

Die Erinnerung des Leibes

Zur Relevanz und Funktion von Leibzeit bei Alzheimer-Demenz¹

The memory of the lived body

On the relevance and function of bodytime in Alzheimer's dementia

JULIA MEER, GRAZ

Zusammenfassung: Der Beitrag bemüht sich um eine Neubewertung des als Hauptsymptom von Alzheimer-Demenz geltenden Gedächtnisverlustes. Dabei wird auf die in der phänomenologischen Forschung in unterschiedlichen begrifflichen Varianten thematisierte Unterscheidung zwischen *explizitem* und *implizitem Gedächtnis* rekurriert und gezeigt, dass im Verlauf von Alzheimer-Demenz das implizite Gedächtnis teilweise länger erhalten bleibt bzw. immer deutlicher hervortritt. Um dies zu belegen, wird in zwei Schritten argumentiert: Im ersten Teil des Papers werden drei Strukturmerkmale der leiblichen Zeit, die dem impliziten Gedächtnis zugrunde liegt, vorgeschlagen: das Absinken aus dem Bewusstsein und die Einverleibung, die höhere Dauerhaftigkeit sowie die Alinearität bzw., positiv formuliert, der transeunte Charakter. Darauf aufbauend wird argumentiert, dass diese präreflexive *Leibzeit* die Bewusstseinszeit fundiert. Im zweiten Teil des Papers werden die verschiedenen Formen des impliziten Gedächtnisses anhand der erarbeiteten Strukturmerkmale und der sechsteiligen Differenzierung nach Thomas Fuchs beschrieben, um darauf aufbauend eigenständig und mit Bezug auf Selbstzeugnisse von Betroffenen sowie medizinische und pflegerische Quellen deren Relevanz für Alzheimer-Demenz zu untersuchen. Damit soll eine systematische Bezugnahme auf Phänomene leiblicher Erinnerung im Verlauf von Alzheimer-Demenz ermöglicht werden.

1 Der Beitrag entstand im Rahmen des FWF-Projekts *Bodytime. An interdisciplinary inquiry on regular body rhythm and its dysfunctions* (P 26110-G15).

Schlagwörter: explizites Gedächtnis, implizites Gedächtnis, Alzheimer-Demenz, Leib, Leibzeit

Abstract: This paper tries to re-evaluate one of the main symptoms of Alzheimer's dementia, the loss of memory, by referring to the distinction between *explicit* and *implicit memory* which finds expression in phenomenological research in various conceptual ways. While persons suffering from Alzheimer's dementia lose parts of their explicit memory already in early stages of the disease, their implicit memory remains intact much longer. The argument proceeds in two steps. In the first part of the paper, I focus on bodily time which is the basis for implicit memory. Three structural characteristics are proposed: an embodiment that means the descent out of consciousness, the higher persistence, and the a-linearity, or positively formulated the transeunt character. On this basis, I argue that the pre-reflective *bodytime* grounds conscious time. In the second part of the paper, I describe various manifestations of implicit memory according to the structural characteristics of bodytime and the differentiation into six forms introduced by Thomas Fuchs. Based on this and with reference to statements from persons concerned as well as reports from medical and nursing care, I explore their relevance for Alzheimer's disease. Moreover, I provide a systematic description of the phenomena of bodily memory in the course of Alzheimer's dementia.

Keywords: explicit memory, implicit memory, Alzheimer's dementia, lived body, bodytime

1 Präliminarien

Der Name *Demenz* leitet sich vom Lateinischen *dementia* her und bedeutet einen Verlust der *mens*, also einen wortwörtlich entgeisterten Zustand, in dem die Betroffenen des geistigen Vermögens, des Bewusstseins oder des Verstandes verlustig gegangen sind (Körtner 2012, 7). Obwohl der Begriff *Demenz* eine gewisse Eindeutigkeit suggeriert, handelt es sich dabei vielmehr um eine Art Bündelbegriff, der eine große Anzahl von geistigen Degenerationserscheinungen mit ähnlicher Symptomatik versammelt (WGKK 2009, 2). Demenz ist damit keine Krankheit im engeren Sinne, sondern vielmehr ein klinisches Syndrom, das durch „dauerhafte Einbußen von Gedächtnis- und Denkfähigkeiten, verbunden mit Einschränkungen der Orientierung, Beeinträchtigungen der Aktivitäten des täglichen Lebens und der Emotionalität“ (Deutscher Ethikrat 2012, 12) gekennzeichnet ist. Es sind an die 50 Krankheiten bekannt, die das Demenzsyndrom hervorrufen können. Im Folgenden steht die Alzheimer-Demenz im Zentrum der Aufmerksamkeit, die mit einem Anteil von über 60 Prozent die häufigste Demenzerkrankung

ist. Sie gehört zu den neurodegenerativen Demenzformen, in deren Verlauf kontinuierlich Nervenzellen zerstört werden und sich neuritische Plaques und Neurofibrillenveränderungen zeigen. Alzheimer-Demenz betrifft vor allem, aber nicht ausschließlich Menschen mit einem Alter über 65 Jahren (Deutscher Ethikrat 2012, 14).

Wenn in der oben genannten allgemeinen Definition von Demenz als eines der zentralsten Symptome die dauerhaften Einbußen von Gedächtnisfähigkeiten genannt werden, so wird hier ein Begriff von Gedächtnis vorausgesetzt, der längst nicht alle Gedächtnisleistungen umfasst: Ein leiblich verankertes, *implizites Gedächtnis*, das sich vom *expliziten oder deklarativen Gedächtnis* abhebt, bleibt darin größtenteils unberücksichtigt. Eine solche Unterscheidung wird vor allem in gegenwärtigen phänomenologischen (u.a. Casey 2000; Fuchs 2010, 2012; Summa 2011) sowie kognitions- und neurowissenschaftlichen Forschungen (u.a. Eldrige et al. 2002; Maddox und Ashby 2004; Fleischman et al. 2005; Harrison et al. 2007) thematisiert. Gemäß einem phänomenologischen Methodenverständnis wird die vorliegende Analyse ganz nahe entlang von Erfahrungen von Betroffenen selbst (Rohra 2016; Zimmermann und Wißmann 2011), von Angehörigen (Klare 2012) sowie anhand von Fallgeschichten, gesammelt von Ärztinnen bzw. Ärzten sowie dem Pflegepersonal (u.a. Kojer und Schmidl 2011), vorgenommen. Die dabei vertretenen Thesen sind eng miteinander verknüpft:

Erstens wird in Kap. 2 aus philosophischer Perspektive argumentiert, dass das implizite Gedächtnis auf einer leiblichen Zeit beruht, die sich im Verlauf des dementiellen Syndroms immer deutlicher zeigt. Anhand der Erfahrungsberichte werden drei Strukturmerkmale der Leibzeit hervorgehoben, sodass darunter eine unbewusste, gelebte Zeit verstanden wird, in der die drei Zeitektasen, Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft, aufs Engste miteinander verschränkt sind und die im Vergleich zum expliziten Gedächtnis bei Alzheimer-Demenz länger erhalten bleibt. Die Leibzeit, so wird in weiterer Folge dargelegt, bildet das Fundament für die Bewusstseinszeit.

Zweitens wird in Kap. 3 dafür argumentiert, dass das leibliche Gedächtnis gerade in der Demenz eine wichtige Rolle einnimmt und Auswirkungen auf den Umgang mit und die Betreuung von Betroffenen hat. Dazu werden die herausgestellten drei Strukturmerkmale der Leibzeit in Verbindung zum impliziten Gedächtnis gebracht. Die sechsfache Gliederung des impliziten bzw. leiblichen Gedächtnisses nach Thomas Fuchs bildet dafür die Ausgangsbasis, da sie bis dato die detaillierteste Gliederung darstellt. Durch diese Zusammenführung der Strukturmerkmale und der sechsfachen

Gliederung kann über Thomas Fuchs hinausgehend gezeigt werden, dass das implizite Gedächtnis im Rahmen von Alzheimer-Demenz mannigfaltig hervortritt und dass Betroffene nicht ihr *gesamtes* Gedächtnis verlieren, sondern sehr wohl leiblich erinnern, was sich in der Reinszenierung von Gewohnheiten, Handlungen und Verhaltensweisen äußert. Zwar wird in den Pflegewissenschaften vermehrt dafür plädiert, die alltäglichen Gewohnheiten der Betroffenen stärker zu berücksichtigen, ihre gewohnte Umgebung in die neue zu integrieren, Essgewohnheiten beizubehalten und auch konkrete Maßnahmen zur Umsetzung werden verstärkt eingeführt (u.a. Lazelberger 2011, 84; Sramek 2011a, 26); ein Ansatz, der diese zahlreichen Gewohnheiten und Rhythmen systematisch vereint und gliedert, scheint allerdings noch auszustehen. Der vorliegende Beitrag soll hierzu einen Anknüpfungspunkt liefern.

