenheit als Antwort auf die Verletzlichkeit des Selbst

Von »fördernder Umwelt« spreche ich hier im Sinne von D.W. Winnicott (1979). »So etwas wie ein Baby gibt es nicht«, schreibt er, um deutlich zu machen, dass das Baby nicht ohne die Mutter/die Eltern existieren und gedacht werden kann (1960, 587). In paradigmatischer Weise entscheidend für die seelische Geburt des »wahren Selbst« des Babys ist für ihn, dass die Mutter der Geste des Säuglings zur Geltung verhilft, wobei mit Geste alle Äußerungen des Babys gemeint sind, die angesichts seiner Entwicklung im Körpermodus stattfinden (ebd.). Denn er sieht das Selbst zutiefst im Körperlichen begründet – im *body* – ohne Unterscheidung zwischen Körper und Leib. Dass und wie sehr

dies lebenslang so bleibt, wird auch im späteren Lebenslauf deutlich, sobald die Verletzlichkeit mit zunehmendem Alter die Oberhand gewinnt. Auch ansonsten selbstständige und autonome Menschen brauchen bei Erkrankungen und Verletzungen grundsätzlich aber mehr oder weniger unausweichlich im Alter eine sie »haltende« Fürsorge und Umwelt. Die »holding function«, ein weiterer Begriff von Winnicott, bezeichnet die Funktion der Mutter/der Eltern, das Baby nicht nur vor dem physischen Fallen, sondern auch vor der psychischen Desintegration zu bewahren und die Integration des Selbst zu ermöglichen (1979, 44f.). Im hiesigen Kontext meint dieser Begriff, dass nicht jedes Selbst oder das Selbst einschließlich seiner körperlichen Dimension nicht zu jeder Zeit in der Lage ist, sich aus eigenen Kräften zusammenzuhalten, sondern haltender Menschen und einer haltenden Umgebung bedarf. Meines Erachtens lassen sich diese Überlegungen und Konzepte auch zum Verständnis von Menschen verwenden, die (zum Teil schwer) an Demenz erkrankt sind.

Ein Beispiel:

Die 85-jährige Frau Maria wurde nach einem längeren Krankenhausaufenthalt anscheinend in der Endphase der Demenz in meiner früheren Abteilung aufgenommen. Sie war völlig teilnahmslos, ihre Augen blieben geschlossen oder starrten blicklos ins Leere. Sie reagierte weder auf Ansprache noch Berührung. Obwohl es fast aussichtslos schien, bemühte sich das ganze Team um sie, gab ihr Zuwendung, war geduldig, sprach immer wieder mit ihr und berührte sie einfühlsam. Wir probierten alles, was wir in Validation und basaler Stimulation gelernt hatten, um Frau Maria vielleicht doch wieder ins Leben zurückzulocken. Über lange Zeit schien unser Bemühen völlig aussichtslos, doch allmählich stellten sich erste kleine Erfolge ein. Nach einem halben Jahr schaute uns Frau Maria an, zeigte ihre Gefühle, lachte, weinte und freute sich über den Kontakt. Sie konnte sich aufsetzen und selbstständig essen. Offensichtlich hatte sie wieder Freude am Leben. (Kojer 2011, 37)

Dieses kurze Beispiel, das die in Graz lehrende Ärztin Marina Kojer in einem Interview gab, verdeutlicht, was eine gute Behandlung selbst schwerst demenzkranker Menschen ausmacht – und was sie bewirken kann. Die im Krankenhaus vermutlich sehr zurückgezogene oder regredierte Patientin schien nicht mehr am Leben und an zwischenmenschlichen Kontakten teilzunehmen. Aktive Zuwendung, emotionale Resonanz, Interesse, Stimulation, Kommunikation und Berührung halfen, die zwischenleibliche Intersubjektivität, Interak-

tion und Begegnung so zu gestalten, dass die Patientin allmählich mit eigenen Regungen und »Vitalitätsaffekten« (Stern 2011) antwortete, indem sie etwas von ihrer Art des Fühlens und ihre Bedürfnisse wieder spürte und zeigte. Sie wurde aktiv, gewann Selbstwirksamkeit zurück, suchte Blickkontakt, drückte Gefühle aus und freute sich offenbar über den zwischenleiblichen und zwischenmenschlichen Kontakt und Austausch. In wieder aufkeimender Handlungsfähigkeit richtete sie sich auf und begann wieder eigenständig zu essen. Die Patientin suchte ihr Leben und ihre Teilhabe offenbar wieder zu erlangen, was ihr lange nicht möglich gewesen war.

Dieses Beispiel zeigt, dass die bio-psycho-soziale Verfassung eines schwer an Demenz erkrankten und anscheinend im Endstadium der Erkrankung oder am Lebensende befindlichen Menschen kein statischer Zustand ist, der die Person in ihrem Mangel und ihrer Begrenzung festschreibt. Vielmehr ist das dynamische Potenzial des Menschen und des Selbst enorm. In der fördernden Umwelt der Abteilung von Kojer und dem ›holding‹ ihrer Mitarbeiter*innen gewann die Patientin, in einem langen aber zunehmend dynamischer werdenden Prozess, ihre fundamentale Lebendigkeit zurück, auch wenn diese nicht mehr selbstreflexiv eingeholt werden kann. Die Arbeit von Kojer und ihrem Team macht deutlich, dass das menschliche Individuum, auch das schwer erkrankte Individuum keine statische und in sich abgeschlossene Einheit darstellt, was in den Konzeptualisierungen von Person/Personalität und Selbst zu berücksichtigen bleibt.

3. Zum psychoanalytischen Selbstbegriff – und seiner körperlichen und zwischenleiblichen Dimension

Die Psychoanalyse hat keinen Begriff der ›Person‹ oder ›Personalität‹. Dem am nächsten kommt der des ›Selbst‹, der deshalb kurz erläutert werden soll. Je nach theoretischem Kontext und damit verbundenen Kriterien werden diese Begriffe im Kontext wissenschaftlicher Diskurse unterschiedlich definiert und ihre Grenzen immer wieder ausgelotet. So diskutieren Vertreter kognitivistisch orientierter Personenkonzepte die Auffassung, dass etwa Menschen mit schweren Hirnschädigungen und Demenzpatienten in fortgeschrittenen Stadien als post-personale Menschen anzusehen seien (z.B. McMahan 2003). Wird mit einer solchen Kategorie eine Grenzziehung erwogen zwischen dem mehr oder weniger Menschlichen? Welche Kriterien

werden hierfür aus wissenschaftlicher und ethischer Perspektive angeführt? Welche Folgen kann eine solche Grenzlinie qua Post-Personalisierung nach sich ziehen? Das oben angeführte Beispiel von Kojer ist nur eines unter vielen aus der Betreuung schwerst an Demenz erkrankter Menschen, das die bio-psycho-soziale Dynamik der Person in ihrer Abhängigkeit von einer fördernden Umwelt belegt und statische Kriterien ihres Status infrage stellt.

Zu den Grundannahmen der Psychoanalyse gehört ein bio-psycho-soziales und dynamisches Menschenbild, das über die Konstituierung des Selbst und des Individuums durch Bewusstheit, Kognition und bewusst-absichtsvolles Handeln hinausgeht. Die von Freud als narzisstische Kränkung bezeichnete Annullierung des cartesianischen Selbstverständnisses impliziert, dass unbewusste Anteile das Selbst ebenso konstituierend und wirksam sind – ein Befund, den die Neurowissenschaften bestätigt haben (z.B. Kandel 2008). Mit Freud wird das Unbewusste, sowohl in seiner der Verdrängungen konflikt-hafter Strebungen und der Abspaltung von Traumata dienenden Funktion als dynamisches Unbewusstes als auch in der grundlegenden Dimension von Es, Eros und Lebenstrieb als lebenslang vitaler und kreativer Teil der menschlichen Psyche und des Selbst angesehen. Freud verankerte nicht nur die Triebe im Körperlichen und sah ihre Manifestation in den Affekten, auch das Ich – ein Begriff, den er häufig äquivalent zum später geprägten Begriff des Selbst verwendete – »ist vor allem ein körperliches« (1923/1940, 253), postulierte er. Seither hat die psychoanalytische Entwicklungswissenschaft (Poscheschnik & Traxl 2016) herausgearbeitet, wie sich das Selbst einschließlich seiner körperlichen Dimension beginnend mit den frühen intersubjektiven und zwischenleiblichen Austauschprozessen entwickelt und lebenslang transformiert.

Grundsätzlich bilden Selbst, Körper und Bindungsperson/en lebenslang ein Gesamtsystem, dessen dynamische Binnenstruktur sich im Verlauf der Entwicklung verändert. Entwicklungs- wie Alternsprozesse machen offenkundige und subtile Modi dieses dynamischen Zusammenspiels deutlich. Nicht nur körperliche Entwicklungs- und Regulierungsprozesse sowie das Körpererleben werden – im Mutterleib beginnend – durch die frühen Bindungspersonen und deren emotionale ›Behandlung‹ geformt, die der zunehmenden Aneignung des Körpers im Lebenslauf vorausgeht. Vorsprachlich im impliziten Gedächtnis verinnerlichte Muster des körperlichen In-der-Welt- und In-Beziehung-Seins, der Selbst- und Affektregu-

lierung und der Erwartungen an das und des Zusammenseins mit Anderen (Stern 2007) beginnen hier – und werden lebenslang transformiert. Der Körper, den wir haben und der Leib, der wir sind, bleiben immer auch »unverfügbar« (Küchenhoff 2016, 121), sowohl in ihrer grundlegenden und existenzsichernden Vitalität wie in ihrer Verletzlichkeit, Vergänglichkeit und Endlichkeit. So werden somatisch-sensuell kodierte ›embodied memories‹ als unbewusst Sicherheit gebende Niederschläge von Erfahrung körperlich verinnerlicht, aber auch als nicht bewusste traumatische Erinnerungen, die in der intersubjektiven und zwischenleiblichen Interaktion unbewusst inszeniert und erlebbar werden. (Leuzinger-Bohleber 2013) Gerade im Alter können sie durch erneute oder drohende Verluste wichtiger Beziehungen, aber auch durch die zunehmende eigene Verletzlichkeit aktualisiert werden, sodass z.B. frühe Gewalterfahrungen in der Pflege im Alter zu Traumareaktivierungen führen können. Auch zeitgeschichtliche Einflüsse werden intersubjektiv vermittelt und zwischenleiblich in den Körper eingeschrieben – worauf Radebold (2005, 25) mit dem Konzept der »Körperbiographie« hinwies. Innere Spannungszustände, Affekte und seelische Konflikte werden immer auch körperlich erfahren oder ausgedrückt, und die Körperbetonung psychischer Störungen im Alter, z.B. bei Ängsten und Depressionen, ist bekannt (Heuft 2018). Umgekehrt erfordern auch körperliche Erkrankungen zwischenleibliche Behandlung und Unterstützung nicht nur bei der medizinischen Versorgung, sondern auch bei der psychischen Verarbeitung. Denn durch krankheits- oder altersbedingte körperliche Veränderungen und Verletzungen wird auch das Selbst erschüttert und zur Reorganisation gezwungen. Gerade in späten Lebensphasen wird deutlich, dass die tragende Funktion des Körpers, die im Alter in den Vordergrund tritt, lebenslang essenziell bleibt. In der Jugend und im Erwachsenenalter kann dies ausgeblendet oder gar verleugnet werden, solange der Körper als stillschweigender Begleiter und Erfüllungsgehilfe unseres Begehrens, unserer Leidenschaften, unseres Denkens und unserer Taten fungiert. Körperliche Veränderungen, Verletzlichkeit sowie Begrenzung, Endlichkeit und Tod drängen etwa ab der zweiten Lebenshälfte unausweichlich ins Erleben vor (Jaques 1965; Montero et al. 2013) und der Körper wird, so Heuft und Kollegen (2006, 44), zunehmend zum »somatoformen Organisator« der psychischen Entwicklung, die der Erhaltung des Selbst und der seelischen und körperlichen Funktionen dient.

Die umfangreiche psychoanalytische Literatur zum Selbstkonzept und zur Selbstentwicklung, die Säuglingsbeobachtung und die neurobiologische Forschung gehen heute von einem körperlich fundierten und intersubjektiv-zwischenleiblich transformierbaren Selbst aus, von einem Proto-Selbst (Stern 2007; Damasio 2010; Plassmann 2022), das in den frühen Entwicklungsphasen mit den Empfindungen der somatopsychischen Lebendigkeit, die sich in der Geste und der primären Objektsuche manifestiert, verbunden ist. Später werden deren innere Niederschläge und sukzessive Transformationen als fühlendes, inneres Hintergrund-Selbstgefühl erlebt, das ein Empfinden der Kontinuität und Lebendigkeit vermittelt. (Bohleber 2022) Zugleich entwickelt sich das Selbst als handelnder Protagonist, »der durch die Verbindung mit Objekten ein Repräsentanz-Kern-Selbst ausbildet und durch Prozesse der Repräsentation die Fähigkeit zur reflexiven Transzendenz« (ebd., 25) entwickelt. Damit werden beide Aspekte zu konstituierenden Merkmalen bzw. Prozessen des Selbst mit körperlicher Verankerung und zwischenleiblich grundlegender Aufrechterhaltung und Transformation.

Was Merleau-Ponty (1945/1966) mit dem Begriff der »Zwischenleiblichkeit« zu fassen gesucht hat, nämlich, dass wir immer schon mit unserem Körper in der Welt und in den zwischenmenschlichen Begegnungen präsent und verwoben sind, hatte in ähnlicher Weise Schilder (1935) im Sinn, als er das Körperbild als die im Psychischen ergänzende Funktion konzipierte, die wirksam wird, wenn wir innerhalb sozialer und zwischenleiblicher Erfahrungen interagieren und das Körper- und Selbsterleben so ständig transformiert werden. Seine Arbeiten fanden lange Zeit kaum Beachtung (Leuschner 2017), aber in den letzten Jahren hat der Körper und die zwischenleibliche Bezogenheit zunehmend an Bedeutung im psychoanalytischen Diskurs gewonnen (vgl. z.B. Scharff 2010; Leuzinger-Bohleber 2013; Küchenhoff 2016; Lemma 2018; Leikert 2019, 2022; Plassmann 2019, 2022; Schultz-Venrath 2021; Volz-Boers 2022).

Betrachtet man die Entwicklung der von Kojer geschilderten Patientin oder anderer Demenzkranker aus der Perspektive dieser Konzeption des Selbst, können wir davon ausgehen, dass es Kojers Team offenbar gelang, nicht nur das Proto-Selbst sondern auch teilhabende und selbstwirksame Selbstanteile im Rahmen der Pflege zumindest partiell wieder zurückzuholen, obwohl die selbstreflexive Aneignung und Transzendenz dieser Erfahrungen krankheitsbedingt verloren blieb.

4. Zur Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz

Dass Menschen mit fortgeschrittener Alzheimer-Demenz aufgrund ihrer spezifischen Einschränkungen auf sie zugeschnittene Formen des Verstehens, der Beziehungsangebote, der Kommunikation und Behandlung in einer sie auch räumlich und dinglich stabilisierenden und fördernden Umwelt benötigen, ist bekannt. Über die Arbeiten von Kojer und Schmidl (2016) hinaus liegen weitere interessante Ansätze vor. Das Konzept der Validation (Feil 1999) geht von dem Vorrang emotionaler Zustände und Erinnerungen gegenüber dem rationalen Denken bei Demenzkranken aus. Demnach wurde empfohlen, auf die Gefühle der Demenzkranken zu reagieren, ohne ihre Fehler oder Gedanken zu korrigieren. Es gilt, ihre Signale aufzunehmen und in Worte zu kleiden, um die Kranken in ihrer inneren Erlebniswelt zu begleiten (Hirsch 2011). In weiteren Konzepten wurden insgesamt Ressourcen im Bereich der Gefühle und Antriebe stärker betont. So stehen bei der »erlebnisorientierten Pflege« (van der Kooij 2007) positive Begegnungen und Kreativität im Vordergrund. Neben einer Reihe von Ratgebern für Angehörige und Pflegenden, die, wie z.B. Haberstroh und Kollegen (2016), Hilfestellung für die »Kommunikation bei Demenz« bieten, widmeten sich z.B. Bienstein und Fröhlich (2021) der basalen Stimulation in der Pflege, andere dem nonverbalen Dialog, wie z.B. Otterstett (2005). Den bis dato noch fehlenden empirischen Nachweis für die Wirksamkeit und Erlernbarkeit nonverbaler Dialoge in der Interaktion mit Demenzkranken und Palliativpatient*innen hat 2014 Steinmetz mit dem in ihrer Dissertation entwickelten und überprüften Trainingsprogramm »Kommunikation ohne Worte – KoW« (2016) vorgelegt. Körperorientierung, Mimikerkennung, die eigene Mimik und Gestik, Blick, Berührung und Stimme sowie die Abstimmung und Synchronisierung der eigenen Antworten in diesen Modalitäten sind dabei die Grundelemente der Aufnahme und Entwicklung des nonverbalen Dialogs. Stuhlmann (2018) verbindet in seinem Konzept Biografiearbeit mit dem Aufbau von sicheren Bindungen und der Bindungsregulation im Pflegealltag mit dementen Menschen. Auch hier spielt die prä- und paraverbale Verbindung durch alle körperlichen Sinne eine fundamentale Rolle. Dies gilt auch für die Ressourcen, die es zu erhalten gilt: Die 94-jährige, im Altenheim lebende, schwer demente und sehbehinderte Frau D. war kontaktfreudig und gesellig, liebte Musik, Singen, Tanzen. Sie war in einer Essgruppe am Tisch integriert, hatte aber zunehmende Probleme

mit der Benutzung des Bestecks, sodass die eigenständige Nahrungsaufnahme unzureichend war. Sie entwickelte die Tendenz, mit den Fingern zu essen und nachdem ihr die Mahlzeiten in dafür geeigneter Weise angeboten wurden, aß sie wieder mit Genuss gemeinsam mit den anderen Mitbewohner*innen. (Stuhlmann 2018, 97f.)

5. Zur psychodynamischen Psychotherapie mit Menschen mit Demenz

Psychoanalytiker*innen und psychodynamische Psychotherapeut*innen, insbesondere solche mit dem Arbeitsschwerpunkt der psychischen Entwicklung und Psychotherapie im Alter, haben sich auch mit der Psychotherapie von Menschen mit Demenz befasst. Auf einige hier relevante Aspekte soll daher eingegangen werden.

Hirsch (1994, 2011, 2017) betonte in seinem Überblick zum jeweils aktuellen Stand der Psychotherapie und ihrer verschiedenen Methoden für Menschen mit Demenz das notwendige ganzheitliche Verständnis des erkrankten Menschen und die Bedeutung psychosozialer Aspekte für die Entstehung und für den Verlauf der Erkrankung. Denn die individuelle Einzigartigkeit und Entwicklung der Persönlichkeit entscheide über das Erscheinungsbild der Erkrankung. Die Arbeit von Psychotherapeut*innen mit dementen Menschen muss selbstverständlich deren Bedarf, Verfassung und das Stadium der Demenz berücksichtigen und wird insbesondere für die frühen und mittleren Phasen der Erkrankung empfohlen. Im Vordergrund stehe dabei »weniger die Beeinflussung der kognitiven Störungen (diese können sich aber sekundär bessern) als die Behandlung von affektiven Störungen.« (Ebd. 2011, 141)

Die formalen Aspekte, die bei der Therapie beachten werden müssen, sind: Verständlichkeit und Vereinfachungen, Wiederholungen, Strukturierung des Geschehens im Behandlungsprozess, Problem- und Alltagsorientierung, einfache plastische Therapiemethoden, ggf. einfache Hausaufgaben, behutsame Konfrontation mit Leistungsgrenzen und Hilfeannahme (Hirsch 2011, 143). Ich würde unbedingt die Verständigung mit wichtigen Personen, wie Ehe- und Lebenspartner*innen, Kindern und anderen Angehörigen hinzufügen, auf die die Erkrankten zunehmend angewiesen sind. Bei der Behandlung von Menschen mit Demenz sei es bereits ein Erfolg, so Hirsch (2011, 137f.), »wenn das Krankheitsbild einige Zeit stabil

bleibt«, die Selbstsicherheit, die Selbstständigkeit, die Identität der kranken Menschen so lange wie möglich aufrecht erhalten bleibe und ihnen – und ihren Angehörigen – bei der Bewältigung ihrer sich völlig verändernden Lebenssituation dennoch ein hohes Maß an Wohlbefinden und Lebensqualität ermöglicht werden kann. Bei fortschreitender Erkrankung sei die ständige Modifikation des Behandlungsansatzes und -verfahrens notwendig und nach Yalom (2002, 144) müsse »für jeden Patienten eine neue Therapie kreiert werden.«

In diesem Sinn wird mit psychotherapeutischen Methoden versucht, die Selbstsicherheit und das Selbst zu stützen, denn deren Erschütterung durch die krankheitsbedingten Verluste und Kränkungen ist enorm und schmerzlich. Protest gegen die Erkrankung und Abwehr können zur Kompensation beitragen aber ebenso Trauerprozesse und die Fokussierung auf verbleibende Wünsche, Möglichkeiten, kreative Lösungen und Humor. Hilflosigkeit, Abhängigkeit, Deaktivierung und sozialem Rückzug kann entgegengewirkt werden, oftmals unterstützt durch Tagesstrukturen, Aktivitäten und Beziehungsangebote in der Familie, im Freundeskreis oder in geeigneten Einrichtungen. Da die Demenzerkrankung die (Ehe-)Partner*innen in der Regel am meisten betrifft, weil sie etappenweise den geliebten Menschen in seinen krankheitsbedingten Veränderungen verlieren und immer mehr zu pflegenden Angehörigen werden, wird häufig empfohlen, (Ehe-)Partner*innen mit einzubeziehen. Wächtler (2017) z.B. gibt hierfür verschiedene Anregungen je nach Schwere und Stadium der Erkrankung, der Persönlichkeit und der Beziehung zu den Angehörigen. U.a. schlägt auch er vor, möglichst frühzeitig einen Teil der 50-minütigen Sitzung mit der Patientin allein zu sprechen und die zweite Hälfte gemeinsam mit dem Ehemann, weil die Patientin nicht nur unter ihren demenzbedingten Verlusten und Einschränkungen litt, sondern auch unter der Kritik des Ehemannes. Wächtler war erstaunt, wie rasch es dem Ehemann gelang, seine enttäuscht-aggressive Haltung aufzugeben und sich um seine Frau zu sorgen, nachdem er verstanden hatte, dass sie es krankheitsbedingt nicht besser konnte. Dass ihm auf diese Weise geholfen wurde, half wiederum auch ihr:

Beide stellten eine Dyade dar und ohne auch seine Sorgen und Grenzen – z.B. in der Fähigkeit zur Empathie und zum Verstehen ihrer Erkrankung – zu beachten und zu thematisieren, wäre ein Scheitern wahrscheinlich gewesen [...]. Sie reagierte mit deutlicher Entlastung, Abnahme der depressiven Symptome, mehr Zuversicht und – trotz

der Diagnose – besserer Verfügbarkeit über ihre kognitiven Reserven. (Ebd., 422f.)

Als Gerontologin und Psychoanalytikerin merkte Junkers kritisch an:

Jeder Praktiker weiß und jeder Theoretiker vernachlässigt, dass der körperliche Kontakt die früheste Ebene des zwischenmenschlichen Kontakts darstellt. Jede Pflegeverrichtung eröffnet insofern gleichzeitig die Möglichkeit eines affektiven Kontakts. Die körperliche Fürsorge, die in der als veraltet entwerteten Betreuungsarbeit einen so vorrangigen Raum einnahm, können wir aus psychoanalytischem Blickwinkel zu einer wichtigen Ich-Stützung aufwerten. (Junkers 1994, 103)

Aus ihrer Balint-Gruppenarbeit in Alten- und Pflegeheimen berichtet sie, wie sich unbewusste und mit der Lebensgeschichte verbundene Sinnzusammenhänge auch bei schwer dementen Menschen jenseits selbstreflexiver Fähigkeiten durch Einfühlung, Zwischenleiblichkeit und Intersubjektivität vermitteln. Balint-Gruppenarbeit helfe den Betreuer*innen, »die Realität von chronischer Krankheit, Sterben und Tod, Macht- und Hilflosigkeit besser verarbeiten und somit ertragen zu können.« (Ebd., 104)

Ein Beispiel: In der Balintgruppe wird eine Bewohnerin vorgestellt, die nachts das Personal wachhielt, weil sie, trotz großer Kälte, das Licht brennen lassen und das Fenster öffnen wollte, was stets zu Konflikten führte. Dazu habe sie immer wieder gesagt: »Das Kind braucht Licht und frische Luft.« Durch die Mitteilung aller Wahrnehmungen (auch körperlicher), Gefühle und Einfälle in der Gruppe konnte erarbeitet werden, dass die Bewohnerin sich vermutlich in dieser Form an die Situation nach der Geburt ihres unehelichen Sohnes erinnerte, der als junger Mann verunglückt war. Was diese unbewusst inszenierte Erinnerung seitens der Bewohnerin in der Gegenwart angestoßen haben könnte und ob und wie diese Zusammenhänge mit ihr kommuniziert wurden, bleibt in der Schilderung offen. Wir erfahren nur, dass das kritische Verhalten der Bewohnerin nicht mehr auftrat. Es ist aber anzunehmen, dass die Balint-Gruppenarbeit zunächst zu einer Regulierung der aversiven Affekte bei den Mitarbeiter*innen führte, weil das unverständliche Verhalten der Bewohnerin in den Kontext eines lebensgeschichtlichen Erfahrungs- und Sinnzusammenhangs gestellt werden konnte, so dass sie der Bewohnerin wieder offen aber in innerer Verbindung mit der für diese bedeutungsvollen Thematik begegnen und auf sie eingehen konnten.

