

# Menschen mit Demenz als Interaktionspartner. Eine Auswertung empirischer Studien vor dem Hintergrund eines dimensionalisierten Interaktionsbegriffs

## People with Dementia as Interactional Partners: An Analysis of Empirical Studies Based on a Dimensional Concept of Interaction

Christian Meyer\*

Medienwissenschaftliches Seminar, Universität Siegen, 57068 Siegen, Germany  
cmeyer5@uni-bielefeld.de

**Zusammenfassung:** Der Anteil von Menschen mit Demenz an der Gesamtbevölkerung Deutschlands wird mittelfristig stark zunehmen und die Begegnung mit Betroffenen aufgrund persönlicher und familiärer Kontakte zu einem alltäglichen Teil der Gesellschaft werden. Angesichts der spezifischen Symptomatik der Demenz – insbesondere des sukzessiven Verlusts des deklarativen und biografischen (episodischen) Gedächtnisses – stellt sich die Frage, wie sich soziale Interaktion mit Menschen mit Demenz gestaltet, und ob in solchen Fällen angesichts der Veränderungen sozio-kognitiver und kommunikativer Ressourcen überhaupt im engeren soziologischen Sinn von Interaktion gesprochen werden kann. Diese Fragen werden auf der Basis einer Auswertung vorliegender Studien zur Interaktion und Kommunikation mit Menschen mit Demenz diskutiert. Dazu wird der Interaktionsbegriff in vier Dimensionen aufgefächert: thematische Kontinuierung, Bezug auf geteiltes Wissen, formal-prozedurale Kontinuierung und körperlich-affektive Responsivität.

**Schlagwörter:** Interaktion; Demenz; Altern; Kommunikative Beeinträchtigung; Interaktionstheorie.

**Summary:** The relative proportion of people with dementia in the total population of many countries will strongly increase in the medium term, and encounters with people affected will become an everyday experience. Given the specific symptoms of dementia – particularly the successive loss of declarative and biographical (episodic) memory – the question arises as to how social interaction with people with dementia is shaped and whether we can, given the reduced level of socio-cognitive and communicative resources, speak of interaction with people with dementia in a strictly sociological sense at all in these cases. These issues are discussed on the basis of an evaluation of existing studies about interaction and communication with people with dementia. For this purpose, the concept of interaction is extended in four dimensions: thematic continuation, reference to shared knowledge, formal-procedural continuation and bodily-affective responsiveness.

**Keywords:** Interaction; Dementia; Aging; Communicative Disorders; Theory of Interaction.

## 1. Einleitung

Zu den gesellschaftlichen Heterogenisierungsprozessen des 21. Jahrhunderts gehören die Alterung der Gesellschaft und das gehäufte Auftreten von Menschen mit Demenz. Zwar treten diese nicht zum ersten Mal als interaktionale Gegenüber in Erscheinung, und sie sind auch nicht die ersten Wesen, mit denen Normalitätserwartungen und eingeschliffene Formen des sozialen Umgangs nicht in vollem

Umfang geteilt werden (z. B. Geistwesen, Tiere, Fremde), dennoch existieren noch keine etablierten Routinen und keine unproblematischen Alltagspraktiken im Umgang mit Menschen mit Demenz.

Der vorliegende Text beschäftigt sich mit der Frage, wie sich soziale Interaktion mit Menschen mit Demenz gestaltet und welche Konsequenzen deren Partikularität für die interaktionstheoretischen Begriffe und Modelle der Soziologie hat. Dazu werden bestehende, meist aus der Linguistik, aber auch aus der soziologischen Forschung stammende Untersuchungen ausgewertet. Dabei wird – im Sinne der Konversationsanalyse – besonders auf die verfügbaren interaktionalen Methoden geachtet, mit denen Sinn etabliert wird oder soziale Praktiken

---

\* Die Forschungen, die diesem Text zugrunde liegen, wurden durch ein Senior Fellowship 2012–2013 am Centre for Global Cooperation Research (Käte Hamburger-Kolleg) an der Universität Duisburg-Essen ermöglicht.

ausgeübt werden (Schegloff 1992). Da einige Interaktionsmittel aufgrund der hirnpfysiologischen Veränderungen der Demenz unweigerlich wegfallen, wird der Interaktionsbegriff dimensionalisiert, um die Interaktion mit Menschen mit Demenz nicht von der pauschalen Perspektive des isolierten vollkompetenten Akteurs – nach Nussbaum (2006: 318) eine „fiction of competent adulthood“ – aus zu bewerten. Vielmehr wird diese von der durch fortwährende Interaktionsprozesse in einer reichhaltigen sozialen, kognitiven und materiellen Umwelt geprägten Situation aus betrachtet, wodurch zudem auch einige Grundelemente menschlicher Interaktivität sichtbar werden.

Im folgenden Abschnitt (2) werde ich zunächst etwas über die gesellschaftliche Bedeutung der Demenz besonders in der alternden Gesellschaft sagen, um dann auf den Forschungsstand über die Interaktion mit kommunikativ beeinträchtigten Personen (3) sowie eine Charakterisierung der Demenz selbst (4) zu sprechen zu kommen. Im anschließenden Abschnitt (5) folgen einige methodologische Vorbemerkungen, während in (6) das in diesem Text verwendete Interaktionskonzept bestimmt und in unterschiedliche Dimensionen aufgefächert wird. Auf dieser Basis werden bestehende Studien im Hinblick auf ihre Aussagekraft über Formen der Interaktion mit Menschen mit Demenz analysiert (7). Der Text endet mit einer Diskussion der Befunde (8) und einem Fazit (9).

## 2. Die „Demenzgesellschaft“

Das 21. Jahrhundert gilt als Jahrhundert des demografischen Alterns (Kocka 2008: 217). Für die Mitte des 21. Jahrhunderts ist zu erwarten, dass es bei einer Bevölkerung von weltweit über 9 Milliarden Menschen erstmals mehr Menschen über 50 als unter 15 Jahren geben wird.

Während in Bezug auf die alternde Gesellschaft positiv konnotierte Begriffe wie „active aging“ (vgl. z. B. Graefe & Lessenich 2012) zirkulieren, liegt ein weiterer Begleiteffekt dieser Entwicklung darin, dass die relative Anzahl an Menschen mit Demenz in der Bevölkerung stark zunimmt. Im Jahr 2030 werden knapp 30 % der Gesellschaft in Deutschland über 65 Jahre alt sein, von denen ca. 15 % irgendwann während ihres Lebens an Demenz leiden werden. Dies impliziert, dass fast jeder und jede Zweite der dann noch gesunden 20- bis 65-Jährigen (ca. 40 % der Bevölkerung) im familiären Umfeld mit einem Demenzfall konfrontiert sein wird. Während gegenwärtig in Deutschland zwi-

schen 1,2 und 1,4 Mio. Betroffene leben, werden es 2050 bei geschrumpfter Bevölkerung bis zu drei Mio. sein (Deutscher Ethikrat 2012: 34f.; Deutsche Alzheimergesellschaft 2012). Bislang ist noch keine medikamentöse Therapie in Sicht, und es bleibt unklar, ob es sich bei Demenz um eine Krankheit oder natürliche Veränderungen des Gehirns im Rahmen des Alterungsprozesses handelt (Förstl et al. 2011).

Demenz wird also mittelfristig zu einem integralen Bestandteil der Gesellschaft werden. Zwar gibt es Studien aus Gerontologie, Soziologie und Psychologie des Alterns, die auf dieses Phänomen und viele damit verbundene Probleme eingehen (z. B. Kruse 2010); die hier thematisierte Frage nach den Formen, Möglichkeiten und Grenzen der Interaktion mit Menschen mit Demenz wurde jedoch vor dem Hintergrund der soziologischen Interaktionstheorien bislang noch nicht untersucht.

Angesichts ihrer spezifischen Symptomatik stellt Demenz das Sozialleben, darunter gewohnte Formen sozialer Interaktion, vor große Herausforderungen. Die kognitiven, mentalen und mnemonischen Fähigkeiten der Betroffenen lassen nach, sie werden unselbständiger und ihre Persönlichkeit verändert sich. Für gesunde Interaktionspartner, z. B. Eheleute, Kinder, Nachbarn, Pflegende, entsteht so eine wachsende Kluft zwischen vergangener Erfahrung und aktueller Situation.

Aus interaktionssoziologischer Sicht stellt sich hier eine ganze Reihe von Fragen wie: Vor welchen Herausforderungen und Problemen stehen Gesunde bei der Interaktion mit Menschen mit Demenz? Wie werden sich gesellschaftliche Auffassungen und Praktiken von Interaktion im Zuge der Generalisierung und Normalisierung von Beziehungen mit Menschen mit Demenz möglicherweise verändern? Mit welchen Begriffen können Interaktionen mit und unter Menschen mit Demenz beschrieben werden, und reichen die soziologischen Begriffe dazu aus? Und nicht zuletzt: Wie können wir uns methodisch der Demenz nähern?

## 3. Forschungsstand

Interaktionssoziologische Forschungen über Menschen mit kommunikativen Einschränkungen stehen – insbesondere im deutschsprachigen Raum – noch am Anfang. Allein zum Thema der durch Schlaganfälle oder andere Hirnschädigungen verursachten Aphasie liegen umfassendere Ergebnisse vor (vgl. Goodwin 2003). Hier wurde gezeigt, dass selbst Personen mit schwersten Sprachstörungen

komplexe Dinge zum Ausdruck bringen können, indem sie die sequenziellen, sozialen und kognitiven Ressourcen ihrer Umgebung nutzen. Goodwin (2012) demonstriert z. B., wie ein Mann, der nur drei Wörter („Ja“, „Nein“ und „Und“) sagen konnte, dennoch in der Lage war, komplexe Aussagen zu tätigen, indem er eigene Redeanteile in Äußerungssequenzen einbettete, die er zusammen mit seinen gesunden Gesprächspartnern ko-konstruierte. Seine Praktiken der Sinnerzeugung waren daher nicht nur in seinem eigenen Körper verortet, sondern in einer Einheit, die seine Gesprächspartner, die sequenzielle Umgebung und die semiotisch strukturierte Umwelt umfasste. Eine wichtige Rolle spielten auch visuelle Äußerungen (Gestik, Mimik und Körperhaltungen), mit denen Interaktionspartner mit Sprachstörungen aktiv am Gespräch teilnehmen (Schegloff 2003). Zwar ist die menschliche Sprache in diesem Prozess entscheidend, sie existiert aber innerhalb einer weiteren Ökologie von Ressourcen, die restrukturiert wird, wenn Sprachstörungen auftreten. Aufgrund dieser grundlegenden Kontextorientiertheit der kommunikativen Ressourcen von Menschen mit Sprachstörungen ist ein vertrautes materielles wie personelles Umfeld für deren Interaktionsmöglichkeiten unentbehrlich.

Demenz zeichnet sich im Vergleich dazu zwar durch eine völlig andere Symptomatik aus: Es handelt sich um einen Verfall insbesondere der Gedächtnisleistungen und weniger um eine Störung der Sprachproduktion. Zumindest für die Anfangsphase der Demenz wurde jedoch bestätigt, dass die Produktion von Narrativen etwa in isolierten Sprachtests wesentlich schwieriger ist als im Rahmen von Interaktionen in vertrauter Umgebung (Ramanathan 1995). In späteren Phasen tauchen allenfalls noch Narrationsspuren als Momentaufnahmen und kurze Schlaglichter in eine Vergangenheit auf, deren Bezug zur Gegenwart der Äußerung unklar ist (Hamilton 2008). Dennoch wird das Zusammensein und die Unterstützung positiver Identitäten der Beteiligten als weiterhin lohnenswert empfunden (Hydén et al. 2013).

