

# Demenz – neue Ansätze in Forschung, Diagnose und Therapie

## Demenz und personale Identität

PROF. DR. DR. THOMAS FUCHS, KLINIK FÜR ALLGEMEINE PSYCHIATRIE, UNIVERSITÄTSKLINIKUM HEIDELBERG



**G**egenwärtige philosophische Theorien der personalen Identität sind in der Regel an die Fähigkeiten von Intelligenz, Rationalität und Gedächtnis geknüpft. Aus dieser Sicht muss eine Demenzerkrankung als ein allmähliches Erlöschen der Person erscheinen. Dieser Sichtweise wird im Aufsatz eine andere Auffassung von Personalität gegenübergestellt, die ihre Grundlage in der Leibphänomenologie hat. Danach ist Selbstsein wesentlich verkörpert; es beruht auf einer Geschichte leiblicher Erfahrungen, die sich in den Gewohnheiten des wahrnehmenden, fühlenden und handelnden Umgangs mit der Welt niedergeschlagen hat. Sie lassen sich zusammenfassend als Leibgedächtnis bezeichnen. Diese Form des Gedächtnisses weist auf eine Kontinuität und Identität der Person hin, die nicht in ihren bewussten Erinnerungs- und Wissensbeständen verankert ist, sondern in einer in unserem Leib sedimentierten Erfahrung. Es werden verschiedene Formen des Leibgedächtnisses vorgestellt und für das Verständnis der Demenz fruchtbar gemacht.

### Einleitung

Demenzielle Erkrankungen wirken in besonderer Weise beunruhigend und bedrohlich, denn sie stellen in Frage, was wir als die Grundlage unseres Selbstseins ansehen: unsere kognitiven Fähigkeiten. Eine Person im vollen Sinn zu sein, ist in westlichen Kulturen entscheidend gebunden an die Intaktheit dieser Funktionen, also an Überlegung, Rationalität, Intelligenz und Gedächtnis. Beeinträchtigungen, die mit einem demenziellen Prozess einhergehen, müssen daher in Konflikt mit zentralen Werten unserer Kultur geraten.

Die Demenz wird zur Bedrohung der Person in ihrem Kern und wirkt mehr als alle anderen psychischen Erkrankungen stigmatisierend: Der Verlust der Rationalität und des autobiographischen Gedächtnisses scheint in den fortgeschrittenen Stadien der Krankheit nur noch einen fassadenartigen Körper zurückzulassen, dessen Äußerungen allenfalls noch Fragmente der früheren Person zu erkennen geben. Für utilitaristische Ethiker wie Singer (1979) oder McMahan sind Menschen mit schwerer Demenz konsequenterweise auch keine Personen mehr, sondern allenfalls noch „Quasi-Personen“ oder „Post-Personen“ (McMahan 2003, 46ff., 55).

Doch diese Identifizierung unseres Selbstseins mit Kognition, Rationalität und Gedächtnis beruht letztlich auf einem dualistischen Konzept der Person: auf einem Menschenbild, in dem der Körper nur als der Trägerapparat für den Geist bzw. für das Gehirn gilt, und in dem die Emotionen, die wesentlich leiblich gespürt und ausgedrückt werden, nur einen minderen Rang einnehmen. Der Kortex und das Denken werden damit zum Sitz der menschlichen Personalität,

während der Rest des Körpers ebenso wie die verkörperten Gefühle ohne die kognitiven Erkenntnis- und Steuerungsleistungen nur noch ein Schattendasein führen können.

Dieser Sichtweise will ich im Folgenden eine andere Auffassung von Personalität gegenüberstellen, die ihre Grundlage in der Leibphänomenologie hat. Danach ist Selbstsein wesentlich lebendig und verkörpert oder leiblich. Erst müssen wir leben, dann können wir denken, und leben heißt ein leibliches Wesen zu sein. Leibsein aber ist etwas anderes als einen Körper zu haben; der Leib, das sind wir selbst. Nur als Leib kann der Mensch sich spüren, sich ausdrücken, anderen Menschen und der Welt begegnen. Alles Wahrnehmen, Denken, Tun vollzieht sich durch dieses Medium des Leibes: Die Augen sehen, die Ohren hören, die Hände greifen, ohne dass wir sie beachten, und beim Sprechen bewegen sich Mund und Zunge von selbst in geeigneter Weise. Was immer wir auch bewusst planen oder tun – wir leben aus einem leiblichen Grund heraus, den wir nie vollständig bewusst zu machen vermögen.