Man könnte im Sinne von Stern (2005) das Verhalten und Sprechen der Bewohnerin auch als »Gegenwartsmoment« begreifen. Dieser ist

eine Geschichte besonderer Art, weil sie gelebt wird, während sie geschieht [...]. Sie muss nicht in Sprache gekleidet werden, auch wenn dies mit einigen Schwierigkeiten möglich wäre. Sie besteht vorwiegend aus Gefühlen, die sich entfalten, und bildet damit eine Art nicht erzählter emotionaler Narration [...]. Eine erzählte Geschichte [...] erhalten wir, wenn wir einem anderen Menschen die gelebte Geschichte schildern. (Ebd., 71.)

Aber auch als gelebte Geschichte kann der Gegenwartsmoment mit anderen geteilt werden. Wenn dies geschieht, »erwacht Intersubjektivität zum Leben. In dem Moment, in dem jemand an der gelebten Geschichte eines anderen Menschen teilhaben kann oder sie beide eine gemeinsam erlebte Geschichte produzieren, verändert sich ihr Kontakt.« (Ebd., 74) Dass hier die zwischenleibliche Begegnung mitgedacht ist, machen Sterns Beispiele deutlich. Die Altenheimbewohnerin war in diesen nächtlichen Gegenwartsmomenten vermutlich im Hier und Jetzt einer gelebten und vermutlich partiell verkörperten Geschichte, die sich erst verändern konnte, als sie im Team durch die Gruppenarbeit geteilt, und um die erzählte Geschichte biografisch fundierter Sinndimensionen ergänzt werden konnte. Dieses Beispiel verdeutlicht, wie das gemeinsame Erleben und Teilen von emotional bedeutsamen Szenen und Geschichten den Kontakt verändern und bei der Affektregulierung helfen kann. Das Verständnis unbewusster Sinnzusammenhänge einschließlich der affektiven Stimmung oder auch mehr oder weniger bewusster biografischer Zusammenhänge führt hierbei nicht unbedingt zu Deutungen, die auf ein besseres Verständnis des eigenen Erlebens und Verhaltens der Bewohnerin abzielen, das diese – wie in der Psychotherapie – dann selbst reflektieren kann. Dieses Nachdenken bleibt dem Team überlassen, dem das erarbeitete Sinnverständnis helfen kann, etwas von der inneren Welt und der Gefühlsverfassung der Bewohnerin besser zu begreifen, sich einzufühlen und einzustimmen, sodass die Kontakte zwischen Bewohnerin und Pflegenden sich wieder verbessern und Gegenwartsmomente in von beiden gefühlten und geteilten Begegnung möglich werden.

Speziellen Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen samt ihrer zwischenleiblichen Dimension wendet sich Lindner (2017) anhand einer ambulant aufsuchenden tiefenpsychologisch fundierten Kurzpsychotherapie mit einer dementen Patientin zu. Er betont die

Notwendigkeit der emotionalen und körperlichen Präsenz und Aufmerksamkeit sowie von Aktivität und Engagement auf Seiten der Therapeut*innen und plädiert für »Offenheit und sensible Unterstützung von Patient*in und Familie« (ebd., 340). Gemeinsames einführendes Nachdenken über Zusammenhänge zwischen der Lebensgeschichte, dem aktuellen Erleben, der Beziehung zu Angehörigen und zu sich selbst fördere die Mentalisierungsfähigkeit. (Ebd.) In der Gegenübertragung häufig zu bemerkende Gefühle der Hilfs- und Hoffnungslosigkeit, der Schuld, des Versagens sowie Wünsche, sich zurückzuziehen, Müdigkeit, ein Gefühl der Zeitlosigkeit oder Sinnentleerung werfen jeweils die Frage auf, inwieweit es sich hierbei um die eigenen Reaktionen des*der Therapeut*in handele oder aber um projektiv identifikatorisch kommunizierte Empfindungen, Gefühle und innere, auch körperliche Zustände der Patient*innen.

Dehm-Gauwerky (2017) berichtet aus ihrer Arbeit als Musiktherapeutin mit schwerst dementen Pflegeheimbewohner*innen, wie sie in den Reaktionen der Betroffenen auf Töne, Klänge, Gesang, Instrumente und Musik, die sie behutsam anbietet, aktuelle Stimmungen und individuelle Eigenarten erspürt. Viele entspannten sich spürbar und wurden zunehmend freudig im spielerischen Umgang, schwangen sich auf gemeinsame Rhythmen ein oder ließen es zu, dass die Therapeutin dies tut. Anderen falle es sehr viel schwerer, Vertrauen zu fassen und eine Begegnung zuzulassen, wie z.B. Frau K., die sich angesichts solcher Angebote eher passiv bis ablehnend verhielt. Als die Bewohnerin wiederum »ganz zusammengesunken« und zurückgezogen wirkend in ihrem Rollstuhl saß, setzte sich die Therapeutin zu ihr auf den Platz, den der verstorbene Partner von Frau K. früher innehatte. (Ebd., 321) Frau K. begann zu sprechen, ohne dass die Therapeutin etwas verstehen konnte. Intuitiv wollte diese allerdings das Sprechen von Frau K. »nicht einfach ins Leere laufen lassen«, sodass sie ihrerseits »in einem fremdartigen, unverständlichen Wortgemisch« zu sprechen begann, das sie an Lautgedichte von Jandl erinnerte und früheste Mutter-Kind-Dialoge. (Ebd., 322) »Frau K. blickte auf und schaute mich lächelnd an. ›Ja!‹ war ihre deutliche Reaktion.« (Ebd.) In diesem Zusammenspiel entwickelte sich, so die Autorin, eine »präsentativ-symbolische« Bedeutungsdimension. Nach Langer (1942/1987) und Lorenzer (1988) wird damit eine »Bedeutungsgebung in der Interaktion auf einer sinnlichen Ebene« bezeichnet, die als stimmig erlebt wird (Dehm-Gauwerky 2017, 321). Auch dies könnten wir als ›Gegenwartsmoment‹ verstehen.

Lindner (2017) betont ebenfalls das affektive und zwischenleibliche sowohl repräsentativ-symbolische als auch präsentativ-symbolische Potenzial des Sprechens mit dementen Patient*innen, wie es z.B. auch in der Eltern-Kind-Therapie geschieht. Es könne »eine Erfahrung des existenziellen Gemeint-Seins« vermitteln, die über den Inhalt der Deutung hinausgeht, auch wenn die Patient*innen den Wortsinn nicht vollständig verstehen. (Ebd., 331) Auch er scheint demnach auf ›Gegenwartsmomente‹ abzielen und impliziert, dass die zwischenleibliche, prä- und paraverbale Kommunikation, die Regulierung von Affekten und des Selbst und die spielerische und kreative Gestaltung von Antworten in Begegnungen mit dementen Menschen im Krankheitsverlauf eine zunehmend vorrangige Rolle spielen.

Lindner versteht das Vergessen seiner Patient*innen als Ver-lusterleben, das in einem psychodynamischen Zusammenhang mit Verlusten in ihrer Kindheit und Jugend gerät. Die frühen Verluste sind dabei für die Krankheit nicht ursächlich, beeinflussten aber die psychische Verarbeitung und interpersonelle Inszenierung des dementiellen Prozesses. Daher rückten Ver-lusterlebnisse, zentrale Lebensthemen und Beziehungskonfliktmuster umso deutlicher in den Vordergrund. (Ebd.) Eine ähnliche Dynamik fand ich bei meiner Patientin, von der ich unten berichten möchte.. Neben meiner psychoanalytischen Orientierung einschließlich der an zwischenleiblich vermittelten Szenen und Handlungsdialogen, griff ich auf Elemente der MBT (Bateman & Fonagy 1999) zurück, die ich in meiner klinischen Arbeit insgesamt und besonders auch mit älteren und alten Menschen hilfreich fand (Schrader 2017). Ich möchte die Grundzüge der MBT deshalb kurz erläutern.

6. Bindungssicherheit, Affektregulierung und Mentalisieren in der Mentalisierungs-basierten Therapie

Beim Mentalisieren fragen wir uns nach inneren Zuständen und Intentionen, also danach, warum der andere fühlt, handelt, denkt, wie er*sie es tut. In vergleichbarer Weise nehmen wir uns selbst wahr, um zu spüren und reflektieren zu können, was wir selbst und andere in zwischenmenschlichen Begegnungen erleben. Zwar wird Mentalisieren im Verlauf der Entwicklung mehr oder weniger erworben, aber es ist auch ein dynamischer Prozess, der durch prämentalistische Modi ergänzt werden muss. Diese treten in der normalen Persönlichkeits-

entwicklung auf, bevor das Mentalisieren ausgebildet wird. Im Erwachsenenalter erfolgt insbesondere bei unsicheren Bindungssituationen und einer bedrohten oder beeinträchtigten Selbstkohärenz ein Rückgriff auf prämentalistische Modi: Im *teleologischen Modus* wird die Abhängigkeit von der äußeren Welt überbetont. Seelische Befindlichkeiten werden ausschließlich auf äußere Einflüsse zurückgeführt und nur real befriedigende Handlungen oder körperliche Eingriffe erscheinen in der Lage, die eigene Befindlichkeit und das Erleben zu verändern. Die Umwelt muss ›richtig‹ reagieren, damit innere Spannungszustände gemindert werden. Beim *Äquivalenzmodus* ist dagegen die innere Welt überbetont und wird mit der äußeren Realität gleichgesetzt. Alternative Perspektiven oder Veränderungsmöglichkeiten erscheinen unvorstellbar oder werden abgelehnt. Im *Als-ob-Modus* gibt es keine Durchlässigkeit zwischen Innen und Außen, sie erscheinen ebenso entkoppelt wie Körper und Seele. Klinisch kann sich dieser Modus z.B. in dissoziativen Phänomenen äußern oder aber auch in therapeutischen Gesprächen, die folgenlos bleiben, weil der*die Patient*in innerlich zurückgezogen oder ganz in seiner*ihrer Welt bleibt (Euler & Walter 2018, 49 f.). Schultz-Venrath hat den *Körpermodus* hinzugefügt: »Prä- und postnatal bis zum etwa neunten Monat kann der Säugling Körper und Psyche nicht getrennt erleben. Er ist primär mit seinen *Körper- und Hautempfindungen* beschäftigt.« (2021, 197) Eine ähnliche Konzentration auf den Körper ist z.B. bei Patient*innen mit somatoformen Störungen oder auch Persönlichkeitsstörungen zu beobachten, deren Differenzierung zwischen Körper und Psyche prekär ist. »Der Körpermodus (*body mode*) ist Teil der nonverbalen, primär unbewussten Interaktion, die nach Haltung, Gestik, Berührungsverhalten, Mimik, Blickverhalten, Stimme und Sprachmelodie differenziert wird und sich häufig in Selbstberührungen und automatisch äußert.« (Ebd., 199) Die Wahrnehmung dieser Modi, die sich auch überschneiden und gemeinsam auftreten können, gibt wichtige Hinweise auf die innere Verfassung der Patient*innen und die Möglichkeiten, den therapeutischen Dialog zu verstehen und zu gestalten.

Die MBT wurde ursprünglich als psychodynamischer, interpersoneller Ansatz im Rahmen der Behandlung von Patient*innen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen in der Einzel- und Gruppentherapie entwickelt. Inzwischen ist die MBT auch bei Patient*innen mit psychosomatischen und somatoformen Störungen, Angststörungen,

depressiven und traumatisch bedingten Störungen erprobt, die sich vorrangig auch bei Älteren finden (Peters & Lindner 2019).

Die drei Komponenten der MBT sind: Bindungssicherheit – Affektregulation – Mentalisieren. Sie bilden eine Art Dreieck, innerhalb dessen sich das therapeutische Einfühlen, Denken und Intervenieren bewegen. Ziel ist die bessere Integration und Stabilisierung dieser drei Bereiche innerhalb des Selbst der Patient*innen. In der MBT ist die Orientierung am ›Hier und Jetzt‹ der therapeutischen Beziehung und am therapeutischen Prozess vorrangig, also daran, was die Patient*innen verarbeiten können (vgl. Plassmann 2016). Ihre besondere Stärke liegt in der Feinabstimmung der Interventionen in der therapeutischen Beziehung. Daher erscheint die MBT auch brauchbar für Patient*innen mit kognitiven Einschränkungen und beginnenden bis mittelschweren Demenzen. Denn das Dreieck von Bindungssicherheit, Affektregulierung und Mentalisieren, in dem sich die MBT bewegt, ist auch dann hilfreich, wenn die Mentalisierung prekär wird, wie in der Demenz, denn Bindungssicherheit und Affektregulierung können die vorhandenen Potenziale des Mentalisierens stabilisieren.

In der MBT geht die*der Therapeut*in von ihrer natürlichen Haltung des ›Nicht-Wissens‹ aus, denn innere Zustände sind zunächst für uns selbst wie für andere unklar und undurchsichtig. Dies und ebenso ihren*seinen Wunsch, mehr verstehen zu wollen, zeigt sie*er, indem sie*er eine aktive, offene, interessierte und ermutigende Grundhaltung einnimmt. Sie*er regt den Patienten*die Patientin an, sein Erleben, Denken und Fühlen zu erkunden und zu benennen.

- Ein zu hohes Tempo wird reduziert und der*die Therapeut*in geht gezielt an diejenigen Stellen, an denen die Mentalisierung gestört, unterbrochen oder ganz zusammengebrochen ist, um gemeinsam mit dem Patienten dessen Erleben zu klären und sich rückzuversichern, dass er das verstanden hat, was die*der Patient*in spürt und meint. Dies gilt besonders auch für verwirrende und überfordernde (Beziehungs-)Situationen.
- Die*der Therapeut*in sollte die Gefühle des Patienten nicht ihrerseits benennen, sondern ihn*sie anregen, diese selbst zu untersuchen. Das Verständnis von Zusammenhängen oder Brüchen im aktuellen Erlebniszusammenhang kann durch Fragen vertieft werden. So lassen sich unklare Erlebniszusammenhänge/Affekte, Bindungsunsicherheiten und daraus resultierende Konflikte und Missverständnisse klären, was eine sichere

- Bindung nicht nur wiederherstellt, sondern stärkt. Auch die Selbstwahrnehmung und Selbstreflexion des*der Patient*in und sein Erleben wie das der anderen in der Beziehung werden so gestärkt. Das Durcharbeiten von Fehlabbildungen ist ein wesentlicher Aspekt der Entwicklung einer sicheren Bindung. Die Wiederherstellung von Bindung durch den zwischenleiblichen Austausch affektiver Signale im Gegenübersitzen mit Blickkontakt scheint die Entwicklung der Affektwahrnehmung und -repräsentation und der Reflexionsfunktion vom Säugling bis zum Erwachsenen nachhaltig zu verbessern – auch im Alter.
- Der*die Therapeut*in teilt eigene Gefühle und Gedanken über sein*ihr Erleben der Interaktion und Beziehung mit, um die Untersuchung gemeinsamer Erfahrungen anzuregen.
 - Die*der Therapeut*in versucht die affektive Spannung in der Stunde so zu regulieren, dass sie in einem mittleren Bereich bleibt (vgl. Euler & Schultz-Venrath 2014). Dominante Affekte werden von ihr*ihm fokussiert, insbesondere auch diejenigen, die in der therapeutischen Beziehung spürbar werden. Die Affekte, insbesondere auch negative, werden zusammen mit dem*der Patient*in nachvollzogen samt ihrer Verbindung mit interpersonellen Erfahrungen.

Die Untersuchung des aktuellen Beziehungserlebens in der therapeutischen Dyade ist vorrangig, unterscheidet sich aber vom klassischen psychoanalytischen Umgang mit der Übertragung dadurch, dass diese nicht gedeutet wird, sondern schrittweise ein Verständnis der aktuellen Beziehungssituation im Dialog entwickelt werden soll. Dabei kann der*die MBT-Therapeut*in verschiedene Interventionen nutzen (vgl. ebd., 42), zum Beispiel Validierung und Erkundung des subjektiven Erlebens der Patientin; Untersuchung des subjektiven Erlebens einschließlich der Gegenübertragung und des Mit-Agierens seitens des*der Therapeut*in, das zu Missverständnissen oder Verzerrungen beigetragen haben könnte; Entwicklung alternativer Perspektiven mitsamt der Reaktion des*der Patient*in auf diese.

- Daher ist der »Fokus auf dem gemeinsamen Mentalisieren das Spezifikum und Innovative an der MBT [...]. Die Interventionen sind auf die (Wieder-)Herstellung oder Verbesserung des Mentalisierens ausgerichtet.« (Ebd., 41)

Eine detailliertere Darstellung einzelner Interventionen und klinischer Beispiele findet sich z.B. bei Euler und Walter (2018) sowie in

der von Schultz-Venrath herausgegebenen Buchreihe, die auch den Band zum »Mentalisieren des Körpers« umfasst (2021).

In der im Folgenden zusammenfassend geschilderten Therapie verwendete ich Elemente aus der MBT, die mir hilfreich und brauchbar erschienen – was ich an beispielhaften Ausschnitten verdeutlichen möchte.

7. Fallbericht: Frau B.

7.1 Aus den Vorgesprächen

Frau B. (75) wurde mir wegen Depressionen, Ängsten und funktionellen Oberbauchbeschwerden überwiesen. Im Verlauf der Behandlung zeigte sich, dass sie an einer leichten bis mittelschweren subcortikalen vaskulären Demenz litt. Die Therapie fand zunächst im Einzelsetting einmal wöchentlich statt, das zum Paar-Setting mit ihrem Mann (81) erweitert wurde und sechs Vorgespräche und 25 Stunden tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie umfasste.

Frau B. hatte sich mit dem dringenden Wunsch nach einem Gesprächstermin und Therapieplatz an mich gewandt. Zum Erstgespräch kam eine attraktive, schlanke Frau in gepflegt-sportlicher Kleidung mit lebendiger Mimik und Ausstrahlung. Sie berichtete, dass sie im Frühjahr des vergangenen Jahres morgens nicht mehr aufstehen wollte und konnte, nicht mehr gewusst habe, wofür sie lebe, alles sei ihr sinnlos vorgekommen, sie habe sich traurig und leer gefühlt, sich zurückgezogen und sich manchmal gefragt, wofür sie noch lebe. Sie habe immer wieder Übelkeit im Bauch- und Oberbauchbereich, es kribble in den Beinen, sie bekomme dann keine Luft mehr, aber man finde nichts. Der Neurologe, den sie auf Anraten ihrer Tochter und zusammen mit dieser aufsuchte, habe eine Depression festgestellt und eine stationäre Therapie empfohlen. Um die psychosomatische Klinik, in der sie mehrere Wochen war, habe sich auch ihre Tochter gekümmert. Anfangs freundlich und zugewandt, wirkte Frau B. zunehmend angespannt, irritiert und ängstlich auf mich. Um Haltung bemüht vermittelte sie mir das Gefühl, als suche sie Halt bei mir, wie sie das wohl auch bei der Tochter getan hatte. Ihre körperliche Spannung und zu- und abnehmende Erregung übertrugen sich rasch auf mich. Ich spürte ihre Angst und fühlte mich veranlasst, sie zu beruhigen und ihr Halt, Orientierung und Struktur anzubieten. Wenn

ich dies tat, z.B. mein Verständnis für ihre Lage zum Ausdruck brachte oder hilfreiche Fragen stellte, beruhigte sie sich wieder.

Ich erfuhr weiter, dass ihr in der Klinik eine anschließende ambulante Psychotherapie empfohlen worden war, der Aufenthalt ihr »gutgetan«, die Beschwerden sich aber weniger verändert hätten, als sie erhofft hatte. Die körperlichen Beschwerden bestünden weiter, sie bekomme ihre Arbeit im Haushalt nicht so hin wie früher, habe dann ein schlechtes Gewissen. An »guten Tagen« gehe sie raus und genieße z.B. auch das Zusammensein mit Bekannten in einem Kreis der Kirchengemeinde. Mit ihrem Mann habe sie früher oft Streitigkeiten gehabt, ihr Verhältnis sei kompliziert gewesen, das sei jetzt besser. Ich konnte körperlich spüren, dass das Gespräch Frau B. anstrenge, auch wenn sie sich bemühte, sich nichts anmerken zu lassen. Schließlich legte sie ihre Hand auf die Magengegend, begann, schwerer und kürzer zu atmen, beklagte, wie das Kribbeln die Beine hochziehe und ebenso die bekannte Übelkeit und zunehmendes Würgen im Hals, wobei sie nach Luft rang und ihre Kleidung lockerte. Ich spürte ihre Panik und indem ich mit ihr atmete und sie im Atemrhythmus langsam sprechend ermutigte, ihrerseits mit mir zu atmen, konnte sie sich langsam wieder beruhigen. Meine Frage nach ihrer für mich spürbaren Panik lenkte sie aber ganz auf die körperlichen Symptome.

Die erste Begegnung zweier bis dahin fremder Menschen in einem psychotherapeutischen Erstgespräch ist grundsätzlich mit ambivalenten Gefühlen und auch mit Angst verbunden, mit dem Wunsch und der Hoffnung auf Hilfe aber auch mit der Furcht davor, wie der andere einem begegnen wird. Angst entsteht aber auch aus der Befürchtung, der Situation insgesamt nicht gewachsen zu sein oder gar die Kontrolle zu verlieren. Frau B.s Angst war mir sowohl atmosphärisch und zwischenleiblich rasch spürbar, wie ich auch in meiner Gegenübertragung bemerkte, dass sie bei mir Halt und Orientierung suchte und mir die Regulierung ihrer Affekte übertrug. Indem ich auf das gemeinsame Atmen zurückgriff, gestaltete sich auch diese Affektregulierung zum nicht geringen Teil durch die zwischenleibliche Abstimmung. Frau B. erlebte sich stark im Körpermodus bzw. so, als wäre sie in einem unzulänglichen Selbst und Körper hilflos gefangen. Sie schilderte mir ihre Verlusterfahrung seit dem vergangenen Jahr, ihre Insuffizienzgefühle und Selbstzweifel und deutete Beziehungskonflikte mit ihrem Mann an. Es wurde mir ganz körperlich und besorgniserregend spürbar, wie groß und existenziell die Angst von Frau B. war, den Halt zu verlieren, ihr Selbst nicht zusammenhalten zu

können. Die Aspekte der Bindung, des »holding« (Winnicott) und der Affektregulierung waren essenziell für die therapeutische Arbeit.

In den weiteren Vorgesprächen wurde deutlich, dass Frau B. nur wenig Erinnerungen an das hatte, was sie in der Klinik aus Gesprächen mit den Therapeut*innen oder auch Mitpatient*innen mitgenommen haben könnte. Sie habe aber schon immer ein schlechtes Gedächtnis gehabt. Sie sei öfters allein gewesen, das habe ihr aber nichts ausgemacht. Sie habe am Fenster gestanden und es genossen, in die schöne Landschaft hinauszusehen, oder nachgedacht, wenn etwas dort »von früher hochgekommen« sei, was aber nicht zu eruieren war. Ihre Schilderung nahm dabei einen schwärmerisch-beschwörenden Ton an, der verleugnend auf mich wirkte wie nicht von dieser Welt. Inwieweit war das eine Erinnerung an die Zeit in der Klinik, von der sie so viel vergessen hatte, oder zeigte sie mir nicht vielmehr, wie es ihr gegenwärtig ging, wie sie sich zu schützen suchte? Fühlte sie sich in dieser tagtraumartigen Welt besonders wohl, weil sie Verluste und Überforderung dann nicht spürte? Mir kam sie in diesem Moment zugleich einsam vor, wartend auf eine Art Rettung, aber vielleicht auch geschützt vor dem, was sie in Beziehungen ängstigen oder überfordern könnte – was ihr nun auch bei mir drohen könnte oder vielleicht bereits eingetreten war? Diese und ähnliche Szenen beschäftigten mich und uns immer wieder und wurden für mich und Frau B. zu einem prägnanten Bild dessen, wohin sie sich zu retten suchte, wenn es ihr in der äußeren und/oder ihrer inneren Welt »zu viel« wurde.