2 Leibzeit

2.1 Explizites und implizites Gedächtnis

Unter Gedächtnis wird in der Regel die kognitive Fähigkeit verstanden, die darin besteht, sich an konkrete vergangene Erlebnisse zu erinnern, sie also in der Vorstellung wieder hervorzurufen, oder sich Daten und Kenntnisse zu merken und sie wieder abzurufen. Damit ist das *deklarative* oder *explizite Gedächtnis* (Schacter 1987, 501) bezeichnet. Es enthält einzelne Erinnerungen, die sich gezielt vergegenwärtigen lassen.

Mit dieser expliziten und bewussten Erinnerung ist das Gedächtnis aber noch nicht erschöpft: Das meiste von dem, was wir erlernt haben, ist nicht im direkten und bewussten Rückblick, sondern im praktischen und alltäglichen Vollzug des Lebensablaufs zugänglich. Durch Wiederholung und Übung werden Bewegungs- und Handlungsabläufe zu einem leiblichen Vermögen – die Redewendung *in Fleisch und Blut übergehen* beschreibt diesen Vorgang sehr zutreffend. Diese Art von Gedächtnis wird als *leibliches* oder *implizites Gedächtnis* (Schacter 1987, 502) bezeichnet. Bemühungen, dieses leibliche Gedächtnis zu erforschen, gab es vor allem im Bereich der Phänomenologie seit dem beginnenden 19. Jh., die sich vor allem im 20. Jh. intensivierten.² Wenn in der Folge von implizitem oder leiblichem Gedäch-

2 So unterscheidet 1803 Maine de Biran mit dem mechanischen, dem sensitiven und dem repräsentativen Gedächtnis drei aufeinanderfolgende Typen, die für die Entwicklung von Sprache relevant sind. Während das letztere auf

nis die Rede ist, so wird darunter in Anlehnung an Maurice Merleau-Ponty die Gesamtheit der leiblichen Vermögen, Gewohnheiten und Dispositionen bezeichnet, die sich im Laufe eines Lebens gebildet haben. Dieser „habituelle Leib“ (Merleau-Ponty 1966, 107) bildet die Basis unseres „Zur-Welt-seins“ (Merleau-Ponty 1966, 10). Er beginnt sich schon seit der frühesten Kindheit auszuprägen und aktualisiert sich in jeder Situation, dabei bestimmt er sich immer auch neu. Leib und Gedächtnis sind eng miteinander verbunden und es besteht keine konkrete Gedächtnisleistung, die nicht auch leiblich wäre (Waldenfels 2013, 31). Aus diesem Grund ist auch das explizite Gedächtnis nicht unleiblich, es unterscheidet sich vom impliziten bzw. leiblichen durch drei zentrale Aspekte: Erstens weisen die beiden Gedächtnisformen eine unterschiedliche Beziehung zum Bewusstsein auf: Das explizite Gedächtnis ist ein bewusstes Erinnern, während das implizite Gedächtnis un- bzw. vorbewusst ist. Zweitens repräsentiert das explizite, autobiographische Gedächtnis die Vergangenheit als vergangene, während das implizite bzw. leibliche Gedächtnis das Erlernte im leiblichen Vollzug verkörpert und reinszeniert (Fuchs 2010, 233). Drittens richtet sich das explizite Gedächtnis von der Ge-

die Welt der Ideen verweise, seien die ersten beiden direkt leibbezogen (de Biran 1953, 117–120).

Henri Bergson unterscheidet 1896 zwischen *souvenir-image*, das die Ereignisse unseres Lebens im Nacheinander als Erinnerungsbilder registriert und reproduziert, und *mémoire-habitude*, welches weder repräsentativ noch bildhaft sei, sondern in dem die Vergangenheit agiere (Bergson 1991, 71).

Mit Edmund Husserl werden sowohl das Verständnis von Leiblichkeit wie auch dasjenige von Zeitlichkeit entscheidend geprägt. Gleichwohl steht die Verbindung von Leib und Zeit nicht im Zentrum der Aufmerksamkeit: Der Leib wird als konstituiert durch „Lokalisation“ (Husserl 1952, 151) und damit vor allem räumlich verstanden. Bei der zeitlichen Dimension des Leibes handelt es sich hingegen um „eine völlig abgeschlossene Problemsphäre und eine solche von ausnehmender Schwierigkeit, daß unsere bisherige Darstellung gewissermaßen eine ganze Dimension verschwiegen hat und notwendig verschweigen mußte“ (Husserl 1977, 181–182). Auch in seinen späten Analysen zum inneren Zeitbewusstsein (Husserl 1969) wird Zeit weniger als leibliches, sondern als Bewusstseinsphänomen verstanden.

Mit der Phänomenologie der Wahrnehmung von Maurice Merleau-Ponty bekommt das Verhältnis von Leib und Zeit respektive Gedächtnis in Form seiner Analysen zur Habitualität (1966, 172–188) neue Aufmerksamkeit. Nach Merleau-Ponty stellt der Leib vor allem unser Vermögen zu sehen, hören, berühren, bewegen dar und nicht einen sichtbaren, spürbaren und bewegbaren physischen Körper.

genwart auf die Vergangenheit. Das leibliche Gedächtnis hingegen vergegenwärtigt die Vergangenheit nicht, sondern enthält sie latent in sich.

Im 21. Jahrhundert wird das Konzept des impliziten Gedächtnisses langsam auch für die Demenz fruchtbar gemacht (u.a. Fleischman et al. 2005; Golby et al. 2005; Harrison et al. 2007). Anteil daran haben die neuro- und kognitionswissenschaftlichen Forschungen, welche die phänomenologischen Beschreibungen seit Beginn der 70er Jahren empirisch festigten. So wurde festgestellt, dass Patientinnen und Patienten mit hirnganisch bedingter Amnesie, die keine neuen Erinnerungen mehr aufnehmen konnten, trotzdem in der Lage waren, sich neue motorische Fertigkeiten anzueignen (u.a. Schacter 1987). Sie konnten Figuren besser nachzeichnen oder ein Puzzlespiel von Tag zu Tag rascher zusammenbauen, ohne sich aber an das Spiel bewusst erinnern zu können. Diese Leistung ist bedingt durch unterschiedliche Speicherungsprozesse im Gehirn: Während das explizite Gedächtnis auf der Speicherung im Hippocampus und im medialen Temporallappen beruht, ist das implizite System an subkortikale Strukturen, vor allem an die Basalganglien gebunden (Eldrige et al. 2002; Maddox und Ashby 2004). Das implizite Gedächtnis „ist immer dann beteiligt, wenn bei einer Gedächtnisaufgabe das Erinnerungsvermögen einer Versuchsperson an ein Lernereignis ohne direkten Bezug zu diesem geprüft wird. Implizite Gedächtnisaufgaben stellen somit eine indirekte Gedächtnisprüfung dar, im Gegensatz zu expliziten Aufgaben, die die Erinnerung an das Lernereignis direkt überprüfen.“ (Parkin 1996, 51) Anhand von Alzheimer-Demenz werden im folgenden Kapitel die spezifischen Strukturmerkmale der leiblichen Zeit, die dem impliziten Gedächtnis zugrunde liegt, herausgestellt.

2.2 Leibzeit oder „Immer wieder im Jetzt“

Das implizite Gedächtnis und seine spezifische leibliche Zeitstruktur werden in der Folge ausgehend von dem Bewegungsmuster von Frau H., Betroffene von Alzheimer-Demenz und Bewohnerin einer Pflegeeinrichtung, dargestellt:

Für Frau H., eine alte Klavierlehrerin, ersetzt im Pflegeheim der glatt lackierte Handlauf die Tasten. Sie geht unermüdlich hin und her und spielt auf dem Handlauf stundenlang mit ihren Fingern Klavier. Dabei singt, summt und brummt sie sehr zufrieden vor sich hin. Zusammenhängend sprechen kann sie nicht mehr. Die alte Frau liebte ihren Beruf sehr und war ihr Leben lang immer mit Musik beschäftigt gewesen. Der Handlauf ist jetzt das Wichtigste für sie. (Sramek 2011a, 25–26)

Frau H. wiederholt Bewegungen, die sie im Laufe ihres Lebens eingeübt hat: In unzähligen Versuchen, die durch Scheitern und Gelingen geprägt sind, wurden einfache und komplexe Einzelbewegungen angeeignet. Durch dieses wiederholte Ausführen erfolgt eine Habitualisierung, das heißt, die Einzelbewegungen werden zu einer allgemeinen Struktur integriert, die in den unreflektierten leiblichen Vollzug aufgenommen wird (Waldenfels 2013, 167–168). Diese habitualisierten Handlungen bilden das implizite oder leibliche Gedächtnis, auf das im aktuellen Vollzug nicht mehr bewusst, sondern unbewusst rekuriert wird, indem die implizite Vergangenheit wieder ausgeführt und für die aktuelle Situation modifiziert wird. An dieser konkreten Reaktualisierung von Erinnerungsinhalten lassen sich drei Merkmale der Leibzeit herausarbeiten:

Erstens ist auffällig, dass diese leibliche Erinnerung vielfach so stark verankert ist, dass sie wie im Falle von Frau H. oftmals auch in der mittleren und schweren Phase von Alzheimer-Demenz noch erhalten bleibt. Dies belegen auch neuro- und kognitionswissenschaftliche Forschungen, in denen durch entsprechende motorische oder visuelle Lernaufgaben nachgewiesen werden konnte, dass Bereiche des impliziten Gedächtnisses länger erhalten bleiben als das explizite Gedächtnis (Eldridge et al. 2002; Fleischman et al. 2005; Harrison et al. 2007). Das ist insofern beachtlich, als die Degeneration des Gedächtnisses gemeinhin zu den frühesten und markantesten Symptomen von Alzheimer-Demenz gezählt wird – damit ist aber in erster Linie das explizite Gedächtnis gemeint. Das heißt, im Zuge der leiblichen Erinnerungen werden Handlungsfolgen und Prozesse reinszeniert, die bewusst nur schwer zu rekonstruieren sind. Dies gilt in besonderem Ausmaß für die Betroffenen von Alzheimer-Demenz: Während die Beschreibung dessen, was gerade gemacht wird, zum Beispiel Klavierspielen und wie das genau funktioniert, häufig nicht oder nur sehr eingeschränkt möglich ist, ist das Ausüben der Tätigkeit oftmals länger möglich und die Betroffenen sind sogar lange in der Lage, Modifikationen vorzunehmen, das heißt, eine veränderte Haltung einzunehmen, Variationen einzubauen oder im Falle von Frau H. ihr Spiel auf den Handlauf auszuweiten. Doch auch professionelle Musikerinnen und Musiker eignen sich die Handlungsfolgen in einer Weise an, dass sie bei der Ausübung nicht darüber nachdenken müssen. Es findet eine „Automatisierung“ (Fuchs 2010, 233) statt. Damit wird deutlich, dass das Bewusstsein zwar viele Aspekte von leiblichen Erinnerungen beeinflusst und synthetisiert, aber sich doch ein gewisser Aspekt dieser Erinnerungen unbewusst auch im Leib sedimentiert: Man spürt die Dinge an ihrer Stelle schon

im Voraus und ist überrascht, wenn man sie nicht dort antrifft. Das Spielen ist nicht (mehr) bewusstseinsmäßig gesteuert, sondern es handelt sich dabei um ein Wissen, „das in den Händen ist, das allein der leiblichen Betätigung zur Verfügung steht“ (Merleau-Ponty 1966, 174), oder um es allgemeiner zu formulieren, das im Leib ist.

Damit eng verbunden zeigt sich zweitens, dass die Habitualisierung der einzelnen Bewegungsmuster auf einem *Vergessen* beruht: Erst das Absinken von einem bewussten Tun, beispielsweise eine komplexe Notenfolge zu spielen, zu einer leiblich selbstverständlich ablaufenden Handlung gewährleistet eine störungsfreie Ausübung der Bewegungen. Dies zeigt sich noch deutlicher bei alltäglichen Handlungen wie etwa dem Zähneputzen, dem Einschenken von Wasser oder dem Gehvorgang: Hierbei wird nicht darüber nachgedacht, ob und vor allem wie diese Handlung auszuführen ist, sondern sie wird einfach getätigt. Leibliches Lernen basiert genau auf diesem Vergessen des expliziten Wissens, oder anders formuliert, es kommt zu einer „Einverleibung“ (Waldenfels 2013, 166), wodurch das explizite Wissen über diese Tätigkeit nicht mehr erforderlich ist, um die Tätigkeit auszuüben. Vergessen, das heißt der Verlust der bewussten Erinnerung, ist die entscheidende Voraussetzung für leibliches Gedächtnis und bestimmt zu einem großen Teil auch das menschliche Selbst bzw. die Persönlichkeit: Dasjenige, was bereits vergessen wurde, um die alltäglichen Handlungen komplikationslos durchführen zu können, ist dasjenige, was häufig noch in späten Phasen der Demenz erhalten bleibt und reinszeniert wird. Dieses Vergessen beinhaltet im Zusammenhang mit Alzheimer-Demenz eine besondere Brisanz, stellt doch genau das Vergessen, also der Verlust der expliziten Erinnerung, eines der zentralsten Symptome dar. Für das implizite oder leibliche Gedächtnis ist dieses Vergessen die Bedingung, was erklärt, warum diese impliziten Erinnerungen im Verlauf von Demenz tendenziell länger erhalten bleiben. Diese Gewohnheiten sind häufig so stark leiblich verankert, dass sie Betroffenen von Alzheimer-Demenz nicht abzugewöhnen sind (Lazelberger 2011, 84). Als man etwa Frau H. ihre Gewohnheit des Klavierspielens am Handlauf entzog, hatte dies drastische Folgen: Ohne den Handlauf als Klavierersatz „konnte und wollte Frau H. nicht leben. Sie starb sehr rasch, als sie in ein Privatsanatorium ohne lange Gänge und ohne Handlauf verlegt wurde.“ (Sramek 2011a, 26)

Drittens verläuft diese Leibzeit im dementiellen Syndrom nicht mehr primär nach einer einheitlichen, kausalen oder linear ablaufenden Zeit, sondern Betroffene fühlen sich „[i]mmer wieder im Jetzt“ (Rohra, 2016, 94) si-

tuiert, wie Helga Rohra, Betroffene von Demenz und Demenzaktivistin, sich ausdrückt. Gleichwohl ist dieses Jetzt kein Punkt in einer Abfolge von weiteren Punkten, sondern das Jetzt der Betroffenen von Demenz beschreibt eine „*transeunte Zeit*“ (Petzold 1982, 70). Transeunt meint über etwas hinaus, in einen anderen Bereich übergehen und das bedeutet in diesem konkreten Zusammenhang, dass sich die drei Zeitektasen, Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft, überschreiten und gegenseitig durchdringen, ohne aber ineinander aufzugehen. Das Denken klassischer kausaler Relationen und linearer Verweise in der Zeit wird damit unterwandert. Es gibt kein Danach, das in der direkten Folge eines Davor, das selber vormals ein gegenwärtiges Jetzt gewesen ist, begriffen werden könnte. Und diese Leibzeit ist bei allen Menschen am Werk, scheint aber bei Betroffenen von Alzheimer-Demenz noch an Bedeutung zu gewinnen: Sie haben häufig kein Verständnis mehr für ein chronologisches Ablaufen der Zeit, das heißt, sie können häufig nicht unterscheiden, was in der Vergangenheit stattgefunden hat und was in diesem Moment gegenwärtig ist. Die Bedeutung von Vergangenheit als etwas, das vorbei ist, ist den Betroffenen oftmals nicht mehr gegeben. Sie leben vielmehr im Jetzt einer leiblichen Zeit, in der es keine Chronologie gibt, sondern ein Ineinander, ein Übergreifen der Zeitektasen: „Kindheit, Erwachsenenleben und Gegenwart – alle Zeiten können gleichzeitig existieren. Oft gehen die Betroffenen weit, weit in ihre frühe Kindheit zurück und ‚springen‘ dann unter Umständen innerhalb von Sekunden in einen anderen Lebensabschnitt. Die verschiedenen Zeiten vermischen sich.“ (Kojer und Sramek 2011, 136) Diese für Betroffene wie Angehörige oftmals erschreckende Erfahrung beschreibt Helga Rohra wie folgt:

Mein gewesenes Leben kommt ganz deutlich zu mir. Es entsteht eine Verbindung zu „damals“. Dieses „damals“ kann ich jedoch zeitlich nicht genau einordnen. Erinnerungen aus bestimmten Lebensphasen sind ja weg, aber in der Halluzination erlebe ich es in einzelnen Szenen wieder. Ich sehe mich als Zweijährige in unserem Garten. Ich schiebe einen Puppenwagen. Ich sehe mich als Baby auf dem Sofa, meinen Vater im Garten, meinen Sohn bei der Konfirmation. Das Tempo dieser Bilder ist enorm hoch. So schnell, wie sie ablaufen, kann ich mich den Empfindungen, die sie bei mir auslösen, gar nicht hingeben. (Rohra 2016, 47)

Für Betroffene wird der transeunte Charakter der Leibzeit vor allem in fortgeschrittenen Stadien von Alzheimer-Demenz bedeutsam. Parallel zu die-

sem Prozess kommt es auch zu einem steigenden Verlust der Orientierung, des expliziten Gedächtnisses sowie des rationalen Denkens (Kojer und Sramek 2011, 136). Die Leibzeit und mit ihr das implizite Gedächtnis werden hingegen immer ausgeprägter sichtbar und zugänglich.