Der Leib hat aber auch eine eigene Geschichte. Seit der frühesten Kindheit haben sich seine Erfahrungen in unseren Gewohnheiten und Fähigkeiten niedergeschlagen, fühlend, wahrnehmend und handelnd mit den Dingen und mit anderen Menschen umzugehen. All diese Gewohnheiten und Erfahrungen lassen sich zusammenfassend als Leibgedächtnis bezeichnen. Es weist auf eine Kontinuität der Person hin, die nicht in ihren biographischen Erinnerungsbeständen verankert ist, sondern in einer im Leib sedimentierten Erfahrung. Diese Form des Gedächtnisses ist erst in jüngster Zeit für das Verständnis und die Behandlung der Demenz fruchtbar gemacht worden.<sup>1</sup> Und doch ist es ein Gedächtnis, das noch bis in späteste Stadien der

Erkrankung erhalten bleibt, und in dem sich die individuelle Lebensgeschichte eines Patienten manifestiert.

Die folgenden Überlegungen gelten zunächst dem herrschenden kognitiven oder rationalistischen Verständnis von personaler Identität und stellen ihm eine leibfundierte Konzeption verkörperter Personalität gegenüber. Anschließend stelle ich das Leibgedächtnis in seinen wichtigsten Aspekten dar, um dann zu fragen, welche Rolle es in der Demenzerkrankung, insbesondere für die Aufrechterhaltung der personalen Identität spielt.

### Personale Identität

Die kognitivistische Konzeption der Person hat eine Geschichte, die in die europäische Neuzeit zurückreicht und von der zunehmenden Trennung des personalen Subjekts von seiner Leiblichkeit und Lebendigkeit geprägt ist. Die aristotelische Idee der leibseelischen Einheit verliert an Überzeugungskraft. Das neue, dualistische und rationalistische Personenverständnis bei Descartes oder Locke ist an Selbstbewusstsein, Überlegung und vernünftige Reflexion gebunden, denn das moderne Subjekt will seiner selbst gewiss, souverän und autonom sein.

### Das Problem der personalen Identität seit Descartes

Das denkende Ich (*res cogitans*) muss fortwährend „denken“, seiner selbst bewusst sein, um zu existieren.



Allerdings ist diese Gewissheit des cogito immer nur als momentanes Selbstbewusstsein möglich. Nicht länger

eingebettet in seine Leiblichkeit, muss das Ich fortwährend denken, um zu existieren, und sich selbst reflektieren, um seiner gewiss zu sein. Doch was tut die *res cogitans*, das denkende Ding, wenn es einmal nicht denkt, wenn es sich dem Leib, dem Schlaf oder dem Vergessen überlassen soll? Was ermöglicht dann die fortdauernde Kontinuität der Person? – Dies hatte bereits John Locke als Problem des Descartes'schen Subjekts erkannt:

*„Was Schwierigkeiten zu bereiten scheint, ist die Tatsache, dass dieses Bewusstsein stets durch Zustände des Vergessens unterbrochen wird. (...) in allen diesen Fällen, in denen unser Bewusstsein unterbrochen wird und wir unser vergangenes Ich aus den Augen verlieren, erheben sich Zweifel, ob wir dasselbe denkende Ding, das heißt dieselbe Substanz sind oder nicht“ (Locke, Essay, II, XXVII, § 10; vgl. Locke 2006, 420).*

Lockes bis heute maßgebliche Lösung war die folgende: Es ist in erster Linie das *Gedächtnis*, dass es der Person erlaubt, sich über die Gegenwart hinaus in der Zeit auszu dehnen:

*„Soweit nun dieses Bewusstsein rückwärts auf vergangene Taten oder Gedanken ausgedehnt werden kann, so weit reicht die Identität dieser Person“ (Locke 2006, 420).*

Das Gedächtnis also bildet die rettende Brücke: Die Einheit und Identität der Person ist gebunden an die Möglichkeit der bewussten Erinnerung. Mit ihrer Hilfe lassen sich vergangene Episoden des Lebens aneignen und in das gegenwärtige Selbst integrieren. Das aber heißt, ich bleibe nur solange ich selbst, *als ich mich* an meine früheren Zustände erinnern und sie mir zuschreiben kann. Lockes Auffassung setzt sich fort bis zu den heutigen psychologischen Konzeptionen personaler Persistenz<sup>2</sup>: Die Identität der Person reicht soweit wie ihre Erinnerung an sich selbst, nicht weiter. Das hat allerdings die kontraintuitive Konsequenz, dass wir uns im Grunde weder Zustände des Schlafes noch unsere Fetal- oder Säuglingszeit selbst zuschreiben können, denn an diese können wir uns ja nicht erinnern. Mehr noch: Unter dieser Voraussetzung muss, auf der anderen Seite des Lebenswegs, eine Demenzerkrankung die Person in ihrem Kern bedrohen, sobald sie sich nämlich nicht mehr

an ihre früheren Erlebnisse zu erinnern vermag. Doch ist es tatsächlich so, dass unser Selbstsein, unsere Identität ausschließlich von unserem Gedächtnis und Wissen über uns selbst abhängt? Keineswegs, denn diesem Wissen vom „Selbst-als-Objekt“ liegt das „Selbst-als-Subjekt“ voraus, nämlich ein kontinuierliches präreflexives Selbsterleben, das nicht explizit gemacht oder in Worte gefasst werden muss. Die meiste Zeit des Tages machen wir uns gar nicht bewusst, wer wir sind, denken nicht über uns nach und müssen keine autobiographischen Erinnerungen aufrufen, um doch auf selbstverständliche Weise unserer selbst inne zu sein. Wir sind immer schon mit uns selbst vertraut, und diese Selbstvertrautheit ist etwas leiblich Gespürtes, Empfundenes, nichts Gewusstes.