Aus der Lebensgeschichte erfuhr ich von der Flucht mit der Mutter und der Schwester über die grüne Grenze nach dem Krieg, und eine damit verbundene Erinnerung an Angst, als sie nicht weitergehen konnte oder wollte, während die Mutter sie mit drängender Stimme antrieb. Sie seien zunächst bei Verwandten untergekommen. Als Jüngste sei es ihr dort gut gegangen. Der Vater sei nicht bei der Familie gewesen, weil er an geheimer, kriegswichtiger Forschung beteiligt gewesen sei. Einer ihrer Brüder sei im Kindesalter verstorben, damals habe der Vater überraschend bei der Beerdigung hinter ihr gestanden. Später habe die Familie wieder zusammengelebt, aber der Vater sei schweigsam und in sich gekehrt geblieben. Sie hatte die Zeit bei den Verwandten in besserer Erinnerung. Das beste Verhältnis habe sie zu ihrer älteren Schwester gehabt. Die Mutter habe sie nie trösten können, sie selbst habe sich trotzig von der Mutter abgewandt. Sie sei dieser aber auch ähnlich, sei auch eine »Frohnatur«, so hätten sie das

Leben bewältigt: »Einmal am Tag so richtig lachen, dann ist für mich alles wieder gut.«

Ich vermutete, dass die Mutter während des Krieges durch den Tod eines Kindes und die Sorge um ihren Mann selbst schwer belastet und vielleicht auch deshalb wenig unterstützend war in der Anerkennung und Bewältigung von Angstsituationen und Verlusten, sondern eher Vorbild für Versuche einer raschen Ablenkung von Affekten, im Weglachen, sodass auch Frau B. wenig Mittel zur Selbstberuhigung und Angstbewältigung zu haben schien (Affektregulierung). Reagierte sie deshalb massiv mit einem Körpersymptom, bei dem sich etwas Schlechtes in ihr anzusammeln schien, was sie hochwürgte aber nicht auskotzen/loswerden oder verdauen konnte? Gravierende Verluste in der Kindheit wurden deutlich: Der Vater war lange, auch noch nach dem Krieg äußerlich abwesend und später emotional offenbar wenig präsent, ein Bruder verstarb im Kindesalter, Fluchterfahrungen und der Verlust des zuvor vertrauten Umfeldes kamen hinzu. Hatte ihre Zuflucht zu den »freundlichen Weiten« jenseits der Menschen etwas mit der hochambivalenten Beziehung zur Mutter zu tun, die möglicherweise eine unbewusste Neuauflage in der Beziehung zum Ehemann erfahren hatte?

Ich versuchte in den Vorgesprächen durch vertiefendes Fragen im Sinne der MBT die Ereignis- und Erlebniszusammenhänge mit Frau B. aufzuklären und zu verstehen und kam auch immer wieder auf die Regulierung von sie zu überwältigen drohenden Angstaffekten zurück. Mir fiel auf, wie oft Frau B. nach Worten suchte, sich an vieles nicht erinnern konnte, was die Anamnese ebenfalls schwierig machte – und wie rasch sie von Fragen oder zu langen Sätzen meinerseits überfordert schien und mit spürbarer Angstspannung und leichter Verwirrung reagierte. Allerdings hatte sie auch während der Vorgespräche »gute Tage«, wo dies kaum spürbar war. Das brachte mich auf den Gedanken, nicht nur über die Aktualisierung früher belastender oder traumatischer Verlusterfahrungen, sondern auch über eine Demenz nachzudenken.

Der Konsiliarbericht der Hausärztin enthielt als Dauerdiaagnosen: »Zustand nach Hirninfarkt, Zustand nach TIA, arterielle Hypertonie, Hyperlipidämie, Arteriosklerose.« Diese besorgniserregenden Befunde, ließen eine vaskuläre Demenz wahrscheinlicher werden. Als ich den Konsiliarbericht mit Frau B. besprach, erinnerte sie sich an einen Krankenhausaufenthalt im vergangenen Jahr und einen »leichten Schlaganfall« vor Beginn ihrer Depression. Sie schien die

Ereignisse zu vergessen, aber das schützte sie nicht vor der begreiflichen Angst angesichts des »Schlages«, den sie hatte hinnehmen müssen und ihrer erlebten Verluste, die sie fast täglich spürte. Bei meiner späteren Rücksprache erfuhr ich von der Hausärztin, dass die Patientin schon mehrfach auf Demenz untersucht worden sei, aber mit uneindeutigen Befunden, und sie gab mir zu verstehen, dass sich Frau B. von ihr schwer halten bzw. hausärztlich leiten ließ. In meiner Gegenübertragung spürte ich vielleicht umso mehr den intensiven Wunsch von Frau B. nach Halt und Orientierung aber auch eine andere, ambivalente und gegenläufige Tendenz, die im Vergessen und in ihren Rückzugstendenzen und der Schwierigkeit, bei anderen Halt zu finden, zum Ausdruck zu kommen schien. In dieser Ambivalenz, die Frau B. die Sicherheit bei und das Vertrauen zu wichtigen Beziehungspersonen erschwerte, auf die sie doch zunehmend angewiesen sein würde, sah ich ein wichtiges Thema für die Therapie.

7.2 Therapieverlauf: Einzeltherapie – »Morgens ist in meinem Kopf manchmal zu viel drin, solange ich im Bett bin, ist es besser.«

Dieser Satz markiert ein Stück Anerkennung der inneren Realität von Frau B., mit der sie sich im Verlauf des ersten Therapieabschnitts konfrontieren konnte. Indem ich versuchte, mich und meine Sprechweise auf ihre Verarbeitungsmöglichkeiten einzustellen, dauerte es meistens spürbar länger, bis Spannung und Angst zunahmen – natürlich auch in Abhängigkeit von den Themen, die die Patientin beschäftigten. Zumeist versuchte sie die Stunden mit etwas Gutem zu beginnen, als wolle sie sich und mir das Leben leichter machen. Aber wenn sie etwas nicht erinnern konnte oder sie Worte nicht fand, nahm ihre spürbare Anspannung wieder zu. Ich orientierte mich hauptsächlich an dieser zwischenleiblichen Kommunikation und regte sie zunächst an, mir ein Zeichen zu geben, wenn sie mich nicht verstand oder ihr etwas zu viel zu werden drohte und sie sich unsicher fühlte. Dies half ihr, mehr auf ihr Befinden zu achten und war die Voraussetzung dafür, mit mir herauszufinden, was sie jeweils verunsicherte oder wo sie den Wunsch hatte, sich zurückzuziehen. So zeigte sich, dass sie sich oft unwohl zu fühlen begann, wenn andere nicht auf sie eingingen, wenn z.B. der Mann morgens erst seinen Zeitungsartikel zu Ende lesen wollte, während sie gleich mit ihm sprechen wollte, weil es ihr

nicht gut ging. Oder wenn sie in der Gruppe in der Gemeinde nicht die richtigen Ansprechpartnerinnen fand, die auch sie ansprachen und einbezogen. Ähnlich wie bei mir suchte sie bei den anderen Halt und Hilfe darin, sich selbst und ihre Ängste zu regulieren. Sie zog sich zurück, wurde hilflos, verzweifelt oder auch ärgerlich – oder die körperlichen Symptome traten auf. Um diese Ereignis- und Erlebniszusammenhänge aufzuklären, waren die kleinschrittigen Fragen an die Patientin, die Rückversicherungen meinerseits und die Validierung ihres Erlebens wie in der MBT empfohlen, hilfreich.

Durch unseren Dialog, in den ich einfließen ließ, wie und wann ich ihre Angst und Spannung spürte, um dies mit ihrem Erleben in Verbindung zu bringen, wurde sie aufmerksamer für solche für sie schwierigen Situationen und manchmal gelang es ihr, sich selbst auf die Weise zu beruhigen, die wir in den Stunden erprobten. In kleinen Schritten fanden wir, auf der Basis der durch die Fragen angeregten Selbstbeobachtung, heraus, was sie mit sich selbst und anderen ganz körperlich und emotional erlebte.

Es zeigte sich, dass sie mit dem Umzug aus dem zu groß gewordenen Haus in die kleinere Wohnung vor einigen Jahren noch haderte. Sie fühlte sich in der Umgebung nicht ganz sicher, mit den neuen Nachbarn nicht wohl, und auch in der kleineren Wohnung konnte sie ihre Hausarbeit nicht bewältigen. Schließlich konnte sie mir anvertrauen, dass sie im Bett blieb, um sich nicht überfordert zu fühlen und Angst zu haben, die Kontrolle über ihren Kopf zu verlieren. Was ihr half, sich zu beruhigen, war, dass sie dann auf den Balkon hinausging, um den Wolken zuzusehen sowie zwei einfache Atem- und Klopfübungen, die ich ihr gezeigt hatte. »Es ist, als ob ich mich da zusammenhalte«, sagte sie nicht nur, sondern zeigte sie mir gestisch. Sie suchte ihr Gefühl von Angst und (Selbst-)Verlust zu bewältigen und ebenso Scham und Kränkung darüber, nicht mehr so leistungsfähig zu sein wie früher. Langsam konnte sie diese Kränkung besser tolerieren. Von da aus konnten wir beginnen zu überlegen, was sie im Haushalt meinte machen zu müssen und wie viel davon für sie machbar sei. Auch Konflikte mit dem Ehemann und ihre Ambivalenz kamen zur Sprache, teils im biografischen Rückbezug unter Unterscheidung zwischen damals und heute. Dies geschah zwar nicht so zusammenhängend wie hier geschildert, aber wir sammelten diese Themen immer wieder ein, und ich orientierte mich immer wieder an meinen körperlichen Spannungsgefühlen und Affekten und an dem, was die Patientin mir dabei vermittelte. Dies half ihr,

wiederum ihre Affekte zu regulieren, sodass sich ihr Erleben klären und besprechen ließ.

7.3 Therapieverlauf: Paartherapie – Der Ehemann macht sich bekannt.

Frau B. wurde ab und an von ihrem Ehemann gebracht, der dann aber in seinen großen Garten fuhr, der sein Hobby und die Quelle der Versorgung mit frischem Obst und Gemüse war. Schließlich fragte sie mich, ob ihr Mann einmal mitkommen könne, er wolle etwas mit mir besprechen. Ich stimmte zu, besprach dann aber mit beiden, dass es vielleicht sinnvoll sein könnte, ein oder auch einige Paargespräche einzuschieben. Denn ich fragte mich aufgrund meiner eigenen Erfahrungen mit ihr, wie es ihr mit ihm und ihm mit ihr zu Hause ginge und dachte an die Zeit, die sie gemeinsam mit der zu vermutenden Erkrankung nach dem Ende der Therapie miteinander haben würden – zumal feststand, dass ich mit meiner Praxis nach Beendigung der Therapie umziehen würde.

Mit Zustimmung seiner Frau gab ich Herrn B. zunächst die Gelegenheit, mit mir allein zu sprechen. Er wollte mich fragen, wie er seine Frau zu Hause beruhigen könne, wenn sie »in diese Zustände« geriet, die ihn spürbar hilflos machten. Ich ermutigte ihn, dies im Paargespräch zu besprechen, da sie ja beide an dieser Situation beteiligt seien. In dem Paargespräch ließen mich beide rasch teilhaben an den Missverständnissen und Auseinandersetzungen, die sie zu Hause miteinander entfalten konnten. Herr B., der für sein Alter drahtig und beweglich wirkte, war in einer großen Familie mit vielen Geschwistern in ländlicher Umgebung aufgewachsen, weshalb er seinen Garten liebe. Frau B. machte sich wenig daraus und kam äußerst selten mit. Er hatte früher erfolgreich in einem verantwortungsvollen technischen Beruf gearbeitet, wo es ebenso auf Präzision, Übersicht wie auf das Zupacken ankam. Umso mehr erwartete er von sich, seiner Frau helfen zu können. Als Herr B. sprach, hatte die Spannung bei Frau B., die solche Situationen offenbar kannte, bereits zugenommen. Sie ergänzte oder korrigierte das eine oder andere, worauf er – sich rechtfertigend und wiederum sie korrigierend – antwortete. Solche kontroversen Dialoge und Affekte, die Frau B.s Verarbeitungsvermögen jetzt spürbar überstiegen, lösten alsbald Hilflosigkeit, Angst und die bekannten körperlichen Symptome bei ihr aus – und auch

abgewehrte Wut und Verzweiflung, wie untergründig spürbar wurde. Herr B. reagierte darauf in der für ihn offenbar charakteristischen Weise. Er fragte nämlich seine Frau ganz rational, aber eindringlich und nach vorn gebeugt, was jetzt los gewesen und was »der Auslöser« sei. Dabei war sein drängender Affekt zu spüren, der wiederum mich spüren ließ, wie sehr er hoffte, die Angst seiner Frau aus der Welt zu schaffen oder kontrollieren zu können. Der drängende Affekt übertrug sich aber wiederum auf Frau B., die sich angegriffen fühlte, ohne diese Frage beantworten zu können. Sie sagte, sie wisse es auch nicht und lockerte, zunehmend schneller und schwerer atmend, ihre Kleidung.

Wie auch in den Einzelgesprächen schlug ich vor, zunächst Frau B. die Gelegenheit zu geben, sich wieder zu beruhigen, damit ein wechselseitiges Gespräch fortgeführt werden könnte – daran konnte auch Herr B. sich orientieren. Dann regte ich an herauszufinden, wie beide diese Situation, die sie offenbar gut kannten, erlebt hatten. Ich regte beide an, ihr Erleben möglichst genau zu beschreiben und versuchte, für beide spürbar werden zu lassen, was eben geschehen war. Herr B. konnte spüren und in Worte fassen, dass er gereizt und ungeduldig wurde, weil er sich hilflos fühlte und unfähig, seiner Frau zu helfen. Er war ihr zugewandt und bemüht, aber es war unübersehbar, dass er rational an Dinge heranging und versuchte, die Ursachen zu klären und Lösungen zu finden. Wir besprachen, dass das der Weg war, der ihm in seinem Leben und vor allen Dingen in seinem beruflichen Leben viel ermöglicht und ihn weitergebracht hatte. Frau B. bestätigte dies ebenso wie, dass sie nicht in der Lage war, auf die Frage ihres Mannes zu antworten. Deshalb fühlte auch sie sich dann hilflos, schuldig, aber auch ärgerlich, weil in gewisser Weise unverstanden. Sie ergänzte, sie sei eben »ein ganz anderer Typ« wie ihr Mann, sie müsse einmal am Tag von Herzen lachen, dann sei vieles für sie einfach wieder gut. Sie sei froh, dass sie die Dinge so leichtnehmen könne. Beide waren ehrlich und engagiert bei der Sache und ich bestätigte, dass ihre Temperamente und Herangehensweisen sich deutlich unterschieden und dass ich mir gut vorstellen könne, wie sich daraus Missverständnisse und Streitigkeiten entwickelten. Nun erfuhr ich von beiden, dass sie früher viele und teils heftige Auseinandersetzungen hatten, jetzt im Alter aber sehr froh seien, sich zu haben.

Ich sprach mit dem Paar überwiegend in dieser Art wechselndem Dialog inspiriert von den Grundprinzipien der MBT. Wenn beide miteinander sprachen und Konflikte oder Missverständnisse

spürbar wurden, besprach ich zunächst mit ihnen, was und wie sie die Mitteilung des jeweils anderen verstanden hätten, bis unterschiedliche Wünsche und Auffassungen zusammen mit den begleitenden Affekten bestehen bleiben konnten. Das erleichterte entweder die Verständigung oder es blieben eben Meinungsunterschiede, die dann leichter anerkannt werden konnten. Wenn sie sich an mich wandten, versuchte ich aus den Mitteilungen des Paares wechselseitig ihre inneren Zustände herauszuhören und beiden mitzuteilen, was und wie ich sie verstanden hätte. Es ging mir um eine Art wechselseitiger Übersetzungsarbeit im Dreieck von Bindung, Affektregulierung (durch das Teilen, Spürbar-werden-lassen und Benennen der Affekte und dessen, was sie auslösten) und Mentalisieren, also zunächst getrenntes, dann gemeinsames Nachspüren und Nachdenken über das Erlebte und Formulierte. Das musste natürlich in kleinen Schritten erfolgen, insbesondere an für Frau B. »schlechten Tagen«.

Tatsächlich verbesserte das die Möglichkeiten des Paares, sich gegenseitig zuzuhören und sich zu verständigen. Insbesondere Frau B. wurde stärker und klarer darin, ihren Standpunkt zu vertreten und Herr B. fing an, auch ihre Perspektive sehen und einnehmen zu können. In dem Dreieck zwischen Bindungssicherheit, Affektregulierung und Mentalisierung bleibend wurde spürbar, dass es für Frau B. manchmal mehr um die Bindung und die Affektregulierung ging, die ihr halfen, sich sicher zu fühlen. Das erleichterte ihr das Mentalisieren. Für Herrn B. waren Sicherheit und Affektregulierung in der therapeutischen Beziehung ebenso wichtig, denn sie entlasteten ihn und erleichterten es ihm, zu verstehen und anzuerkennen, was in seiner Frau vorging oder wozu sie nicht in der Lage war – worüber ich mit beiden gesprochen hatte. In diesem wechselseitigen Prozess konnten sich beide besser aufeinander einstimmen und ihre Begrenzungen und charakterlichen Unterschiede in ihren Auswirkungen besser erkennen und tolerieren. Das ermöglichte Herrn B. erstaunlich rasch, seine Frau auf der emotionalen Ebene anzusprechen. Kurze Zeit später erzählte er erleichtert, dass er jetzt herausgefunden habe, dass es am besten sei, wenn er seine Frau in den Arm nehme, wenn sie wieder Angstzustände bekomme.

Es folgte eine Phase, in der es beiden besser ging, da es ihnen gelang, sich besser aufeinander einzustellen und abzustimmen. Konflikte wurden angesprochen. Frau B. wollte, dass Herr B. das Handy mitnehme, wenn er in den Garten ging, da sie ja nicht wisse, wann er zurückkomme. Er entgegnete darauf, dass er doch feste Zeiten

habe, auf die sie sich verlassen könne und verstand zunächst ihre emotionale Botschaft nicht, unabhängig zu sein in der Möglichkeit, ihn zu erreichen. Der Garten schien sein Ort zu sein, an dem er zur Ruhe kam und das Handy war ihm keineswegs selbstverständlich. Es wurde auch spürbar, dass ihm das zu viel werden könnte – was er aber verneinte. Ich vermutete, dass beide in der Vergangenheit Konflikte öfters durch Distanzierung reguliert hatten, wo jeder seine »freundlichen Weiten« hatte. Aber Frau B. konnte ihren Wunsch nach einer sicheren Verbindung inzwischen nicht nur sich selbst gegenüber anerkennen, sondern auch ihm gegenüber verdeutlichen. Aber vor der Therapie hatte es in zwei Fällen akute, kurzzeitige Aufnahmen in Krankenhäuser gegeben, hinter deren körperlichen Anlässen ich Ängste seitens der Patientin vermutete.

In einer der nächsten Stunden brachte Frau B. ein, dass sie immer wieder die Sorge habe, dass sie ihren Mann überhaupt und angesichts seines Alters zu sehr belaste. Herr B. bestritt dies zunächst nachdrücklich, aber seine Frau widersprach ihm und die Stunde füllte sich mit dem Gespräch über ihre Beobachtungen ihn betreffend und ihre Erfahrung von Insuffizienz und damit verbundenen schmerzlichen Gefühlen. In den nächsten Stunden begann Herr B. dann doch, über sein eigenes fortschreitendes Alter zu sprechen und davon, wie auch er manchmal die Begrenzung seiner Kräfte spürte. Das wechselte ab mit seinem Wunsch, durch den Garten für eine autarke und gesunde Ernährung zu sorgen, sodass ich ein Gespür dafür bekam, wie einig sich das Paar unbewusst darin war, gegen zunehmende Einschränkungen und Abhängigkeit tapfer anzukämpfen. Die Beschäftigung mit diesem Konflikt machte es schließlich beiden möglich, ihre Haltung ihrer sich verändernden inneren und äußeren Realität besser anzupassen, und angesichts eigener Verletzlichkeit und Bedürftigkeit für gute Unterstützung zu sorgen.

7.4 Die Kinder melden sich

Ich hatte mich ab und an gefragt, inwieweit die erwachsenen Kinder des Paares die Situation der Eltern und insbesondere von Frau B. kannten und einschätzten. Die Tochter meldete sich regelmäßig, sie hatte aber nun auch ein eigenes Anliegen: Zwischen ihr und Frau B. gab es einen alten Konflikt, der nie geklärt worden war und dessentwegen die Tochter unausgesprochene Vorwürfe hegte. Da auch sie die

Veränderung ihrer Mutter bemerkt hatte, suchte sie das Gespräch, obwohl Herr B. dagegen war, weil er fürchtete, dies könnte seine Frau zu sehr belasten. Dieser Konflikt war in einer Stunde von beiden sehr offen besprochen worden, Herr B. blieb skeptisch, stimmte aber zu. Frau B. war nach dem Gespräch mit der Tochter sehr erleichtert. Sie habe immer gespürt, dass die Tochter sich ihr gegenüber etwas zurückhalte. Sie selbst habe sich vielleicht auch nicht immer richtig verhalten und sei froh, dass dies jetzt besprochen werden konnte, denn sie sei jetzt unbefangener im Umgang mit ihr. Worum es bei den alten Vorwürfen gegangen war, blieb zum Teil unklar. Wohl aber war es wichtig, sich auszusprechen und auszusöhnen, die Affekte zu regulieren und die emotionale Beziehung wieder ins Gleichgewicht zu bringen.

Im weiteren Verlauf war ich erstaunt, wie präsent die Kinder jetzt wurden und wie passend und sinnvoll ihre Unterstützungsangebote, nachdem zudem eine qualifizierte Demenzdiagnostik erfolgt war. Denn die depressive Symptomatik von Frau B. war abgeklungen, die körperlichen Begleitsymptome der Angst traten seltener auf und Frau B. gelang es besser, sich zu beruhigen und die Begrenzungen ihrer Kräfte zu akzeptieren. Dennoch blieben die deutlichen Wortfindungs- und Gedächtnisstörungen sowie kognitive Einschränkungen unübersehbar. Auch die reduzierteren Routinen des Haushalts brachten sie an ihre Grenzen und sie wurde ängstlich, wenn sie in neue Situationen kam oder sie sich allein gelassen und überfordert fühlte. Ich regte an, über die fragliche Demenz zu sprechen, um Klarheit und eventuell notwendige Therapie und Unterstützung zu ermöglichen, was nun – trotz der verbleibenden Angst und Abwehr von Frau B. – schrittweise und zunehmend möglich wurde. Schließlich wurde die Untersuchung nicht mehr beiläufig und unzureichend durchgeführt, um dann möglichst schnell wieder vergessen zu werden, sondern sie rückte in den Fokus und die ganze Familie wurde informiert. Es wurde eine leichte bis mittelschwere subkortikale vaskuläre Demenz diagnostiziert, therapeutische und Unterstützungsmöglichkeiten wurden besprochen, u.a. wurde die Beantragung einer Pflegestufe angeraten. Dies ermöglichte allen, sich besser auf die schwierige Situation einzustellen. Es gab weiterhin »gute« und »schlechte« Tage, solche an denen Frau B. sich mit der Erkrankung konfrontieren konnte und begreiflicherweise traurig wurde, sich aber auch der Unterstützung durch ihre Familie rückversichern konnte und Wünsche und Interessen äußerte. In anderen Stunden hatte sie die Erkrankung vergessen, stellte alles

infrage, wünschte sich, dass die Krankheit geheilt werden und wieder verschwinden könnte. Herr B. fühlte sich einerseits auch durch die Unterstützung der Kinder entlastet, andererseits auch darin bestärkt, seine Rolle und Kraft als Ehemann und Beschützer seiner Frau behalten zu wollen. Beide hielten auf diese Weise auch an ihrer Partnerschaft fest, und wünschten sich, noch möglichst lange eine möglichst gute Zeit miteinander zu haben. Auch angesichts des absehbaren und wegen meines Umzugs unumgänglichen Endes der Therapie machten sie sich gleichzeitig auf, die Unterstützungsangebote vor Ort kennenzulernen und erste Besuche dort zu vereinbaren.