Auf der Basis dieser drei Strukturelemente der leiblichen Zeit, dargestellt anhand von konkreten Ausprägungen im Verlauf von Alzheimer-Demenz, lässt sich folgende Konklusion ziehen: Die Bewusstseinszeit ist in eine leibliche Zeit eingebettet, die ihr aber fremd bleibt, oder anders formuliert, die leibliche Zeit fundiert die Bewusstseinszeit. Unter dieser Leibzeit ist kein leiblich verankertes Zeitbewusstsein zu verstehen, wie u.a. Rodemeyer annimmt, wenn es wie folgt heißt: „Thus this memory, along with all sensory experiences, is constituted through an integrated, *embodied consciousness* (not just consciousness alone).“ (Rodemeyer 2015, 132; Hervorhebung: J. M.) Damit gesteht sie zwar ein, dass eine leibliche Erinnerung nicht ausschließlich von einem Bewusstsein getragen wird, verlagert aber das Bewusstsein in den Leib hinein, indem sie ein *verleiblichtes Bewusstsein* denkt. Eine solche bloße Übertragung der (Husserl'schen) Bewusstseinszeit auf den Leib vermag aber der Besonderheit des Leibes nicht gerecht zu werden, sondern überlagert ihn mit Bewusstseinsstrukturen (Waldenfels 1995, 16). Dagegen kann mit einem zeitlichen Verständnis der Wahrnehmung und des Leibes erwidert werden: Was der Leib erinnert, ist nicht das Gleiche wie die Erinnerungsinhalte, die durch bewusstseinsimmanente Retention zustande kommen, sondern es sind vielmehr Leibesrhythmen, leiblich vollzogene Abläufe oder trainierte Vollzüge, die dem Bewusstsein fremd sind (Esterbauer 2012, 541). Aus den wiederholten motorischen, perceptiven und interaktiven Erfahrungen wird ein Auszug gebildet, der sich auch als leibliche Rhythmen bezeichnen lässt. Diese sind häufig nicht bewusstseinsmäßig zugänglich, sondern sie werden stetig neu ausgeführt und dabei in die Gegenwart und auch in die Zukunft transformiert. Erst auf der Basis dieser leiblichen Rhythmen und wiederkehrenden Gewohnheiten agiert das Bewusstsein. Bewusstseinsakte konstituieren zwar Zeit, sie finden aber auch immer schon in der Zeit – einer leiblichen Zeit – statt.

3 Formen des impliziten bzw. leiblichen Gedächtnisses und ihre Auswirkungen bei Alzheimer-Demenz

Das implizite bzw. leibliche Gedächtnis ist in sich nicht einheitlich, sondern ein äußerst komplexes Phänomen mit verschiedenen Ausprägungen, was zu divergierenden begrifflichen Beschreibungen in der Forschung führt (u.a. Casey 2000; Fuchs 2000). Dabei haben sich in den Diskussionen der letzten fünf Jahre die Forschungsergebnisse von Fuchs aus *The Phenomenology of Body Memory* (2012, 12–18) aufgrund der genauesten Ausdifferenzierung über die Spezialgebiete hinaus als besonders ergiebig erwiesen. Er nennt 1) das prozedurale Gedächtnis, 2) das situative Gedächtnis, 3) das zwischenleibliche Gedächtnis, 4) das inkorporative Gedächtnis, 5) das Schmerzgedächtnis und 6) das traumatische Gedächtnis.³ Diese Formen werden im Folgenden als Ausgangspunkt herangezogen, um darauf aufbauend eigenständig deren Relevanz für Alzheimer-Demenz zu prüfen. Dabei werden ausgehend von einer allgemeinen Beschreibung der jeweiligen Gedächtnisform erstens ihre Bedeutung für Alzheimer-Demenz, zweitens ihre spezifisch zeitliche Struktur und drittens ihre Ausprägungen in der Betreuung von Betroffenen geprüft.

3.1 Das prozedurale Gedächtnis

Unter prozeduralem Gedächtnis, das bereits im vorhergehenden Kapitel anhand des Klavierspiels der von Demenz betroffenen Frau H. indirekt angesprochen wurde, versteht man sensomotorische Dispositionen und Vermögen des Leibes, die sich in einem dynamischen Prozess entfalten (Fuchs 2012, 12). Dazu zählen neben dem geschickten Umgang mit Instrumenten allgemeiner formuliert automatische Bewegungsabläufe, eingespielte Gewohnheiten und die Vertrautheit mit Wahrnehmungsmustern. Wie daraus deutlich wird, ist das prozedurale Gedächtnis sehr breit gefächert, mit Bezug

3 Damit hat Fuchs seine Einteilung gegenüber (2000, 327–332) noch verfeinert, in der er von Habituisierung (Einrichtung: Vertrautwerden mit den Formen, Farben, Gerüchen und Klängen der Dinge und das Erlernen des handelnden Umgangs mit ihnen), der Inkarnation (Verleiblichung: Aneignung von fremden oder widerständigen Empfindungen des Körpers), der Sensibilisierung (Einstimmung: Entwicklung des Gefühls, der Stimmungen) und der Oikeiosis (Einwurzelung: Entwicklung von Bindungen zu anderen Personen, Räumen, Sachen) spricht. Doch auch mit den sechs Typen des impliziten bzw. leiblichen Gedächtnisses scheint dessen Vielfalt noch nicht ausreichend erschöpft, denn Fuchs beschreibt sie lediglich als die wichtigsten Arten (2012, 19).

auf das dementielle Syndrom werden in der Folge drei Momente besonders hervorgehoben:

Es gibt erstens sensomotorische Dispositionen, die bewusst erlernt wurden. Dazu zählen etwa das Spielen von Musikinstrumenten, das Singen oder das Lesen. Diese Tätigkeiten wurden irgendwann in der Vergangenheit oft mühsam erlernt, geübt und wiederholt, dabei sinkt das Wissen um ihre konkrete Ausführung zunehmend aus dem expliziten Gedächtnis ab und verankert sich im impliziten bzw. leiblichen Gedächtnis.

In der Betreuung von Betroffenen von Alzheimer-Demenz zeigt sich zweitens das prozedurale Gedächtnis sehr häufig in Form von wiederkehrenden Bewegungen. Sie werden als klassisches degeneratives Symptom von Demenz interpretiert – sie aber als konkrete Form der leiblichen Erinnerung zu verstehen, wenn die bewusste Erinnerung zusehends schwindet, kann neue Aufschlüsse bringen und einen anderen Umgang mit Betroffenen bedeuten, wie die Geschichte von Frau H., der ehemaligen Klavierlehrerin, zeigte und wovon auch die Handlungsmuster von Frau G. Zeugnis ablegen:

Sie war stundenlang damit beschäftigt, mit einer Hand, dann wieder mit beiden Händen in verschiedener Weise auf dem Tisch zu hantieren. Zuletzt nahm sie stets das Glas mit ihrem Getränk, verteilte die darin enthaltene Flüssigkeit über den Tisch und strich dann mit dem Boden des Glases sehr sorgsam über die gesamte Fläche. (Kojer und Sramek 2011, 138)

Diese wiederkehrenden Bewegungen stellen gerade in der Pflege vor große Herausforderungen, da damit Unruhe, Verunreinigungen und besondere Bedürfnisse einhergehen können, wie bei Frau G., die im Pflegeheim einen Tisch für sich allein in Anspruch nahm. Versuche, sie von ihrer Tätigkeit abzuhalten, scheiterten oder endeten mit einem energischen Klaps auf die Finger der Pflegerinnen. Ein Gespräch mit der Tochter von Frau G. (Kojer und Sramek 2011, 138–139) machte deutlich, dass ihre verwitwete Mutter die beiden Kinder nach dem Zweiten Weltkrieg viele Jahre lang als Hausschneiderin ernähren musste. Wenn die Kinder sie störten, gab es eben jenen Klaps auf die Finger und auch die Handbewegungen am Tisch wiederholen die Tätigkeiten als Schneiderin: „In ihrer Welt arbeitete Frau G. auch jetzt noch als Hausschneiderin, das konnte ich [die Ärztin, Marina Kojer] jetzt deutlich erkennen. War ein Stück fertig, befeuchtete sie es sorgfältig und bügelte es dann mit dem Wasserglas.“ (Kojer und Sramek 2011, 139) Gerade solche, im früheren (Berufs-)Leben ausgeübte und automatisierte Bewegungen bleiben