Über lange Phasen der Krankheit hinweg trifft auch die Diagnose zu, dass die allermeisten Menschen mit Demenz ihre soziale und materielle Umgebung ebenso geschickt wie Aphasiker dazu einsetzen, sinnvolle Äußerungen zu ko-konstruieren. Ein Großteil der Bürde der Sinnerzeugung und Äußerungsproduktion liegt dabei jedoch bei den gesunden Interaktionspartnern, etwa wenn sie Nachfragen stellen oder Formulierungsvorschläge unterbreiten (Watson et al. 1999). Gerade dies wird von Angehörigen und Pflegern oft als besonders belastend be-

schrieben (Small et al. 2000). Viele Menschen mit Demenz entwickeln Strategien, interaktionale Fähigkeiten auch bei mnemonischen Verlusten aufrecht zu erhalten und „normal“ zu erscheinen. Interaktionale Probleme entstehen oft gerade aus der Tatsache, dass die gesunden Interaktionspartner deswegen weiter Alltagsverfahren einsetzen, die unter Gesunden unproblematisch sind, Menschen mit Demenz jedoch überfordern.

Nach einer genaueren Beschreibung der Symptomatik von Demenz sowie einigen methodischen und theoretischen Vorbemerkungen in den nächsten beiden Abschnitten wird anschließend eine differenzierte Auswertung vorliegender Studien – gewissermaßen als erweiterte, interaktionstheoretisch geleitete Präsentation des Forschungsstands – durchgeführt, die unterschiedliche Dimensionen der Interaktion mit Menschen mit Demenz herausarbeitet.

#### 4. Was ist Demenz?

Demenz ist ein Sammelbegriff für Symptome, die früher als „geistige Verwirrtheit“ u. ä. bezeichnet wurden. Es gibt mehrere Ursachen für Demenz, wovon Alzheimer (60 %) die häufigste ist, gefolgt von „vaskulären“ Demenzen (15 %), die infolge von Gefäßerkrankungen oder Durchblutungsstörungen des Gehirns (z. B. Infarkten, Diabetes, Schlaganfällen) auftreten. Darüber hinaus gibt es eine ganze Reihe von sekundären Demenzformen, darunter Alkoholismus (4,6 %) und Parkinson (1,3 %). Die Lebenserwartung nach der Diagnose variiert stark; bei einer Alzheimer-Demenz liegt sie bei acht Jahren (Deutscher Ethikrat 2012: 15f.). Antidementive Medikation kann bis heute nur zur Verbesserung einzelner Symptome (z. B. Angst, Unruhe, Aggression) eingesetzt werden. Auch wurden bislang wenige Möglichkeiten der Prävention identifiziert, von denen kontinuierliches kognitives und motorisches Training sowie eine gesunde Lebensweise gegenwärtig die vielversprechendsten sind. Einigen Erfolg zeigen auch Trainings des Gedächtnisses, der Orientierung und der Selbsterhaltung sowie Ergo- und Musiktherapie (vgl. Romero 2004). Das Feedback, das die Betroffenen vom sozialen und klinischen Umfeld erhalten, spielt hierbei eine große Rolle.

Gemeinsam ist den unterschiedlichen Demenzen die Symptomatik, auch wenn diese jeweils in unterschiedlichen Gewichtungen auftreten kann (vgl. Maxim & Bryan 2006). Sie besteht im langsamen Verlust von Gedächtnis- und Denkfähigkeiten, Ein-

schränkungen der Orientierung, Beeinträchtigungen der Alltagsaktivitäten, aber auch Veränderungen der Emotionalität und des Verhaltens wie sozialem Rückzug, Apathie oder Enthemmung, Affektlabilität und Unruhe (Deutscher Ethikrat 2012: 12). Die Veränderungen nehmen bisweilen die Qualität einer Persönlichkeitsveränderung an, meist treten jedoch bestehende Züge ausgeprägter in Erscheinung oder unterliegen weniger der Kontrolle. Der Gedächtnisverfall beginnt mit der Gegenwart und endet schließlich mit den frühesten Kindheitserinnerungen (Piolino et al. 2003).

Für die Diagnose einer Demenz ist ausschlaggebend, dass der Zustand mindestens ein halbes Jahr angedauert hat. Darüber hinaus werden kognitive Tests, neurophysiologische Untersuchungen und Tomografien sowie Beurteilungen der Alltagskompetenzen etwa bei der Nahrungsaufnahme, der Hygiene, der sozialen Interaktion (z. B. Telefonieren) oder der Mobilität (z. B. Benutzung von Verkehrsmitteln) vorgenommen (Deutscher Ethikrat 2012: 12f.). Ein Großteil der internationalen Fachliteratur geht von drei Phasen in der Progredienz von Demenz aus (vgl. Förstl et al. 2011: 52–55). Alle Phasen zeichnen sich durch eine erhöhte Fragilität der Interaktion aus, die u. a. daher rühre, dass die Emotionalität der Demenzbetroffenen spontaner und unverfälschter sei, dabei aber auch sehr stark und unkontrolliert sein könne und oft in sich nicht stimmig wirke (Deutscher Ethikrat 2012: 24).

I. Die erste, frühe Phase zeichnet sich durch ein abnehmendes Kurzzeitgedächtnis, die Schwierigkeit, Neues zu erlernen, die Gefahr, sich zu verirren, ein reduziertes zeitliches und räumliches Vorstellungsvermögen und die abnehmende Fähigkeit zur Selbstversorgung aus. In dieser Phase wird die Demenz oft verleugnet und durch Floskeln überspielt, aber auch Angst und sozialer Rückzug treten auf (Förstl et al. 2011: 52f.; Deutscher Ethikrat 2012: 19–21; Healing Project 2007: 240; Maxim & Bryan 2006: 179).

II. In der mittleren Phase treten eine hochgradige Vergesslichkeit im Kurzzeitgedächtnis und Desorientiertheit auch in vertrauter Umgebung ein, ferner treten Störungen im Tag-Nacht-Rhythmus auf, und Situationen der Hilflosigkeit häufen sich. Die Betroffenen bleiben aber in der Lage, sich in die Situation einzufühlen und den Augenblick intensiv zu erleben (Förstl et al. 2011: 53–54; Deutscher Ethikrat 2012: 21–22; Healing Project 2007: 241–42; Maxim & Bryan 2006: 179).

III. Die späte Phase schließlich ist durch schwersten geistigen Abbau gekennzeichnet, der sich z. B. in

ständiger Situations- und Personenverkennung und körperlichen Störungen äußert. Allerdings bleibt die Fähigkeit bestehen, positive Emotionen nonverbal auszudrücken (Förstl et al. 2011: 54f.; Deutscher Ethikrat 2012: 22f.; Healing Project 2007: 242; Maxim & Bryan 2006: 179).

## 5. Methodische Vorbemerkungen

Ein wesentliches methodisches Problem betrifft die Tatsache, dass Demenz eine starke Form von Alterität darstellt, die Nicht-Betroffenen ab einem gewissen Zeitpunkt nicht mehr zugänglich ist. Es wäre allerdings allzu leichtfertig, allein die Tatsache, dass etwa zusammenhängende Gespräche mit Menschen mit fortgeschrittener Demenz nicht mehr möglich sind, bereits als hinreichende Evidenz dafür anzusehen, dass sie grundsätzlich nicht mehr als Interaktionspartner zur Verfügung stehen (vgl. Ramathan 1997). In der medizinischen Diagnostik wird ein derartiges Schlussverfahren allerdings angewendet, indem mit Tests wie dem „Minimal Mental Status Test“ (Folstein et al. 1975; Kessler et al. 2000) über die Bewertung der kognitiven Fähigkeiten implizit auch die Interaktionsfähigkeit der Betroffenen beurteilt wird. Der Test besteht aus Fragen und Aufgaben der folgenden Art: „Ziehen Sie von 100 jeweils 7 ab oder buchstabieren Sie Stuhl rückwärts“; „Was ist das? (Armbanduhr sowie Bleistift/Kugelschreiber werden gezeigt)“; „Sprechen Sie nach: ‚Kein wenn und oder aber.‘“.

Aus Sicht einer interaktionssoziologischen Demenzforschung sind diese Tests problematisch, da sie der Partikularität der demenziellen Sozialkompetenzen nicht gerecht werden, sondern vielmehr das Alltagswissen der Testenden über Interaktion zur Grundlage ihrer wissenschaftlichen Einschätzung machen. Hierzu zählt z. B. die Einschätzung der angemessenen Pausenlänge nach Fragen, die vom alltäglichen Interaktionsgefühl des Testenden gelenkt wird, für Demenzpatienten jedoch typischerweise zu kurz ist (Sabat 1991, 1999; Perkins et al. 1998; Ramathan 1997: 53–88). Die Tests haben somit gewissermaßen einen Defizitbias, indem sie vor allem darauf angelegt sind, kognitive und interaktionale Schwächen vor dem Hintergrund des Standards eines „normalen wachen Erwachsenen“ offen zu legen. Es ist so, als würde man bei Kindern ihre Erwachsenenheit testen und dabei die unweigerlichen Defizite herausstellen.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Zu einer ähnlichen Kritik an Tests, die mit Aphasikern durchgeführt werden, vgl. Schegloff 2003: 27f.

Auch sozialwissenschaftliche Theorien beeinflussen den Blick auf Interaktionspartner mit Demenz bei der soziologischen Erforschung der Interaktion mit und unter Menschen mit Demenz. Hierzu zählen etwa Annahmen über das Bewusstsein des Gegenübers und darüber, wie es kommunikativ transparent werden kann. In vielen soziologischen Theorien und Methodologien von Weber über Parsons und Schütz bis hin zur Konversationsanalyse oder Luhmann wird ein Ideal des vollkompetenten Akteurs, eine „fiction of competent adulthood“, vorausgesetzt (vgl. Cerulo 2009; Nussbaum 2006). Im vorliegenden Text soll demgegenüber versucht werden, die Partikularität demenzieller Interaktionsmöglichkeiten – darunter unausweichlich Defizite, aber auch Kompetenzen – sichtbar zu machen.

Zwei Herangehensweisen an die Alterität der demenziellen Interaktion können methodisch unterschieden werden (vgl. Rammert & Schulz-Schaeffer 2002: 23ff.): erstens die Erfassung der Beschreibung von Interaktivität durch die Akteure – also durch Pflegenden, Ärzte, Familienangehörige oder die Betroffenen selbst; zweitens die Beobachtung von real ablaufenden Interaktionsprozessen, die von Sozialwissenschaftlern auf die darin sichtbare Interaktivität hin untersucht werden. Beide Herangehensweisen unterscheiden sich in Bezug auf ihren soziologischen Aussagegehalt: Indem die erste Herangehensweise auf die Erfahrungen und subjektiven Sichtweisen der Akteure fokussiert, erzeugt sie kein von diesen unabhängiges Kriterium, inwieweit die Betroffenen interagieren und inwiefern sie in einem allgemeinen Sinne als Teil der Sozialwelt anzusehen sind. Die Gefahr, Projektionen der Akteure oder eine „folie à deux“ als Tatsachenbeschreibungen zu übernehmen, ist hier groß. Lindemann (2009: 238, 244ff.) hat daher diesbezüglich eine Validierung der Akteursdeutungen durch Dritte angemahnt.