Angesichts des Abschieds verstärkten sich die Angstsymptome von Frau B. wieder, aber es kam auch ein Trauerprozess in Gang. Bedauern und Enttäuschung waren ihr emotional zugänglich, Wut und Ärger mir gegenüber blieben stärker abgewehrt. Sowohl Frau B. als auch ihr Mann versuchten, den Abschied zu bewältigen, wie sie das von klein auf kennengelernt hatten und es den damaligen Notwendigkeiten der Kriegs- und Nachkriegszeit entsprochen hatte, nämlich tapfer zu sein und auch Zumutungen und Verluste ohne Protest zu ertragen. Solche damaligen Überlebens- und Anpassungsstrategien versuchte ich im Kontext der Beendigung behutsam ins Gespräch zu bringen, um es ihnen zu erleichtern, damalige Erfahrungen von den heutigen zu unterscheiden, Ärger und Enttäuschung zu enttabuisieren und heute Hilfe zu verlangen und anzunehmen.

8. Überlegungen zum Fallbericht und zur Psychotherapie bei Demenz

Mit der Zunahme der Erkrankung half Frau B. ihre bisherige Abwehr- und Bewältigungsstrategie, sich trotzig abzuwenden aber auch durchzuhalten und Unangenehmes, Schmerzliches oder Unerträgliches wegzulachen, nicht mehr weiter. Ähnliches galt für die Rationalität und Affektabwehr von Herrn B.. Auch die Nähe-Distanz-Regulation, die Frau und Herr B. entwickelt hatten, entsprach nicht mehr ihrer beider zunehmenden Verletzlichkeit. Herr B. war um Unabhängigkeit bemüht. Frau B. fiel es oft schwer, ihre Bedürfnisse auf direktem Wege anzumelden bzw. gab sie schnell enttäuscht auf, wenn die gewünschte Reaktion der anderen nicht kam. Angesichts der jetzigen Ängste und Gefühle, die Frau B. nur begrenzt mentalisieren konnte, blieb sie im Körpermodus und entwickelte den Hilfeschrei

somatischer Symptome, der in der Therapie gemildert werden konnte. Frau B. konnte einerseits ihr Lachen behalten, aber andererseits auch Ärger, Enttäuschung, Schmerz und Trauer besser zulassen und Ambivalenz insgesamt; auch ihre Wünsche und Interessen konnte sie besser anmelden und vertreten. Herr B. konnte Abstand zu seiner rationalisierenden Haltung finden und seinerseits mehr auf seine Gefühle hören und vertrauen, wie auch auf die seiner Frau. Beide konnten ihre Verletzlichkeit und zunehmende Abhängigkeit besser tolerieren und Vorsorge treffen und sich als Paar besser verständigen und abstimmen. Erst als der Weg dahin geebnet war, schien mir der richtige Moment, die Demenzdiagnostik zur Sprache zu bringen.

Natürlich ging auch das alles nicht so glatt und körperlos vonstatten, wie meine jetzige Schilderung dies vielleicht vermuten lassen könnte. Es gab weiterhin »gute« und »schlechte« Tage, Spannungen und Ängste, regressive und progressive Tendenzen. Aber mir blieb mein zwischenleibliches und affektives Erleben der entscheidende Seismograph für die somatopsychische und psychosomatische Verfassung der Patientin, wie auch ihres Ehemannes und des Paares. Es bildete auch die Basis dafür, die Wahrnehmung und Regulation von Affekten, den versuchten Wechsel von Perspektiven und mögliches Mentalisieren anzuregen. Wenn wir die Zwischenleiblichkeit nicht nur implizit voraussetzen, sondern explizit berücksichtigen wollen, öffnen wir uns nicht nur der direkt sinnlich-leiblich vermittelten Affektivität und dem sinnlich-szenischen Verstehen, sondern auch der »verkörperten gleichschwebenden Aufmerksamkeit« (Scharff 2010, 175). Wir tragen intuitiv oder methodisch orientiert zur Rhythmisierung und Affektregulierung im therapeutischen Prozess bei, um etwa vor der Überwältigung durch schmerzliche Affekte, Hilflosigkeit, Ängste oder Retraumatisierungen zu schützen (Plassmann 2019).

Insbesondere in der frühen und mittleren Phase einer Alzheimer- oder auch vaskulären oder anderen Demenz wird die Einbeziehung des*der Partner*in in die Diagnostik, Beratung, Behandlung und ggf. in die Psychotherapie des*der erkrankten Partner*in empfohlen, denn die Erkrankung ändert auch die Beziehung und beider Leben nachhaltig. Die Möglichkeiten, mit einer Paartherapie – wenn indiziert und gewünscht – auch längerfristig bestehende Konflikte noch zu bearbeiten – wie sie Frau und Herr B. einbrachten – sollte berücksichtigt werden. Auch im Hinblick auf die zunehmende Asymmetrie der Beziehung und den Übergang in eine Pflegebeziehung ist das beiderseitige Vertrauen auf gegenseitige Verständigung und

die Anerkennung ambivalenter Gefühle hilfreich. Das Paarsetting kann es zudem erleichtern, die zwischenleibliche Erfahrung des Paares und seiner Muster der Selbst- und Affektregulierung direkt mit einzubeziehen und die hilfreichen Erweiterungen der Kommunikationsmöglichkeiten auf das affektive, parasprachliche und körperbezogene Geschehen hin vorzubereiten und zu erproben, das in späteren Stadien der Erkrankung immer bedeutsamer wird.

Was Hirsch, als erfahrener Gerontopsychiater, Psychotherapeut und Psychoanalytiker berichtet, nämlich dass Patient*innen mit Alzheimer-Demenz diejenigen Psychotherapeut*innen, die mit ihnen arbeiten, immer wieder damit überraschen, »über welche Vielfalt an Fähigkeiten und Kompetenzen ein Mensch mit Alzheimer-Demenz noch verfügt« (2017, 270), dürfte auch für andere Formen der Demenz, spätere Erkrankungsstadien und andere Behandlungsformen gelten. Jedenfalls war auch ich überrascht von dem, was die Patientin, ihr Ehemann, beide als Paar und die Familie entwickeln konnten.

9. Mentalisierungsbasierte Psychotherapie und leibphänomenologischer Diskurs

Im Hinblick auf die MBT bleibt festzuhalten, dass die Frage nach inneren Zuständen anderer und nach dem eigenen Selbsterlebens in Interaktionen und Beziehungen nicht darüber hinwegtäuschen darf, dass auch Mentalisieren in zwischenleiblichen und intersubjektiven Prozessen gründet. Das wird nicht nur in theoretischer Hinsicht, z.B. beim prämentalistischen teleologischen Modus deutlich und bei Patient*innen, die auf körperliche Be-Handlung drängen. Aber auch die Aufrechterhaltung des Mentalisierens und sein Erwerb finden unweigerlich in einem zwischenleiblichen und intersubjektiven Feld statt und in der zirkulären Bewegung zwischen sicherer Bindung, Affektspiegelung/Affektregulierung und Mentalisierung, wobei explizites und implizites Mentalisieren zusammenwirken. Wenn wir »implizit mentalisieren, tun wir es intuitiv, prozedural und automatisch, nicht bewusst«, ohne zwischen beiden Formen eindeutig unterscheiden zu können (Allen 2016, 33). Auch das implizite Mentalisieren betrifft sowohl das Selbst als auch andere Menschen, »automatisch spiegeln wir sie zu einem gewissen Grad wider, indem wir unsere Körperhal-

tung, unseren Gesichtsausdruck und unseren Tonfall entsprechend anpassen«, aber dies sei schwierig in Worte zu fassen, so Allen (ebd.).

Dennoch haben Broschmann und Fuchs 2020 kritisch eingewandt: »Die zwischenleibliche Ebene der Interpersonalität findet im Mentalisierungs-Paradigma kaum Berücksichtigung [...], der psychische Raum sei zwar interpersonal konzipiert, dabei werde aber der Eindruck erweckt, als finde eine Perspektivenübernahme körperlos von einem geistigen Zustand zum anderen statt« (ebd., 461).

Zuletzt hat Schultz-Venrath (2021) diese konzeptionelle Verkürzung in seinem Buch über das *Mentalisieren des Körpers* aufgegriffen und breit diskutiert. Ihm verdanke ich den Hinweis auf ein kurzes Beispiel von Bateman und Fonagy (2016), in dem sie die Fokussierung auf Affekte als unverzichtbaren Schritt hin zu deren Mentalisieren diskutieren (zit. nach Schultz-Venrath 2021, 218):

Th: Als Sie eben sprachen, haben sie Ihren Blick abgewandt und auf den Boden geschaut. Können Sie mir sagen, was gerade in Ihnen vorgegangen ist?

Pat: Ich weiß es nicht, ich fühle mich gerade leer.

Th: Können Sie das etwas genauer beschreiben?

Pat: Mir macht das Angst und ich bin ziemlich aufgewühlt, darüber zu sprechen.

Th: Vielleicht ist das etwas, dass wir gemeinsam haben. Im Augenblick bin ich auch etwas ängstlich darüber, dass ich sie zu Dingen befrage, die Ihnen noch mehr Angst machen und die sie gerne vermeiden möchten. So sind wir vielleicht beide unsicher, ob wir etwas vermeiden oder nicht.

Hier wird nicht körperlos von einem geistigen Zustand zum anderen kommuniziert. Ein solcher Dialog wird nur möglich, wenn auch das zwischenleiblich vermittelte, affektive Selbstempfinden als eigenes und geteiltes inneres Erleben berücksichtigt wird.

Schultz-Venrath rekonstruiert die anfangs nur beiläufige Berücksichtigung vom »embodied mentalizing« nach Bowlby als »verkörperlichtes, verleiblichtes oder verkörpertes Mentalisieren« bei Fonagy und Target (2007) und die 2019 erfolgten Modifikationen durch Bateman und Fonagy. Sie reformulierten die Mentalisierungstheorie dahingehend, dass das Mentalisieren der Sprachentwicklung vorausgehe, »weil das mütterliche Verständnis des inneren Zustands des Kindes körperlich oder zumindest vorsprachlich lange vor dem Erscheinen des ersten Wortes erfahren und kommuniziert werde«

(Bateman & Fonagy 2019, 7). Diese Abwendung von der Verortung des Mentalisierens in der *Theory of Mind* erfolgte nicht zuletzt aufgrund neuerer empirischer Studien mit Säuglingen und Kleinkindern. Aufgrund der Diskussion dieser Befunde folgert Schultz-Venrath, »dass verkörperlichtes (implizites) Mentalisieren vom kognitiven (expliziten) Mentalisieren als Integrationsleistung der verschiedenen prämentalistischen Modi unterschieden werden muss, da auf der vorsprachlichen Ebene nach der klassischen Definition Mentalisieren nicht möglich ist.« (Schultz-Venrath 2021, 70) Diese konzeptionelle Unterscheidung weist einige Parallelen auf zu der oben ausgeführten zwischen präsentativ-symbolischer und repräsentativ-symbolischer Kommunikation und Repräsentation. Beide wirken aber – wie auch immer konzipiert – im lebenspraktischen Vollzug einschließlich Pflege, Betreuung und Psychotherapie zusammen. Entsprechend zielen mentalisierungsfördernde Interaktionen, so Schultz-Venrath, darauf ab, »Brücken zwischen dem Körper, dem Körpererleben und dem psychischen Erleben in Begegnung mit anderen Menschen bzw. Mitpatienten anzubieten.« (Ebd., 222) Dadurch werde der therapeutische Raum insbesondere um den vorsprachlichen Bereich erweitert, Selbst und Objektgrenzen würden klarer, was Ängste reduzieren helfe. (Ebd.)

Insbesondere diese Erweiterung des therapeutischen Raums um den vorsprachlichen Raum bzw. die Zusammenschau und das Ineinander-verwoben-Sein von vorsprachlicher und sprachlicher Bezogenheit und Kommunikation, ist nicht nur für die psychodynamische Psychotherapie und die Psychoanalyse, sondern auch für Betreuung und Pflege grundlegend – und besonders im Hinblick auf Menschen mit Demenzen und vergleichbaren Erkrankungen relevant. Denn hier verlieren Denken und Sprache zunehmend den repräsentativ-symbolischen Charakter und Sinn, und präsentativ-symbolische, gestische, mimische, vokale und vorsprachliche Kommunikation, Sinnstiftung und -vermittlung, wie sie dem Menschen von den frühesten zwischenleiblichen Mutter-/Eltern-Kind-Dialogen an zur Verfügung stehen, rücken in den Vordergrund. Auch das Mentalisierungskonzept und die MBT – das habe ich zu zeigen versucht – bieten in ihrer sprachlich und vor-sprachlich verwobenen, hochdifferenzierten und kleinschrittigen Arbeitsweise viele Anregungen zur Psychotherapie mit an Demenz Erkrankten und ihren Angehörigen. Denn MBT bietet die Möglichkeit, die Gesamtheit des konzeptionellen Raumes von Bindungssicherheit, Affektwahrnehmung/Affektregulierung und Men-

talisierung mit einzubeziehen und zu realisieren. Der Anschlussfähigkeit an und Konfrontation mit dem leibphänomenologischen Diskurs steht demnach nichts im Wege.

Literaturverzeichnis

- Allen, J. G. (2016). Mentalisieren in der Praxis. In J. G. Allen & G. Fonagy (Hrsg.), *Mentalisierungsgestützte Therapie* (übers. v. Elisabeth Vorspohl) (S. 23–61). Stuttgart: Klett Cotta.
- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2016). *Mentalisation-Based Treatment for Personality-Disorders – A Practical Guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (Hrsg.) (2019). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Washington D.C. London: American Psychiatric Association Publishing.
- Bienstein, C. & Fröhlich, A. (2021). *Basale Stimulation in der Pflege* (9. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Bohleber, W. (2022). Das Selbst als mentaler Akteur. Ein vernachlässigtes Konzept der Psychoanalyse. *Forum der Psychoanalyse*, 38 (1), 17–32.
- Broschmann, D. & Fuchs, T. (2020). Zwischenleiblichkeit in der psychodynamischen Psychotherapie. *Forum der Psychoanalyse*, 36 (4), 459–475.
- Damasio, A. (2010). *Selbst ist der Mensch. Körper, Geist und die Entstehung des menschlichen Bewusstseins*. München: Pantheon.
- Dehm-Gauwerky, B. (2017). Jenseits des Vergessens. Zwischenstadien des Weltbezugs, wie sie sich in der psychoanalytischen Musiktherapie mit hochgradig altersdemementen Menschen darstellen. *Psychotherapie im Alter*, 14 (3), 317–328.
- Euler, S. & Schultz-Venrath, U. (2014). Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT). *PiD- Psychotherapiedialog*, 15(3), 40–43.
- Euler, S. & Walter, M. (2018). *Mentalisierungsbasierte Psychotherapie (MBT)*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Feil, N. (1999). *Validation* (5. Aufl.). München: Reinhardt.
- Fonagy, P. & Target, M. (2007). The rooting of the mind in the body: new links between attachment theory and psychoanalytic thought. *Journal of Aging and Physical Activity*, 55 (2), 411–456.
- Freud, S. (1923/1940). Das Ich und das Es. In A. Freud et al. (Hrsg.), *Gesammelte Werke, Bd. XIII* (S. 237–289). Frankfurt a. M.: Fischer.
- Haberstroh, J., Neumeyer & K., Pantel, J. (2016). *Kommunikation bei Demenz. Ein Ratgeber für Angehörige und Pflegende* (2. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Heuft, G. (2018). *Psychodynamische Gerontopsychosomatik*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Heuft, G., Kruse, A. & Radebold, H. (Hrsg.). (2006). *Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie* (2. Aufl.). München: Reinhard UTB.
- Hirsch, R. D. (Hrsg.) (1994). *Psychotherapie bei Demenzen*. Darmstadt: Steinkopf.

- Hirsch, R. D. (2011). Psychotherapie bei Menschen mit Demenz. In R. D. Hirsch, T. Bronisch, S. K. D. Sulz (Hrsg.), *Das Alter birgt viele Chancen. Psychotherapie als Türöffner* (S. 136–161). München: CIP-Medien.
- Hirsch, R. D. (2017). »Man kennt nur Dinge, die man zähmt.« Begreifen wir den Demenzprozess? *Psychotherapie im Alter*, 3 (14), 249–274.
- Jaques, E. (1965). Death and the Mid-life Crisis. *International Journal of Psychoanalysis* 46, 502–514.
- Junkers, G. (1994). Psychotherapie bei Demenz? In R. D. Hirsch (Hrsg.), *Psychotherapie bei Demenzen* (S. 93–106). Darmstadt: Steinkopf.
- Kandel, E. R. (2008). *Psychiatrie, Psychoanalyse und die neue Biologie des Geistes*. Berlin: Suhrkamp.
- Kojer, M. (2015). Interview Demenz. Die Hochbetagten waren meine Lehrer. *Lebendige Seelsorge*, 66 (1), 33–38; <http://docplayer.org/40198464-Interview-demenz-ein-gespraech-mit-marina-kojer.html>(Abgerufen am: 15.05.2022).
- Kojer M. & Schmidl, M. (2016). *Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis. Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen*. Heidelberg: Springer.
- Küchenhoff, J. (2016). Zwischenleiblichkeit und Körperbild. Das Körpererleben in der Beziehung. In S. Walz-Pawlita, B. Unruh & B. Janta (Hrsg.), *Körpersprachen* (S. 109–124). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Langer, S. (1942/1987). *Philosophie auf neuen Wegen*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Lemma, A. (2018). *Der Körper spricht immer. Körperlichkeit in psychoanalytischen Therapien und jenseits der Couch*. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.
- Leikert, S. (2019). *Das sinnliche Selbst – Das Körpergedächtnis in der psychoanalytischen Behandlungstechnik*. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.
- Leikert, S. (Hrsg.) (2022). *Das körperliche Unbewusste in der psychoanalytischen Behandlungstechnik*. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.
- Leuschner, W. (2017). Paul Schilders Körperbild-Modell und der »bodyintercourse«. *Psyche*, 71 (2), 123–150.
- Leuzinger-Bohleber, M. (2013). *Embodiment. Ein innovatives Konzept für Entwicklungsforschung und Psychoanalyse*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Lindner, R. (2017). »Wir können nicht vergessen.« Klinisch-psychoanalytische Überlegungen zur Psychotherapie bei Demenz. *Psychotherapie im Alter*, 3 (14), 329–342.
- Lorenzer, A. (1988). *Das Konzil der Buchhalter. Die Zerstörung der Sinnlichkeit. Eine Religionskritik*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- McMahan, J. (2003). *The Ethics of Killing. Problems at the Margins of Life*. Oxford: Oxford University Press.
- Merleau-Ponty, M. (1945/1966). *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin: de Gruyter.
- Montero, G.J., De Montero, A. M. C. & De Vogelfanger, L. S. (Hrsg.) (2013). *Updating Midlife*. London: Karnac.
- Otterstedt, C. (2005). *Der nonverbale Dialog. Für Begleiter von Schwerkranken, Schlaganfall-, Komapatienten und Demenz-Betroffenen mit Übungen zur Wahrnehmungssensibilisierung*. Dortmund: Verlag modernes lernen Borgmann GmbH & Co. KG.

- Peters, M. & Lindner, R. (2019). *Psychodynamische Psychotherapie im Alter. Grundlagen, Störungsbilder und Behandlungsformen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Plassmann, R. (2016). *Körper sein und Körper haben*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Plassmann, R. (2019). *Psychotherapie der Emotionen*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Plassmann, R. (2022). *Leiblichkeit, Emotionen und Selbstentwicklung: Die Schichten des Selbst und die Entstehung des Stimmigkeitsgefühls*. Unveröffentlichtes Vortragsmanuskript.
- Poscheschnik, G. & Traxl, B. (Hrsg.) (2016). *Handbuch Psychoanalytische Entwicklungswissenschaft. Theoretische Grundlagen und praktische Anwendungen*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Radebold, H. (2005). Zur Bedeutung des Körpers Älterer in der Psychotherapie. *Psychotherapie im Alter*, 2(4), 21–33.
- Scharff, J. M. (2010). *Die leibliche Dimension in der Psychoanalyse*. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.
- Schilder, P. (1935). *The image and appearance of the human body. Studies in the constructive energies of the psyche*. London: Kegan Paul & Trench, Trubner.
- Schrader, C. (2017). Warum ist die Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) für die Psychotherapie im Alter besonders interessant? *Psychotherapie im Alter*, 14(1), 51–64.
- Schrader, C. (2018). »Aber ich hab doch noch so viele Träume!« Formen der Rebellion gegen Begrenzung und Tod im Alter – Beobachtungen aus der psychoanalytischen Praxis. In B. Unruh, I. Moeslein-Teising & S. Walz-Pawlita (Hrsg.), *Rebellion gegen die Endlichkeit* (S. 174–186). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Schrader, C. (2020a). »Diesen Deckel wollte ich eigentlich gar nicht aufmachen« Zur Reaktivierung transgenerationaler Traumata im Alter. In M. Rauwald (Hrsg.), *Vererbte Wunden* (2. Aufl.) (S. 129–136). Weinheim: Beltz Verlag.
- Schrader, C. (2020b). Körper und Körpererleben im Alter. *Psychodynamische Psychotherapie*, 19(4), 405–415.
- Schultz-Venrath, U. (2021). *Mentalisieren des Körpers*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Steinmetz, A. (2016). *Nonverbale Interaktion mit Demenzkranken und palliative Patienten*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Stuhlmann, W. (2018). *Demenz braucht Bindung* (3. Aufl.). München: Reinhardt.
- Stern, D.N. (2005). *Der Gegenwartsmoment. Veränderungsprozesse in Psychoanalyse Psychotherapie und Alltag*. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.
- Stern, D.N. (2007). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stern, D.N. (2011). *Ausdrucksformen der Vitalität*. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.
- van der Kooij, C. (2007). *Ein Lächeln im Vorübergehen. Erlebnisorientierte Altenpflege mit Hilfe der Mäeutik*. Bern u.a.: Huber.
- Volz-Boers, U. (2022). »Mein Körper läuft neben mir her wie ein Ding, das ich nicht brauche.« Körperempfindungen in Aufbau und Organisation mentaler Struktur. In S. Leikert (Hrsg.), *Das körperliche Unbewusste in der psychoanalytischen Behandlungstechnik*. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.

- Wächtler, C. (2017). »Der Psychiater meiner Mutter sagt, bei Demenz hilft keine Psychotherapie«: Besonderheiten bei der Psychotherapie mit kognitiv beeinträchtigten Patienten. *Psychotherapie im Alter*, 14 (4), 415–431.
- Winnicott, D.W. (1960/1965). Ego distortion in terms of the true and false self. In D. Winnicott (Hrsg.), *The maturational process and the facilitating environment* (S. 140–152). London: The Hogarth Press.
- Yalom, I. D. (2002). *Der Panama-Hut* (9.Aufl.). München: btb.

Ralph Kunz

Die Leiblichkeit der Demenz und der Leib, der sich erinnert

Rituelle Praktiken der Wiedereingliederung

Abstract

Ausgehend von einem Bild, das die christliche Sicht des verletzlichen Menschseins anschaulich macht, wird Vulnerabilität und Fragilität der demenzerkrankten Person aus theologischer Perspektive entfaltet. Auf der einen Seite ist der Theologie wie anderen wissenschaftlichen Ansätzen daran gelegen, dass die Komplexität von Belastungssituationen reduziert und kategorisiert wird, um sie in allgemeinen Begriffen zu *universalisieren*. Auf der anderen Seite sind Theologie und Seelsorge interessiert an dem, was *einzigartig* ist. Besonders im Hinblick auf die Demenz gilt es, Situationen *genau zu beschreiben*, um falsche Generalisierungen zu vermeiden. Kein Mensch ist auf seinen aktuellen Körperzustand zu reduzieren. Sorge- und Anerkennungsbeziehungen, wie sie in der Pflege und im Gottesdienst zum Ausdruck kommen, sind darum konstitutiv für die Wahrung einer qualitativen und relationalen Identität der Demenzbetroffenen. Sie tragen der vorhandenen Beziehungs- und Partizipationsfähigkeit Rechnung. Denn auch dann, wenn sich die aktuelle Fließbewegung des Lebens verlangsamt oder verliert, bleibt die im Leibgedächtnis sedimentierte Leiblichkeit doch bestehen. Der Gottesdienst kann hier anknüpfen: in den affektiven Vertrautheiten mit Gerüchen, Berührungen und Melodien. Es ist das Ensemble sinnlicher Zeichen, das der Kultkörper verwendet, um sich selbst als Leib Christi darzustellen.