auch in fortgeschrittenen Stadien der Demenz oft erhalten (Sramek 2011b, 260). Dabei sind sie häufig für Außenstehende nicht oder kaum zu erkennen, können aber wie im Fall von Frau G. durch Gespräche mit Angehörigen oder einer Auseinandersetzung mit der Biographie zugeordnet werden und damit kann den Betroffenen das Gefühl gegeben werden, einer wichtigen Aufgabe nachzukommen und nützlich zu sein (Sramek 2011b, 260). Obwohl die Betroffenen zunehmend schwächer und müder werden, behalten sie bedeutsame Bewegungsmuster bei – auch wenn diese bei Fortschreiten des dementiellen Syndroms häufig immer kleiner werden und zuletzt nur mehr Andeutungen sind (Kojer und Sramek 2011, 139). Werden solche immer wiederkehrenden Bewegungen unterbunden, bedeutet dies, die leibliche Erinnerung – und damit oft die einzig mögliche Form der Erinnerung – zu unterbinden. Die wiederkehrenden Bewegungen können folglich verstanden werden als leibliches Erinnern an das gelebte Leben, während die bewusste Erinnerung häufig nicht mehr funktioniert. Alle drei Strukturelemente der Leibzeit, wie sie zuvor herausgestellt wurden, treten hier in komprimierter Form wieder auf: die größere Hartnäckigkeit des impliziten oder leiblichen Gedächtnisses unter der Bedingung des Absinkens aus dem expliziten Gedächtnis sowie der transeunte Charakter der Leibzeit, in der sich die Zeitekstasen ineinander verweben.

Nichtsdestotrotz kann drittens diese Form des prozeduralen Gedächtnisses auch schon in frühen Stadien von Alzheimer-Demenz beeinträchtigt sein. Dass das prozedurale Gedächtnis von allen sechs Formen des impliziten oder leiblichen Gedächtnisses am stärksten von Demenz betroffen ist, hat damit zu tun, dass es sich mit Prozessen beschäftigt, die in sich wieder zeitlich und das heißt chronologisch ablaufen, während die Leibzeit sich genau dieser Chronologie entzieht.

3.2 Das situative Gedächtnis

Das situative Gedächtnis ist das Gedächtnis des Raumes und dient dazu, sich in der Wohnung, der Nachbarschaft, der Heimat zurechtzufinden (Fuchs 2010, 234). Helga Rohra beschreibt eindringlich die zentrale Wichtigkeit des situativen Gedächtnisses im Rahmen von Alzheimer-Demenz, wenn es wie folgt heißt: „Ich möchte das Sinnliche, Düfte, Bilder, vertraute Stimmen und Gegenstände, die mich in meiner früheren Welt umarmen. Ich brauche mein Zimmer, mein Bett, die mir vertraute Umgebung, die mir Sicherheit gibt. Das macht zufrieden!“ (Rohra 2016, 82) Leibliche Erfahrungen verbinden sich in ganz besonderer Weise mit Innenräumen, Gegenständen und bilden so ein

Gedächtnis der Räumlichkeit, das im Zusammenhang mit dem dementiellen Syndrom vor allem mit der oftmals unumgänglichen Einweisung in eine Pflegeeinrichtung⁴ tiefgreifenden Störungen bzw. Irritationen ausgesetzt ist. So sind die ersten Wochen im Pflegeheim meist von einer „Zeit der Irritation“ (Schmidl und Kojer 2011, 110) geprägt, in der die neuen Bewohnerinnen und Bewohner intensiv den Wunsch äußern, nach Hause gehen zu wollen, orientierungslos sind und sich nicht zurechtfinden. Das über Jahrzehnte gewohnte Gefühl, am Abend auf die gleiche Matratze zu sinken, am Morgen beim Erwachen die vertraute Wand zu erblicken, beim Frühstück die liebge-wonnene Tasse zu benützen, sich in seiner Küche zu bewegen und sich in den eingesessenen Lehnstuhl zu setzen – das alles sind vertraute Bewegungen in einer vertrauten Umgebung, die durch einen Wohnortwechsel abrupt abbrechen. In den Pflegeeinrichtungen wird bereits großes Augenmerk auf das situative Gedächtnis gelegt, indem die eigenen Möbel, vertraute Gegenstände, Fotos u.Ä. in das neue Zimmer integriert werden. Entscheidend dabei ist, dass die Betroffenen ein Gefühl der gewohnten Umgebung mitnehmen. Wenn diese gewohnten Schemata des leiblichen Zur-Welt-seins Bestätigung finden, wird auch das Selbstvertrauen der Betroffenen erheblich gestärkt und sie erlangen mehr Sicherheit, wie auch Helga Rohra betont. Die gewohnten Lebensvollzüge werden durch die bekannte Umgebung hervorgerufen und finden Bestätigung – ohne dass sich die Betroffenen explizit daran erinnern können; hier zeigen sich mit dem transeunten Charakter und der Langlebigkeit des impliziten Gedächtnisses erneut die Strukturelemente der Leibzeit. Das situative Gedächtnis ermöglicht eine präreflexive leibliche Orientierung im Umraum, die basaler und grundlegender ist als die reflexive Orientierung in Raum und Zeit, welche üblicherweise im psychopathologischen Befund erfasst wird. Während letztere es ermöglicht, aus der Unmittelbarkeit des aktuellen Erlebens heraustreten zu können, um sich selbst sowie die durchlebte Situation in den objektiven Weltzusammenhang einzuordnen, folgt erstere den primären Gerichtetheiten und Gewohnheiten, die der Leib selbst zur Welt herstellt, wie den Grundrichtungen von oben/unten, vorn/hinten oder den Verhältnissen von Nähe/Ferne (Fuchs 2010, 239).

In den Stadien der schweren Demenz leidet allerdings auch das situative Gedächtnis nachhaltig, was zur Folge haben kann, dass Betroffene

4 Während in Deutschland 1995 etwa 44 Prozent aller Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Altenhilfeangeboten an Demenz litten, waren es 2005 schon 60 Prozent, andere Studien geben sogar 70 Prozent an (Deutscher Ethikrat 2012, 43; Bickel 1995; 2005).

sich in der eigenen Wohnung nicht mehr zuhause fühlen (Klare 2012, 20). Die Einrichtung und Umgebung mit vertrauten Gegenständen kann dem aber nachhaltig entgegenwirken, wie Helga Rohra schreibt: „Ein Duft, ein Geschmack oder das Berühren eines Gegenstandes wird Emotionen wecken und wohltuend für mich sein.“ (Rohra 2016, 43)

3.3 Das zwischenleibliche Gedächtnis

Sobald wir mit anderen Menschen in Kontakt treten, interagieren unsere Körper, tasten sich ab, lösen subtile Empfindungen aus. Merleau-Ponty bezeichnet diese Sphäre des unwillkürlichen Kontakts als „Zwischenleiblichkeit“ (intercorporité) (u.a. Merleau-Ponty 1994, 194). Im Laufe des Lebens bilden sich im Umgang mit anderen Menschen Interaktionsmuster, die den Inhalt des zwischenleiblichen Gedächtnisses ausmachen und die eigene „Persönlichkeitsstruktur“ (Fuchs 2010, 236) prägen. In Bezug zu Alzheimer-Demenz wird dies vor allem in zweierlei Hinsicht thematisch:

Zum einen geht die Diagnose Demenz sehr häufig mit einer Einschränkung der Sphäre der Zwischenleiblichkeit einher: Betroffene sind geschockt, schämen sich und beginnen, sich (noch weiter) zurückzuziehen, aber auch Verwandte, Bekannte oder Freunde bzw. Freundinnen wissen nicht, wie sie mit der Diagnose umgehen sollen und brechen den Kontakt ab. Dabei werden gerade „die Bindung an die Familie oder an Freunde, das Bewusstsein dazuzugehören, das Gefühl gebraucht zu werden und [...] die Möglichkeit zu freien Entscheidungen und zur Selbstbestimmung“ (Deutscher Ethikrat 2012, 31) als besonders wichtige Elemente im Umgang mit Alzheimer-Demenz hervorgehoben. Wie wichtig die Einbindung und die Aufrechterhaltung von zwischenmenschlichen Beziehungen ist, wird an der Geschichte von Frau S. (Lazelberger 2011, 166–167) deutlich: Frau S. hat früher als Krankenschwester gearbeitet und sah darin eine wichtige Lebensaufgabe. Nach ihrer Demenzerkrankung und der Übersiedelung in eine Pflegeeinrichtung betrachtet sie die Station als ihren Arbeitsplatz und sich selbst als Krankenschwester. Sie fragt die Mitarbeiterinnen danach, was es zu tun gibt, und freut sich, wenn ihre Leistungen anerkannt werden. Dabei werden Verhaltensmuster reaktiviert, die sie ihr Leben lang ausgeführt hat, etwa das Zusammenlegen von Wäsche oder wenn sie im Umgang mit anderen Bewohnerinnen die Hände in die Hüften stemmt und diesen Anweisungen gibt. Wieder werden leibliche Verhaltensweisen ausgeführt, die bewusst längst vergessen wurden, um sich leiblich zu verankern, und das typische transeunte Zeitmuster kommt zum Tragen. Ohne diese Einbindung in

ein zwischenmenschliches Beziehungsgeflecht fühlte sich Frau S. zusehends nutzlos und vereinsamte (Lazelberger 2011, 166).