Hätten wir dieses basale Selbsterleben nicht, so würde uns alles biographische Wissen nichts nützen, denn wir kämen uns selbst auf elementare Weise abhandeln. So bedeutsam der mögliche Zugriff auf jenes Wissen für unsere *narrative* Identität sein mag – Selbstsein in einem grundlegenden Sinn ist nicht an biographisches Erinnern oder Wissen über die eigene Person gebunden. Es ist vielmehr eine intrinsische Qualität jeder Erfahrung, eine Eigenschaft des kontinuierlichen Bewusstseinsstroms selbst (Zahavi 1999). Die präreflexiv gelebte Leiblichkeit vermittelt damit eine Kontinuität des Selbstseins, die letztlich die subjektive Seite des Lebensprozesses selbst darstellt und keine reflexive Erinnerung oder eine andere Form der Selbstidentifizierung erfordert (Fuchs 2017). Wir werden noch sehen, dass ein solches basales Selbsterleben auch in späten Stadien der Demenz erhalten bleibt.

### Das Leibgedächtnis

Zurück zur leiblichen Subjektivität. Die Gewissheit des Beisich-Seins, die das cartesianische Subjekt in der Selbstbeobachtung und Erinnerung zu finden glaubte, liegt, wie wir sahen, diesen reflektierenden Akten immer schon voraus. Erst müssen wir uns leiblich selbst spüren, dann können wir über uns nachdenken oder uns an frühere Erlebnisse erinnern. Nun könnte man einwenden, es handele sich bei diesem leiblichen Selbstsein doch nicht um ein individuelles, sondern eher um ein „minimales Selbst“ (Zahavi 1999), das kaum unseren Erwartungen an Individualität und Personalität genügt. Damit jedoch würde man die Geschichte des Leibes vernachlässigen, die ihn im Laufe der Biographie immer mehr zum Medium unserer indivi-

duellen Existenz werden lässt. Denn alle Lebensvollzüge gehen in das leibliche Gedächtnis ein und bleiben als Erfahrungen und Bereitschaften darin aufgehoben: Der Leib ist „geronnene (...) Existenz, die Existenz unaufhörliche Verleiblichung“ (Merleau-Ponty 1966, 199). Betrachten wir diese Geschichte des Leibes etwas näher.

### Gedächtnis ist mehr als Erinnerung: Das Leibgedächtnis

Der Leib ist „geronnene Existenz“, und umgekehrt „die Existenz unaufhörliche Verleiblichung“.

(Merleau-Ponty 1966)



Das explizite oder Erinnerungsgedächtnis, das Locke im Auge hatte, ist keineswegs die einzige Form von Kontinuität, die sich in unserem Leben über die Zeit hinweg herstellt. Das meiste von dem, was wir erfahren und erlernt haben, wird uns gar nicht im Rückblick, sondern vielmehr im praktischen Lebensvollzug zugänglich: Durch Wiederholung und Übung haben sich Gewohnheiten gebildet, die von selbst aktiviert werden; eingespielte Bewegungsabläufe sind uns „in Fleisch und Blut“ übergegangen, also zu leiblichen Fähigkeiten geworden – etwa der aufrechte Gang, das Sprechen oder Schreiben, der Umgang mit Gegenständen wie einem Fahrrad, einer Schreibmaschine oder einem Klavier.

Als implizites oder leibliches Gedächtnis können wir nun die Gesamtheit der sedimentierten Erfahrungen bezeichnen, die über das Medium des Leibes aktualisiert werden, ohne dass wir uns dazu an frühere Situationen erinnern müssen (Schacter 1987, Fuchs 2012). Dieses Gedächtnis vergegenwärtigt die Vergangenheit nicht im Rückblick, sondern enthält sie vielmehr als gewachsene und gegenwärtig wirksame Erfahrung in sich. Es ist unsere gelebte Vergangenheit.