Das Bild des Gekreuzigten von Mathis Gothart Nithart («Grünewald») kennen alle, die sich für Theologie und Kirchenkunst interessieren. Der in den Jahren 1512 bis 1516 geschaffene Wandelaltar im Isenheimer Antoniterkloster ist eines der bedeutendsten Meisterwerke der deutschen Tafelmalerei. (van Riel 2021) Eindrücklich ist

nicht nur seine expressive Kraft. Auch die Geschichte der Entstehung und die rituelle Verwendung des Altars faszinieren. Es handelt sich um seelsorgliche Kunst, gemalt für die Kranken im Spital der Antoniter. Nach der ersten Nacht in der Präzeptorei wurde jeder Kranke vor den Hochaltar gebracht. Sie sollen ihren Heiland sehen – als Leidenden am Kreuz, der ihre Krankheit trägt! Grünewald verstärkte die Wirkung dieser »Bildpredigt«, indem er den Körper Jesu mit hässlichen Beulen verunstaltete. Für die ähnlich Stigmatisierten war die Überzeichnung des Künstlers ein Zeichen christlichen Mitleids. In der Predella zeigt Grünewald die Beweinung Jesu, wie der tote Jesus liebevoll gesalbt und für das Grab vorbereitet wird. Auch diese Szenerie hat eine tröstliche Botschaft: Jesus leidet, stirbt und doch bleibt er mit seinem Körper – selbst als Leichnam – eine Person, der Liebe und Fürsorge widerfährt.

Die von der Passionsfrömmigkeit der frühen Neuzeit inspirierten Tafelbilder des Isenheimer Altars zeugen von einer *Kultur der Sorge*, die über Jahrhunderte in der Diakonie und Liturgie der Kirche gepflegt wurde. Das Ethos in der biblischen Tradition der barmherzigen Werke kann als idealtypischer Referenzpunkt für eine ganzheitliche *Spiritual Care* oder *Palliative Care* gesehen werden.¹ Es gilt jedoch auch, die Kehrseite dieses Erbes zu sehen. Christlich geprägte Gemeinschaften können sich verschließen, dem Kranken das Personsein absprechen, ihn als Fremdkörper abstoßen und ausschließen. Das erkenntnisleitende Interesse der praktischen Theologie schließt darum immer auch Kritik der (religiös geprägten) Exklusion mit ein.

1. Vom Potenzial der rituellen Eingliederung

Nachfolgend geht es nicht darum, die Schatten der institutionalisierten Fürsorge kritisch aufzuarbeiten. Ich möchte vielmehr auf Möglichkeiten verweisen, die der symbolisch konstituierte Sozialraum

¹ Unter *Palliative Care* wird die umfassende Begleitung von Menschen mit einer lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheit verstanden; ein Ansatz, der bereits im 4. Jahrhundert im Zusammenhang des entstehenden Spitalwesens beschrieben wurde. (Vgl. Müller-Busch 2014, 4) Mit *Spiritual Care* liegt der Fokus auf der spirituellen Dimension im umfassend verstandenen Schmerz (»Total Pain«, C. Saunders) der Patienten. Sowohl *Palliative* wie *Spiritual Care* agieren in interprofessionell geteilter Verantwortung. (Vgl. Peng-Keller 2017a, 177).

der religiösen Rituale eröffnet. Gerade mit Blick auf Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen gilt es, das einzigartige *Inklusionspotenzial der Kirche* auszuleuchten und in Erinnerung zu rufen. Insofern ist dieser Beitrag ein Plädoyer dafür, die *Chancen der rituellen Eingliederung* zu bedenken. Dabei gilt es, zwischen unterschiedlichen Aufgaben des explizit religiösen Rituals und Alltagsritualen, die in der Seelsorge Verwendung finden, zu unterscheiden. Um den unterschiedlichen Formen von Wiedereingliederung begrifflich Rechnung zu tragen, spreche ich im ersten Fall von ›Ritus‹ und im zweiten Fall von ›Ritual‹.²

Leitend ist für mich die theologische Sicht, die Grünewald in seinem Altarbild so anschaulich gemacht hat: Jeder *Körper* ist und bleibt ein Glied der Kirche, jener größeren Gemeinschaft, die von Paulus *Leib* genannt wird. Es ist eine Leiblichkeit, die durch symbolische Kommunikation und rituelle Aktualisierung greifbar, wahrnehmbar und zwischenleiblich erfahrbar wird. Kirche konstituiert sich als ein Leib, der im rituellen Akt *entsteht*, aber zugleich einen Resonanzraum der kollektiven Erinnerung voraussetzt, der schon zuvor *besteht*. Was als Geschichte gespeichert ist, kann in der Gegenwart reinszeniert und aktualisiert werden. Weil es dabei nicht um eine quasi-ontologische Realität, sondern um einen imaginierten Leib geht, ist in den weiteren Überlegungen von einem *Potenzial* die Rede. Andrea Bieler umschreibt in ihrer Theologie der Seelsorge dieses Potenzial als »Entdeckung des Möglichkeitssinns auf der Grundlage der Lebendigkeit Gottes.« (Bieler 2017, 14) Der Bezug auf Gott erschließe die konkrete Möglichkeit der Leiblichkeit im Horizont einer weit gefassten Vulnerabilität. Der Verlust der Lebenskraft wird von der immer größeren Lebendigkeit Gottes getragen und darum erträglich. (Ebd., 14f.)

Was Bieler für den generellen Fall des Verlusts von Lebenskraft sagt, gilt auch für den Spezialfall des krankheitsbedingten Verlusts kognitiver Fähigkeiten. Das »Gedächtnis«, das im Gottesdienst aufgeführt wird, ist als Gabe im Leib aufgehoben und ihm als Aufgabe aufgetragen.³ In Analogie zum Isenheimer Altarbild ist das Ziel des Ritus kein Selbstzweck. Mit den Menschen, die an einer Krankheit

² Zu dieser Unterscheidung vgl. Klie 2009 und Kunz 2020b.

³ Thomas Fuchs hat den Begriff der »Collective Body Memories« geprägt. Er unterscheidet vier verschiedene phänomenale Typen des kollektiven Körpergedächtnisses: Spiele, Familienerinnerung, Ritual und Habitus. (Vgl. Fuchs 2017, 333–352, insbesondere: 341–347).

leiden, gemeinsam Gottesdienst zu feiern, ist immer auch *Care*. Diejenigen, die an der Krankheit des Vergessens leiden, sollen nicht vergessen werden.

Das erkenntnisleitende Interesse der praktischen Theologie an der Wiedereingliederung des Ritus richtet sich demnach auf das *Erinnerungsvermögen* der umfassend verstandenen Körperschaft, die sich versammelt, um den Leib zusammenzuhalten. Diese größere Gemeinschaft nimmt für sich in *Anspruch*, dass Gott ihrer gedenkt und hält sich an das *Versprechen*, sich ihrer demenzbetroffenen Glieder zu erinnern oder mit einem Begriff von John Swinton gesprochen, *Remembrance* zu üben.

To re-member a person with dementia is to offer them the kind of relational environment which mirrors God's loving, remembrance and unchanging embrace and in so doing, draws back together the wholeness of the person whose life has been fragmented by the experience of dementia. Such a relationship both *remembers* the person and *remembers* for them. (Swinton 2007, 59)

Für Swinton eröffnet sich durch die Aufgabe und Gabe der kollektiven Erinnerung die Möglichkeit einer Wieder-Vergegenwärtigung der Person, wie sie in der göttlichen Schau reflektiert bzw. gespiegelt wird.⁴ Erinnerung als *Remembrance* holt für die Zeit des Ritus eine Ganzheit in die Gegenwart zurück. Was wiedergeholt wird, ist eine Vorwegnahme der erhofften Wiederherstellung. Im Isenheimer Altar wird diese Hoffnung durch das Bild des auferstandenen Christus symbolisch ausgedrückt.

Ausgehend von diesen Überlegungen soll nachfolgend der Gedanke der rituellen Wiedereingliederung von demenzerkrankten Menschen erläutert und vertieft werden. Ich referiere zunächst einige Einsichten aus einer Fallstudie und skizziere danach darauf Bezug nehmend eine theologisch-anthropologische Sicht der Leiblichkeit und Verletzlichkeit im Möglichkeitsraum der rituellen *Remembrance*.

⁴ Das kritische Moment dieses Ansatzes ist die Wahrnehmung der verborgenen Person im Licht ihrer Erscheinung in Christus. (Vgl. Kunz 2020a).

2. Rituale in der Care

Es herrscht weitgehend Konsens darüber, dass rituellem Handeln für die Begleitung und Betreuung von demenzkranken Menschen eine wichtige Rolle zukommt. Ausgehend von der Beobachtung, dass leibbezogene Erinnerung über Habitualisierung entsteht, eröffnen rituelle Formen der Interaktion auch Zugänge zu Menschen, die unter kognitiven Einschränkungen leiden. Umso überraschender ist, wie wenig zu diesem Thema im Bereich der Praktischen Theologie geforscht wurde, so dass von einem Desiderat gesprochen werden muss.⁵

Von den neueren Arbeiten sticht die Dissertation *Seelsorge für Menschen mit Demenz. Praktisch-theologische Perspektiven im Kontext von spiritueller Begleitung* (2020) von Lukas Stuck heraus. Das empirische Forschungsprojekt rückt die praktischen Fragen, die sich hinsichtlich der *Remembrance* stellen, ins Zentrum der *Care*. Stuck untersucht den Beitrag der Seelsorge im interprofessionellen Setting der *Spiritual Care* und thematisiert insbesondere Rituale. Die Studie fragt, wie in Pflegeeinrichtungen für Demenzbetroffene eine Kultur etabliert werden kann, in der die Ressource der symbolischen Kommunikation gesehen und gefördert wird. Wie kann zudem die Sorgegemeinschaft durch das Bereitstellen von solchen rituellen Resonanzräumen unterstützt werden?

Um die Relevanz und den Beitrag der Seelsorge im Pflegeheim auszuweisen, wurde in zwei Feldzugängen die Wirkung rituellen Handelns in einer Pflegeeinrichtung untersucht. Im Fokus sind einerseits der Gottesdienst als regelmäßiges Angebot der Seelsorge, andererseits Abendrituale, die Pflegenden mit Bewohnerinnen des Heims verrichten.⁶ Im Spielraum zwischen Ritus und Ritual werden Handlungs- und Behandlungsmöglichkeiten der *Care* ausgelotet.

Mit dem österreichischen Theologen Franz Josef Zeßner-Spitzenberg versteht Stuck Liturgie als »anamnetische Praxis« (Zeßner-Spitzenberg 2016, 94). Es ist die Einlösung des Versprechens, Menschen mit Demenz in die gemeinsame Erinnerung der Gemeinde einzuschließen. Es kann zwischen Gottesdiensten in Ortskirchen und Gottesdiensten in spezialisierten Einrichtungen unterschieden werden. In einer frühen Phase der Krankheit können viele Menschen mit

⁵ Eine der aktuellsten Arbeiten im deutschsprachigen Raum: Roy 2013.

⁶ Gottesdienst ist »Seelsorgegeschehen« (Kunz 2015, 30).

Demenz den Gottesdienst in ihrer Ortskirchgemeinde noch besuchen. Hier gehe es für die Seelsorge darum, Menschen mit Demenz vom Besuch der Gottesdienste nicht auszuschließen, sondern Angehörige zu ermutigen, den Menschen mit Demenz zu begleiten.

Stucks Studie bestätigt weitgehend, was Zeßner-Spitzenberg u.a. feststellte: Das Singen eines bekannten Liedes, das Lesen eines Psalms oder eines vertrauten Gebetes können demente Menschen auf einer tiefen seelischen Ebene berühren, trösten oder stärken.⁷ Interessant ist, dass eine Maßnahme im Rahmen der *Best Practice* der untersuchten Pflegeeinrichtung dieselbe Wirkung zeigte. Die Leitung der untersuchten Einrichtung sensibilisierte und schulte die Pflegenden für *Abendritualisierungen*. Die Schulung hatte zum Ziel, dass die Pflegenden im Gespräch mit den Betreuten einen Übergang an der Schwelle zur Nachtruhe gestalten. Eindrücklich ist die Vielfalt der gefundenen rituellen Sequenzen, die keineswegs immer ›religiös‹ sind. Die Liste vermittelt einen Eindruck von der Kreativität der Beteiligten:

Aromatherapie: Die Pflegende braucht einen bestimmten Duft (z.B. Lavendel).

Basale Stimulation: Die Pflegende massiert die Beine der Bewohnerin.

Beten: Die Pflegende betet ein freies oder geprägtes Gebet (z.B. Rosenkranz).

Fernsehen: In einer Gruppe wird gemeinsam ferngesehen.

Fremdsprachige Verabschiedung: Die Pflegende verabschiedet sich in einer Sprache, die der Bewohnerin von früher her vertraut ist.

Geschichte vorlesen: Die Pflegende liest eine Geschichte vor, zum Teil mit biografischem Bezug zur Bewohnerin.

Umarmen: Die Bewohnerin wird umarmt. (Stuck 2020, 178)

Alle Rituale werden interaktiv ausgehandelt. Sie haben vielfach, aber nicht immer einen religiös-spirituellen Touch. Die Konstruktion ist anspruchsvoll. Stuck hält fest:

⁷ Zeßner-Spitzenberg widerlegt die weit verbreitete Vorstellung, dass sich in der Begleitung von Menschen mit Demenz nur ältere ›bekannte‹ Kirchenlieder eignen. Auch Taizé-Lieder können durch ihre einfache Melodieführung und ihre beruhigende Musikalität ansprechen. Der Einsatz von geistlichen Liedern kann auch als Teil einer musiktherapeutischen Begleitung betrachtet werden und mit Volksliedern ergänzt werden. (Vgl. Zeßner-Spitzenberg 2016, 109).

Die Konstruktion von Abendritualen in der Best-Practice-Pflegeeinrichtung ist sehr komplex. Einerseits gibt es bestimmte Interventionsplanungen, die mehrheitlich vom Pflegeteam ausgearbeitet werden. Andererseits konstruieren Menschen mit Demenz mit, indem sie ein Bedürfnis zum Ausdruck bringen oder auf eine Intervention reagieren. Menschen mit Demenz sind dabei durchaus Subjekte und nicht nur Objekte bei der Aushandlung. (Ebd., 184)

In den Interviews berichten die Pflegenden über ihre durchweg positiven Erfahrungen:

Ich weiss, dass eine Bewohnerin früher viel in den Gottesdienst ging. Diese Frau hat ein Gebetsbüchlein und einen Rosenkranz um den Hals. Und da habe ich begonnen, ein Morgengebet und Abendgebet aus dem Gesangbuch zu lesen. Zusätzlich singe ich manchmal mit dieser Bewohnerin ein Lied. Ich merke, wie sie ruhiger wird dabei. Manchmal kommen einige Wörter. Es gab eine Phase, da sie sehr ruhig war. Als Lieder singe ich zum Beispiel »Herr bleibe bei uns«, »I ghören es Glöggli« oder »Der Tag ist vergangen«. (Ebd., 179)

Der Einsatz von Ritualen hat alltagspraktische Relevanz. Er erleichtert den Pflegenden die Arbeit und wird von den Betreuten als Wohltat empfunden. Das gilt auch für das, was im engeren Sinne religiös genannt und dem Ritus zugeordnet werden kann. Dazu bemerkt Stück allerdings kritisch, dass der Einsatz religiöser Rituale in der Pflege etwas Zwiespältiges habe. Einerseits sei es sehr pragmatisch, Abwehrbewegungen mittels Ritualisierung zu mildern und den Verlust der inneren Uhr zu kompensieren. Andererseits sei aber die Reduktion des Religiösen auf ein Beruhigungsmittel problematisch.⁸ Religion impliziere aus christlicher Sicht immer auch eine Verwandlung der Wirklichkeit. Wird der gestaltete Übergang nur als Einschlafhilfe gesehen, falle ein wesentliches Element dieser Dimension weg.

Wenn zum Beispiel mit einer Bewohnerin das Lied »Herr bleibe bei uns« gesungen wird (D3), dient das meines Erachtens nicht nur einfach dem Einschlafen. [...] In der Emmausgeschichte bitten die Jünger am Ende des Weges den unbekannt Fremden darum: »Bleibe bei uns, denn es will Abend werden.« (Lk 24,29). In dieser Bitte wird der Wunsch nach Beziehung deutlich. Gleichzeitig erinnert die Bitte auch an den Weg der Jünger mit Jesus und die Kraft, die sie später darin sahen: »Brannte nicht unser Herz, als er unterwegs mit uns redete...«

⁸ Christoph Morgenthaler hat auf die Problematik aufmerksam gemacht, wenn Abendrituale als »Schlafmittel« dienen (vgl. Morgenthaler 2011, 256).

(Lk 24,32). [...] Auch wenn die Bewohnerin dabei nur einzelne Worte des Liedes mitsingt, ist das doch eine Möglichkeit, dass die progressive Kraft im Ritual deutlich wird und nicht nur eine einschläfernde Kraft. (Stuck 2020, 189)

Bemerkenswert finde ich, dass Stuck die Akzentuierung der progressiven Funktion des Rituals substanziell begründet. Gegen eine Instrumentalisierung des Religiösen wird also ein religiöses Argument aufgeboten. Der Theologe identifiziert das Ritual mit Bezug auf eine biblische Geschichte und hält fest, dass der Gottesdienst in Pflegeeinrichtungen kein Mittel sei, das angewandt werde, um eine bestimmte Wirkung zu erzielen. Ähnlich sieht es Zeßner-Spitzenberg:

Seelsorgerinnen, die Gottesdienste in Pflegeeinrichtungen organisieren, müssen auch ihre Verantwortung dafür wahrnehmen, dass der Gottesdienst nicht den oben genannten [institutionellen] Zwecken untergeordnet und damit instrumentalisiert wird, sondern dass in der Gratuität, der Absichtslosigkeit, sein Sinn erfahrbar wird. (Zeßner-Spitzenberg 2016, 274)

Halten wir fest: Der Gottesdienst darf nicht einer Zweck-Mittel-Ratio unterworfen werden. Ob der Begriff der Absichtslosigkeit diesen Sachverhalt adäquat erfasst, ist m.E. eher fraglich. Im Spielcharakter des Ritus lässt sich auch eine Absicht erkennen.

3. Der Ritus der Körperkirche

Die Opposition gegen ein funktionalistisch entleertes Ritualverständnis hat den Sinn, die Bedeutsamkeit einer vom Gedanken der *Care* getragenen intersubjektiven Beziehung zu unterstreichen. Das gottesdienstliche Ritual, das, um Missverständnisse zu vermeiden, ›Ritus‹ genannt wird, bedeutet und bewirkt im besten Fall ein Hinein-versetzt-Werden in einen Leibraum, der an die Lebenszielgemeinschaft des Glaubens anzuknüpfen vermag. Das Leibsein der Gottesdienstgemeinschaft ist im Idealfall zugleich ein relationales Sein-von-anderen und Sein-für-andere. (Vgl. Rieger 2019, 21) Von diesem Idealfall kann nicht (immer) ausgegangen werden. Der kranke Mensch ist in seiner Teilnahme beschränkt. Aber das soll nicht zu seinem Ausschluss führen, sondern zur Forderung an die Gemeinde, inklusive Kreativität zu entwickeln. (Vgl. Kunz 2021)

Weil die Ermöglichung der Teilnahme im Krankheitsfall für den christlichen Gottesdienst konstitutiv ist, kann der rituelle Vollzug weder zum bloßen Mittel reduziert noch zu einer rein kognitiven Vermittlung erklärt werden. Der christliche Gottesdienst ist in einem fundamentalen und basalen Verständnis ein Geschehen zwischen anwesenden Körpern.⁹ In der Praxis wechselseitiger Angewiesenheit werden Gesten, Berührungen und Handreichungen im Ritual als Verbindung von Horizontalen und Vertikalen bedeutungsvoll und in der Gemeinschaft erfahrbar. Was das Ritual ›tut‹, wird symbolisch kommunizierbar, greifbar und leibhaftig nachvollziehbar, weil es zuvor im Körper erlebt wird. Dieses Selbstverständnis des Ritus ist keineswegs selbstverständlich. Es muss insbesondere in der protestantischen Theologie, die zum Spiritualismus neigt, in Erinnerung gerufen werden, dass Partizipation, Interaktion und Interpretation einen Zusammenhang bilden, der im Gottesdienst vorausgesetzt wird und – wie der Ethiker Hans-Martin Rieger betont – ein Ethos des Leibseins freisetzt.

Die leibliche Gemeinschaft und der liturgische Gottesdienst kommen als Partizipationsraum und als Erfahrungsraum von wort- und leibhaften Kommunikations- und Wahrnehmungspraktiken in den Blick. Durch diese Praktiken wird ein Ethos des Leibseins zuallererst vermittelt und erfahrbar. Hierfür lässt sich ebenfalls an Paulus anknüpfen. (Rieger 2019, 209)

Für Paulus hat die Metapher ›Leib Christi‹ den konkreten Sinn des Kommunikationsraums, durch den und in dem die Herrschaft Christi in der Welt leibhafte Gestalt gewinnt. Der Berner Schriftsteller und Theologe Kurt Marti hat diesen Sachverhalt sozusagen in einer lyrischen Hostie poetisch konzentriert:

⁹ Der zwischenleibliche Aspekt wird von Randall Collins in *Interaction Ritual Chains* (2004) betont. Ausgehend vom symbolischen Interaktionismus bestimmt Collins das gemeinsame rituelle Ereignis als Leibphänomen. Während der Interaktionssituation führt das Ritual zu einer Art Gruppensolidarität. Es bringt eine emotionale Aufladung mit sich, die sich als gemeinsames Solidaritätsbefinden mit der Dauer der Durchführung des Rituals einstellt. Randall Collins zufolge ist ein Interaktionsritual ein Energiespender verloren gegangener sozialer Bindungen und zukünftiger affektiver Bindungen.

körperkirche

die kirche
des geistes
sind unsere körper
(schrieb der epileptiker
einst nach korinth)

darum dann:
umarmungen küsse
und heilige mähler

erst später:
kirchen aus stein (Marti 1985, 198)

Die letzte Zeile kann als eine kritische Anspielung gehört werden. Die »kirchen aus stein« warten darauf, wieder Fleisch zu werden. Umarmungen, Küsse und heilige Mähler sind eine Gabe des Geistes und könnten – fast wie im Märchen – die Erstarrung der versteinerten Kirche wieder (er)lösen. Schön ist, wie Marti mit dem Hinweis auf die (vermutete) Krankheit des Apostels seiner Minikirchengeschichte einen entscheidenden Dreh gibt. Auf die Idee, dass Kirche den Leib Christi bildet, kam ausgerechnet ein Epileptiker. Wenn man zur Substanz des christlichen Rituals kommen will, muss man ihre Entstehungsgeschichte erzählen. Die Story steckt im Ritus, der Ritus deckt sich mit der Story. Es ist das Stück, das immer wieder aufgeführt wird, in dem die Gläubigen mitspielen und ihre Rolle einnehmen. Wer mitmacht, memoriert mit dem Körper, wer sich erinnert, aktualisiert das kollektive Körpergedächtnis. Es ist ihm oder ihr als Glied des Leibes in Fleisch und Blut übergegangen, wer sie ist und wer ER ist, der abwesend-anwesend von sich sagt: »Dies ist mein Leib, der für Euch gebrochen wird.« (1. Kor 11,24) Beim Essen wird es deutlich: Man nimmt Anteil an dem, was mitgeteilt wird und bekommt einen Anteil von dem, was ausgeteilt wird. Die Angewiesenheit, die im Ritus als Empfänglichkeit zur Darstellung kommt, erweist sich als ein grundlegendes Existenzial. Der Ritus der göttlichen Teilhabe bildet die Grundlage für die Kultur der menschlichen Anteilnahme, wie Rieger ausführt:

Denn dass menschliches Leben nicht nur im Leib-Sein-für-sich, sondern auch im leiblichen Sein-für-andere besteht, ist als Wesenszug, als grundlegendes Existenzial des Menschen überhaupt anzusprechen. Die Erlösung als Erlösung aus der Isolation des leiblichen (>fleischlichen<) Für-sich-Seins stellt sich als Erlösung zum Menschlichen dar.