Zum anderen wird die Sphäre der Zwischenleiblichkeit durch die Diagnose Demenz auch erweitert, da Betroffene durch Betreuung und Pflege in neue Beziehungen eintreten (müssen). So kommt es zu neuen Kontakten mit vielen und häufig wechselnden Menschen, Berührungen an intimen Stellen wie im Zuge der Körperpflege und beim An- und Auskleiden. Oftmals sind diese neuen zwischenmenschlichen Erfahrungen von Angst und Scham begleitet, die Betroffenen haben das Gefühl, ausgeliefert zu sein. Sie können weder bewusst verstehen, was mit ihnen passiert, und daher keine oder nur schwer neue Erfahrungen integrieren noch auf diesbezügliche Erfahrungen im zwischenleiblichen Gedächtnis zurückgreifen. Als ein zentrales Anliegen in der Pflege gilt es daher, Vereinsamung zu vermeiden und „den gebrechlichen alten Menschen in ein Netz stabiler Beziehungen einzubetten, das ihm ein Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit vermittelt“ (Schmidl und Kojer 2011, 112).

3.4 Das inkorporative Gedächtnis

Eng mit dem zwischenleiblichen Gedächtnis verbunden ist das inkorporative Gedächtnis. Im Gegensatz zu ersterem, das präreflektive Interaktionsmuster beschreibt, bezeichnet letzteres die Einverleibung von Persönlichkeitsstrukturen, das heißt die Ausbildung von leiblichen Gewohnheiten durch die Übernahme von Verhaltensweisen der anderen, die in der frühen Kindheit beginnt (Fuchs 2012, 15). Solche Übernahmen erfolgen zumeist durch Imitation und Identifikation, was allerdings nicht in der Kindheit endet, sondern auch im Erwachsenenalter fortgesetzt wird. Die für eine Person typischen Verhaltensweisen können daher nur verstanden werden mit Bezug auf die anderen, was im Zuge des dementiellen Syndroms besondere Relevanz hat: Helga Rohra schreibt diesbezüglich, dass sie ihre oftmals bewunderte Mentalität „Du musst es schaffen“ (Rohra 2016, 54) von ihrer Großmutter übernommen habe, welche ihr diese Mentalität einerseits vorgelebt, sie aber auch direkt dazu aufgefordert habe (Rohra 2016, 54). Diese Mentalität bleibe auch während der Alzheimer-Demenz vorhanden und biete ihr sogar Halt und die Möglichkeit, einen positiven Umgang mit dem Vergessen zu finden. Häufig werde genau diese Charaktereigenschaft von ihren Zuhörerinnen und Zuhörern bewundert (Rohra 2016, 84–87). Auch der oben erwähnte Klaps der Schneiderin, Frau G., erweist sich im Gespräch mit der Tochter als typisches Verhaltensmuster, mit dem Frau G. auch ihren Kindern begegnet war, wenn

sie ihr in die Arbeit greifen wollten (Kojer und Sramek 2011, 139). Damit zeigt sich ein inkorporiertes Handlungsmuster, das reinszeniert wird, auch wenn der Kontext nicht mehr passend scheint. Die zuvor herausgestellten Strukturmerkmale der Leibzeit treten erneut auf: Betroffene erleben im Jetzt auch die Vergangenheit, die Zeitekstasen durchdringen sich und Erlebtes wird leiblich erneut ausgeführt. Obwohl die Handlung nicht explizit erinnert werden kann, stellt diese Reinszenierung dennoch eine Erinnerung dar – und zwar eine leibliche. Die Herausforderung liegt darin, diese auch als solche anzuerkennen und nicht als rein degeneratives Symptom der Demenz zu interpretieren: Der Klaps zeugt nicht primär von Aggressivität, sondern Frau G. hält die Pflegerin für eines ihrer Kinder, das die Arbeit gefährdet. Sie lebt eine Erinnerung leiblich aus, genauso wie Helga Rohra nicht verschlossen oder starrsinnig ist, wenn sie sich nicht helfen lässt, sondern einen inkorporierten Charakterzug auslebt. Die leibliche Erinnerung zu erkennen und zu deuten, bleibt jedoch schwierig, Gespräche mit Betroffenen oder deren Angehörigen geben aber oftmals Zugang dazu. In diesem Sinne heißt es auch im Selbstzeugnis seiner Krankheitsgeschichte von Christian Zimmermann, dass das Pflegepersonal oder pflegende Angehörige ihre Aufmerksamkeit verstärkt auf das richten sollten, was die Betroffenen können und wie sie sich verhalten, um diese Fähigkeiten aufrechtzuerhalten oder zu stärken. (Zimmermann und Wißmann 2011, 84).

3.5 Das Schmerzgedächtnis

Da Schmerzen immer in der Gegenwart auftreten, diese geradezu einnehmen, und vergangene Schmerzen sehr schnell in ihrer Eindringlichkeit verblassen, scheinen sie auf den ersten Blick ein unhistorisches Phänomen zu sein. Dieser Eindruck täuscht aber, denn schmerzhaftes Erfahrungen haben eine sehr nachhaltige Wirkung und bilden daher eine sehr intensive Form des impliziten Gedächtnisses. Neurologisch betrachtet, liegt dies darin, dass wiederholte Schmerzreize nozizeptive Neurone des Rückenmarks zu Wachstum und engerer Verschaltung anregen, während sich gleichzeitig die entsprechenden neuronalen Netzwerke in der sensorischen Hirnrinde vergrößern (Fuchs 2008, 66).

Für den Umgang mit Betroffenen von Alzheimer-Demenz kommt dem leiblichen Schmerzgedächtnis besondere Wichtigkeit zu, da die klassische Einteilung von Schmerzen in körperliche, seelische, soziale und spirituelle (Kojer 2011, 41) im Rahmen des dementiellen Syndroms nicht mehr oder nur mehr schwierig aufrechtzuerhalten ist: Schmerzen können häufig

nicht mehr artikuliert und auch nicht mehr eindeutig lokalisiert werden, sondern finden Ausdruck in leiblichen Schutzmechanismen. Diese Schutzmechanismen treten häufig auf, können sehr vielfältig sein und reichen von einer zunehmenden Anspannung, Schonhaltung oder Krümmung bis hin zu Rückzug oder Vermeidung. Dies zeigt die Geschichte von Frau A., die unter fortgeschrittener Demenz leidet:

Sie ist sehr schwach, wimmert dauernd vor sich hin und spricht seit längerem nicht mehr. Ihre Augen sind immer geschlossen, sie reagiert nicht. Scheinbar ist sie überhaupt nicht mehr erreichbar. Wir betreten gemeinsam das Zimmer. Frau A. liegt zusammengekauert im Bett. Die Augen sind geschlossen, die Hände zu Fäusten zusammengekrampft vor der Brust „fixiert“. Der ganze Körper scheint verkrampft. Immer wieder ist ein leises, sehr hohes und gepresstes, weinerliches Wimmern zu hören. (Sramek 2011b, 262)

Offensichtlich empfindet Frau A. physischen Schmerz, aber ihre Werte sind in Ordnung und auch sonst liegt kein erkennbarer medizinischer Notfall vor. Allerdings ist bekannt, dass Frau A. während ihrer Kindheit Opfer von sexuellem Missbrauch wurde. Physischer und psychischer Schmerz lassen sich hier nicht trennen und die Gabe von schmerzlindernden Medikamenten kann nur bedingt Erleichterung schaffen. Nach Cicely Saunders, der Begründerin der Hospizbewegung, handelt es sich um *total pain*, was einen alle Dimensionen des Seins umfassenden Schmerz bezeichnet und die unterschiedenen Formen des Schmerzes als Ganzheit betrachtet (1993, 41–54). In der Arbeit mit Betroffenen von Demenz hat sich diese Betrachtungsweise noch nicht durchgesetzt (Kojer 2011, 41). Im konkreten Fall von Frau A. konnte durch Anpassung und In-Gleichklang-Kommen des Atemrhythmus verbunden mit sanften Berührungen das Gefühl von Geborgenheit und Schutz vermittelt werden, was nach und nach zu einer Entkrampfung und Entspannung führte (Sramek 2011b, 262–263). Gerade in dieser heiklen Thematik gibt es jedoch kein Pauschalrezept für den Umgang mit Betroffenen, Einfühlungsvermögen und Anpassungsfähigkeit scheinen besonders gefordert (Sramek 2011b, 263). In der Folge sollen aber zwei Richtungen, in welche das Schmerzgedächtnis verlaufen kann, als grundsätzliches Unterscheidungs- und auch Betreuungskriterium vorgeschlagen werden:

Erstens können Erinnerungen Schmerzen erzeugen. Davon sind vor allem Menschen betroffen, die an chronischen Schmerzen leiden, für welche es keine aktuellen organischen Ursachen gibt. In diesem Fall ist die Er-

innerung der Ausgangspunkt: Man erinnert sich bewusst oder unbewusst (leiblich) an ein Ereignis aus der Vergangenheit, welches damals Schmerz erzeugte und durch diese Erinnerung wird auch der Schmerz wieder präsent. Diese Richtung des Schmerzgedächtnisses kommt bei Frau A. primär zum Tragen.