Dieses implizite Gedächtnis tritt in verschiedenen Erscheinungsformen auf (Fuchs 2008, 2012), von denen ich vier kurz beschreiben möchte:

1. Als **prozedurales Gedächtnis** können wir die bereits beschriebenen sensomotorischen Fähigkeiten des Leibes bezeichnen: eingespielte Gewohnheiten, den geschickten Umgang mit Instrumenten ebenso wie die Vertrautheit mit Wahrnehmungsmustern. Durch Wiederholung und Übung gehen Bewegungsfiguren ebenso in das prozedurale Gedächtnis ein wie wiederkehrende Gestalten

der Sinneswahrnehmung. Es entlastet damit unsere Aufmerksamkeit von einer Überfülle von Details und ermöglicht den unreflektierten Lebensvollzug. Statt einzelner Äste und Blätter sehen wir den ganzen Baum. Das Handeln wird erleichtert, indem wir uns statt den einzelnen Bewegungen den Handlungszielen zuwenden können, etwa der Melodie, die wir spielen möchten, und nicht den separaten Bewegungen unserer Finger.

2. Als **situatives Gedächtnis** ermöglicht es das Leibgedächtnis, räumliche Situationen wiederzuerkennen und sich in ihnen zurechtzufinden, etwa in der Wohnung, der Nachbarschaft oder der Heimat. Leibliche Erfahrungen verbinden sich in besonderer Weise mit Innenräumen, und je öfter dies geschieht, desto mehr wird dieser Raum erfüllt von einer vertrauten Atmosphäre. Wohnen und Gewohnheit sind gleichermaßen im Leibgedächtnis begründet. Ein Beispiel von Gaston Bachelard verdeutlicht dies:

*„... über die Erinnerungen hinaus ist das Elternhaus physisch in uns eingezeichnet. Es besteht aus einer Gruppe von organischen Gewohnheiten. Aus einem Abstand von zwanzig Jahren, allen anonymen späteren Treppen zum Trotz, würden wir noch die Reflexe jener ‚frühesten Treppe‘ wiedererkennen, über eine bestimmte, etwas zu hohe Stufe würden wir nicht stolpern. Das ganze Sein des Hauses würde sich entfalten, unserem eigenen Sein treu geblieben.“ (Bachelard 1960, 47).*

3. Auch die intuitive, nonverbale Kommunikation mit anderen einschließlich des empathischen Ausdrucksverstehens beruht auf leiblichen Vermögen, nämlich auf dem **zwischenleiblichen Gedächtnis**, das bis in die früheste Kindheit zurückreicht. Schon im ersten Lebensjahr erlernt der Säugling Muster von sozialen Interaktionen mit anderen, die sich seinem Leibgedächtnis einprägen, lange bevor sich das biographische Gedächtnis im zweiten Lebensjahr entwickelt. In der Säuglingsforschung spricht man von auch vom impliziten Beziehungswissen (Stern 1998): ein leibliches Wissen, wie man mit anderen umgeht – wie man mit ihnen Vergnügen hat, Freude ausdrückt, Ablehnung vermeidet, usw. Eine andere Form des zwischenleiblichen Gedächtnisses finden wir bei gut aufeinander eingespielten Tanzpartnern, die sich mühelos im Rhythmus der Musik bewegen, und deren

Hände und Körper ohne gezielte Blickführung miteinander interagieren.

4. Schließlich gehören zum Leibgedächtnis auch die individuellen Haltungen, Ausdrucks- und Verhaltensweisen, die einem Menschen in Fleisch und Blut übergegangen und so zu seiner **leiblichen Persönlichkeitsstruktur** geworden sind (Fuchs 2006). Die unterwürfige Haltung etwa eines selbstunsicher-dependenten Menschen, seine Nachgiebigkeit und Ängstlichkeit gehören einem einheitlichen Haltungs- und Ausdrucksmuster an, das seine Persönlichkeit ausmacht. Auch Bourdieus soziologischer Begriff des Habitus hat hier seinen Ort: Die kultur- und klassenspezifische Sozialisation in der frühen Kindheit geht mit in das Leibgedächtnis und die Umgangsformen eines Menschen ein (Bourdieu 1987).

Wir sehen, wie die kontinuierliche Verleiblichung der Existenz eine Form des Gedächtnisses erzeugt, die die Vergangenheit einer Person in ihrer je gegenwärtigen leiblichen Verfassung integriert. Weit davon entfernt, nur eine anonyme präreflexive Existenz zu gewährleisten, bildet der habituelle Leib immer einen Auszug der persönlichen Geschichte. Das rationalistische und kognitivistische Verständnis der Person knüpft ihre Dauer einzig an die explizite, bewusste Erinnerung. Ein hochgradig demenzieller Patient wäre danach keine Person mehr, da er sich nicht mehr an seine früheren Zustände, womöglich nicht einmal mehr an seinen Namen erinnern kann. Doch dieses Personenverständnis trennt das Selbstsein vom Leib ab. Die grundlegende Kontinuität der Person resultiert nicht aus dem Bestand expliziten Wissens über die eigene Biographie, sondern aus einer gewachsenen, im Leibgedächtnis sedimentierten und als solcher implizit immer gegenwärtigen Geschichte.