Christlicher Glaube öffnet daher den Blick für die Angewiesenheit und Verletzlichkeit, die alles menschliche Leben auszeichnet, gemeinhin aber verdrängt wird. (Rieger 2019, 213)

4. Interaktion durch Validierung körperlicher Signale

Aber greift das alles, wenn es nicht mehr begriffen wird? Was hat jemand vom Gedächtnismahl, der sich nicht mehr erinnern kann? Was bleibt von der Bedeutung, wenn sie undeutlich geworden ist?

Natürlich kann es sich der Praktische Theologe leicht machen und Würde, Bestimmung und Personsein, wie sie im Ritus aufgeführt werden, einfach behaupten. Die Stärke einer solchen Anschauung liegt darin, dass die Würde nicht abhängig ist von der Auffassungsgabe der Empfänger oder der Haltung der Spender, also dem entspricht, was in der Sakramentenlehre klassisch mit der Formel *ex opere operato* ausgedrückt wird. Etwas wirkt unabhängig von der Einstellung dessen, der es tut, und unabhängig von der Einstellung dessen, an dem und für den es getan wird. Man könnte auf der Spur einer solchen sakramentalen Gelassenheit also sagen: Hauptsache, es wird gefeiert.

Die Schwäche dieses Ansatzes ist die Ausblendung der körperlichen Einschränkungen seitens der Rezipienten. Was kommt an? Was ist noch da? Was tut ihr oder ihm gut? Was dem Leib unbedingt gegeben ist, kommt nur bedingt im Körper an. Für den Praktiker ist diese Einsicht wichtig. Sie spornt ihn an, nach Kommunikationsformen Ausschau zu halten, die intersubjektive Anknüpfungsmöglichkeiten im Leibgedächtnis des Gegenübers eröffnen. Er kann darauf bauen, dass die Sinndimension der impliziten Gedächtnisformen erhalten bleibt. Wer mitsingt, erinnert sich, wenn auch nicht deklarativ, und wird als erinnerungsfähige Person, d.h. als Subjekt wahrgenommen. Thomas Fuchs betont zu Recht, dass dem Begriff der Intersubjektivität ohne eine Verankerung in der Subjektivität des Patienten die Basis fehle. Intersubjektivität sei

getragen und gestützt von den Verhaltens- und Ausdrucksformen, in denen sich die personale Identität und das Selbstsein der Patienten noch bis zum Schluss manifestiert. Denn die grundlegende Kontinuität der Person besteht im einheitlichen Zusammenhang ihres Lebens, in der ununterbrochenen Zeitlichkeit ihres Leibes. (Fuchs 2021, 73)

Was das konkret heißt, finde ich in einer kurzen Videosequenz mit Naomi Feil eindrücklich illustriert. Zu sehen ist die Begründerin der Validationsmethode mit der hochaltrigen Gladys Wilson, einer afroamerikanischen Frau, die an Demenz erkrankt ist. Naomi Feil nimmt mit ihr Kontakt auf, grüßt sie und singt ihr ›He's got the whole world in his hands‹ vor, ein Gospellied, das Gladys Wilson aus dem Gottesdienst ihrer Gemeinde bekannt ist. Auf die ersten Kontaktversuche reagiert Wilson nicht. Doch dann regt sich etwas in ihr. Sie beginnt mit ihrer Hand den Rhythmus zu schlagen und singt am Ende mit leiser Stimme den Refrain »in his hands«. ¹⁰

Das Beispiel zeigt, wie durch Vorsingen und Mitsingen das Leibgedächtnis geweckt wird. Es ist auffällig, wie viel körperliches Engagement in der Intervention zum Einsatz kommt. Naomi Feil ruft die Erinnerung wach, indem sie mit rhythmischem Klopfen auf den Arm der alten Frau eine Resonanz erzeugt. Ihr Wissen über Gladys Wilson hilft ihr dabei. Feil vermutet, dass Wilson den Gospel auswendig kennt. Es ist also ein Drittes, das vermittelt, ein Symbol, das – in diesem Fall – die Jüdin und die Christin miteinander verbindet. Gladys Wilsons Beispiel macht zudem anschaulich, wie verletzlich demenzbetroffene Menschen sind. Ihre eingeschränkten Möglichkeiten, Signale zu empfangen und zu senden, sind auf die Kompetenz eines Gegenübers angewiesen, das bereit ist, sich zu engagieren und über die nötigen Kenntnisse verfügt, um auf Mimik und Gestik der demenzerkrankten Person zu achten, die Signale zu deuten und seelsorglich zu validieren. ¹¹ Die Kontaktaufnahme mit der Patientin erfordert einen Körpereinsatz, der allerdings vom Eindringlichen ins

¹⁰ Das Video ist zu finden auf: <https://www.youtube.com/watch?v=CrZXz10FcVM> (Abgerufen am: 15.07.2021). Zur Wirkung von Musik in der *Palliative Care* die schon etwas ältere Übersicht bei Sung und Chang *Use of preferred music to decrease agitated behaviours in older people with dementia: a review of the literature* (2005) und McDermott und Kolleg*innen *The importance of music for people with dementia: the perspectives of people with dementia, family carers, staff and music therapists* (2014). Aus musiktherapeutischer Sicht vgl. Tekaath und Muthesius *Spiritualität und Musik* (2015).

¹¹ Unter einer »seelsorglichen Validation symbolischer Kommunikation« ist nach Simon Peng-Keller in Anlehnung an Naomi Feil eine wertschätzende Interpretation der Mitteilungen eines sprachlich eingeschränkten Gegenübers zu verstehen. (Vgl. Peng-Keller 2017b, 137f.) »Symbolische Mitteilungen zu validieren, bedeutet, das in ihnen zum Ausdruck Gebrachte, mag es noch so unverständlich sein, als wertvoll und bedeutsam zu erachten und dies auch zu kommunizieren.« Das »Vorschussvertrauen«, das in der seelsorglichen Begegnung den Sinn im Unsinnigen erkennen will, unterdrückt das Korrekturbedürfnis. Das Ritual ist die kollektive Inszenierung dieses

Zudringliche kippen kann. Seitens der *Care*-Vermittlerin ist deshalb eine Sensibilität für die Verletzlichkeit der *Care*-Empfängerin und ein Gespür für die Situation zu erwarten. Bieler macht auf diesen Zusammenhang aufmerksam:

Verletzlich zu sein, in jedem Augenblick unseres Lebens, ist ein Grundzug menschlicher Lebenserfahrung. Verletzlichkeit wahrzunehmen, sie zu deuten und mit ihr umzugehen ist eine zentrale Aufgabe christlicher Lebenskunst und Theologie. Vulnerabilitätsphänomene sind komplex: sie sind multidimensional, ambivalent und fluide. Sie sind leiblich und strukturell verankert. Vulnerabilitätsphänomene oszillieren in der Lebenswelt, indem verschiedene Aspekte des Leib-Seins-Zur-Welt aus der Potenzialität in die Aktualisierung drängen, aus dem ruhenden Hintergrund in den Vordergrund, aus der Latenz in die Präsenz und vice versa. Dabei entstehen in dynamischer Weise immer wieder neue Konstellationen, in denen die Verletzlichkeit des Lebens eine Gestalt findet. (Bieler 2017, 13)

Das Ritual, so der Leitgedanke dieses Beitrags, ist eine solche Gestalt. Rituale stellen eine Form von Interaktion bereit, die inkludierende Wirkung entfalten können. Die Bezüge zwischen Leiblichkeit und Verletzlichkeit sind im demenzsensiblen Gottesdienst mit Händen zu greifen, nicht nur eine Kopfgeburt, sondern eine Gelegenheit, die leibbasierte Kommunikation der demenzbetroffenen Menschen, d.h. ihre Gesten, Mimik und das Ausdrucksverhalten seelsorglich zu validieren.

Allgemeiner gesprochen: Die Bedingung der Möglichkeit einer erfolgreichen Kontaktaufnahme mit dem demenzerkrankten Mensch basiert auf der »*capacity of a living being to actualize its dispositions acquired in earlier learning processes*« (Fuchs 2017, 337, Hervorhebung im Original) und der Bereitschaft des Umfelds, das Gedächtnis im zwischenleiblich erschlossenen Raum zu wecken. Mit Thomas Fuchs gehe ich davon aus, dass

embodied personality structures can be regarded as *procedural fields of possibility* [Hervorhebung im Original] that are activated in contact with others and suggest certain types of behavior. They are therefore best accessible in the actual intercorporeal encounter: the lived body can be understood only given other embodied subjects. (Ebd., 338)

Vertrauens. Jede Geste, jeder Blick oder Regung der Mimik ist Kommunikation – auch wenn wir nicht alles verstehen.

5. Woran wollen wir nicht erinnert werden?

Auf die wichtige Frage, wie das Zusammenspiel des individuellen und kollektiven Körpergedächtnisses phänomenologisch gedacht werden kann, gehe ich an dieser Stelle nicht näher ein.¹² Ich möchte in diesem Beitrag stärker den *ethischen Implikationen* nachdenken, die sich im Kontext einer *Care* der Wiedereingliederung ergeben. Wie steht es um die *Gedächtnisinhalte*? Welche Erinnerungen wollen wir bei einer seelsorglich motivierten Validation *nicht* wecken? Zum einen ist es nicht zwingend, dass zwischen dem, was im symbolischen Reservoir eines individuellen Leibgedächtnisse gespeichert ist und dem, was der Leib Christi in Erinnerung ruft, eine Verbindung besteht. Hier könnten sich auch Abgründe auftun. Zum anderen stellt sich die Frage, wie die Gemeinschaft ihre Inklusionsabsicht begründet. In religiösen oder quasireligiösen Interaktionen, die auf Wiedereingliederung abzielen, werden Wertvorstellungen mobilisiert. Sind sie immer eindeutig?

Mein zweites Beispiel ist eine verstörende Story. Es handelt sich um eine Weihnachtsgeschichte des Schweizer Schriftstellers Thomas Hürlimann mit dem Titel *Berlin, 1974* (2021).¹³ Sie erzählt von Frau Lorentzen, die in den südöstlichen Quartieren Berlins im Hinterhaus einer düsteren Mietskaserne wohnte. Sie war eine Überlebende. In den Bombennächten hatte sie als Luftschutzwartin auf dem Dach gestanden, behelmt, mit Gasmaske und Spaten, jederzeit bereit, aufflackernde Brände zu löschen. Am Fuß des verrußten Kamins, in Lorentzens Wintermantel gewickelt, hatte Fritz geschlafen, ihr über alles geliebter Sohn. »Dreimal jehungert«, fasste sie ihr Leben zusammen, »fünfmal verjewartigt, immer jefroren.«

Fritz, ihr Einziger, hätte leicht gelernt, er sei der Beste seiner Klasse gewesen, ein strammer hübscher Hitler-Junge. Bevor er als Fünfzehnjähriger an die heranrückende Front geschickt wurde. Als Berlins Westsektor von den Russen abgeriegelt wurde und Frau Lorentzen auf der Suche nach dem verschollenen Sohn durch die schwarzen Ruinen und über die verschneiten Trümmerberge stapfte,

¹² Weiterführend dazu Tewes »The Habitual Body and its Role in Collective Memory Formation« (2018).

¹³ Der Schweizer Schriftsteller Thomas Hürlimann hat diese Geschichte für die Neue Zürcher Zeitung geschrieben, NZZ 24. Dezember 2021, https://www.nzz.ch/feuilleton/drei-geschichten-zu-weihnachten-von-thomas-huerlimann-ld.1660892?kid=nl165_2021-12-23&mktcid=nled&ga=1&mktcval=165_2021-12-24 (Abgerufen am: 02.01.2022).

fand sie ihn, aber er erkannte sie nicht wieder. »Fritze war blöde geworden«, sagte sie. »Durch Kopfschuss.«

Fritz lebte fortan im Heim. Er war ein aufgeschwemmtes Riesenkind. Die erloschenen Pupillen schielten einwärts, und die Schussnarbe auf der Stirn sah aus wie ein drittes, zugekniffenes Auge. Auf den strohblonden Locken saß ein zu kleines Lederhütchen. Der Ich-Erzähler, Untermieter bei Frau Lorentzen, holte ihn für die gemeinsame Weihnachtsfeier im Heim ab:

Mit dem linken Arm drückte er einen Teddybären an sich, doch gab er mir willig seine Hand und trottete stumm neben mir her. Das Hinterhaus, in dem er aufgewachsen war, schien ihm unbekannt zu sein, ebenso die Alte, die uns die Tür öffnete – er beachtete sie kaum. Erst als sie ihm Kartoffelsalat auf den Teller schöpfen wollte, erwachte er aus seiner Lethargie, riss die Schüssel an sich, beugte den Kopf darüber und machte sie gierig leer. Dann verschlang er eine Platte mit Heringen, weiterhin stumm, ohne einen einzigen Blick auf die brennenden Kerzen am schütterten Bäumchen oder auf sein Weihnachtsgeschenk, die gestrickte Pudelmütze. Schliesslich wuchtete sich die Lorentzen ihre Handorgel auf den Schoss und befahl: »So, Fritze, jetzt haste genug jefuttert, jetzt wird jesungen!«

Sie stimmte ›Stille Nacht‹ an und ›O du fröhliche‹, Fritz jedoch, der immer noch sein Lederhütchen trug und mit dem linken Arm den Teddy an sich klemmte, durchsuchte die Küche nach Essbarem, und was immer er entdeckte, Christstollen, Gurken, Zimtsterne, Mayonnaise, drückte er in sich hinein. Nach dem dritten Lied brach die Lorentzen ihr Spiel ab, warf einen Blick zur Decke, wohl zu Gott, und als sie erneut in die Tasten griff, hielt Fritz auf einmal inne.

Er lauschte. Er lauschte und kam dann, als wäre er von einer weiten Reise heimgekehrt, zum Tisch. Er setzte sich, ein Lächeln auf den schwarzen Stummelzähnen, neben die handorgelnde Mutter. Er berührte sie zart an der Schulter. Er strich ihr scheu übers Haar. Er bemühte sich, seine nach Hering riechenden Rülpsen zu unterdrücken, und es war ihm anzusehen, dass er hinter seiner Stirnnarbe heftig nachdachte – als würde sein drittes Auge irgendwo im Innern, in der schwarzen Gedächtnisruine, eine Melodie wiedererkennen und vielleicht auch seine Mama. Ich schloss vorsichtshalber das Fenster, denn auch ich, der Schweizer, hatte die Melodie inzwischen erkannt, wie Fritz. Es war das Horst-Wessel-Lied, die Partei-Hymne der Nazis.

6. Ethische Implikationen

Eine verstörende Geschichte! Worum es mir geht: Die Frage, *welche* Erinnerungen geweckt werden, lässt sich nicht ausblenden, die Differenz, zwischen dem, was die Story sagt, die im Ritus aufgeführt wird, und dem, was Fritz gesungen hat, nicht überblenden. Der symbolische Referenzpunkt, auf den sich die kollektive Erinnerung bezieht, ist kein Neutrum, sondern drittes Subjekt. Wer ist der »He«, von dem Gladys singt, dass er die Welt auf Händen trägt? Welcher Geist beherrschte das Korps, das in Reihen marschierte?¹⁴

Die eingangs gemachte idealtypische Unterscheidung von Ritus und Ritual ist insofern ethisch relevant, als sie auf eine *Qualifizierung jener Eingliederung* drängt, die durch die Interaktion bewirkt werden soll. Durch ein vertieftes Wahrnehmen der Leiblichkeit lassen sich zwar sowohl praktische Problem- als auch Lösungszusammenhänge entdecken, die sich beim Feiern mit Demenzbetroffenen einstellen. Mit der Reflexion der Leiblichkeit allein ist es aber nicht getan. Der Kontrast zwischen der *Menschlichkeit* in der christlichen Bestimmung von Person und der *Unmenschlichkeit* in der faschistischen Verachtung der lebensunwerten »Ballastexistenzen«, lässt noch einmal auf die radikalen Anfragen zurückkommen, die durch das Stadium fortgeschrittener Demenz aufgeworfen werden. Für Hans-Martin Rieger, auf dessen Überlegungen zur Leiblichkeit ich nun näher eingehe, ist darum die Demenz so etwas wie ein Testfall der Menschlichkeit. »Es mag sich der Eindruck aufdrängen, gar keine Person mehr vor sich zu haben, sondern nur noch einen lebenden Körper, einen Leib. Das Gegenüber nicht mehr als Subjekt zu respektieren, sondern lediglich als Objekt zu behandeln, scheint dann nahezu liegen.« (Rieger 2019, 220)

Der Ethiker fragt, was der Rekurs auf Leiblichkeit erschließt. Im Horizont dessen, was ich bis hierhin zum gottesdienstlichen Ritus und rituellem Handeln ausgeführt habe, können wir die Frage zuspitzen: Was lässt sich über den Person-Status eines Menschen sagen, der nicht mehr ganz bei Sinnen ist?

Für Rieger ist die Vorstellung eines geistlosen Körpers, der nur noch die Hülle einer Person ist, die offene Flanke von Konzeptionen,

¹⁴ In Anspielung auf die erste Strophe des Horst-Wessel-Liedes: »Die Fahne hoch! Die Reihen fest geschlossen! / SA marschiert / Mit ruhig festem Schritt / |: Kam'raden, die Rotfront und Reaktion erschossen, Marschier'n im Geist / In unser'n Reihen mit :|«.

die ›Person‹ an Fertigkeiten und Fähigkeiten festmachen. Denn mit dem Verlust dieser Eigenschaften wird demenzkranken Menschen das Personsein *abgesprochen*.

Das Problem liegt auf der Hand: Mit der Einschränkung oder dem Verlust von kennzeichnenden Fähigkeiten wie rationaler Selbstbestimmungsfähigkeit oder kognitivrationalen Fähigkeiten überhaupt scheint alles gefährdet zu sein, was dieses moderne Subjekt ausmacht. Die moderne Dämonisierung der Demenz erklärt sich von hier aus mühelos [...]. Es geht darum, explizieren zu können, dass auch beim Vorliegen eingeschränkter Selbstbestimmungsfähigkeit bzw. eingeschränkter Entscheidungs- oder Erinnerungsfähigkeit unbedingte Achtung geboten ist. (Ebd., 221)

Was Rieger als Testfall für die Achtung der Autonomie, der Subjektivität oder dem Personenstatus ethisch ausführt, hat praktische Implikationen. Der Rückbezug zum Phänomenbereich des Leiblichen ist *mehr* als nur ein Argument, um die Würde als moralisches Recht zu begründen, aber kein hinreichender Grund für das Ethos, auf das sich dieses Recht stützt. Es reicht nicht, dass Menschen nicht gedemütigt und erniedrigt werden; es geht auch um positive und kreative Akte der Würdigung des versehrten Lebens.

Nun ist es sicher kein Zufall, dass sich die Eigenschaften, die einem Menschen Symbolfähigkeit *attestieren*, mit den Eigenschaften, die einer autonomen Person zugesprochen werden, decken. Wessen Urteilsfähigkeit und Mündigkeit eingeschränkt ist, der kann, so die Folgerung, nicht *bewusst* am Ritus teilnehmen und hat infolgedessen nichts davon. Man kann das rituelle Problem, wie oben schon ausgeführt, mit der *ex opere*-Logik gerade nicht lösen. Die Wirksamkeit einer Handlung *an* einem Menschen unabhängig von dessen Beteiligung zu behaupten, bedient einen Diskurs auf einer anderen Ebene, als das Argument, auf die *Beteiligungsmöglichkeiten* der Feiernden im Krankheitsfall Rücksicht zu nehmen. Am Beispiel von Gladys Wilson lässt sich ersehen, dass Demenzkranke partizipieren können, aber ›Beteiligung‹ in anderen Bahnen verläuft und aktiviert werden kann. Dabei sind Demenzbetroffene nicht mit Säuglingen, die getauft werden, oder mit Leichen, die gesalbt und gesegnet werden, zu vergleichen. Zur Debatte steht, wie das Anteilnehmen und Anteilgeben ihrer in der *Lebensgeschichte* körperlich gespeicherten Erinnerung im rituellen Vollzug so gelingen kann, dass eine Verbindung zum Symbol entsteht. Im Ritus will die Würde des Menschen, sein Personsein und die Gemeinschaft als Verhaltens- und Gestaltungsauftrag umgesetzt

werden. Es geht um die *Darstellung* des würdevollen Lebens im ästhetischen Sinn, um die Wahrnehmung des Versehrten im Horizont seiner Heilung und Erlösung, um ein Ganzes, das der Verwirklichung entzogen ist, aber als Ziel benannt und bekannt werden soll.

Die biblische Anthropologie sieht die Würde *relational* als in der Gottesbeziehung begründet. Dadurch kommt es zu einer umfassenden und tragfähigen Wesenskennzeichnung des Menschen. Rieger betont, dass eine solche Wesenskennzeichnung nicht zwangsläufig abstrakt und nichtgegenständlich aufgefasst werden muss. Gerade eine biblische Anthropologie biete viele Anknüpfungspunkte für einen Rückbezug zur leiblichen Verfasstheit des Menschen.

So macht Paulus von der Dialektik von (nichtgegenständlichem) Person-Sein und (gegenständlichem) Leib-Sein Gebrauch, um deutlich zu machen, dass zum Person-Sein der Glaubenden ein verletzliches Leib-Sein gehört. Durch dieses ihr Leib-Sein ist und bleibt die Person des Glaubenden in eine vergängliche Welt hinein exponiert und partizipiert an ihr. (Ebd., 223)

Die teleologische Bestimmung schließt ein, dass der Mensch als verletzliches und unfertiges Wesen zu seiner letzten Bestimmung erst unterwegs ist. Auch das gehört zur Lebensgeschichte! In diesem Unterwegssein liegt die Würde auch desjenigen Menschen begründet, dem Bedeutsamkeit und Gestaltbarkeit des Lebens, ja vielleicht die Achtung vor sich selbst genommen wurde bzw. abhandengekommen ist. Eine solche theologisch-eschatologische Auffassung von der teleologischen Bestimmung des Menschen orientiere sich weit stärker an der *Verletzlichkeit* des Menschen als etwa die aufklärerische Konzeptualisierung der Würde als *Perfektibilität*, als *Vervollkommnung*. (Vgl. ebd., 226) Die ethische Explikation lässt noch einmal deutlicher sehen, was die symbolische Kommunikation der Isenheimer Altarbilder in Erscheinung treten lässt. Sie lenken den Blick auf den versehrten Körper eines Menschen, der dasselbe erleidet wie seine Betrachter, aber qua seiner unversehrten Person die Kraft hat, den Betrachter in die Geschichte seiner Verwandlung hineinzunehmen. Gesunde und kranke Menschen, die zusammen Gottesdienst feiern, schauen einander im Licht dieser Hoffnung auf Vervollkommnung im Auferstehungsleib an – nicht als ›etwas‹, sondern als ›jemand‹. Sie werden nicht beschaut und beschämt. Mit der Aussicht auf eine postmortale Befreiung, Heilung und Erlösung wird ein Blick eingeübt, der den anderen nicht vereinnahmt und nicht auf seinen Zustand festlegt. Es geht um Hoffnung, also um eine bestimmte Wahrnehmungspraxis,

die wir instinktiv menschlich nennen, weil sie sowohl Verachtung als auch ein mitleidiges Mitleid durchbricht.

Mitmenschen sind und bleiben bis zum letzten Atemzug und ein wenig darüber hinaus Personen. Das gilt unbedingt auch für komatöse, sterbende und gestorbene Menschen. Letzteres mag erstaunen. Aber auch der Leichnam wird gewürdigt – wenn auch nur für die kurze Zeit bis zur Bestattung. Die rituelle Würdigung des körperlichen Selbst stößt an natürliche, aber nicht an konzeptionelle Grenzen. Was eine Person ausmacht, ist ihr Leben, die Einheit aus Leib und Person, wie sie aus der Teilnehmerperspektive auch dann wahrgenommen werden kann, wenn das Gegenüber nicht mehr bewusst um sich selbst weiß. »Wo wir eines Gegenübers leiblich ansichtig werden, ist mehr, als uns von außen ansichtig werden kann. Mit Heidegger gesprochen geht es beim Personsein um nichts weniger als um ein teilnehmend-praktisches In-der-Welt-Sein, das begriffliche Erfassungen übersteigt.« (Ebd., 229)

7. In-Beziehung- und Leib-Sein – Grundlagen des Personenbegriffs

Wenn den Menschen als Menschen zu achten heißt, ihn als Person zu achten, ist der Sinn des Ritus *die Beachtung/Achtung des Personseins im Leib*.¹⁵ So kann man den Sachverhalt auf den Punkt bringen: Ob gesund oder krank, komatös oder schwer dement: Am Personenstatus eines Menschen ändert sich nichts.¹⁶ Auch ein seiner personalen Fähigkeiten beraubter hirntoter Mensch bleibt Mutter, Vater, Schwester oder Freund. Der Gottesdienst ist so gesehen eine Aktualisierung und Sichtbarmachung der relationalen Einbindung und Verbindung des Menschen mit seinen Mitmenschen, notabene eine Mitmenschlichkeit, für die das Neue Testament bezeichnenderweise familiäre Metaphern verwendet.