Zweitens wird, sobald Schmerzen bestehen, das in der Vergangenheit Erlebte in die Gegenwart geholt. Es spielt dabei keine Rolle, wie lange das Geschehene zurückliegt, durch den Schmerz wird es präsent. Der in der Vergangenheit körperlich erlebte Schmerz wird durch neu auftretende Schmerzen wieder erfahren – ebenso wie das damals auslösende Ereignis. Dies tritt häufig bei erlittenen Bestrafungen ein: Tritt ein Schmerz an einer Stelle auf, an der Bestrafungen erfolgten, oder tritt der Schmerz aufgrund von Folgeschäden wieder auf, so können Betroffene von Alzheimer-Demenz dies häufig nicht artikulieren oder bewusst erinnern, aber die leibliche Erinnerung an die Misshandlung ereignet sich zum Beispiel in Form von Missstimmung, Aggressivität, Wimmern oder Depression.

In beiden Richtungen kommen wieder die Strukturmerkmale der Leibzeit zum Tragen: Gemäß dem transeunten Charakter der Leibzeit kommt es bei beiden zu einer Durchdringung der Zeitekstasen – während im ersten Fall in der Vergangenheit liegende schmerzhaft Erlebnisse auch gegenwärtig Schmerzen evozieren, so sind es im zweiten Fall die gegenwärtigen Schmerzen, welche auch die vergessen geglaubte Erinnerung präsent macht.

3.6 Das traumatische Gedächtnis

Das traumatische Gedächtnis ist zumeist eng mit dem Schmerzgedächtnis verbunden, wie auch die in diesem Zusammenhang angeführte Schmerzerfahrung von Frau A. zeigt. Es stellt die stärkste und unauslöschlichste Form des impliziten bzw. leiblichen Gedächtnisses dar. Zum traumatischen Gedächtnis zählen etwa Erfahrungen eines schweren Unfalls, einer Vergewaltigung, die Erfahrung von Todesangst oder von Folter. Wie im Schmerzgedächtnis sind auch hier Mechanismen der Verdrängung und der Verleugnung aktiv, um den Inhalt der Erinnerung zu isolieren, zu vergessen oder zu unterdrücken (Fuchs 2012, 17).

Für Betroffene von Alzheimer-Demenz sind sowohl das Schmerz- als auch das traumatische Gedächtnis höchst relevant, da sie oft nicht mehr in der Lage sind, furchtbare Erlebnisse zu benennen, die aber im Rahmen der Betreuung reaktiviert werden, was in besonderem Ausmaß für Menschen in fortgeschrittenen Stadien von Alzheimer-Demenz gilt. Es sind Erlebnis-

se, die manchmal jahrzehntelang verschwiegen wurden und nun zwar nicht bewusst, sondern zumeist leiblich wieder hervorbrechen. Davon zeugt auch die Geschichte von Frau V. (Sramek 2011b, 251–252), die zuvor 17 Jahre in einem Pflegeheim gewohnt hatte und als umgänglich galt, bei zunehmender Verschlechterung ihrer Krankheit aggressiv und unzugänglich wurde und ihr Zimmer mit einem Sessel abzusperren begann. Im Zuge einer intensiven Begleitung wurde deutlich, dass Frau V. vermutlich von ihrem Vater missbraucht wurde und sich mit dem Sessel schützen wollte. Das Entfernen des Sessels hatte aggressive Ausbrüche zur Folge und so verständigte man sich darauf, den Sessel 20 Zentimeter von der Tür entfernt stehen zu lassen, was eine Beruhigung der Situation zur Folge hatte.

Das Trauma widersetzt sich häufig der bewussten Erinnerung, zeigt sich aber im impliziten bzw. leiblichen Gedächtnis, was im Verlauf von Alzheimer-Demenz zusätzliche Relevanz bekommt, da Betroffene immer weniger Zugang zu expliziten Erinnerungen haben. Das traumatische Erlebnis ging einher mit einer unmittelbaren und massiven Verletzung der leiblichen Integrität, die mit einer Überflutung von Angst-, Ekel-, Scham-, Ohnmacht- und Wutgefühlen verbunden war. In Situationen, die furchterregend oder peinlich sind, wird das Trauma wieder reaktualisiert, auch wenn sich die betroffene Person der Ähnlichkeit nicht bewusst ist (Fuchs 2012, 18). Der transeunte Charakter der Leibzeit tritt erneut hervor, ebenso wie die Struktur des Absinkens vom Bewusstsein und der großen Hartnäckigkeit der leiblichen Erinnerung. Die Bedeutung dessen ist kaum zu unterschätzen, da Betroffene im Zuge ihrer Betreuung vielen Situationen begegnen, in denen sie sich ausgesetzt, entstellt, hilflos oder schutzlos fühlen. Unter Umständen können dann schon leichte Reize wie Berührungen ausreichen, um schmerzliche oder traumatische leibliche Erinnerungen zu evozieren und eine Schmerzempfindung auszulösen.

4 Konklusion

Aufbauend auf der Unterscheidung zwischen explizitem und implizitem Gedächtnis wurden die Besonderheiten des letzteren in Bezug auf Alzheimer-Demenz herausgearbeitet. Dazu wurden in einem ersten Schritt die drei zentralen Strukturelemente der leiblichen Zeit entwickelt: Leibzeit basiert erstens auf einem Vergessen oder Absinken der bewussten Handlung – sie wurde verinnerlicht, um im alltäglichen Gebrauch wiederholt zum Einsatz zu kommen, ohne darüber bewusst nachzudenken. Zweitens sind es diese

einverlebten Interaktions- und Handlungsmuster, die sehr langlebig und hartnäckig wirksam bleiben, was vor allem im Zuge von Alzheimer-Demenz deutlich wird, wenn Betroffene nach wie vor Handlungen ausführen können, die sie nicht beschreiben und die dafür benötigten Gegenstände nicht mehr benennen können. Drittens ist die Leibzeit nicht chronologisch oder linear, sondern transeunt – in ihr durchdringen sich die Zeitekstasen. Dieser transeunte Charakter zeigt sich ebenfalls im Verlauf von Alzheimer-Demenz, da Betroffene keine klare Trennlinie mehr zwischen vergangenen Erfahrungen und gegenwärtiger Situation ziehen. Auf Basis dieser Merkmale wurde argumentiert, dass die leibliche Zeit ein Fundament der Bewusstseinszeit bildet.

In einem zweiten Schritt wurden diese Strukturmerkmale der Leibzeit konkret auf die sechs Formen des impliziten bzw. leiblichen Gedächtnisses nach Thomas Fuchs angewandt und mit Selbstaussagen von Betroffenen sowie medizinischen und pflegerischen Quellen analysiert. Dabei zeigte sich, erstens, dass die drei Strukturmerkmale der Leibzeit in allen Formen des impliziten bzw. leiblichen Gedächtnisses vorliegen. Zweitens konnte nachgewiesen werden, dass alle Formen des impliziten bzw. leiblichen Gedächtnisses eine hohe Relevanz für Betroffene von Alzheimer-Demenz und deren Betreuung aufweisen. Drittens konnte durch diese Analyse eine systematische Gliederung des impliziten bzw. leiblichen Gedächtnisses und seine Relevanz für Alzheimer-Demenz herausgestellt werden, die als Anknüpfungspunkt dienen kann, um leibliche Erinnerung als Gegengewicht zum degenerativen Vergessen zu installieren.