Die zweite Herangehensweise kann demgegenüber zwar aus einer Beobachterperspektive rekonstruieren, ob Interaktionen im Sinne einer wechselseitigen Aufeinander-Bezogenheit ablaufen, muss aber darauf verzichten, die geschulten, externe Beobachter potenziell überraschenden Sichtweisen der Akteure ernst zu nehmen. Aus diesem Grund muss sie besonders darauf bedacht sein, ihre eigenen Kategorien der Beschreibung und Analyse zu reflektieren, um nicht bereits vorhandene Kriterien einfach subsumptionslogisch am Datenmaterial zu bestätigen. Indem die Beurteilung der Interaktivität hier jedoch der Einschätzung eines Dritten unterliegt, in unserem Falle der des For-

schers,<sup>2</sup> kann an dieser Stelle eine über die subjektiven Sichtweisen und damit auch potenziellen Projektionen der Akteure hinausgehende Bewertung produziert werden. Ablesbar ist dies am erfolgreichen Produzieren von Intersubjektivität durch die Sequenzialität von Rede- oder Handlungszügen (Schegloff 1992).

Auch wenn idealerweise beide Herangehensweisen kombiniert werden sollten, wird an dieser Stelle im Wesentlichen die zweite Herangehensweise verfolgt. Studien, welche die erste Herangehensweise wählen, stellen als zentrales Problem die belastende und konfliktreiche Beziehung zu Menschen mit Demenz heraus, die aus der Tatsache resultiert, dass die interaktionalen und kommunikativen Methoden der Menschen mit Demenz von Seiten der Angehörigen und Pfleger typischerweise als „Dokument für“ (Garfinkel 1967: 40) größere kognitiv-mnemonische Fähigkeiten interpretiert werden als tatsächlich noch vorhanden sind. Dies führt dazu, dass auf Seiten der Angehörigen und Pfleger ständig Erwartungen erzeugt werden, die von den Menschen mit Demenz nicht erfüllt werden können, was dann als „Boshaftigkeit“ oder „Egozentrik“ gedeutet wird. In den späteren Phasen wird die Beziehung schließlich als stark unbefriedigend empfunden, weil über den Verlust des Gedächtnisses auch die Persönlichkeit der betroffenen Person als verloren angesehen wird (vgl. z. B. Small et al. 2000; Kitzinger & Jones 2007). Indem hier die zweite Herangehensweise gewählt wird, können die in der interaktionalen Dynamik liegenden Gründe für diese „Beziehungsfälle“ expliziert werden. Zugleich generiert dieses Vorgehen Erkenntnisse über die Interaktionalität menschlicher Existenz an sich.

## 6. Interaktion mit Menschen mit Demenz: Eine Dimensionalisierung des Interaktionsbegriffs

Da es zu Beginn der Untersuchung noch unklar ist, ob Menschen mit Demenz überhaupt in einem engeren soziologischen Sinn als Interaktionspartner

<sup>2</sup> Lindemann fordert im Unterschied hierzu eine dritte Person *aus dem Feld*, deren Einschätzung wiederum von der Soziologin zu beobachten und in die Analyse einzubeziehen ist. Da es im Falle einer positiven validierenden Bewertung von Seiten der Dritten allerdings schwer oder gar unmöglich ist, zu entscheiden, ob die Person aus dem Feld als Dritte oder als Teil einer „folie à plusieurs“ urteilt, wird die Frage letztlich wieder an die Soziologin zurückgegeben.

anzusehen sind, ist es unumgänglich, zunächst einige Bemerkungen zum Begriff der Interaktion zu machen, der der folgenden Untersuchung zugrunde gelegt wird. Lindemann (2002, 2009) hat in ihrer ausführlichen Untersuchung von Komapatienten und des Hirntodkonzepts das Vorhandensein von Erwartungserwartungen (Luhmann 1984: 411–417) als zentrales Kriterium für Sozialität entwickelt. Für sie ist die Tatsache, dass *ego* nicht nur Erwartungen an *alter* richtet, sondern zugleich davon ausgeht, dass *alter* ebenfalls Erwartungen an *ego* stellt (und dadurch doppelte Kontigenz entsteht), entscheidend dafür, ob der bzw. die Komapatient/in als soziale Person anzusehen ist und in die Gesellschaft inkludiert bleibt (vgl. 2002: 70–73, 426ff.; 2009: 57f., 139ff.). Zur empirischen Überprüfung scheint ihr die Sprache als ein einfach zu handhabendes Kriterium: „Diejenigen Akteure, die sich sprachlich aufeinander beziehen“, werden „als soziale Akteure gedeutet“ (Lindemann 2009: 233).

Lindemann überprüft dies, indem sie protokolliert, ob der/die Komapatient/in dazu fähig ist, „auf eine Frage mit Ja oder Nein zu antworten“ (Lindemann 2009: 234). Denn „wer eine Geste als Symbol für Zustimmung oder Ablehnung bei der Beantwortung einer Frage verwendet, muss realisiert haben, dass an ihn eine Frage gestellt wurde. Dies beinhaltet, die Erwartung des Fragenden zu antizipieren, auf seine Frage eine Antwort zu erhalten“ (Lindemann 2009: 235). Dabei muss für die Forscherin „am Verhalten ablesbar sein, dass die Patientin auf die Erwartung des Fragenden, eine Antwort zu erhalten, reagiert hat“ (Lindemann 2009: 235f.). Zudem muss die Antwort zwischen Zustimmung und Ablehnung differenzieren (2009: 237).

Diesem Ansatz wird hier grundlegend gefolgt, allerdings wird differenziert auf einzelne, sehr unterschiedliche interaktionale Fähigkeiten von Menschen mit Demenz eingegangen. Insbesondere erscheinen drei Anforderungen, die Lindemann für die Wertung eines Verhaltens nach einer Frage als Antwort auf diese stellt, zu anspruchsvoll und auch zu wenig alteritätssensitiv für die Interaktion mit Menschen mit Demenz. Dies sind nach Lindemann (2009: 236): 1. der zeitliche Zusammenhang: die Reaktion muss „zeitlich dicht“ innerhalb von „wenigen Sekunden“ erfolgen, 2. die Angemessenheit: die Antwort muss als sinnvolle Reaktion auf die Frage erkennbar sein, und 3. die Allgemeinheit: die Reaktion muss in einer wiedererkennbaren, auch für Fremde nachvollziehbaren Reaktion bestehen. Wie wir sehen werden, widersprechen die Reaktionen von Menschen mit Demenz diesen Anforderungen permanent, ohne dass dabei erkennbar

würde, dass diese Menschen überhaupt nicht interaktionsfähig wären (vgl. Ramanathan 1997).

In der vorliegenden Untersuchung werden basierend auf bestehenden soziologischen Modellen vier Dimensionen von Interaktion untersucht. Obwohl bereits einige Gradualitätshypothesen sozialen Handelns (Rammert & Schulz-Schaeffer 2002: 39ff.) oder von Mensch-Umwelt-Bezügen (Mead 1934; Lindemann 2002) existieren, werden Dimensionen von Interaktivität unterschieden, die vorrangig dem untersuchten Phänomen adäquat erscheinen. Die im Folgenden dargestellten Interaktionstheoretiker können als paradigmatisch für die jeweilige Dimension angesehen werden, in deren Rahmen sie referiert werden, sind aber nicht auf diese zu beschränken.

I. Die sicherlich anspruchsvollste Dimension der Interaktion ist die thematische Kontinuierung, durch die *alter* und *ego* jeweils anzeigen, dass sie semantisch und inhaltlich aufeinander bezogen sind und sich im selben thematischen Zusammenhang bewegen. Dadurch, dass ein Zweitakteur inhaltlich adäquat auf die Äußerung oder Handlung eines Erstakteurs reagiert, demonstriert er seinen Bezug zur gemeinsamen Aktivität (Plauderei, Streit, Boxkampf etc.), was sich durch eine weitere Äußerung oder Handlung des Erstakteurs fortsetzt. Auf diese Dimension der Interaktion legen die Theorien von Luhmann (1984, 1997) und der Konversationsanalyse (Schegloff 1992) besonderen Wert. In Luhmanns systemtheoretischem Ansatz bildet der thematische Anschluss ein wesentliches Instrument, über die Unterscheidung von „Anwesenheit“ und „Abwesenheit“ ein Interaktionssystem zu konstituieren. Die Grenzziehung des Interaktionssystems geschieht – neben wechselseitiger Wahrnehmung und Wahrnehmung von Wahrnehmung (Luhmann 1984: 560; 1997: 814f.) – über den „wahrnehmbare[n] Sinn als Selektor“ (1984: 563). Die Vorgabe für den autopoietischen, sich selbst und seine Grenzen selektierenden Charakter des Interaktionssystems, die Luhmann (1984: 564) mit der Konversationsanalyse teilt, ist, dass die relevanten Ereignisse sequenziell erfolgen müssen. Dies wiederum impliziert, dass sich Interaktionen „zeitlich in Episoden“ (Luhmann 1984: 566) gliedern. Laut Luhmann (1984: 560) wird also innerhalb der Interaktion unter Anwesenden entschieden und u. a. durch thematisch sinnvolle sequenzielle Anschlusskommunikationen zum Ausdruck gebracht, „was als anwesend zu behandeln ist und was nicht“.

II. Die zweite Dimension besteht in der Fähigkeit der Interaktionspartner, sich implizit auf geteiltes

lebensweltliches Wissen zu beziehen. Hierauf hat aus der Perspektive einer Theorie sozialen Handelns in besonderem Maße Schütz (1962: 12; Schütz & Luckmann 2003: 99) hingewiesen. Er hat diese Grundbedingung sozialer Interaktion als Generalthese der Reziprozität der Perspektiven (ebd.) formuliert. Die Generalthese umfasst zwei Idealisierungen, die in der Alltagseinstellung des Menschen wirksam sind, nämlich erstens die Idealisierung von der Austauschbarkeit der Standpunkte, d. h. der Annahme, dass, wäre ich dort, wo mein Partner jetzt ist, ich die Dinge in gleicher Perspektive, Distanz, Reichweite erfahren würde wie er – und umgekehrt. Zweitens die Kongruenz der Relevanzsysteme: Solange, bis sich etwas anderes herausstellt, kann *ego* davon ausgehen – und dabei annehmen, dass sein Gegenüber ebenfalls davon ausgeht –, dass Unterschiede in den biografischen Hintergründen beider nicht relevant für das gegenwärtige gemeinsame Anliegen – die praktischen Zwecke – sind, sondern dass *ego* und *alter* unter der Prämisse handeln und sich verständigen, dass die „Objekte in Reichweite“ für beide die identische Bedeutung hätten (Schütz 1962: 11f.). Charakteristisch für Interaktion („umweltliche soziale Beziehung“) ist, dass *ego* und *alter* „räumlich und zeitlich koexistieren“ und dadurch einander „in Erlebnisnähe“ zugekehrt sind (Schütz 1974: 227, 234f.). *Alter* bietet hier durch seine Leibhaftigkeit ein Ausdrucksfeld mit einem „Maximum der Symptomfülle“ (ebd.: 235), das *ego* beobachten kann. Ausgehend von dieser „beobachtete[n] Leibesbewegung“ *alters* hat *ego* Zugang zu dessen „gemeintem Sinn“ (ebd.: 142) und damit auch zu den implizit gehaltenen lebensweltlichen Wissensbeständen, die der aktuellen Interaktion zugrunde liegen.