Augenfälliger als bei Wortfeiern ist dies bei Mahlfeiern der Fall. Das Abendmahl führt die Geschwisterlichkeit auf. Das im Leib ver-

¹⁵ Ganz ähnlich John Swinton: »Human Beings are persons-in-relation [...]. The thing that makes a human being a person is his/her relationships.« (Swinton 2012, 139).

¹⁶ Ich gehe davon aus, dass das innere Selbst ein notwendiges Element für Personalität ist. Es verschwindet auch in der späten Demenz nicht vollständig.

borgene relationale Gewebe und die im Gedächtnisspeicher geschichtete Erinnerung werden inszeniert, damit allen Beteiligten vor Augen steht: Der demente Mensch bleibt Mutter, Vater, Schwester oder Freund. In der wechselseitigen Anerkennung der Schutzbedürftigkeit stellt sich die Gemeinde als Leib im Leib dar, in dem Lebensgeschichten abgelagert sind.¹⁷

Der Ritus ist in diesem Lichte betrachtet die gemeinschaftliche Praxis einer Selbstkultivierung des Kultkörpers, der sich vom Körperkult der Umwelt unterscheidet, weil er Rücksicht nimmt auf die unterschiedlichen *Gaben* des Selbstaushdrucks. Wichtig finde ich in diesem Zusammenhang, nicht nur von Aufgaben zu sprechen und die Beteiligung der Demenzbetroffenen auf eine Empfängerrolle zu beschränken. Die im Leibgedächtnis verborgene Lebensgeschichte ist eine Ressource, um sich auszudrücken. Auf die Ausdrucksgabe achten wir, wenn wir die persönliche Identität in ihrer leibseelischen Kontingenz respektieren.

Wenn wir Selbstsein als primär leibliches verstehen, dann werden wir daher zu einer anderen Wahrnehmung des Demenzkranken gelangen: nicht als eines Menschen, der seine Rationalität und Personalität eingebüßt hat, sondern als eines Menschen, der sein Personsein gerade als leiblich-zwischenleibliches zu realisieren vermag, solange er in der zu ihm passenden räumlichen, atmosphärischen und sozialen Umgebung leben kann. Sein Selbstsein erhält sich in der Affinität seines Leibes zur natürlichen und sozialen Mitwelt.

[...] Für einen an der Zwischenleiblichkeit orientierten Personbegriff hingegen wird die Resonanz- und Beziehungsfähigkeit eines Menschen zu einer wesentlichen Grundlage seiner Personalität – etwa die Fähigkeit, Freude, Dankbarkeit, Trauer oder Furcht zum Ausdruck zu bringen, wie es auch schwer demenzkranke Menschen noch können. Diese elementare zwischenleibliche Ausdrucks- und Reaktionsfähigkeit ist die Grundlage für den Anspruch auf Rücksicht, Anerkennung

¹⁷ »Auch wenn einer Person ihre aktuelle Souveränität leiblicher Darstellung bzw. Selbstkultivierung abhandengekommen ist, bleibt so ihr Leib Träger der Würde. Meines Erachtens ist dies auch ein Weg, den theologische Ethik beschreiten kann. Für sie realisiert sich die Gottesebenbildlichkeit nämlich nicht anders als in der individuellen Zeitgestalt leibseelischen Lebens. Der schöpfungstheologische Begriff ›Seele‹ steht dafür, dass dieses leibseelische Leben in seinem So-Sein, also unabhängig von jeder potentiellen weiteren Kultivierung, ein Gegenstand unbedingter Achtung ist. Zu achten ist der Mensch so tatsächlich qua individuelle Persönlichkeit. Zu achten ist er dann aber auch in seiner normativen Autorität, die ihm in seinem So-Sein zugesprochen ist.« (Rieger 2019, 234).

und Würde, den auch Menschen mit Demenz anderen gegenüber erheben. (Fuchs 2021, 72)

Rieger offeriert einen Schlüssel, um diese Eingebundenheit der Leiblichkeit mittels einer Personkonzeption zu erschließen, für welche die Leibhaftigkeit des Menschen konstitutiv ist. Um eine angemessene Erschließung des Personseins gewährleisten zu können, ist nicht nur eine Dritte-Person-Perspektive, sondern auch eine Zweite-Person- und eine Erste-Person-Perspektive grundlegend. (Vgl. Rieger 2019, 237)

In der *Zweite-Person-Perspektive* ist eine Aktualisierung der Teilhabe an zwischenmenschlicher Kommunikation im Blick. Der Leib ist das Beziehungs- und Partizipationsmedium und zugleich die individuelle Raum-, Zeit- und Beziehungsgestalt des Lebens. Leiblichkeit ist eine grundlegende Form des In-Beziehung-Seins. (Ebd., 237f.) Die *Erste-Person-Perspektive* setzt für das, was einen Menschen als Person ausmacht, eine erstpösönliche Perspektive voraus. Hier werden, wie Rieger erinnert, Störungen im praktischen Selbstverhältnis dann augenfällig, wenn die Körperkontrolle nicht mehr gewährleistet werden kann. Im Blick auf reflexive Selbsterfahrung, praktisches Selbstverhältnis und normative Selbstsouveränität sei von »einer Graduierung« auszugehen. Aber wieder gilt: Der Rückbezug zur Leiblichkeit vermag auch daran zu erinnern, dass auf passive, präreflexive und durative Formen der Selbsterfahrung und des praktischen Selbstverhältnisses zu achten ist. (Ebd., 238) Schließlich erhelle sich in der *drittpersonalen Perspektive*, dass das personale Selbstverhältnis und damit die zu achtende Individualität der Person auf einem raumzeitlich-natürlichen Dasein beruhen und deshalb von seinem Werden und Vergehen selbst betroffen sind.

Entscheidend ist die Unterscheidung von Wesen und Eigenschaften des Personseins. Denn der Verlust von Fähigkeiten gehört auf dem Hintergrund einer natürlich sich steigernden Fragilität konstitutiv zur Person, *er markiert nicht den Verlust von Personalität*. Es ist eher umgekehrt: »Durch die Leiblichkeit wächst der Person die *Fähigkeit zu Verlusten* – auch zum Verlust der Erinnerungsfähigkeit (!) – zu. Deshalb ist es falsch, von einem Vergehen *der* Person zu reden, es geht um ein Vergehen *als* Person.« (Ebd., 239)

Um der Reduktion auf eine Perspektive zu entgehen, macht Rieger den Vorschlag einer irreduziblen Differenz und zugleich einer Zusammengehörigkeit der Erste-Person-, Zweite-Person- und

Dritte-Person-Perspektive. (Vgl. Ebd., 239) Die Korrelation der Perspektiven lässt sehen, dass zum Personsein zeitlich variable und durative Momente gehören. Für die Veränderung der Persönlichkeit, wie sie bei demenzkranken Menschen eintritt, ist dies von großer Bedeutung. In der Erste-Person und Dritte-Person-Perspektive werden die Verluste thematisch, in der Zweite-Person-Perspektive die bleibende Beziehung. (Vgl. ebd., 241) Das Seilbild illustriert auf einprägsame Weise den Gewinn dieser Sicht.¹⁸

Personalität besteht aus verschiedenen Strängen, die reißen oder ausfasern können, aber das Person-Sein hängt nicht von einer Faser ab. Die gegenständlich wahrnehmbare Leiblichkeit (Dritt-Person-Perspektive) und die relationale Verfasstheit (Zweit-Person-Perspektive) sind kein Beiwerk zum selbstreflexiven Personsein (Erst-Person-Perspektive). Der Verlust kognitiver Fähigkeiten ist von daher zu relativieren. Aus theologischer Perspektive ist bedeutsam, dass die Gottesrelation ihren Ort in, mit und unter den verschieden deutlich gegebenen, verborgenen oder auch abgebrochenen Fasern personaler Identität findet. Sie selbst bildet gewissermaßen die durchgehende Faser, gleichsam den roten Faden, welcher die Person als Person vor Gott konstituiert. (Ebd., 241)

Halten wir fest: Kein Mensch ist auf seinen aktuellen Körperzustand zu reduzieren. Aber seine Es-Werdung darf auch nicht übergangen werden. Genau darin ist der Wert der Verletzlichkeit zu sehen. Sorge- und Anerkennungsbeziehungen, wie sie in der Pflege und im Gottesdienst zum Ausdruck kommen, sind konstitutiv für die qualitative und relationale Identität. Sie tragen der Beziehungs- und Partizipationsfähigkeit von demenzbetroffenen Menschen Rechnung. Der kranke Mensch ist auf die Anrede der anderen angewiesen, um als angesprochenes Du immer wieder zum Ich zu werden. Wenn sich die aktuelle Fließbewegung des Lebens verdünnt oder verliert, bleibt die im Leibgedächtnis sedimentierte Leiblichkeit doch bestehen. Der Gottesdienst kann hier anknüpfen: in den affektiven Vertrautheiten mit Gerüchen, Berührungen und Melodien. Es ist das Ensemble sinnlicher Zeichen, das der Kultkörper verwendet, um sich selbst als Leib Christi darzustellen.

¹⁸ Rieger bezieht sich hier auf die sogenannte Bündeltheorie. (Vgl. Rieger 2019, 240).

8. Am Ende Remembrance

John Swinton entfaltet in *Dementia. Living in the Memories of God* (2012) einen praktisch-theologischen Zugang zur Demenz, der meines Erachtens die entfalteten Aspekte in inspirierender und kreativer Weise aufnimmt und zusammenfasst. Ausgangspunkt seiner Überlegung ist die Feststellung, dass Demenz in der aktuellen gesellschaftlichen Diskussion von defizitären Beschreibungen beherrscht wird. Die Bestreitung dieser Sicht kann mit Gilles Deleuze und Félix Guattari als *Deterritorialisierung* bezeichnet werden. (Deleuze & Guattari 1980) Swinton versteht die Deterritorialisierung von der Theologie her: Elemente aus dem neurowissenschaftlichen Bild der Demenz bleiben wichtig, können aber mithilfe von anderen Bildern, besonders aus den biblischen Texten, zu einem neuen Bild zusammengesetzt werden. »An interdisciplinary approach to dementia is fully appropriate as long as each of the participants is read critically and none is allowed to define the whole of the terrain that dementia inhabits.« (Swinton 2012, 154)

Swintons Ansatz der Umschreibung ist insofern interdisziplinär, als er Impulse aus anderen Disziplinen integriert. Doch keine dieser Disziplinen dürfe die volle Deutungshoheit darüber haben, wie Demenz zu verstehen ist.

The task of practical theology is not simply to reflect theologically on current understandings of dementia and dementia care; the task is to show the difference that it makes when we recognize that all that is known about dementia and dementia care emerges from a theological context. (Ebd.)

Auf der einen Seite ist der Theologie wie anderen wissenschaftlichen Ansätzen daran gelegen, dass die Komplexität von Belastungssituationen reduziert und kategorisiert wird, um sie in allgemeinen Begriffen zu *universalisieren*. Auf der anderen Seite sind Theologie und Seelsorge interessiert an dem, was *einzigartig* ist. Besonders im Hinblick auf die Demenz sieht Swinton es als Aufgabe der Praktischen Theologie an, Situationen *genau zu beschreiben*, um falsche Generalisierungen zu vermeiden. Wer genau auf die Geschichten der Menschen mit Demenz hört – so seine Überzeugung –, erfahre, dass vieles komplexer ist, als es auf den ersten Blick scheint.

Für seinen theologischen Zugang zur Demenz bezieht sich Swinton auf den amerikanischen Alttestamentler Walter Brueggemann.

Dieser versteht die biblische Botschaft als Möglichkeit, eine kritische Neubeschreibung von Aktionen, Situationen und Kontexten zu rekonstruieren.

Redescription is an interdisciplinary approach to practical theology, that seeks, in the light of Scripture und Christian tradition, to redescibe objects, actions, situations, and contexts in ways that reveal hidden meanings, modes of oppression and misrepresentation, with a view to offering a fuller and more accurate description that highlights alternative understandings and previously inconceivable options for theory and action. (Ebd., 21)

Weil sie notwendigerweise *defizitär* sind, eignen sich die Ergebnisse der medizinischen Forschung über Demenz nicht als richtiger Ausgangspunkt für eine theologische Reflexion. (Vgl. ebd., 44) Es braucht die Story – die Story des Betroffenen und die Story der Referenzperson. Ich verweise noch einmal auf das Bild des Gekreuzigten. In der Auferstehungsgeschichte wird ein Muster der narrativen Verarbeitung einer verletzten Leiblichkeit angeboten, die in der Feier inszeniert wird. Es ist der eigentliche Sinn des Ritus, seine Einladung, daran in Form einer Gleichgestaltung zu partizipieren. Der Corpus Christi ist Symbol des gezeichneten Leibes. Seine Auferweckung das Zeichen seiner Rettung. Aber der Gerettete bleibt der Gekreuzigte. Was in der Auferstehung mit ihm geschieht, löscht das in der Lebensgeschichte Widerfahrene nicht aus. Jesus wird nicht repariert, aber seine Beschämung, der Spott und die Verachtung werden *umgeschrieben*.

Zu einem Menschen gehören für Swinton aus biblischer Sicht, dass er sich sowohl als gebrochen als auch geliebt erfährt. Es sind Attribute, die nicht mit der Definition einer Person als *kognitives Wesen* übereinstimmen. Das subjektive, bewusste und kognitive Selbst ist keine notwendige Voraussetzung für Menschlichkeit. Swinton sieht aber auch die Gefahr, wenn Menschen aufgrund eines krankheitsbedingten Ausfalls von Selbstbewusstsein und Selbstreflexion von mitmenschlichen Beziehungen abhängig werden. In dieser äußerst verletzlichen Position braucht es eine erweiterte *externe Sicherung* der Identität. Demenzbetroffene leben nicht nur, weil sie von

ihren Mitmenschen erinnert werden. Sie leben im Gedächtnis Gottes.¹⁹

Die Aufgabe einer christlichen Gemeinde, sich an die Menschen mit Demenz zu erinnern, wird in dieser Erweiterung auf ein Drittes vom eigenen auf Gottes Handeln hin umgelenkt. Wo Es ist, soll im Ritus ein größeres Du werden – größer als das Wir der feiern- den Gemeinschaft.

Gott ist das Symbol für ein intermediäres Objekt, dem ein erstes und ein zweites Selbst zugeschrieben wird. Denn Gott unterbricht eine nahtlose Mitmenschlichkeit, die Würde vom Mitleid abhängig macht. Die Gemeinschaft, die durch *Care* entsteht, ist ein »Mit-ein-Ander-Sein«.²⁰ In der zwischenleiblichen Unterbrechung und Verbindung wird das Du-Objekt zum ausgeweiteten Gedächtnis, in dem die Krankheit des Vergessens für uns ihren Schrecken verliert – wenn wir dem Lichtstreifen trauen, der in der Dunkelheit, die uns früher oder später einholt, aufleuchtet.

»We are not, what we remember; we are remembered.« (Swinton 2012, 198)

Literaturverzeichnis

- Bieler, A. (2017). Verletzliches Leben. Horizonte einer Theologie der Seelsorge. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Collins, R. (2004). Interaction Ritual Chains (Princeton studies in cultural sociology). Princeton Oxford: Princeton University Press.
- Deleuze, G. & Guattari, F. (1980). Mille plateaux: Capitalisme et schizophrénie (2. Aufl.). Paris: Les Éditions de Minuit.
- Feil, N. (2009). Gladys Wilson and Naomi Feil. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=CrZXz10FcVM> (Abgerufen am: 15.07.2021).
- Fuchs, T. (2017). Collective Body Memories. In C. Durt, T. Fuchs & C. Tewes (Hrsg.), Embodiment, Enaction, and Culture. Investigating the Constitution of the Shared World (S. 333–352). Cambridge, MA: The MIT Press.
- Fuchs, T. (2021). Die leibliche Kontinuität des Selbst: Leibgedächtnis und Selbstsorge in der Demenz. In H.-P. Zimmermann & S. Peng-Keller (Hrsg.), Selbstsorge bei Demenz. Alltag, Würde, Spiritualität (S. 59–77). Frankfurt New York: Campus Verlag.

¹⁹ Mit Kitwood und Sabat unterscheidet Swinton drei Selbst: Selbst 1 ist das innere subjektive Selbst, Selbst 2 zeigt sich als Gegenüber des Selbstbewusstseins und Selbst 3 meint das Beziehungselbst der sozialen Welt. (Vgl. Swinton 2012, 161).

²⁰ Zum »Mit-ein-Ander« ausführlicher: Kunz 2019.

- Horst-Wessel-Lied. <https://de.wikipedia.org/wiki/Horst-Wessel-Lied> (Abgerufen am: 02.01.2022).
- Hürlimann, T. (2021). Berlin, 1974. *Neue Zürcher Zeitung (NZZ)*, 24. Dezember 2021. https://www.nzz.ch/feuilleton/drei-geschichten-zu-weihnachten-von-thomas-huerlimann-ld.1660892?kid=n1165_2021-12-23&mktcid=nled&ga=1&mktcval=165_2021-12-24 (Abgerufen am: 02.01.2022).
- Klie, T. (2009). Vom Ritual zum Ritus. Ritologische Schneisen im liturgischen Dickicht. *Berliner Theologische Zeitschrift*, 26, 96–107.
- Kunz, R. (2015). Gottesdienst im Altersheim. In K. Kusmierz & I. Noth (Hrsg.), »...mitten unter Ihnen«. Gottesdienste in Institutionen und an Orten öffentlichen Lebens. *Praktische Theologie im reformierten Kontext*, 10 (S. 23–41). Zürich: Theologischer Verlag.
- Kunz, R. (2019). Soziallehren für eine gemeinschaftsfähige Kirche: Theologische Relecture der soziologischen Klassiker. In H.-M. Pompe & C. A. Oelke (Hrsg.), *Gemeinschaft der Glaubenden gestalten. Nähe und Distanz in neuen Sozialformen*. Im Auftrag des Zentrums für Mission in der Region. *Kirche im Aufbruch*, 27 (S. 21–64). Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt.
- Kunz, R. (2020a). Seelsorge als Krypta: Geborgenheit im seelsorglichen Gespräch. In S. Peng-Keller, D. Neuhold, R. Kunz & H. Schmitt (Hrsg.), *Dokumentation als seelsorgliche Aufgabe. Elektronische Patientendossiers im Kontext von Spiritual Care* (S. 201–220). Zürich: Theologischer Verlag.
- Kunz, R. (2020b). Welche Bedeutung haben Ritual und Symbol für die Praxis der evangelischen Spiritualität? In P. Zimmerling (Hrsg.), *Handbuch Evangelische Spiritualität*. Band 3: Praxis (S. 401–420). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kunz, R. (2021). Abendmahl und Heilung. In J. Arnold, D. Fröchtling, R. Kunz & D. Schliephake (Hrsg.), *Alle sind eingeladen. Abendmahl inklusiv denken und feiern* (S. 89–104). Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt.
- Marti, K. (1985). *zart und genau. Reflexionen, Geschichten, Gedichte, Predigten*. Berlin: Evangelische Verlagsanstalt.
- McDermott, O., Orrell, M. & Ridder, H. M. (2014). The importance of music for people with dementia: the perspectives of people with dementia, family carers, staff and music therapists. *Aging & Mental Health*, 18, 706–716.
- Morgenthaler, C. (2011). *Abendrituale. Tradition und Innovation in jungen Familien (Praktische Theologie heute, 116)*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Müller-Busch, H. C. (2014). *Kurze Geschichte der Palliativmedizin*. In M. W. Schnell & C. Schulz (Hrsg.), *Basiswissen Palliativmedizin*. Springer-Lehrbuch (2. Aufl.). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Peng-Keller, S. (2017a). »Spiritual Care« im Werden. *Spiritual Care*, 6 (2), 175–181.
- Peng-Keller, S. (2017b). Symbolische Kommunikation in Todesnähe. Beobachtungen klinischer Seelsorgerinnen und Seelsorger. In S. Peng-Keller (Hrsg.), *Bilder als Vertrauensbrücken. Die Symbolsprache Sterbender verstehen*. *Studies in Spiritual Care*, 2 (S. 119–140). Berlin: De Gruyter.
- Rieger, H.-M. (2019). *Leiblichkeit in theologischer Perspektive*. Stuttgart: Kohlhammer.

- Roy, L.-K. (2013). *Demenz in Theologie und Seelsorge*. Berlin New York: De Gruyter.
- Stuck, L. (2020). *Seelsorge für Menschen mit Demenz. Praktisch-theologische Perspektiven im Kontext von spiritueller Begleitung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sung, H.-C. & Chang, A. M. (2005). Use of preferred music to decrease agitated behaviours in older people with dementia: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 1133–1140.
- Swinton, J. (2007). Forgetting Whose We Are. *Journal of Religion, Disability & Health*, 11 (1), 37–63.
- Swinton, J. (2012). *Dementia. Living in the Memories of God*. Grand Rapids Cambridge, U.K.: William B. Eerdmans Publishing Company.
- Tekaath, N. & Muthesius, D. (2015). Spiritualität und Musik. *Spiritual Care*, 4, 114–125.
- Tewes, C. (2018). The Habitual Body and its Role in Collective Memory Formation. *Journal of Consciousness Studies*, 25, 135–157.
- Van Riel, E. (2021). Disease in the Middle Ages: A reflection on the relevance of Grünewald's Isenheim Altarpiece in times of covid-19? *Phlexible Philosophy*, 24. März. <https://www.phlexiblephilosophy.com/art/disease-in-the-middle-ages-and-matthias-grunewalds-isenheim-altarpiece> (Abgerufen am: 22.07.2022).
- Zeßner-Spitzberg, F.-J. (2016). *Vergessen und Erinnern. Menschen mit Demenz feiern Gottesdienst im Pflegeheim*. Studien zur Theologie und Praxis der Seelsorge, 94. Würzburg: Echter Verlag.

Autorenverzeichnis

Marion Bär studierte der Musiktherapie (FH) und der Gerontologie. Tätigkeit und Promotion an der Universität Heidelberg (Forschungsschwerpunkt: Lebensqualität im hohen Alter und bei Demenz), später als freie Wissenschaftlerin und in der kommunalen Gesundheitsplanung.

Erik Norman Dzwiza-Ohlsen studierte Philosophie, Psychologie und Theologie an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. Von 2013 bis 2018 promovierte er an der Julius-Maximilians-Universität zu Würzburg (Titel der Dissertation: »Die Horizonte der Lebenswelt: Sprachanalytische Untersuchungen zu Husserls ‚Erster Phänomenologie der Lebenswelt‘«, 2019 erschienen bei Wilhelm Fink). Nach einem Suhrkamp-Stipendium am Deutschen Literatur Archiv Marbach ist er seit 2016 Wissenschaftlicher Mitarbeiter bei Thiemo Breyer – zunächst am Research Lab der a.r.t.e.s. Graduate School for the Humanities Cologne und seit 2022 am Husserl-Archiv der Universität zu Köln. Seine Forschungsschwerpunkte sind Phänomenologie, Psychopathologie, Philosophische Anthropologie, Kognitionswissenschaften sowie Ausdrucks- und Sprachtheorie. Derzeit arbeitet er im Rahmen seiner Habilitation an einer »Philosophie der Demenz: Phänomenologische, psychopathologische und anthropologische Perspektiven«.

Thomas Fuchs ist Psychiater und Philosoph, lehrt als Karl-Jaspers-Professor für philosophische Grundlagen der Psychiatrie und Psychotherapie an der Universität Heidelberg. Er ist Leiter der Sektion Phänomenologische Psychopathologie und Psychotherapie an der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg. Er ist zudem Herausgeber der Zeitschrift »Psychopathology« und Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Phänomenologische Anthropologie, Psychiatrie und Psychotherapie (DGAP). Forschungsschwerpunkte: Phänomenologische Psychologie, Psychopathologie und Anthropologie, Theorien der Verkörperung und der Neurowissenschaften.