### Leibgedächtnis und Demenz

Diese Konzeption verkörperter Personalität und Geschichte ist auch in der Lage, unser Bild der Demenz zu verändern. An die Stelle einer gehirn- und kognitionszentrierten Perspektive tritt die Sicht des Patienten in seiner je individuellen Leiblichkeit, die ihrerseits in den sozialen und Umweltkontext eingebettet ist (Fuchs 2010, Summa 2011). Wichtiger als die kognitiven Leistungen und die meist reduzierten oder fragmentierten sprachlichen Äußerungen werden die leiblichen Ausdrucks- und Verhaltensweisen. Dies betrifft auch das leibliche Gedächtnis. Zwar ist der fortschreitende Verlust des autobiographischen und semantischen Ge-

dächtnisses eines der frühesten und markantesten Symptome der Alzheimer-Krankheit. Hingegen bleiben weite Bereiche des Leibgedächtnisses noch in späten Stadien der Erkrankung unbeeinträchtigt; dies lässt sich etwa durch entsprechende motorische oder visuelle Lernaufgaben belegen. Selbst Walzertänze und ähnliche Fertigkeiten können sich Demenzkranke noch aneignen.<sup>3</sup>

Dementsprechend lassen sich in allen oben beschriebenen Formen des Leibgedächtnisses gut erhaltene Fähigkeiten finden, deren Realisierung freilich in der Regel an geeignete, komplementäre Umgebungsbedingungen gebunden ist. So bleibt etwa der prozedurale Umgang mit Gegenständen (Besteck, Zahnbürste o.ä.) noch lange möglich, auch wenn ihr Name und ihre Funktion nicht mehr benannt werden können. Ebenso zugänglich bleiben spezifisch persönliche Anteile des impliziten Gedächtnisses – vertraute Umgebungen, Stimmen, Melodien, Gerüche mit ihren Konnotationen und Atmosphären. Sie wecken nicht nur entsprechende Emotionen, sondern oft auch zugehörige autobiographische Erinnerungen, die sich sonst dem unmittelbaren Zugriff entziehen.

Wie wir sahen, bildet das situative Leibgedächtnis ein „Habitat“, eine ökologische Nische der Vertrautheit von Dingen und Situationen. Die gewohnten Schemata des leiblichen „Zur-Welt-Seins“ stellen daher auch für den Demenzkranken Elemente der Sicherheit und Unterstützung dar. Sie immer wieder bestätigt zu finden, fördert sein Selbstvertrauen in seine verbliebenen Fähigkeiten. Eine der wichtigsten Aufgabe der Betreuung und Pflege besteht daher in der Aufrechterhaltung einer passenden räumlichen Umgebung, möglichst natürlich der eigenen Wohnung. Aber auch in Pflegeheimen lassen sich persönliche Wohnräume schaffen, die eine Atmosphäre der Geborgenheit vermitteln. Solche Maßnahmen verringern nicht nur nachweislich die Ängstlichkeit und Agitiertheit der Patienten, sie unterstützen auch die Aufrechterhaltung ihrer Eigenaktivitäten (Whall et al. 1997, Reimer et al. 2004).

Die leibliche Orientierung im Umraum ist grundlegender als die üblicherweise im psychopathologischen Befund erfasste Orientierung in Raum und Zeit: Diese nämlich stellt die Fähigkeit dar, aus der Unmittelbarkeit des aktuellen Erlebens hervorzutreten, um sich selbst in den objektiven geographischen oder zeitlichen Zusammenhang der Welt einzuordnen – eine Fähigkeit, deren Verlust für die Demenz charakteristisch ist. Hingegen folgt die leibliche Orientierung den primären Richtungen und Beziehungen, die der Leib



von selbst zur Welt herstellt, etwa den Grundrichtungen von oben/unten, vorne/hinten oder den Verhältnissen von Nähe und Ferne. Sie folgt weiter den vertrauten Angeboten der Dinge: Ein Stuhl dient „zum Sitzen“, eine Tür „zum Hindurchgehen“, ein Bett „zum Ausruhen“, usw. Sich auf diese Weise in der Umgebung zurechtzufinden, ist für den Kranken wichtiger als die abstrakte Orientierung aus einer geographischen Perspektive heraus.

### Leibgedächtnis und Demenz

- prozedurale Fähigkeiten bleiben lange erhalten
- situatives Gedächtnis (vertraute Umgebungen, Stimmen, Melodien, Gerüche)
- Leibliche Orientierung an vertrauten Richtungen und „Angeboten“ der Umgebung, wichtiger als geographische Orientierung
- biographisch gebildetes Habitat, vertraute Situationen