III. Eine dritte Dimension betrifft die Fähigkeit der Interaktionspartner, eine Interaktionssituation formal-prozedural am Laufen zu halten. Hierzu gehört z. B. das Sprechwechsellsystem, das Einhalten angemessener Pausenlängen oder das Äußern von Verständnissignalen. Dies hat besonders die Konversationsanalyse betont, der zufolge Intersubjektivität vor allem deshalb möglich ist, weil die zeitliche Abfolge von interaktionalen Handlungen in sich geordnet ist (Sacks et al. 1974; Schegloff 2007: 1–3). Wechselseitige Verständigung und Koordination oder, genereller formuliert, Intersubjektivität werden aus dieser Perspektive vornehmlich durch die lokale Demonstration, dass eine Äußerung verstanden wurde, gesichert – und dies geschieht durch kommunikative Anschlüsse, die jedoch thematisch nicht weiter spezifiziert sein müssen. Interaktion wird damit durch den formalen, sequenziellen Cha-

rakters der Turn-Taking-Maschinerie erreicht (vgl. Schegloff 2007: 252, 264).

Als Instrument der Verständigungssicherung dient zum einen der rezipientenspezifische Zuschnitt von Äußerungen (*recipient design*), mit dem als vorbeugende Maßnahme Äußerungen von vornherein so formuliert werden, dass sie für individuelle Rezipienten in einem spezifischen Kontext verstehbar werden. Ein Sprecher muss hierfür das Wissen und die Perspektive eines Hörers antizipieren. Zum anderen stellen Praktiken der Reparatur vorhergehender Äußerungen (*repair*) Verstehen wieder her, nachdem Missverständnisse oder Fehlleistungen (z. B. Versprecher) stattgefunden haben. Sequenzialität stellt also neben den thematischen auch die prozeduralen Mittel zur Verfügung, konstant den Erfolg der Kommunikation zu überprüfen, zu bestätigen oder zu revidieren (Bergmann 1988: 39–46). Ohne Sequenzialität – so die konversationsanalytische Grundannahme – wäre Interaktion unmöglich.

IV. Die vierte Dimension schließlich besteht in der Fähigkeit zur Etablierung von körperlicher Koprsenz, also in der basalen Responsivität und Koordination der Interaktionspartner etwa beim Vollzug von gemeinsamen Aktivitäten. Diese Qualität von Interaktion haben Goffman und ganz besonders Mead in ihren Modellen hervorgehoben.

Für Mead treten Individuen nicht aus einer Situation der Isoliertheit in Interaktion, sie haben vielmehr von Anfang an mimetisch und emotional Teil an sozialen Situationen, weil sie den Sinn sozialer Handlungen über das wiederkehrende Erleben solcher Situationen gelernt und als Verhaltenserwartungen verinnerlicht haben. Die Teilnehmer erlangen bei Begegnungen identische emotionale Zustände, die durch körperliche, gestische oder lautliche Äußerungen hervorgerufen werden (vgl. Joas 1980: 102). Derjenige, der eine Äußerung produziert, antizipiert auf verkörperte Weise bereits die Reaktionen des Hörers und übernimmt dadurch zugleich dessen Rolle. Interaktionen sind durch die fortwährende wechselseitige Abstimmung von Zuständen, Empfindungen und Situationsinterpretationen gekennzeichnet (Mead 1980: 212; Joas 1980: 101). Auf diese Weise wird, wie Joas (1980) es nennt, „praktische Intersubjektivität“ hergestellt, und es kommt zu einer permanenten Neuorientierung, „weil die Individuen, auf deren Verhalten unser eigenes Verhalten antwortet, ihrerseits ständig ihr Verhalten in dem Maße verändern, in dem unsere Reaktionen zutage treten. Unsere Anpassung an ihre wechselnden Reaktionen findet daher durch

einen Prozess der Analyse unserer eigenen Reaktionen auf ihre Reize statt. (...) Wir sind uns unserer Haltungen bewusst, weil sie für Veränderungen im Verhalten anderer Individuen verantwortlich sind“ (Mead 1980: 219; Joas 1980: 104). Ein Großteil der Interaktion verläuft nach Mead in einer Sphäre unterhalb der Bewusstseinschwelle, was er als „innervation“ bezeichnet (Mead 1974: 24, 104).

Für Goffman kommt Interaktion dann zustande, wenn die Teilnehmer während körperlich-responsiver Kopräsenz ein gemeinsames, kollaboratives Engagement etablieren, indem sie einen einzigen Fokus der kognitiven und visuellen Aufmerksamkeit unterhalten und so das Gefühl einer gemeinsamen Aktivität erzeugen, der sie ein privilegiertes Recht einräumen (Goffman 1959: 13f.; 1963: 13–22, 89). Ein gemeinsamer Fokus kann besonders gut in körperlicher Ko-Präsenz erzeugt werden, denn dann sind Individuen „admirably placed to share a joint focus of attention, perceive that they do so, and perceive this perceiving“ (Goffman 1983: 3).

In der soziologischen Interaktionstheorie existiert damit ein Konsens darüber, dass Interaktion eine wechselseitige Abstimmung der Interaktionspartner erfordert, die durch eine permanente Responsivität und Aufeinander-Bezogenheit erzeugt wird. Dies erfordert die Empathiefähigkeit der Beteiligten sowohl im mimetischen Nachempfinden als auch in der analogen oder komplementären Responsivität. Dies wiederum setzt eine kontinuierliche, simultan operierende wechselseitige Wahrnehmung der Beteiligten voraus, die mit unterschiedlichen Sinnen und Ressourcen wie Vokalität, Blick, Gestik, Mimik, Körperpostur, Berührung vollzogen werden kann. Über das Ausmaß körperlicher Kopräsenz, bei der die Äußerungen der Interaktionspartner auch dem gesamten Spektrum der Sinne (Sehen, Hören, evtl. Tasten) beider zugänglich sein müssen, herrscht jedoch kein Konsens.

Darüber hinaus erfordert Interaktion eine Beidseitigkeit an Kommunikationen, die in spezifischer Form temporal-sequenziell getaktet ist sowie den Bezug auf stillschweigend vorausgesetztes und als geteilt unterstelltes (oft praktisches) Wissen, etwa über die Austauschbarkeit der Standpunkte für alles in der Interaktionsepisode folgende, die Kontinuität der Lebenswelt und die Wiederholbarkeit früherer Handlungen oder über die notwendigen Symbolbezüge, und die kulturellen Ressourcen, um dies umzusetzen. Notwendig ist darüber hinaus die Situationsfähigkeit der Beteiligten, d. h. die Fähigkeit, sich auf den spezifischen Kontext der Interaktion ebenso einzustellen wie auf das Gegenüber mit sei-

ner einzigartigen Biografie bzw. typischen Rolle sowie auf die Interaktionsgeschichte, die den Fortgang der Begegnung beeinflusst. Dies äußert sich auch in der aktiven Hervorbringung der Interpretierbarkeit ihrer Akte durch die Interaktionspartner, etwa mittels spezifisch zugeschnittener Äußerungen und konversationaler Reparaturen. Wesentlich erscheint nicht zuletzt die Aufeinander-Bezogenheit von Äußerungen durch thematische Sinnanschlüsse. Die letzteren sind allerdings sehr anspruchsvolle Kriterien für Interaktion, die nicht von allen Theoretikern als definitorische Merkmale angesehen werden.

Der Identifikation der kommunikativen Äußerung von Erwartungserwartungen als zentralen definitorischen Kriteriums für Sozialität durch Lindemann (2009: 57f., 139f.) wird hier bezüglich Interaktivität gefolgt. Dabei soll betont werden, dass Erwartungserwartungen kognitiver und normativer Art nicht nur in der anspruchsvollsten Dimension der thematischen Kontinuierung grundlegend sind. Dies gilt z. B. für Fragen, bei denen der Gefragte erwarten kann, dass die Fragende eine sinnvolle, relevante, ehrliche und angemessene Antwort erwartet (vgl. Grice 1975). Auch in den drei anderen Dimensionen sind reflexive Erwartungen präsent: Im Bereich des geteilten Wissens bestehen z. B. Erwartungserwartungen, der sozialen Beziehung gemäß zu agieren (vgl. die Krisenexperimente von Garfinkel 1967: 35–75). In Bezug auf die prozedural-formale Kontinuierung existieren stillschweigende, vermutlich vorprädikative Erwartungserwartungen über Rederechte, Pausenlänge und zu gebende Aufmerksamkeitssignale (vgl. z. B. Jefferson 1983). Hinsichtlich der körperlich-affektiven Responsivität schließlich bestehen vielfältige Erwartungserwartungen z. B. über zu vollziehende Bewegungen oder erwartete Emotionen.<sup>3</sup> Erwartungserwartungen spielen damit nicht nur auf der mentalen, bewussten, sondern auch auf der verkörperten, affektiven Ebene eine wesentliche Rolle für soziale Interaktionen.

<sup>3</sup> Man denke etwa an kollaborative Aktivitäten im Sport oder gemeinsamen Arbeitsvollzug, die eine körperliche Antizipation der Bewegungen von alter erfordern, an den Prozess des schamhaften Errötens, der eine erwartete Reaktion anzeigt, oder an das Beispiel des Drohens bei Mead 1974: 53f., 181.



## 7. Menschen mit Demenz als interaktionale Gegenüber

Angesichts der spezifischen Symptomatik der Demenz stellt sich nun die Frage, welche der angeführten Dimensionen von Interaktivität zu welchem Zeitpunkt innerhalb der Progredienz von Demenz gegeben sind.

Obwohl Forschungen zur Interaktion mit oder gar zwischen Menschen mit Demenz trotz der oben genannten Zahlen nach wie vor spärlich sind<sup>4</sup>, reichen sie aus, um einen Eindruck der demenziellen Interaktivität zu gewinnen. Zunächst werden allerdings einige Selbstdarstellungen von betroffenen Personen vorgestellt, die Hinweise auf die spezifische Form der demenziellen Interaktivität geben. Daran anschließend werden Studien zur verbalen, visuellen und verkörperten Interaktion mit Menschen mit Demenz präsentiert.

### 7.1 Die Person mit Demenz

Neben öffentlichkeitswirksamen „Outings“ von Prominenten und Romanen wurde in jüngerer Zeit auch eine Reihe von Zeugnissen von Betroffenen und ihrem familiären Umfeld veröffentlicht (z. B. Bryden 2005; Healing Project 2007; Rohra 2011; Taylor 2008; Demenz Support Stuttgart 2010).

Als besonders schwierig und belastend wird die erste Zeit nach der Diagnose beschrieben. Hier wird immer wieder verdeutlicht, wie wichtig es sei, dass das familiäre und freundschaftliche Umfeld unterstützend reagiert (z. B. Bryden 2005: 41f., 94, 155–57; Healing Project 2007: xxvi; Demenz Support Stuttgart 2010: 96). Verletzend wirkt demgegenüber oft die Art des medizinischen Personals, mit den Betroffenen nach der Diagnose nur noch als Objekt umzugehen und in ihrer Gegenwart etwa nur noch mit ihren Angehörigen zu kommunizieren (Bryden 2005: 40f., 95–97; Rohra 2011: 103). Im Rahmen seines „The Person Comes First“-Ansatzes bezeichnet Kitwood (1997: 46f.) ein Pflegeumfeld als „malignant social psychology“, wenn es nur noch entmündigend, verkindlichend, verdinglichend, pathologisierend und herabsetzend mit Menschen mit Demenz umgeht, statt anerkennend, kompromissbereit, entspannt, aufwertend und unterstützend zu wirken (Kitwood 1997: 119f.; Healing Project 2007: 214f.). In einem derartigen Umfeld verschlechtert sich die Sympto-

matik der Demenz systematisch (vgl. Kitwood & Bredin 1992; Sabat 1994).