Regine Kather ist seit 2004 Professorin am Philosophischen Seminar der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. Nach dem Studium von Physik, Philosophie und Religionswissenschaften begann sie 1985 mit der Lehrtätigkeit in der Erwachsenenbildung der Pädagogischen Hochschule Freiburg. Es folgten die aktive Mitgestaltung von Tagungen an der Katholischen Akademie Rottenburg-Stuttgart, die bis heute andauert sowie zahlreiche Vorträge an weiteren Institutionen. Nach der Habilitation 1997 war sie bis 2006 regelmäßig als Gastdozentin in Rumänien und besuchte zahlreiche internationale Kongresse. Der Forschungsschwerpunkt liegt im Grenzgebiet von Philosophie und Naturwissenschaften und befasst sich vor allem mit Fragen der Naturphilosophie und philosophischen Anthropologie, wobei auch zeitgenössische Probleme von Bioethik und Künstlicher Intelligenz erörtert werden.

Andreas Kruse war bis September 2021 Direktor des Instituts für Gerontologie der Universität Heidelberg, seit Oktober 2021 Seniorprofessor *distinctus* (auf Lebenszeit) der Universität Heidelberg. Von 2003 bis 2021 Vorsitzender der Altersberichtskommission der Bundesregierung, von 2016 bis 2022 Mitglied des Deutschen Ethikrates.

Ralph Kunz ist Professor für Praktische Theologie mit den Schwerpunkten Predigt Gottesdienst und Seelsorge an der Theologischen Fakultät der Universität Zürich. Er forscht zu liturgischen, seelsorglichen und pastoraltheologischen Themen. Zudem gehören zu seinen Forschungsschwerpunkten neue Gottesdienst- und Predigtformen, Seelsorge mit Schwerpunkt religionsbezogene Gerontologie wie auch Gemeindeaufbau und Kirchenleitung. Seit 2004 ist er Ordinarius für Praktische Theologie mit den Schwerpunkten Homiletik, Liturgik und Poimenik.

Hans-Martin Rieger studierte evangelische Theologie in Heidelberg, Jerusalem und Tübingen, 1999 Dissertation an der LMU München, Vikariat und Pfarramt in der Württembergischen Landeskirche, 2002-2010 wissenschaftlicher Mitarbeiter und Akademischer Rat an der FSU Jena, 2006 Habilitation, seit 2015 Pfarrer in der Schweiz, 2013 Ernennung zum apl. Prof. an der FSU Jena. Schwerpunkte: Wissenschaftstheorie und Interdisziplinarität der Theologie, Religionsphilosophie Blaise Pascals, Gesundheits- und Altersethik, medi-

zinische und interdisziplinäre Anthropologie, Rechtfertigungslehre und Kreuzestheologie.

Daniela Ringkamp war von 2008 bis 2015 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Paderborn, promovierte von 2012 zum Thema »Menschenrechte zwischen moralischer Begründung und politischer Verwirklichung. Zur Aufwertung des Individuums als Adressat von Menschenrechtspflichten«. Von 2015 bis 2020 war sie wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg. Forschungsschwerpunkte im Bereich Philosophie der Menschenrechte, Medizinethik, insbesondere Demenzethik. 2020 Referentin für Altenarbeit und Pflege beim Diözesan-Caritasverband für das Bistum Magdeburg. Seit 2021 Abteilungsleiterin für die Fachgebiete Pflege, Teilhabe und Erziehung beim Diözesan-Caritasverband für das Bistum Magdeburg.

Sebastian Ritzl verfügt über eine langjährige Berufserfahrung als Altenpfleger mit Weiterbildung zur Pflegefachkraft für Gerontopsychiatrie in Deutschland und der Schweiz. Nach dem Studium der Fächer Gesundheit und Gesellschaft (Care) und Philosophie/Ethik für das höhere Lehramt an beruflichen Schulen promovierte er im Fach Gerontologie mit der Note *summa cum laude*. In seiner Dissertation beschäftigte er sich mit gerontologisch-pflegefachlichen und ethischen Fragen bezüglich der Anwendung freiheitseinschränkender Maßnahmen bei Menschen mit Demenz. Seit 2019 ist er Akademischer Mitarbeiter und Studiengangkoordinator am Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg.

Magnus Schlette studierte Philosophie und Soziologie an der FU Berlin, in Kiel und Frankfurt/Main. Promotion in Philosophie 2003 an der Goethe-Universität in Frankfurt/Main, Habilitation 2010 am Max-Weber-Kolleg für kultur- und sozialwissenschaftliche Studien der Universität Erfurt. 2005 bis 2008 war Magnus Schlette Kollegiat am Max-Weber-Kolleg, 2008 bis 2011 wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Kolleg-Forscherguppe »Religiöse Individualisierung in historischer Perspektive« am Max-Weber-Kolleg. Von 2010 bis 2017 war er Privatdozent für Philosophie an der Universität Erfurt, von 2017 bis 2022 an der Universität Heidelberg. Seit 2022 ist er außerplanmäßiger Professor für Philosophie an der Universität Heidelberg. Seit 2011 leitet er als Referent für Philosophie den Arbeitsbereich ,Theolo-

gie und Naturwissenschaft' an der Forschungsstätte der Evangelischen Studiengemeinschaft (FEST) in Heidelberg.

Eric Schmitt ist akademischer Direktor am Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg sowie seit Oktober 2021 Kommissarischer Leiter des Instituts. Studium der Psychologie, Promotion (mit »summa cum laude«) und Habilitation in Psychologie.

Christiane Schrader ist Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, Psychoanalytikerin (DPV, IPV, DGPT). Nach langjähriger Tätigkeit in einer psychosomatischen Klinik und Forschungstätigkeit zum psychischen Trauma arbeitet sie in eigener Praxis in Frankfurt am Main und zudem als Lehrtherapeutin, Supervisorin und Dozentin. Sie ist Mitglied des Vorstands des Frankfurter Psychoanalytischen Instituts (FPI). Zusammen mit Prof. Dr. Meinolf Peters ist sie Mitinhaberin des Instituts für Alterspsychotherapie und Angewandte Gerontologie, gegründet von Prof. Hartmut Radebold und Mitglied der Arbeitsgruppe Psychoanalyse und Altern. Sie ist Chair des Forums on Aging der European Psychoanalytic Federation (EPF) und Co-Chair des Committee on Perspectives on Aging der International Psychoanalytic Association (IPA). Publikationen zur weiblichen Entwicklung, zur weiblichen Entwicklung im Alter; zum Körper im Alter; zum psychischen Trauma und zur transgenerationalen Traumatisierung; zur Mentalisierungsbasierten Therapie (MBT), zur psychosozialen und Partnerschafts- und Sexualberatung und über Margarete Mitscherlich-Nielsen.

Jan Sonntag ist Dipl. Musiktherapeut (FH, DMtG, HeilprG) und Professor für Musiktherapie am Department Kunst, Gesellschaft und Gesundheit der MSH Medical School Hamburg. Er studierte Musiktherapie an der Fachhochschule Heidelberg und promovierte an der Hochschule für Musik und Theater Hamburg. Seit 1999 fokussiert er seine Arbeit als Praktiker, Forscher, Berater und Dozent auf die Musiktherapie bei Demenzen und begründete das Atmosphärenkonzept in der Musiktherapie. Er ist Autor des Buchs »Demenz und Atmosphäre. Musiktherapie als ästhetische Arbeit« und Mitautor des Standardwerks »Musik – Demenz – Begegnung. Musiktherapie für Menschen mit Demenz«. Als Gründungsmitglied der Bundesinitiative Musik und Demenz und Beauftragter für Musik und Demenz der Deutschen Musiktherapeutischen Gesellschaft setzt er sich für

bundesweite Verfügbarkeit musikbasierter Angebote ein. Seit 2013 beschäftigt er sich verstärkt mit Musik und Sonic Arts in sozialen Transformationsprozessen, initiiert und leitet musikbasierte und intermediale Partizipationsprojekte. Internationale Vortrags- und Publikationstätigkeit. jansonntag.de, arts-and-change.de

Christian Tewes studierte Philosophie, Geschichte und Germanistik auf Lehramt an der Universität GHS Essen. Danach studierte er analytische Philosophie in St Andrews. Nach seiner Promotion an der Universität Koblenz Landau zum Thema der Grundlegung der Bewusstseinsforschung arbeitete er von 2007 bis 20014 als Assistent am Lehrstuhl für Theoretische Philosophie an der Friedrich-Schiller-Universität Jena. Danach war er als Koordinator und Projektleiter der Forschungsgruppe *Verkörperung als Paradigma einer evolutionären Kulturanthropologie* an der Universität Heidelberg bis 2019 tätig. 2015 schloss er seine Habilitation an der Friedrich-Schiller-Universität Jena mit einer Arbeit zur mentalen Verursachung und Willensfreiheit ab. Seit 2020 ist er Professor für Philosophie im Bildungskontext unter besonderer Berücksichtigung der Phänomenologie und Philosophie des Geistes an der Alanus Hochschule in Mannheim. Weitere Forschungsschwerpunkte: Anthropologie, Enaktivismus und phänomenologische Psychopathologie.

Charlotte Uzarewicz ist Krankenschwester, Ethnologin (M.A.) und Soziologin und emeritierte Professorin. Sie lehrte Pflegewissenschaft an der Katholischen Stiftungshochschule München (KSH) und war stellvertretende Direktorin des Instituts für Fort- und Weiterbildung, Forschung und Entwicklung an der KSH. Sie hatte zudem eine Honorarprofessur für Kultur und Ästhetik in der Pflege an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar inne. Forschungsschwerpunkte: Leibphänomenologie, Körpertheorie, Raumkonzepte für das Gesundheitswesen, Transkulturelle Pflege.

Sachregister

- Abendmahl 379
- Affekt 20, 21, 42, 138, 235–237, 239–242, 245, 246, 252, 256, 257, 295, 327, 328, 333, 336, 338, 339, 341, 343, 345, 346, 348, 350, 352, 354
- -regulierung 23, 324, 328, 334, 336, 338, 341–343, 348, 352, 353, 355
- Agentivität 101, 104, 120, 125
- Agitiertheit 251, 294
- Anerkennung 10, 18, 19, 54, 55, 76, 78, 83, 107, 118, 124, 134, 159, 169, 175, 176, 178–180, 200, 205, 343, 344, 353, 380
- Apathie 12, 274, 294, 321
- Artikulation 8, 9, 37, 68, 69, 71, 76, 171, 183
- Augenblick 22, 50, 142, 147, 180, 285, 304, 305, 318, 354, 373
- Autonomie 8, 14, 29, 31, 34, 43, 45, 55, 59, 61, 62, 124, 141, 142, 179, 221, 222, 227, 233, 298, 377
- Berührung 11, 36, 38, 39, 45, 51, 54, 55, 102, 325, 330, 361, 369, 382
- Bewegung 15, 29, 33, 36, 38, 40–42, 45, 46, 49, 53, 85, 86, 100, 150, 152, 265, 266, 272, 273, 277, 285, 310, 314, 353
- -sabläufe 38, 40, 41
- -sdrang 22, 108, 266, 272, 279, 282
- Bewusstsein 9, 30, 32, 33, 35, 37–39, 41, 44, 46, 48, 51, 53, 54, 60, 67, 71–73, 80, 86, 87, 112, 114, 117–119, 175, 181, 193, 197, 206, 220, 248, 249, 284, 299, 309, 317
- protentionales 15, 74, 80, 86, 87
- retentionales 15, 71, 73, 74, 80, 86, 87
- Bewusstseinsstrom 68, 69, 71–74, 79, 80, 86–88
- Biografie 21, 29, 31, 37, 41, 43–45, 50, 68, 189, 231, 237, 244, 245, 254, 256, 257, 277, 330
- Depersonalisierung 101, 104
- Depression 12, 49, 77, 88, 328, 340, 343
- Diachronizität 217, 224, 226
- Dialog 71, 93, 95, 102, 103, 116, 126, 138, 139, 295, 296, 330, 335, 337, 339, 345–347, 354, 355
- Eingliederung 20, 362, 363, 376
- Emanzipation 123, 275
- Entfremdung 12, 178, 193, 268
- Erinnerung 23, 29, 33, 37, 39, 42, 49, 51, 66, 73, 74, 81, 96, 110, 117, 118, 120, 132, 150, 152, 154, 168, 203, 243, 254, 275, 299, 300, 302–304, 321, 328, 330, 333, 342, 363–365, 369, 372, 374, 376, 377, 380
- Erlebniskontinuität 87
- Ethos 24, 362, 369, 377

- Exzentrizität 38
- Fleisch 115, 192, 193, 370
- -werdung 185, 192, 193, 196, 202, 210
- Gedächtnis 15, 45, 50, 60, 63, 66, 70, 80, 81, 98, 111, 132, 136, 141, 152, 237, 250, 303, 304, 314, 350, 363, 373, 374, 380, 385
- biografisches 12, 56, 61, 67, 80, 86, 87
 - deklaratives 8–11, 14, 61, 63, 71, 73, 82, 86, 101, 113, 126, 371
 - explizites 9, 41, 114, 303, 304
 - implizites 11, 114, 229, 303, 327, 371
 - Kurzzeit- 73, 152, 308
 - Langzeit- 73, 226, 284, 302
- Gedächtnismahl 371
- Gefühlsmächte 265, 290, 292, 296
- Gehirn 14, 29, 30, 33, 35–37, 41, 46, 47, 53, 55, 60, 80, 87, 95, 101, 123, 250
- Gehirnmasse 309
- Geist 14, 20, 21, 30, 32, 34, 39, 46, 47, 54, 55, 60, 63, 119, 138, 194, 195, 239, 240, 250, 255, 309, 370, 376
- Gene 34, 35
- Geruch 22, 49, 51, 265, 275, 284
- Geschmack 265, 275, 287
- Gestik 11, 12, 76, 86, 103, 330, 337, 372
- Gewohnheiten 16, 31, 43, 45, 81, 153, 190, 191, 230, 231, 250, 269, 270, 278, 303, 304
- Grenzsituation 10, 60, 61, 66, 78, 79, 85, 88, 96, 139, 253–255
- Grundsituation 94, 167–169
- Habitus 41, 82, 83, 100, 113–115, 182, 363
- Habitusform 83
- Identifikation 16, 31–33, 38, 83, 151, 201, 203, 204, 206, 207, 209, 210, 217, 219–225, 227, 230, 235, 245, 252
- Identität 16, 29, 37, 55, 66, 68, 69, 74, 78, 79, 86, 107, 113, 115, 121, 123, 179, 190, 191, 202–206, 211, 212, 219, 270, 301, 310, 332, 361, 384
- biografische 8, 14, 30, 31, 43, 227
 - des Selbst 93, 94, 97, 99, 101–103, 108, 109, 112, 116, 118
 - idem- 202–208, 211
 - ipse- 202–204, 206, 208, 209, 211, 212
 - narrative 64, 65, 116, 203–205
 - personale 8–10, 16, 33, 47, 59, 60, 62–66, 68, 80, 88, 93, 94, 97–99, 101, 103, 105, 107–109, 112, 113, 116, 118, 119, 121–123, 125, 126, 185, 190, 191, 196–200, 202, 204–206, 208, 210, 211, 217–220, 222, 224, 371, 380, 382
 - relationale 205, 217, 218, 382
- Indexikalität 94, 109
- Infantilisierung 101, 104
- Innenwelt 32, 96
- Intelligenz 40, 188
- Intentionalität 33, 34, 40, 46, 100, 101, 114
- Kernselbst 36, 56
- Kommunikation 15, 16, 24, 29, 32, 52, 53, 56, 61, 108, 112, 116, 118, 121, 122, 125, 126, 219, 257, 258, 263, 264, 267–269, 275, 277, 282, 297, 324, 325, 330, 336, 353, 355, 369, 371, 373, 381
- leibliche 55, 210, 264, 266, 344, 373
 - symbolische 60, 72, 74, 82, 85, 355, 363, 365, 372, 378

- Konkurrenz 18, 169, 173–176, 178, 180, 181
- Konkurrenzkampf 180
- Körperbild 329
- Körperschema 81, 273
- Körperwerdung 19, 177, 178, 181, 187–191, 193, 197, 198, 201, 203, 204, 209
- Leben im Augenblick 12, 73, 304, 305
- Lebensgeschichte 14, 15, 19, 49, 50, 56, 66, 151, 154, 190–192, 194, 195, 197, 205, 211, 333, 335, 342, 377, 378, 380, 384
- Lebensqualität 10, 44, 83, 108, 112, 131, 133, 135, 140, 150, 155, 157, 314, 332
- Lebenswelt 10–12, 72, 93, 95, 109, 110, 115, 118, 122, 143, 245, 303, 373
- Leichnam 362, 379
- Mechanismus 47, 75
- Meinigkeit 19, 193, 225
- Menschenwürde 8, 9, 196, 198, 199, 204, 211, 228
- Mimik 11, 12, 46, 76, 86, 103, 311, 330, 337, 340, 372, 373
- Mobilität 142, 152, 274
- Mündigkeit 179, 377
- Orientierung 8, 10–12, 18, 19, 35, 44, 49, 59, 60, 62, 69, 72, 82, 109–112, 116, 167, 182, 226, 248, 270–273, 277–280, 284, 289, 297, 308, 309, 330, 331, 336, 338, 340, 341, 344
- -sverlust 11, 12, 22, 72, 110, 271, 272
 - Präferenz- 142, 143
 - Wert- 142
- Patientenautonomie 141, 231
- Personkonzept 8, 63, 206, 207, 326, 381
- Potentialität 18, 185–188, 190, 191, 210, 212
- Prozesse 7, 10, 30, 32, 37, 39, 44, 46, 51, 80, 81, 87, 125, 167, 177, 193, 196, 198, 222, 241, 242, 247, 251, 257, 258, 318, 323, 327, 329, 332, 334, 336, 353
- biologische 14, 33, 51
 - emotionale/affektive 21, 246, 247, 258
 - kognitive 44, 251
 - neuronale 30, 31, 46, 49, 95, 137
 - physiologische 33, 45, 137
 - psychische 20, 46, 235, 237, 243, 258, 259
 - psychophysische 15, 42, 45, 55
- Regression 88, 275
- Reiz 30, 35, 37, 40, 42, 53, 85, 242, 305, 316
- und Reaktion 36, 48, 53
- Resonanz 11, 17, 22, 83, 131, 147, 148, 150, 152, 154–156, 158, 221, 255, 258, 264, 267, 285, 292, 303, 325, 363, 365, 372, 380
- -beziehung 17, 76, 85, 148, 156
 - -erfahrung 17, 22, 145, 148, 154, 172, 177, 285
 - -phänomen 13
- Ritual 23, 49, 50, 100, 114, 255, 259, 363–373, 376, 377, 379, 380, 384, 385
- Sedimentierung 190, 192, 203, 204, 209
- Selbstaktualisierung 13, 17, 19, 21, 55, 70, 75, 77–79, 86, 190, 191, 235, 250, 255–257
- Selbstbeobachtung 68, 179, 249, 345

Sachregister

- Selbstbestimmung 18, 61, 132, 133, 141, 142, 170, 178, 179, 186, 189, 196, 199, 232, 244, 377
- Selbstbewusstsein 14, 29, 30, 32, 33, 36, 63, 203, 207, 208, 384, 385
- Selbstbild 8, 49, 83, 167
- Selbstdistanzierung 38, 141, 143
- Selbsterleben 10, 15, 69, 70, 73, 79, 82, 87, 329, 353
- Selbstliebe 18, 181, 182
- Selbstmächtigkeit 18, 171, 172, 177–179
- Selbstorganisation 318
- Selbstständigkeit 34, 39, 49, 59, 61, 62, 132, 267, 332
- Selbstwerdung 18, 19, 67, 185, 186, 191–197
- Selbstwert 142, 228
- Sinn 13, 17, 32, 40, 45–47, 50, 67, 131, 134–140, 142–147, 149, 152, 154, 158, 193, 299, 305, 355, 368, 369, 371, 372, 379, 384
- -bildung 14, 18
 - -dimension 11–13, 63, 66, 82, 83, 334
 - -erfahrung 17, 134, 152, 153, 158
 - -erfüllung 17, 78, 146, 148, 150, 153, 154, 158
 - -erleben 134–136, 141, 144, 146
 - -findung 78, 83, 139, 140, 143–145
 - -zusammenhang 42, 68, 71, 333, 334
- Sinne 35, 49, 50, 116, 305, 306, 309, 330
- Speziesismus-Kritik 9, 199
- Spontaneität 31
- Stigmatisierung 101, 103, 104, 155
- Stimmung 12, 20, 37, 48, 49, 53, 73, 236, 237, 239, 240, 265, 267, 268, 278, 285, 292, 295, 296, 300, 307, 310, 316, 334, 335
- Streben nach Glück 171, 173, 181
- Verantwortung 39, 52, 65, 122, 124, 179, 309, 368
- Volition 219–226
- Wanton 20, 219, 221, 223–225
- Weltoffenheit 54
- Wertorientierung 141, 143, 146, 148, 169
- Wissen 15, 16, 29, 40, 41, 43, 44, 48, 61, 75, 80, 81, 111, 113, 115, 135, 155, 156, 175, 188, 236, 266, 271, 309, 338, 372
- Würde 9, 19, 33, 54, 60, 64, 185, 186, 198–201, 204, 211, 212, 235, 371, 377, 378, 380, 381, 385
- Zeit 29, 36, 49–52, 60, 66, 77, 78, 82, 109, 189–193, 200, 202, 203, 208, 246, 248–250, 299, 335, 364, 371, 381
- -bewusstsein 15, 29
 - -gestalt 49, 51, 192, 380
 - -werdung 177, 178, 181

Personenregister

- Bergson, Henri 81, 237, 248–250, 255
- Böhme, Gernot 12, 267, 268, 284, 285, 296, 304–306, 310, 311, 314
- Buber, Martin 76, 147
- Cassirer, Ernst 47
- Damasio, Antonio 35–37, 87
- Dekkers, Wim J.M. 15, 41–43, 45, 53, 82
- Eliot, Thomas Stearns 237, 252, 253
- Frankfurt, Harry G. 219–228, 230
- Frankl, Viktor 17, 131, 137–140, 143, 144, 147, 148, 191, 196
- Freud, Sigmund 193, 194, 327
- Fuchs, Thomas 16, 66, 80, 84, 87, 114, 115, 190, 229, 245, 270, 275, 284, 354, 363, 371, 373, 381
- Gerhardt, Volker 10, 18, 61, 85, 133, 178, 179
- Goethe, Johann Wolfgang von 236, 237, 239
- Harré, Rom 102–107, 111, 112, 115, 120–122, 134
- Hehn, Victor 238, 239
- Hirsch, Rolf-Dieter 331, 353
- Husserl, Edmund 71–74, 80, 113–115, 121
- Hydén, Lars-Christer 110, 116
- Jaspers, Karl 60, 95, 96, 126, 241, 251
- Jaworska, Agnieszka 141, 206, 227–229
- Kitwood, Tom 10, 11, 61, 62, 77, 101, 104, 155, 205, 263, 264, 298
- Kontos, Pia 16, 93, 94, 99–103, 108, 112–116, 121, 123–125
- Kruse, Andreas 96, 186, 190, 191, 243, 244, 254, 256
- Locke, John 8, 9, 16, 63, 64, 94, 116–120, 122, 123, 125, 203, 219–221, 231
- Luntley, Michael 67, 68, 86
- Marion, Jean-Luc 192, 193, 196, 209
- Merleau-Ponty, Maurice 40, 84, 100, 114, 192, 329
- Parfit, Derek 9, 63, 203, 219
- Plessner, Helmuth 38, 79
- Quante, Michael 30–35, 55, 225
- Rentsch, Thomas 168, 169, 177, 181, 186
- Ricœur, Paul 202, 203
- Rieger, Hans-Martin 207, 369–371, 376–378, 380–382
- Rosa, Hartmut 147–150, 152, 154, 156, 174, 264

Personenregister

- Sabat, Steven 69–71, 75, 77, 78,
83, 85, 88, 93, 95, 99, 102–108,
111–113, 115, 120–122, 134, 207
- Schechtman, Marya 65–68, 70,
72, 120, 203
- Scheler, Max 36, 47, 76, 206
- Schmitz, Hermann 265, 269, 271,
274, 283, 284, 296, 297
- Singer, Peter 9, 30, 34, 63, 64
- Stuck, Lukas 365–368
- Swinton, John 364, 379, 383–385
- Taylor, Richard 75–78, 210
- Thomae, Hans 247, 248, 251
- Weizsäcker, Victor von 192–
197, 209
- Wojnar, Jan 73, 74, 85, 299,
302, 305
- Zeßner-Spitzenberg, Franz
Josef 365, 366, 368