Das individuelle Habitat, die persönliche Nische bildet sich über die ganze Lebensspanne hinweg. Daher erlaubt die möglichst detaillierte Kenntnis der Biographie, der persönlichen Neigungen und Gewohnheiten des Kranken es den Angehörigen und Pflegenden, in seinem Dasein Kontinuität und Vertrautheit herzustellen. Tages- und jahreszeitlich gebundene Aktivitäten betonen das Gewohnte und rhythmisch Wiederkehrende des Lebens. Bekannte Spaziergänge oder Urlaubsorte haben oft auch dann noch eine beruhigende und stabilisierende Wirkung, wenn der Kranke nicht mehr über erkennbare Erinnerungen an sie verfügt. Bestimmte Sinnesreize können Atmosphären, Gefühle und sogar Fähigkeiten wecken, die mit vergangenen Lebensabschnitten verknüpft sind, selbst wenn die Erinnerung daran schon verblasst ist (Sung u. Chang 2005). Ein Beispiel mag dies veranschaulichen:

*Ein 78-jähriger Patient mit fortgeschrittener Demenz vermochte seine Verwandten meist nicht mehr wiederzuerkennen. Er wirkte lethargisch, zurückgezogen, körperlich hilflos 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 selbst 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.*

Die Kontinuität des basalen leiblichen Selbsterlebens in der Demenz wird durch solche Aktualisierungen der Lebensgeschichte eindrucksvoll belegt (vgl. auch Kontos u. Naglie 2009). Der einmal erworbene Habitus etwa einer beruflichen oder sportlichen Tätigkeit wird durch eine passende Situation aufgerufen, ohne eine biographische Erinnerung oder explizite Koordination zu erfordern. Freilich sind auch die prozeduralen Fähigkeiten des Leibgedächtnisses auf die Dauer gegen die Erkrankung nicht resistent. Viele Patienten verlieren im späteren Verlauf der Krankheit nicht nur die biographischen Erinnerungen, sondern in der sogenannten Apraxie auch alltägliche Fertigkeiten, so dass selbst eine Zahnbürste zu einem rätselhaften Gegenstand werden kann.

Neben den sinnlich-räumlichen und praktischen Dimensionen des Leibgedächtnisses bildet daher die Zwischenleiblichkeit die wichtigste Quelle aufrechterhaltener Kontinuität. Der Verlust verbal-kognitiver Leistungen lässt die nonverbale, emotionale und leibliche Kommunikation und das *knowing how* der alltäglichen Umgangsformen umso bedeutsamer werden. Selbst in fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung vermag der mimische und gestische Ausdruck der Patienten noch differenzierte Auskunft über ihr Befinden und ihre Wünsche zu geben (Hallberg et al. 1995, Becker et al. 2006, Kruse 2008). Umgekehrt sind Demenzkranke besonders empfänglich für die affektive und atmosphärische Dimension des Kontakts. Sie verfügen über eine differenzierte Gefühlswelt, über Humor und mitunter überraschende Schlagfertigkeit, und nicht zuletzt über ein starkes soziales Bindungsvermögen.

Das in der frühen Kindheit erworbene „implizite Beziehungswissen“ vom alltäglichen Umgang mit anderen bleibt also bis in den letzten Stadien der Erkrankung in Funktion. Die Interaktionen der Patienten werden dabei weniger durch ihre bewusste Überlegung oder explizite Beachtung externer Normen bestimmt als durch die selbstverständliche, präreflexive Natur ihres verkörperten sozialen Habitus. Zu Unrecht werden solche Verhaltensrepertoires oft als „aufrechterhaltene Fassade“ diskreditiert. Die vertrauten Umgangsformen erlauben es den Patienten vielmehr, die affektive Beziehung mit anderen herzustellen und in ratio-

nal unverständlichen Situationen auf die basale zwischenleibliche Orientierung zurückzugreifen. Es ist zugleich ihre Weise, sich selbst zu realisieren und sich in ihrer Existenz als Personen zu bestätigen.

Gerade dieses Bedürfnis nach Selbstbestätigung belegt noch einmal das auch in fortgeschrittener Demenz erhaltene Selbsterleben. Was den Patienten verloren geht, ist die Reflexivität, also die höherstufige Fähigkeit, sich auf das eigene Erleben oder die momentane Situation zu beziehen und dazu aus einer übergeordneten Perspektive Stellung zu nehmen. Doch das präreflexive Selbst ist davon nicht betroffen: die Patienten erleben durchaus ihr leibliches Hier-jezt-Sein ebenso wie ihr Mitsein mit anderen, und zwar vor allem in emotionaler Hinsicht (Summa 2011).

Dies manifestiert sich etwa in der Scham, die sie über Misserfolge oder Unvermögen empfinden, oder auch über ihre körperliche Entblößung vor anderen; ebenso in ihren Gefühlen von Stolz und Freude bei Erfolg und Anerkennung. Nicht zuletzt belegen die nicht seltenen Konflikte, dass die Patienten in der Lage sind, ihre Eigensphäre von anderen abzugrenzen und ihre Wünsche unter Umständen auch mit Heftigkeit zu artikulieren. Die Kontinuität des basalen und durchaus persönlich geprägten Selbsterlebens erlaubt es daher nicht, von einem Verlust des Selbst in der Demenz zu sprechen.