Ob sich Menschen mit Demenz weiterhin als autarke und stabile Person fühlen, hängt wesentlich davon ab, wie die Außenwelt auf sie reagiert und mit ihnen umgeht (vgl. Bryden 2005: 157f.). Ob gesellschaftlich davon ausgegangen wird, ob das Selbst in der Demenz erhalten bleibt oder vergeht, ist eine Frage von gesellschaftlichen Ideologien des Subjekts und der Person. In ihrer spezifischen Symptomatik ist die Demenz eine Herausforderung an das Personenkonzept der Moderne, die das Selbst insbesondere über Bewusstsein und Gedächtnis definiert (vgl. Cohen 2006: 4).

Wie viele Betroffene und ihre Mitstreiter betonen, verschwinden Selbst und Persönlichkeit durch Demenz keinesfalls. Sie werden schlicht durch neue Weisen ausgedrückt:

*We are here. Our memories and words might not always be, but we are.*

(Healing Project 2007: 215)

Zur Frage, wie sich Demenz aus der Innensicht der Betroffenen darstellt, liegen mittlerweile einige Beschreibungen vor. Taylor (2008: 60) schildert es folgendemmaßen:

*Ich renne in den Fluren meines Gedächtnisses herum und versuche fieberhaft zu verstehen, was los ist. Manchmal macht mich die Suche noch verwirrt, worauf ich vergesse, was mich so verwirrt.*

Gleichzeitig entdeckt er durchaus positive Seiten:

*Ich genieße das Tun, und das freudige Gefühl dabei speist sich überwiegend aus der Tätigkeit an sich, nicht so sehr aus der Vollendung eines Projekts.*

(Taylor 2008: 93).

Bryden (2005: 98) beschreibt ihre Situation als täglichen Kampf, der leicht in ein Überforderungsgefühl umschlägt:

*We face a daily struggle to cope. Each day is filled with a myriad of activities which become more and more difficult as time goes by. Each task seems bigger and more overwhelming, so that we lose the interconnectedness of our thread of life. Life has become a fragmented kaleidoscope of problems as we juggle an enormous pile of difficult tasks. We feel as if we are hanging onto a high cliff, above a lurking black hole.*

Die ständige Ungewissheit über die eigene Vergangenheit und mit den Nächsten geteilte Erlebnisse wird als beängstigend und frustrierend erlebt, gerade auch in ihrer interaktionalen Dimension, denn Menschen mit Demenz nehmen den Frust, den ihr

<sup>4</sup> Dies gilt insbesondere für interaktionsanalytische Studien, die mit Videoaufzeichnungen arbeiten.

Verhalten bei anderen auslöst, zumindest in den frühen Stadien durchaus wahr, was auf sie selbst erneut deprimierend wirkt:

You tell us that we have asked you that question before, but we have no recollection. It is just a blank for the past, and this feels strange and scary, and yet you are frustrated with us. If we had an arm or leg missing, you would congratulate us on our efforts. But you cannot see how much of our brain is missing and how hard it is to cope, so you don't understand our struggles. For me it's like struggling to live in a fog. (Bryden 2005: 98)

Die Existenz wird als ein ständig in Veränderung begriffenes, flüchtiges, inkohärentes und fragmentiertes, „dünn“ Hier und Jetzt erlebt:

Most of the time I live in the space I can see and the time called 'now'... It is almost a 'virtual world'... I move... and a new space opens to view... (...) There is a type of cheese, I forget its name, that when thinly sliced is very lacey... my life feels like that – so full of spaces that it barely holds together... or like a tree in a gusty wind... branches touch and connections are made but fleetingly... made and unmade, little sense of cohesiveness... even my rooted-ness to my place in space feels tenuous... as if I might be torn loose, uprooted, blown away.

(Laura, eine betroffene Freundin, zit. in Bryden 2005: 99)

Die Betroffene Bryden zieht daraus den Schluss, dass Menschen mit Demenz nicht nur ihr Gedächtnis, sondern generell das Gefühl für Vergangenheit und Zukunft und damit auch für deren Bedeutung fehle (Bryden 2005: 99)

Die frühen Stadien sind für die Betroffenen die schwersten, wenn sie noch ein Bewusstsein davon haben, was ihnen und dass ihnen etwas fehlt. Die späteren Stadien, wenn dieses Bewusstsein verloren gegangen ist, sind hingegen für die Angehörigen die schwierigsten (Healing Project 2007: 74f.).

Eine besondere Problematik ergibt sich aktuell daraus, dass immer mehr Migranten und Migrantinnen, die ihren Lebensabend in Deutschland verbringen, von Demenz betroffen sind. Je später sie die deutsche Kultur und Sprache kennen gelernt haben, umso früher geht dieses Wissen im Verlauf der Demenz verloren. Dies bedeutet, dass ihre Abhängigkeit von Pflegern, die ihre Herkunftssprache beherrschen, oder von der eigenen Familie zunimmt (vgl. Hyltenstam & Stroud 1993; Friedland & Miller 1999).

## 7.2 Zur Interaktion mit Personen mit Demenz

Nachdem nun ein Eindruck sowohl von Veränderungen im Selbst der Menschen mit Demenz als auch von ihrer subjektiven Sichtweise darauf entstanden ist, sollen im Folgenden die Veränderungen thematisiert werden, die Demenz in Bezug auf die Formen und Modalitäten der Interaktion mit und unter den Betroffenen verursacht. Der Abschnitt zur Interaktionstheorie hat gezeigt, dass je nach Ansatz unterschiedliche Aspekte von Interaktivität hervorgehoben werden, die zum einen grundlegende Erfordernisse wie die Entstehung einer wechselseitigen Verzahnung durch Responsivität, eine basale Form des Perspektivenwechsels durch die sequenzielle Taktung dieser Wechselseitigkeit, zum anderen aber auch anspruchsvollere Anforderungen wie die Fähigkeit zur Situierung und dem personenspezifischen Zuschnitt der Interaktionsepisode sowie den Bezug auf vorausgesetztes geteiltes Wissen und den thematischen Sinnanschluss betreffen. Im Folgenden wird mit den anspruchsvolleren Anforderungen begonnen und danach auf die grundlegenden rekurriert.

### a) Sinnanschlüsse und thematische Kontinuierung

Die obigen Zitate von Betroffenen haben gezeigt, dass die Produktion thematisch kohärenter Äußerungen in den Anfangsstadien der Demenz sehr gut möglich ist, auch wenn sie offensichtlich eine größere Anstrengung verlangt als es im Allgemeinen bei Gesunden der Fall zu sein scheint. Es existiert eine ganze Reihe von Studien, die genauer auf diskursiven und interaktionalen Möglichkeiten von Menschen mit Demenz eingehen (z. B. Ellis 1996; Ramanathan 1995).

In der Literatur werden ihre kommunikativen Äußerungen in der frühen Phase als flüssig und syntaktisch wohlgeformt, aber inhaltsleer charakterisiert. Aufgrund der Erinnerungs-, Ausdrucks- und Verständnisprobleme der Betroffenen treten immer wieder „schräge“ kommunikative Anschlüsse auf, die von den gesunden Interaktionspartnern meist als sinnlos weiter behandelt werden, was größtenteils zum Themenabbruch führt (vgl. Appell et al. 1982: 83). Beispiel 1, in dem die Linguistin Heidi mit der Betroffenen Elsie spricht, illustriert dieses Phänomen.

#### Beispiel 1

1 Elsie: And where did you say your home was?

2 Heidi: I'm on Walter Road.

3 Elsie: You can do that. That's a good idea.

(Hamilton 1994: 2)

Schon in der ersten Phase werden die Äußerungen in dieser Weise zunehmend vage und unklar. Zum Verständnis relevante Informationen werden von Menschen mit Demenz reduziert, periphere und irrelevante Informationen sowie unklare Verweise hingegen nehmen zu (Hamilton 1994: 25f.; Ellis 1996: 483–490; McLean 2006: 167). Zwar werden auch noch in der mittleren Phase Selbstkorrekturen eingesetzt, was auf ein Bewusstsein eigener Unzulänglichkeiten hindeutet. Doch zeigt die Häufigkeit abgebrochener Äußerungen, dass dies immer seltener gelingt und möglicherweise auch nicht immer ein Bewusstsein über die interaktionale Notwendigkeit existiert, Äußerungen zu beenden. Weitere Schwierigkeiten liegen in der Produktion diskursiver Kohärenz und der Unterscheidung zwischen Tatsache und Fiktion (Killick 1999; McLean 2006: 167–69; Ellis 1996: 474). Kommunikation verliert dadurch ihre propositionale Funktion und konzentriert sich sukzessive auf das, was Malinowski (1922) „phatic communion“ genannt hat: die Vergemeinschaftung durch kommunikative Aktivität. Die Gespräche unter Menschen mit Demenz sind – vielleicht aus diesem Grund – dialogisch, tolerant und flexibel. Sie sind von Humor und gemeinsamem Lachen begleitet und erlauben vieldeutige oder fiktive Themen sowie weitere Assoziations-sprünge. Dazu ein Beispiel:

#### Beispiel 2

1 Patient 1: Yahal.

2 Patient 2: Umm hmm. Looks like it's gonna rain too.

3 Patient 1: Yeah.

(zit. in Hamilton 1994: 24)

In der mittleren Phase werden die Äußerungen der Menschen mit Demenz langsam und in der späten Phase wortkarg bis sie schließlich weitgehend verstummen.

Viele dieser Eigenschaften hängen mit einem zentralen Problem der Demenz zusammen: Sie führt zu Wortfindungsschwierigkeiten. Charakteristisch sind die Ersetzung eines präzisen Begriffs durch ein unpräziseres oder semantisch verwandtes Wort, Umschreibungen sowie phonetische und semantische Umformungen. Beispiele sind „Ding“, „Feuerzeug“, „das Ding, mit dem man Kerzen anzündet“ oder „Feuerkäfer“ für „Streichholz“ oder „Kolmotive“ für „Lokomotive“ (vgl. Hamilton 1994: 14; Appell et al. 1982).

In der Alltagsinteraktion sind solche Ausdrucksschwierigkeiten oft gar nicht relevant, da die Interaktionspartner Sinn aktiv ko-konstituieren und vage Inhalte auffüllen oder – sofern sie nicht prak-

tisch relevant sind – übergehen. In der Interaktion mit Menschen mit Demenz liegt die Last der Sinn-suche allerdings stärker bei den Gesunden.

Zuletzt sei noch einmal die Stimme von Bryden zitiert, die eine Innenansicht der diskursiven Probleme gibt, denen Betroffene sich ausgesetzt sehen:

As we speak, gaps in the flow of words appear. In our head a string of pictures has formed, but the words for those pictures no longer make their way into our consciousness, let alone to our mouth. (...) If interrupted, I have to start again, or I simply forget totally what I was going to say. And the thought does not come back later – it is gone for good. (...) It is as if my shelves of neatly filed words have been swept off onto the floor, and I have to search among untidy heaps to find the word I am looking for. If I find it, or its nearest equivalent, I then have to work out how to pronounce it and where to put it in a sentence. I give up. Most of the time I use the word 'Thingy' which describes anything I have forgotten the actual word for! (...) My sentences come out very scrambled, and I come out with odd things – like saying, 'You'll need some more cereal water' instead of 'milk'. (...) A real difficulty in speaking is words like 'we', 'they', 'I', 'you', 'he' – when I have to work out who is doing what to whom. It simply is so hard, and doesn't seem to make sense in my head.

(Bryden 2005: 118f.)

Insgesamt lässt sich zusammenfassen, dass Sinnanschlüsse, thematische Kontinuierung und die semantische Aufeinander-Bezogenheit von interaktionalen Handlungen schon in der frühen Phase der Demenz prekär werden.