Literatur

- Bergson, Henri. 1991: *Materie und Gedächtnis. Eine Abhandlung über die Beziehung zwischen Körper und Geist*. Übers. von J. Frankenberger. Hamburg: Meiner.
- Bickel, H. 1995. „Demenzranke in Alten- und Pflegeheimen: Gegenwärtige Situation und Entwicklungstendenzen“. In *Medizinische und gesellschaftspolitische Herausforderung: Alzheimer-Krankheit. Der langsame Zerfall der Persönlichkeit*, hg. von der Friedrich-Ebert-Stiftung, 49–68. Bonn.
- Bickel, H. 2005. „Epidemiologie und Gesundheitsökonomie“. In *Demenzen*, hg. von Claus-Werner Wallesch und Hans Förstl, 1–15. Stuttgart, New York: Thieme.
- Casey, Edward S. 2000. *Remembering. A Phenomenological Study*. Bloomington: Indiana University Press.
- De Biran, Maine. 1953. *Influence de l'habitude sur la faculté de penser*. Paris: PUF.
- Deutscher Ethikrat (Hg.). 2012. *Demenz und Selbstbestimmung. Stellungnahme*. Berlin.

- Eldridge, Laura L., Masterman, Donna und Knowlton, Barbara J. 2002. „Intact implicit habit learning in Alzheimer’s disease“. *Behavioral Neuroscience* 116(4): 722–726. doi: 10.1037//0735-7044.116.4.722.
- Esterbauer, Reinhold. 2012. „Meine Zeit. Vorfagen zu einer Phänomenologie menschlichen Werdens“. In *Den Menschen im Blick. Phänomenologische Zugänge. Festschrift für Günther Pöltner zum 70. Geburtstag*, hg. von Reinhold Esterbauer und Martin Ross, 527–546. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Fleischman, Debra A., Wilson, Robert S., Gabrieli, John D. E., Schneider, Julie A., Bienias, Julia L. und Bennett, David A. 2005. „Implicit memory and Alzheimer’s disease neuropathology“. *Brain* 128: 2006–2015. doi:10.1093/brain/awh559.
- Fuchs, Thomas. 2000. *Leib, Raum, Person. Entwurf einer phänomenologischen Anthropologie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fuchs, Thomas. 2008. *Leib und Lebenswelt. Neue philosophisch-psychiatrische Essays*. Zug: Graue Edition.
- Fuchs, Thomas. 2010. „Das Leibgedächtnis in der Demenz“. In *Lebensqualität bei Demenz? Zum gesellschaftlichen Umgang mit einer Grenzsituation im Alter*, hg. von Andreas Kruse, 231–242. Heidelberg: AKA.
- Fuchs, Thomas. 2012. „The Phenomenology of Body Memory“. In *Body Memory, Metaphor and Movement*, hg. von Sabine C. Koch, Thomas Fuchs, Michela Summa und Cornelia Müller, 9–22. Amsterdam: John Benjamins.
- Harrison, Barbara E., Gwi-Ryung, Son, Jiyoung, Kim und Whall, Ann L. 2007. „Preserved Implicit Memory in Dementia: A Potential Model for Care“. *American Journal of Alzheimer’s Disease and Other Dementias* 22(4): 286–293. doi: 10.1177/1533317507303761.
- Husserl, Edmund. 1952. *Ideen zur einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie. Zweites Buch: Phänomenologische Untersuchungen zur Konstitution*, hg. von Marly Biemel. Den Haag: Nijhoff.
- Husserl, Edmund. 1969. *Zur Phänomenologie des inneren Zeitbewusstseins (1893–1917)*, hg. von Rudolf Boehm. Den Haag: Nijhoff.
- Husserl, Edmund. 1977. *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie. Erstes Buch. 1. Halbband*, hg. von Karl Schuhmann. Den Haag: Nijhoff.
- Klare, Jörn. 2012. *Als meine Mutter ihre Küche nicht mehr fand. Vom Wert des Lebens mit Demenz*. Berlin: Suhrkamp.
- Kojer, Marina und Schmidl, Martina (Hg.). 2011. *Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis. Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen*. Wien, New York: Springer.
- Kojer, Marina und Sramek, Gunvor. 2011. „Die Begleitung Sterbender in den unterschiedlichen Phasen der Demenz nach Naomi Feil“. In *Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis. Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen*, hg. von Marina Kojer und Martina Schmidl. 131–141. Wien, New York: Springer.

- Kojer, Marina. 2011. „Schmerz hat viele Gesichter“. In *Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis. Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen*, hg. von Marina Kojer und Martina Schmidl. 41–46. Wien, New York: Springer.
- Körtner, Ulrich H. J. 2012. „Das Menschenbild der Leistungsgesellschaft und die Irritation Demenz“. *Zeitschrift für Medizinische Ethik* 58: 3–22.
- Lazelberger, Snezana. 2011. „Ernährung und ablehnendes Essverhalten aus Sicht der Pflegenden“. In *Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis. Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen*, hg. von Marina Kojer und Martina Schmidl. 75–86. Wien, New York: Springer.
- Maddox, Todd W. und Ashby, Gregory F. 2004. „Dissociating explicit and procedural-learning based systems of perceptual category learning“. *Behavioural Processes* 66(3): 309–332. doi: 10.1016/j.beproc.2004.03.011.
- Merleau-Ponty, Maurice. 1966. *Phänomenologie der Wahrnehmung*, übers. von Rudolf Boehm. Berlin: de Gruyter.
- Merleau-Ponty, Maurice. 1994. *Keime der Vernunft. Vorlesungen an der Sorbonne 1949–52*, hg. von Bernhard Waldenfels. München: Fink.
- Parkin, Alan J. 1996. *Gedächtnis. Ein einführendes Lehrbuch*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Petzold, Hilarion. 1982. „Leibzeit“. In *Die Wiederkehr des Körpers*, hg. von Dietmar Kamper. 68–81. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Reimer, Marlene A., Slaughter, Susan, Donaldson, Cam, Currie, G., Eliasziw, Michael. 2004. „Special care facility compared with traditional environments for dementia care: a longitudinal study of quality of life“. *Journal of the American Geriatrics Society* 52(7): 1085–1092. doi: 10.1111/j.1532-5415.2004.52304.x.
- Robinson, David und O'Neill, Desmond. 2009. „Ethics of driving assessment in dementia: care, competence and communication“. In *Medical Ethics and the Elderly*, hg. von Gurcharan S. Rai, 101–109. Oxford: Radcliffe.
- Rodemeyer, Lanai M. 2015. „The Body in Time / Time in the Body“. In *Performance and Temporalisation. Time Happens*, hg. von S. Grant, J. McNeilly und M. Veerapen, 129–138, Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Rohra, Helga. 2016. *Ja zum Leben trotz Demenz! Warum ich kämpfe*, unter Mitwirkung von Ulrike Bez. Heidelberg: medhochzwei.
- Saunders, Cicely. 1993. *Hospiz und Begleitung im Schmerz. Wie wir sinnlose Aparatmedizin und einsames Sterben vermeiden können*, übers. von Hannelore Freisfeld. Freiburg/Br., Wien: Herder.
- Schacter, Daniel L. 1987. „Implicit Memory: History and current status“. *Journal of Experimental Psychology* 13(3): 501–518. doi: 10.1037/0278-7393.13.3.501.
- Schmidl, Martina und Kojer, Marina. 2011. „Die ärztliche Sicht: Ernährung und Nahrungsverweigerung bei Hochbetagten mit fortgeschrittener Demenz“. In *Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis. Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen*, hg. von Marina Kojer und Martina Schmidl. 87–102. Wien, New York: Springer.

- Sramek, Gunvor. 2011a. „Die Bedeutung von Symbolen in der ‚Sprache‘ demenzkranker Menschen“. In *Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis. Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen*, hg. von Marina Kojer und Martina Schmidl. 21–26. Wien, New York: Springer.
- Sramek, Gunvor. 2011b. „Recht auf Sexualität. Beispiele aus der Praxis“. In *Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis. Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen*, hg. von Marina Kojer und Martina Schmidl. 242–264. Wien, New York: Springer.
- Summa, Michela. 2011. „Das Leibgedächtnis. Ein Beitrag aus der Phänomenologie Husserls“. *Husserl Studies* 27: 173–196. doi 10.1007/s10743-011-9088-8.
- Waldenfels, Bernhard. 1995. „Nähe und Ferne des Leibes“. In *Menschengestalten. Zur Kodierung des Kreatürlichen im modernen Roman*, hg. von Rudolf Behrens und Roland Galle, 11–23. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Waldenfels, Bernhard. 2013. *Das leibliche Selbst. Vorlesungen zur Phänomenologie des Leibes*. 5. Aufl. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- WGKK (Hg.). 2009. *Erster Österreichischer Demenzbericht. Teil 1: Analyse zur Versorgungssituation durch das CC Integrative Versorgung der Österreichischen Sozialversicherung*. Wien.
- Zimmermann, Christian und Wißmann, Peter. 2011. *Auf dem Weg mit Alzheimer. Wie sich mit einer Demenz leben lässt*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.