

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 Demenzerkrankte 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 & Örulv 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 Personalität 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 eingebüßt 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 Resonanzerfahrung 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 »gefühlsintensiven 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.