#### b) Bezug zu geteiltem Wissen

In der ersten Phase setzen sich die Menschen mit Demenz weiterhin in dem Sinne aktiv in ihre Gegenüber hinein, dass sie eigene Probleme mit voraussetzendem Wissen etwa deklarativer, episodischer, interaktionsgeschichtlicher oder lexikalischer Art noch begründend rechtfertigen.

#### Beispiel 3

1 Heidi: Do you know Jill?

2 Elsie: Jill.

3 Heidi: Jill Masters? The person who runs all of the activities?

4 Elsie: Well, I don't know. I've had so many names (that I it) sometimes they are hard to get uh pickly I mean quickly [laughs]

(Hamilton 1994: 57)

In der mittleren Phase nimmt dies sukzessive ab, und es wird kommunikativ kein Bewusstsein darü-

ber mehr kenntlich gemacht, dass das eigene Verhalten – etwa die Verwendung ungewöhnlicher Ausdrücke oder schräger Anschlüsse – verwirrend für das Gegenüber sein könnte (Kitzinger & Jones 2007; Hamilton 1994: 41, 55).

Die als selbstverständlich vorausgesetzte Kollaboration zwischen Sprecher und Hörer, die Voraussetzung, dass sie ihr geteiltes Erfahrungswissen heranziehen, um die Äußerungen von *alter* zu verstehen, und dass sie ihre Äußerungen auf die ihnen bekannten Wissensbestände und Relevanzen von *alter* zuschneiden, wird hier außer Kraft gesetzt.

Dies ist auch der Grund dafür, dass bereits relativ früh die Fähigkeit verloren geht, semantische Indirektheit zu verstehen, da sie nur verstehbar ist, wenn auf Normalitätserwartungen und personales Wissen vom Gegenüber zurückgegriffen werden kann (Bayles 1985; Hamilton 1994: 52). Eine Äußerung wie „Ich frage mich, wo das Buch ist!“ wird dann nicht mehr als Frage oder Aufforderung, sondern als Information über die Sprecherin interpretiert (Hamilton 1994: 86).

Auch die Fähigkeit, Verstehensprobleme des anderen zu identifizieren und zielgerichtet zu beheben (*repair*), geht relativ schnell verloren (vgl. Perkins et al. 1998; Hamilton 1994: 51 für ein Beispiel). Auf der anderen Seite besteht die Fähigkeit, die Gefühle des Gegenübers zu antizipieren, noch bis in das mittlere und sogar späte Stadium fort, wie etwa eine nachhaltige Freude daran zeigt, Komplimente zu verteilen und eine das Gegenüber aufwertende Sprache zu verwenden. Erst in der späten Phase geht dies zugunsten der Thematisierung eigener Belange verloren (Perkins et al. 1998; Hamilton 1994: 55).

Das Problem der Entfremdung zwischen Gesunden und Menschen mit Demenz und des Verlusts eines *common ground* entsteht auch durch den sukzessiven Verlust des Nahzeitgedächtnisses, das zeitlich immer weiter in die Vergangenheit wandert. Nicht nur das semantische, sondern auch das episodische Gedächtnis (vgl. zu den unterschiedlichen Gedächtnisformen Tulving & Craik 2000), das vergangene Erfahrungen betrifft, die in einer spezifischen Situation zu einem bestimmten Zeitpunkt gebildet wurden, lässt sukzessive nach (Piolino et al. 2003). Dies bedeutet, dass auch autobiografische Inhalte immer weiter verloren gehen, etwa Erinnerungen an die eigene Familie (vgl. Healing Project 2007: 35f.). Der Verlust des autobiografischen Gedächtnisses bedeutet allerdings nicht, dass diese Inhalte einfach weg sind. Gemäß der Funktionsweise unseres Gehirns konstruieren Menschen mit Demenz ihre Biografie

auf der Basis dessen, was ihnen als Information zur Verfügung steht, ständig aktiv neu, um sich so ein konsistentes Selbst zu schaffen (McLean 2006: 171). Für die Angehörigen, Freunde und Pflegenden der Menschen mit Demenz bedeutet dies, dass durch die immer weitergreifenden Veränderungen der biografischen Konstruktion der betroffenen Person eine zunehmende Fremdheit entsteht (vgl. Randall 1996: 237f.; McLean 2006; Ramanathan 1997: 89–115).

Insgesamt lässt sich sagen, dass vor allem in der späten ersten und frühen mittleren Phase bei Menschen mit Demenz das Hineinversetzen in das Gegenüber zunehmend prekär wird und ihr Wissen um die normativen und kognitiven Erwartungen von *alter* problematischer wird. Dies gilt jedoch nicht für affektive Inhalte. Auch das idiosynkratische Auffüllen des abnehmenden eigenen autobiografischen und episodischen Gedächtnisses durch die Betroffenen erzeugt interaktionale Probleme. Letztens Endes ist der zunehmende Verlust eines *common ground* jedoch nicht unbedingt einseitig der Person mit Demenz zuzuschreiben: Auch der/die Gesunde ist nicht mehr in der Lage, die Welt der Betroffenen nachzuvollziehen, da die gewohnten kommunikativen Möglichkeiten dazu schwinden.

### c) Formal-prozedurale Kontinuierung

In vielen Fällen funktioniert Interaktion trotz der genannten Probleme, weil die interaktionale Sprecherwechsel-Maschinerie stark routiniert ist. Dies gilt besonders, wenn vertraute soziale Fragen (z. B. „Wie geht’s?“) gestellt werden. In der mittleren und späten Phase dienen scheinbar sinnfreie Antworten vor allem dazu, die Vergemeinschaftung über die Sprecherwechselstruktur aufrecht zu erhalten. Hierzu zählt auch ein typisches Merkmal der mittleren Phase, nämlich die unüblich häufige Wiederholung von bereits Gesagtem. Diese Praxis wurde als stereotypes, unwillkürliches Nachplappern bedeutungsleerer Formeln aufgrund mangelnder kognitiver Kontrolle beschrieben (vgl. Guendouzi & Müller 2006: 168–88; Shindler et al. 1984). Allerdings zeigen auf Audioaufzeichnungen basierende Untersuchungen, dass es eine Form ist, Reparaturen vorzunehmen, bei der die betroffenen Sprecher/innen die interaktionalen Bedürfnisse ihrer Hörer/innen durchaus mitberücksichtigen (Hamilton 1994: 54, 73–77; Mikesell 2010). Wiederholungen dienen ferner zur Bestätigung und können auch die Funktion haben, sich gegen Fremdbestimmung in der Demenzpflege zu wehren (Mikesell 2010; Ramanathan 1997: 89–115).

Praktiken, dem Interaktionspartner mitzuteilen, dass seine Äußerung nicht verstanden wurde, zählen zu den Basisinstrumenten der Verständigungssicherung. Sie bleiben bis in die mittlere Phase der Demenz bestehen. Auch Mittel, die Aufmerksamkeit des anderen zu erlangen, bleiben relativ lange vorhanden (Hamilton 1994: 61–62). Ein weiteres wichtiges Verfahren ist, im Fall von Überlappungen zunächst auf die Äußerung des Gegenübers einzugehen und dann die eigene Äußerung zu wiederholen. Es wird in der frühen Phase der Demenz noch eingesetzt (vgl. Hamilton 1994: 64). Darüber hinaus sind Menschen in dieser Phase trotz Kurzzeitgedächtnisproblemen auch noch dazu fähig, auf eine Frage mehrere Informationen zu erfragen und zu prozessieren, bevor sie eine Antwort geben (Hamilton 1994: 64f.).

Selbst das weitgehende Fehlen von expliziten Antworten in der späten Phase bedeutet allerdings nicht, dass Menschen mit Demenz in dieser Phase nicht mehr differenziert antworten können.

#### Beispiel 4

- 1 Heidi: Do you remember me?
  - 2 Elsie: Hmm?
  - 3 Heidi: Do you remember me?
  - 4 Elsie: (smiles)
  - 5 Heidi: Yeah?
  - 6 Elsie: Mhm.
- (Hamilton 1994: 63)

Elsie – wie Hamilton erst bei der Durcharbeit der Tonbandaufzeichnungen nach Elsies Tod herausgefunden hat – unterscheidet, wann eine Frage wiederholt werden muss, damit sie eine Antwort geben kann (*hmm?*) sowie zwischen affektiv besetzten (*mmm*) oder neutralen Themen (*mbm*) und emphatischer Zustimmung (*mm hm*) (Hamilton 1994: 60, 127).

Darüber hinaus ist sie trotz fehlender Sprachmöglichkeit dazu fähig, Themensetzungen vorzunehmen. Dazu ein Beispiel, in dem sie durch Blickverhalten einen Themenwechsel herbeiführt.

#### Beispiel 5

- 1 Heidi: Do you need another Kleenex?
  - 2 Elsie: (directs gaze away from Heidi toward picture)
  - 3 Heidi: Are you looking at the picture? This one? Isn't that pretty? Those colors. It says it's by Sally. Do you know Sally? Sally. Do you know that person? ... Isn't that pretty? (leaves to get Kleenex)
- (Hamilton 1994: 127)

Die gesunde Heidi stellt sich hier gewissermaßen als Sprachrohr zur Verfügung, um Elsies Äußerung

zu artikulieren. Da Elsie im Wesentlichen nur noch Bestätigungssignale äußern kann, fragt Heidi so lange mit Ja/Nein-Fragen nach, bis Intersubjektivität prozessual hergestellt ist. Die abnehmende interaktionale Fähigkeit des einen Interaktionspartners wird so – wie im Fall der Aphasie – durch ein Mehr an Interaktionsarbeit seitens des anderen aufgefangen.

Wie in vielen Beispielen deutlich wird, schätzen die gesunden Interaktanten auf der Basis der Interaktionsgeschichte fortwährend ihre demenziellen Gegenüber ein und passen diese Einschätzung kontinuierlich anhand des Interaktionsverlaufs an. Die Beteiligten testen die Interaktionsfähigkeit ihres Gegenübers immer wieder implizit, manchmal auch explizit, um auf dieser Basis ihr eigenes Interaktionsverhalten neu zu kalibrieren (Hamilton 1994: 102; Lindemann 2009: 237, 242).

Insgesamt lässt sich über die formal-prozeduralen Möglichkeiten der Verständigungssicherung in der Demenz sagen, dass je routinierter interaktionale Praktiken sind, desto unproblematischer ihre Umsetzung bleibt. Die rhythmische Taktung von Interaktion, die Reaktion auf konversationalen Zugzwang und die Verwendung von Formeln bleiben als Kompetenzen bestehen, auch wenn Möglichkeiten, inhaltlich zu kommunizieren, bereits verloren gegangen sind. In der späten Phase werden zwar eindeutige Ja-/Nein-Antworten schwierig, nicht unbedingt aber das differenzierte Reagieren auf Äußerungen und das nonverbale Setzen von Themen.

#### d) Körperlich-affektive Responsivität

Menschen mit Demenz machen noch in der späten Phase Pausen nach ihren Äußerungen, die es dem Gegenüber ermöglichen, das Wort zu ergreifen. Auch inhaltsleere Interaktionen unter Betroffenen folgen dem Sprecherwechselprinzip, wie ein Beispiel aus einem amerikanischen Altersheim zeigt.