## Resümee

Das Gedächtnis des Leibes enthält eine andere, untergründige Geschichte des Selbst. Ihre Zeitlichkeit folgt nicht dem linearen Fortschritt der autobiographischen Lebensgeschichte, auf die wir gezielt zurückgreifen können. Im Leibgedächtnis setzt sich die Vergangenheit vielmehr als gewachsene, sedimentierte fort und wird in unseren persönlichen Formen des Wahrnehmens, Verhaltens und Umgangs wirksam, ohne dass wir uns ihrer Herkunft im Einzelnen bewusst sind.

Wenn wir Selbstsein als primär leibliches verstehen, dann werden wir auch 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.

Ein Begriff der Person, der sich allein auf Rationalität und Reflexionsfähigkeit gründet, muss Menschen mit kognitiven Defiziten zwangsläufig stigmatisieren. 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.

Die grundlegende Kontinuität der Person ergibt sich nicht aus dem Bestand deklarativen Wissens über die eigene Person und ihre Biographie, sondern aus einer im Leibgedächtnis sedimentierten und als solcher implizit immer gegenwärtigen Geschichte. Sie bewahrt die erworbenen Bereitschaften unseres Wahrnehmens und Verhaltens, unseres Umgangs mit anderen, ja unseres persönlichen In-der-Welt-Seins. Selbst dann, wenn eine Demenzerkrankung einen Menschen seiner expliziten Erinnerungen beraubt, bleibt seine Lebensgeschichte gegenwärtig in den vertrauten Anblicken, Gerüchen, Berührungen und Handhabungen der Dinge, auch wenn er seine Geschichte nicht mehr erzählen kann. Sein Leib und seine Sinne werden zum Träger personaler Kontinuität, einer mehr gefühlten als gewussten Erinnerung, einem sprachlosen, aber treuen Gedächtnis, von dem Marcel Proust schreibt:

*„Aber wenn von einer früheren Vergangenheit nichts existiert nach dem Ableben der Personen, dem Untergang der Dinge, so werden allein, zerbrechlicher aber lebendiger, immateriell und doch haltbar, beständig und treu Geruch und Geschmack noch lange wie irrende Seelen ihr Leben weiterführen, sich erinnern, warten, hoffen, auf den Trümmern alles übrigen und in einem beinahe unwirklich winzigen Tröpfchen das unermessliche Gebäude der Erinnerung unfehlbar in sich tragen.“<sup>4</sup>*

## Anmerkungen

1. Vgl. Kontos 2004, Golby et al. 2005, Harrison et al. 2007.
2. Gemeint ist damit die Frage, was die Kontinuität der Person ausmacht. Hauptvertreter sind etwa Garrett (1998), Lewis (1976), Parfit (1976, 1984) oder Shoemaker (1970).
3. Vgl. etwa Rösler et al. 2002, Eldridge et al. 2002, Harrison et al. 2009. – Diese noch erhaltenen Lernprozesse entsprechen der primär kortikalen Lokalisierung der meisten Demenzen. Prozedurale und andere Formen des Leibgedächtnisses sind überwiegend in subkortikalen Arealen des Gehirns (Basalganglien, Kleinhirn, Amygdala u.a.) verankert und bleiben daher über lange Zeit von der Erkrankung unbeeinträchtigt (Schacter 1992, Squire 2004).
4. Proust 1954, S. 74