#### Beispiel 6

- 1 Abe: Bupalupah (singend)
- 2 Ann: (dreht sich zu Abe um)
- 3 Abe: Brrrrrrr! (melodisch)
- 4 Ann: Brrrrrrr! (imitierend)
- 5 Abe: Bah!
- 6 Ann: Shah!
- 7 Abe: Bah!
- 8 Ann: Shah!
- 9 Ann: (dreht sich wieder weg von Abe)
- 10 Abe: Bupalupah!
- 11 Ann: (hebt ihren Arm und lässt ihn abrupt fallen)

(Kontos 2006: 206f.; adaptiert)

Der Austausch ist zwar ohne erkennbaren semantischen Inhalt, aber die prosodischen Merkmale der Beiträge sind aufeinander abgestimmt. Thematische Interaktion wird in der späten Phase meist durch affektive Interaktion in einer derartigen Form ersetzt. Zuneigung wird mit reduzierten sprachlichen Mitteln – etwa dem einfachen Äußern eines affektiv formulierten „Du“ – oder durch Berührungen ausgedrückt (Healing Project 2007: 14, 19, 76f.; Bryden 2005: 138). Die große Bedeutung körperlich-affektiver Interaktion dürfte auch der Grund sein, weshalb der Umgang mit Streichtieren – etwa durch die Anwesenheit auf einem Bauernhof – die Symptomatik verbessert (Jens 2008: 153f.). Die Betroffene Bryden erklärt dies so:

Some of us find animals – real or stuffed – help us to visualise concepts such as peace, hope, faith, comfort. Touching their reality can soothe us in this struggle for sleep, as well as in the struggle to know we are awake. My cat is a constant source of comfort during the night, when I wake up frequently and wonder where I am. Her warm, furry and purring body, lying alongside mine under the covers, responds with a little stretch and a small sound whenever I wake up and reach out to touch her during the night. (Bryden 2005: 146f.)

Dass der Körper eine wesentliche Rolle nicht nur zur Aufrechterhaltung von Interaktivität, sondern auch zur Aufrechterhaltung der betroffenen Person insgesamt spielt, zeigen eine ganze Reihe ethnografischer Berichte. Menschen mit Demenz können bis in das späte Stadium hinein gemeinsam Singen und Beten, Berührungen und Zärtlichkeiten austauschen und praktische Tätigkeiten gemeinsam ausüben (Kontos 2006: 198–201). Das gleiche gilt für den Bereich des verkörperten Wissens über technische Geräte und Werkzeuge (Healing Project 2007: 45).

Während also in den ersten beiden Phasen die semantische und pragmatische Kommunikationsmöglichkeit sowie die Basis an gemeinsamem allgemeinem und spezifischem Wissen, aber auch das Bewusstsein von Differenz verloren geht, wird das im Körper sedimentierte prozedurale und zwischenleibliche Wissen als praktischer Sinn noch in der späten Phase der Demenz weitergeführt (vgl. Bär 2010 zum professionellen Habitus). Vorhandene Schemata für Bewegungen und Interaktionen mit anderen Körpern, aber auch für den Umgang mit Artefakten verleihen der Person mit Demenz einen fortgesetzt sinnhaften Zugriff auf ihre Umwelt. Diese praktische Kompetenz verbleibt im Körper und manifestiert sich nur, wenn der Körper auch

dazu stimuliert wird (vgl. Kontos 2006: 203–205). Das Selbst kann der Zerstörung durch die Demenz so widerstehen, weil es nicht nur in Kognition und Gedächtnis, sondern auch in der körperlichen Dimension lokalisiert ist (Kontos 2006: 203, 215).

Der Psychiater Fuchs (2010) nennt diesen im Körper verankerten praktischen Sinn im Anschluss an Merleau-Ponty *Leibgedächtnis*: Das Leibgedächtnis repräsentiert nicht wie das deklarative Gedächtnis, sondern es verkörpert und reinszeniert Erlebtes im leiblichen Vollzug. Es ist als verleblichte Erfahrung ein integraler Bestandteil der Person, da es die lebendige Gegenwart der Vergangenheit vermittelt. Zum Leibgedächtnis gehören sowohl prozedurale als auch zwischenleibliche Inhalte. Damit stellt sich Fuchs gegen eine ganze Reihe von Wissenschaftlern wie Kandel (2009) oder Markowitsch (2009), die in der Tradition von Locke (1975) das Gedächtnis als zentrales Merkmal der Person und seiner Humanität ansehen.

Insgesamt hat sich in diesem Abschnitt gezeigt, dass eine reine Form der körperlich-responsiven Interaktion bis in die letzte Phase hinein möglich ist, während die Semantik und die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel bereits weggefallen sind. Besonders erfolgreich sind affektive und praktische Formen der Interaktion, denn insbesondere zwischenleibliches und prozedurales Wissen bleibt lange bestehen.

## 8. Diskussion

In der frühen Phase sind Menschen mit Demenz sich meistens ihrer interaktionalen Probleme bewusst und liefern auch erklärende Rechtfertigungen, mit denen sie zeigen, dass sie sich sozialer Erwartungen und Erwartungserwartungen bewusst sind, die sie nicht mehr erfüllen können (vgl. Hamilton 1994: 149). Die mittlere Phase ist dadurch gekennzeichnet, dass nun wesentlich weniger direkt interaktionale Aktivitäten stattfinden als zuvor (z. B. werden weniger Fragen gestellt) und die kommunikative Anerkennung der interaktionalen Bedürfnisse von *ego* und *alter* abnimmt (Perkins et al. 1998). Dementsprechend werden auch keine erklärenden Rechtfertigungen mehr für „unnormales“ Verhalten geliefert. Interaktionen in ihrer prozeduralen und körperlich-affektiven Dimension sind jedoch weiterhin möglich (Hamilton 1994: 153–56). In der späten Phase verwenden die Betroffenen zunächst nur noch eine vage Sprache, stellen aber weniger Fragen, mit denen die interaktionale Verzahnung sichergestellt würde. Auf nicht-ritualisierte

Fragen antworten sie nun auch immer weniger, stattdessen verwenden sie sehr viele Wiederholungen und selbstgesprächsartige Formeln. Bisweilen werden aber noch aufmerksamkeitsorientierende Praktiken ausgeübt. Auch affektive verbale (nicht jedoch körperliche) Kommunikation nimmt ab (Hamilton 1994: 156). Gegen Ende dieser Phase reduzieren sich diese Fähigkeiten auf das Körperliche; allerdings bleibt die Kompetenz der fundamentalen Verzahnung (etwa indem durch ein *hmm?* um die Wiederholung einer Äußerung gebeten wird), vor allem aber die der körperlichen Responsivität bestehen. Persönlich relevante Inhalte werden erkannt und kommentiert und die Sprecherwechselorganisation wird bedient. Da insgesamt weniger inhaltsbezogen kommuniziert wird, kann nun auch nur noch weniger schiefgehen (Hamilton 1994: 158–60; Perkins et al. 1998).

Im Ergebnis zeigt sich, dass insbesondere semantische Anschlüsse bereits direkt mit der Demenz problematisch werden. Die Annahme der Geteiltheit der Lebenswelt und Situationsfähigkeit werden nicht lange später problematisch, während syntaktische Praktiken der Verständigungssicherung noch länger bestehen bleiben. Am längsten halten sich affektive und körperliche Formen der interaktionalen Responsivität sowie einige prozedurale, ritualisierte Formen des sozialen Handelns.

## 9. Fazit

Interaktion mit Menschen mit Demenz ist also in einem körperlich-affektiven und auch formal-sequenziellen Sinne bis in das Spätstadium der Demenz möglich. Wesentlich wäre daher, dass diese Dimension an die Stelle der kognitiven und mnemonischen Fähigkeiten gestellt wird. Merleau-Ponty hat diese Dimension in Abgrenzung zur Intersubjektivität als Interkorporeität (auch: Zwischenleiblichkeit) bezeichnet: „Es sind Gesichter, Gebärden, Worte, auf die wir mit unseren Blicken, Gebärden und Worten antworten, ohne ein Denken dazwischen zu setzen – so daß wir manchmal ihre Worte gegen sie kehren, noch bevor sie uns erreicht haben, genauso sicher, ja sicherer noch, als wenn wir verstanden hätten; jeder trägt die Anderen in sich und wird durch sie in seinem Leib bestätigt“ (Merleau-Ponty 2007: 264).

In ihren praktischen Hinweisen empfehlen Demenzforscher, trotz der vermeintlichen Asymmetrie der Fähigkeiten auf eine symmetrische Interaktion hinzuarbeiten (Hamilton 1994: 166). Eine Methode hierfür ist die „Validation“, die darin besteht, die

Äußerungen von Demenzbetroffenen nicht zu korrigieren, sondern konstruktiv und produktiv weiterzuführen und in den Alltag einzubauen, kurz: Sie nachgerade als, wenn nicht inhaltlich, so doch interaktional für „gültig“ zu erklären (Feil & Klerk-Rubin 2005). Hierzu müssen normative Erwartungen suspendiert werden, die im Alltag an das „normale“ Gegenüber gestellt werden (Hamilton 1994: 9; Kontos 2006: 195). Demenz dürfe zudem nicht mehr als Prozess aufgefasst werden, der das Wesen der Person annihiliert (Fontana & Smith 1989: 36; Kitwood & Bredin 1992: 285; Robertson 1991: 143). Eine gesellschaftliche Inklusion von Menschen mit Demenz würde daher eine Reihe von Redefinitionen grundlegender Konzepte wie Gedächtnis, Bewusstsein und Person erfordern – in Abgrenzung zu Annahmen, die dies im individuellen Innern ansiedeln, und hin zu Auffassungen, die sie als interaktive Prozesse begreifen (Leibing 2006: 255f.; Kontos 2006: 195).

Theoretisch bietet sich aufgrund der Auffächerung in unterschiedliche Interaktionsdimensionen, die methodisch durch die Progredienz der Demenz sichtbar werden, ein dimensionalisierte Interaktionsbegriff an, der keine distinkte Unterscheidung zwischen Interaktion und einfacher Kommunikation oder simplem Umgang mit dem Gegenüber, sondern eine Aufschichtung von Interaktionskomponenten entlang der genannten Dimensionen annimmt. Nur durch einen solchen werden bestimmte interaktionale, insbesondere interkorporale Dimensionen sichtbar, über die auch Menschen mit Demenz nachhaltig verfügen. Begreift man demgegenüber alle Dimensionen „als Paket“, dann werden diese basalen interaktionalen menschlichen Fähigkeiten ausgeblendet.

## Literatur

- Appell, J., A. Kertesz & M. Fisman, 1982: A Study of Language Functioning in Alzheimer Patients. *Brain and Language* 17: 73–91.
- Bär, M., 2010: Sinn im Angesicht der Alzheimerdemenz. Ein phänomenologisch-existenzieller Zugang zum Verständnis dementieller Erkrankung. S. 249–259 in: A. Kruse (Hrsg.), *Lebensqualität bei Demenz?* Heidelberg: AKA.
- Bayles, K.A., 1985: Communication in Dementia. S. 157–173 in: H. Ulatowska (Hrsg.), *The Aging Brain*. San Diego: College-Hill Press.
- Bergmann, J., 1988: Ethnomethodologie und Konversationsanalyse. Studienbrief. Kurseinheit 3. Hagen: Fern-Universität Hagen.