E-Mail-Kontakt:  
thomas.fuchs@med.uni-heidelberg.de

## Literatur

1. Bachelard, G. (1960) Poetik des Raumes. Hanser, München.
2. Becker, S., Kaspar, R., Kruse, A. (2006) Die Bedeutung unterschiedlicher Referenzgruppen für die Beurteilung der Lebensqualität demenzkranker Menschen. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 39: 350-357.
3. Bourdieu, P. (1987) Sozialer Sinn. Suhrkamp, Frankfurt/M.
4. Descartes, R. (1954) Meditationen über die Grundlagen der Philosophie. Mit sämtlichen Einwänden und Er widerungen. Übs. von A. Buchenau. Meiner, Hamburg.
5. Eldridge, L. L., Masterman, D., Knowlton, B. J. (2002) Intact implicit habit learning in Alzheimer's disease. Behavioral Neuroscience 116: 722-726.
6. Fuchs, T. (2006) Gibt es eine leibliche Persönlichkeitsstruktur? Ein phänomenologisch-psychodynamischer Ansatz. Psychodynamische Psychotherapie 5: 109-117.
7. Fuchs, T. (2008) Das Gedächtnis des Leibes. In: Ders., Leib und Lebenswelt. Neue philosophisch-psychiatrische Essays, S. 37-64. Die Graue Edition, Kusterdingen.
8. 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. Akademische Verlagsgesellschaft, Heidelberg.
9. Fuchs, T. (2012) The phenomenology of body memory. In: Koch, S., Fuchs, T., Summa, M., Müller, C. (Eds.) Body Memory, Metaphor and Movement, pp. 9-22. John Benjamins, Amsterdam.
10. Fuchs, T. (2017) Self across time: the diachronic unity of bodily existence. Phenomenology and the Cognitive Sciences 16: 291-315.
11. Garrett, B. (1998) Personal identity and self-consciousness. London, Routledge.
12. Golby, A., Silverberg, G., Race, E., Gabrieli, S., O'Shea, J., Knierim, K., Stebbins, G., Gabrieli, J. (2005) Memory encoding in Alzheimer's disease: an fMRI study of explicit and implicit memory. Brain 128: 773-787.
13. Harrison, B. E., Son, G., Kim, J., Whall, A. L. (2007) Preserved implicit memory in dementia: a potential model of care. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias 22: 286-293.
14. Kitwood, T. (1997) Dementia reconsidered: The person comes first. Buckingham, UK: Open University Press.
15. Kontos, P. C. (2004) Ethnographic reflections on selfhood, embodiment and Alzheimer's disease. Ageing & Society 24: 829-849.
16. Kontos, P. C., Naglie, G. (2009) Tacit knowledge of caring and embodied selfhood. Sociology of Health and Illness 31: 688-704.
17. Kruse, A. (2008) Der Umgang mit demenzkranken Menschen als ethische Aufgabe. Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 39: 14-21.
18. Lewis, D. (1976) Survival and identity. In A. Rorty (ed.), The identities of persons, pp. 17-40. University of California Press, Berkeley.
19. Locke, J. (2006) Versuch über den menschlichen Verstand. Meiner, Hamburg.
20. McMahan, J. (2003) The Ethics of Killing. Problems at the Margins of Life. Oxford University Press, Oxford.
21. Merleau-Ponty, M. (1966) Phänomenologie der Wahrnehmung. De Gruyter, Berlin.
22. Parfit, D. (1976) Lewis, Perry, and what matters. In A. Rorty (ed.), The identities of persons, pp. 91-108. University of California Press, Berkeley.
23. Parfit, D. (1984) Reasons and persons. Clarendon Press, Oxford.
24. Radden, J., Fordyce, J. M. (2006) Into the darkness: losing identity with dementia. In: J. C. Hughes, S. J. Louw, S. R. Rabat (Eds.) Dementia: mind, meaning, and the person, 71-87. Oxford: Oxford University Press.
25. Reimer, M. A., Slaughter, S., Donaldson, C., Currie, G., Eliasziw, M. (2004) Special care facility compared with traditional environments for dementia care: a longitudinal study of quality of life. Journal of the American Geriatric Society 52: 1085-1092.
26. Rösler, A., Seifritz, E., Kräuchi, K., Spoerl, D., Brokuslaus, I., Proserpi, S. M., Gendre, A., Savaskan, E., Hofmann, M. (2002). Skill learning in patients with moderate Alzheimer's disease: a prospective pilot-study of waltz-lessons. International Journal of Geriatric Psychiatry, 17: 1155-1156.
27. Sabat, S. R., Harre, R. (1992) The construction and deconstruction of self in Alzheimer's disease. Ageing and Society 12: 443-461
28. Schacter, D. L. (1987) Implicit memory: History and current status. Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition 13: 501-518.
29. Schacter, D. L. (1992). Understanding implicit memory: A cognitive neuroscience approach. American Psychologist 47: 559-569.
30. Shoemaker, S. (1970). Persons and their pasts. American Philosophical Quarterly 7: 269-285
31. Singer, P. (1979) Practical Ethics. Cambridge University Press, Cambridge.
32. Squire, L. R. (2004). Memory systems of the brain: a brief history and current perspective. Neurobiology of Learning and Memory 82: 171-177.
33. Stern, D. N. (1998b) The process of therapeutic change involving implicit knowledge: Some implications of developmental observations for adult psychotherapy. Infant Mental Health Journal 19: 300-308.
34. Summa, M. (2011). Zwischen Erinnern und Vergessen. Implizites Leibgedächtnis und das Selbst am Beispiel der Demenz-Erkrankungen. Phänomenologische Forschungen (2011) 155-174.
35. Sung, H., 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.
36. Whall, A. L., Black, M., Groh, C., Yankou, D., Kupferschmid, B., Foster, N. (1997) The effect of natural environments upon agitation and aggression in the late stage of dementia. American Journal of Alzheimer's Disease 12: 216-220.
37. Zahavi, D. (1999) Self-awareness and alterity. A phenomenological investigation. Evanstone: Northwestern University Press.

PROF. DR. DR. THOMAS FUCHS



*Karl-Jaspers-Professor für philosophische Grundlagen der Psychiatrie an der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg. Seine Forschungen gelten der subjektiven Erfahrung in psychischer Krankheit, insbesondere der Leiblichkeit und Zeitlichkeit, ebenso wie der Theorie des Körper-Geist-Verhältnisses.*