- Bryden, C., 2005: *Dancing with Dementia. My Story of Living Positively with Dementia*. London: Kingsley.
- Cerulo, K.A., 2009: Nonhumans in Social Interaction. *Annual Review of Sociology* 35: 531–52.
- Cohen, L., 2006: Introduction. Thinking about Dementia. S. 1–19 in: A. Leibing & L. Cohen (Hrsg.), *Thinking About Dementia. Culture, Loss, and the Anthropology of Senility*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Demenz Support Stuttgart (Hrsg.), 2010: „Ich spreche für mich selbst“. Menschen mit Demenz melden sich zu Wort. Frankfurt a.M.: Mabuse.
- Deutsche Alzheimergesellschaft, 2012: *Selbsthilfe Demenz. Das Wichtigste 1: Die Epidemiologie der Demenz*. Berlin: Deutsche Alzheimergesellschaft.
- Deutscher Ethikrat, 2012: *Demenz und Selbstbestimmung. Stellungnahme*. Berlin: Deutscher Ethikrat.
- Ellis, D., 1996: Coherence Patterns in Alzheimer's Discourse. *Communication Research* 23: 472–495.
- Feil, N. & V. de Klerk-Rubin, 2005: *Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen*. München: Basel.
- Folstein, M.F., S.E. Folstein & P.R. McHugh, 1975: Minimal State (A Practical Method for Grading the State of Patients for the Clinician). *Journal of Psychiatric Research*, 12: 189–198.
- Fontana, A. & R. Smith, 1989: Alzheimer's Disease Victims: The 'Unbecoming' of Self and the Normalization of Competence. *Sociological Perspectives* 32: 35–46.
- Förstl, H., A. Kurz & T. Hartmann, 2011: *Alzheimer-Demenz*. S. 47–72 in: H. Förstl (Hrsg.), *Demenzen in Theorie und Praxis*. Berlin: Springer.
- Fuchs, T., 2010: Das Leibgedächtnis in der Demenz. S. 231–242 in: A. Kruse (Hrsg.), *Lebensqualität bei Demenz? Heidelberg: AKA*.
- Friedland, D. & N. Miller, 1999: Language Mixing in Bilingual Speakers with Alzheimer's Dementia: A Conversation Analysis Approach. *Aphasiology* 13: 427–444.
- Garfinkel, H., 1967: *Studies in Ethnomethodology*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Goffman, E., 1959: *Presentation of Self in Everyday Life*. New York: Doubleday.
- Goffman, E., 1963: *Behavior in Public Places. Notes on the Social Organization of Gatherings*. Glencoe: Free Press.
- Goffman, E., 1983: *The Interaction Order*. *American Sociological Review* 48: 1–17.
- Goodwin, C. (Hrsg.), 2003: *Conversation and Brain Damage*. New York: Oxford University Press.
- Goodwin, C., 2012: Zeigegesten und kollaborative Bedeutungskonstitution in der Interaktion mit Aphasikern. S. 405–418 in: R. Ayaß & C. Meyer (Hrsg.), *Sozialität in Slow Motion. Theoretische und empirische Perspektiven*. Wiesbaden: Springer.
- Graefe, S. & S. Lessenich, 2012. *Rechtfertigungsordnungen des Alter(n)s*. *Soziale Welt* 63: 299–315.
- Grice, P., 1975: Logic and Conversation. S. 41–58 in: P. Cole & J. Morgan (Hrsg.), *Syntax and Semantics. Vol. 3: Speech Acts*. New York: Academic Press.
- Guendouzi, J. & N. Müller, 2006: *Approaches to Discourse in Dementia*. Mahwah: Erlbaum.
- Hamilton, H., 1994: *Conversations with an Alzheimer's Patient: An Interactional Sociolinguistic Study*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hamilton, H., 2008: Narrative as Snapshot. Glimpses into the Past in Alzheimer's Discourse. *Narrative Inquiry* 18: 53–82.
- Hydén, L., C. Plejert, C. Samuelsson & L. Örvulv, 2013: Feedback and Common Ground in Conversational Storytelling Involving People with Alzheimer's Disease. *Journal of Interactional Research in Communication Disorders* 4: 211–247.
- Hyltenstam, K. & C. Stroud, 1993: Second Language Regression in Alzheimer's Dementia. S. 222–242 in: K. Hyltenstam & Å. Viberg (Hrsg.), *Progression and Regression in Language*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Jefferson, G., 1983: Notes on a Possible Metric which Provides for a 'Standard Maximum' Silence of Approximately One Second in Conversation. *Tilburg Papers in Language and Literature* 42: 1–83.
- Jens, T., 2008: *Demenz. Abschied von meinem Vater*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Joas, H., 1980: *Praktische Intersubjektivität. Die Entwicklung des Werkes von G.H. Mead*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Kandel, E., 2009: *Auf der Suche nach dem Gedächtnis. Die Entstehung einer neuen Wissenschaft des Geistes*. München: Goldmann.
- Kessler, J., H.J. Markowitsch & P. Denzler, 2000: *Minimal-Status-Test (MMST)*. Göttingen: Beltz.
- Killick, J., 1999: 'It's a Rum Do, This Growing Ancient': Eliciting Experiences of People with Dementia. *Generations* 23: 46–49.
- Kitwood, T., 1997: *Dementia Reconsidered: The Person Comes First*. Philadelphia: Open University Press.
- Kitwood, T. & K. Bredin, 1992: A New Approach to the Evaluation of Dementia Care. *Journal of Advances in Health and Nursing Care* 1: 41–60.
- Kitzinger, C. & D. Jones, 2007: When May Calls Home: The Opening Moments of Family Telephone Conversations with an Alzheimer's Patient. *Feminism & Psychology* 17: 184–202.
- Kocka, J., 2008: Chancen und Herausforderungen einer alternden Gesellschaft. S. 217–236 in: U. M. Staudinger & H. Häfner (Hrsg.), *Was ist Alter(n)? Neue Antworten auf eine scheinbar einfache Frage*. Heidelberg: Springer.
- Kontos, P., 2006: Embodied Selfhood: An Ethnographic Exploration of Alzheimer's Disease. S. 195–217 in: A. Leibing & L. Cohen (Hrsg.), *Thinking about Dementia: Culture, Loss and the Anthropology of Senility*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Kruse, A. (Hrsg.), 2010: *Lebensqualität bei Demenz? Zur Bewältigung einer Grenzsituation menschlichen Lebens*. Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft.
- Leibing, A., 2006: Divided Gazes: Alzheimer's Disease, the Person within and Death in Life. S. 240–68 in: A. Leibing & L. Cohen (Hrsg.), *Thinking about Dementia*.



- tia: Culture, Loss and the Anthropology of Senility. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Lindemann, G., 2002: Die Grenzen des Sozialen. Zur soziotechnischen Konstruktion von Leben und Tod in der Intensivmedizin. München: Fink.
- Lindemann, G., 2009: Das Soziale von seinen Grenzen her denken. Weilerswist: Velbrück.
- Locke, J., 1975 (zuerst 1690): An Essay Concerning Human Understanding. Oxford: Clarendon.
- Luhmann, N., 1984: Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Luhmann, N., 1997: Die Gesellschaft der Gesellschaft. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Malinowski, B., 1923: The Problem of Meaning in Primitive Languages. S. 296–336 in: C.K. Ogden & I.A. Richards (Hrsg.), *The Meaning of Meaning*. New York: Harcourt.
- Markowitsch, H., 2009: Das Gedächtnis. Entwicklung, Funktionen, Störungen. München: Beck.
- Maxim, J. & K. Bryan, 2006: Language, Communication and Cognition in the Dementias. S. 73–124 in: J. Maxim & K. Bryan (Hrsg.), *Communication Disability in the Dementias*. London: Whurr.
- McLean, A., 2006: Coherence without Facticity in Dementia: The Case of Mrs. Fine. S. 157–179 in: A. Leibing & L. Cohen (Hrsg.), *Thinking about Dementia: Culture, Loss and the Anthropology of Senility*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Mead, G.H., 1974: *Mind, Self, and Society from the Standpoint of a Social Behaviorist*. Chicago: University of Chicago Press.
- Mead, G.H., 1980 (zuerst 1910): Soziales Bewußtsein und das Bewußtsein von Bedeutungen. S. 210–21 in: Ders.: *Gesammelte Aufsätze*, Bd. 1. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Merleau-Ponty, M., 2007: Der Philosoph und sein Schatten. S. 233–264 in: Ders.: *Zeichen*. Hamburg: Meiner.
- Mikesell, L., 2010: Repetitional Responses in Frontotemporal Dementia Discourse: Asserting Agency or Demonstrating Confusion? *Discourse Studies* 12: 465–500.
- Nussbaum, M., 2006: *Hiding from Humanity. Disgust, Shame, and the Law*. Princeton: Princeton University Press.
- Perkins, L., A. Whitworth & R. Lesser, 1998: Conversing in Dementia: A Conversation Analytic Approach. *Journal of Neurolinguistics* 11: 33–53.
- Piolino, P., B. Desgranges, S. Belliard, V. Matuszewski V, C. Lalevée, V. De la Sayette & F. Eustache, 2003: Autobiographical Memory and Autonoetic Consciousness: Triple Dissociation in Neurodegenerative Diseases. *Brain* 126: 2203–2219.
- Ramanathan, V., 1995: Narrative Well-formedness in Alzheimer's Discourse: An Interactional Examination across Settings. *Journal of Pragmatics* 23: 395–419.
- Ramanathan, V. 1997: Alzheimer Discourse. Some Sociolinguistic Dimensions. Mahwah: Erlbaum.
- Rammert, W. & I. Schulz-Schaeffer, 2002: Technik und Handeln. Wenn soziales Handeln sich auf menschliches Verhalten und technische Abläufe verteilt. S. 11–64 in: dies. (Hrsg.), *Können Maschinen handeln? Soziologische Beiträge zum Verhältnis von Mensch und Technik*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Randall, W., 1996: Restorying a Life. S. 224–247 in: J. Birren, G. Kenyon, J. Ruth, J. Schroots & T. Svensson (Hrsg.), *Aging and Biography: Explorations in Adult Development*. New York: Springer.
- Robertson, A., 1991: The Politics of Alzheimer's Disease: A Case Study in Apocalyptic Demography. S. 135–50 in: M. Minkler & C.L. Estes (Hrsg.), *Critical Perspectives on Aging: The Political and Moral Economy of Growing Old*. Amityville: Baywood.
- Rohra, H., 2011: Aus dem Schatten treten. Warum ich mich für unsere Rechte als Demenzbetroffene einsetze. Frankfurt a.M.: Mabuse.
- Romero, B., 2004: Selbsterhaltungstherapie: Konzept, klinische Praxis und bisherige Ergebnisse. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 17: 119–134.
- Sabat, S., 1991: Turn-taking, Turn-giving, and Alzheimer's Disease. *Georgetown Journal of Languages and Linguistics* 2: 161–175.
- Sabat, S., 1994: Excess Disability and Malignant Social Psychology – A Case Study of Alzheimer's Disease. *Journal of Community and Applied Social Psychology* 4: 157–66.
- Sabat, S., 1999: Facilitating Conversation with an Alzheimer's Disease Sufferer through the Use of Indirect Repair. S. 115–134 in: H. Hamilton (Hrsg.), *Language and Communication in Old Age: Multidisciplinary Perspectives*. New York: Garland.
- Sacks, H., E.A. Schegloff & G. Jefferson, 1974: A Simplest Systematics for the Organization of Turn-Taking for Conversation. *Language* 50: 696–735.
- Schegloff, E.A., 1992: Repair after Next Turn: The Last Structurally Provided Defense of Intersubjectivity in Conversation. *American Journal of Sociology* 97: 1295–1345.
- Schegloff, E.A., 2003: *Conversation Analysis and Communication Disorders*. S. 21–55 in: C. Goodwin (Hrsg.), *Conversation and Brain Damage*. New York: Oxford University Press.
- Schegloff, E.A., 2007: *A Primer in Conversation Analysis/1: Sequence Organization in Interaction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Schütz, A. & T. Luckmann, 2003: *Strukturen der Lebenswelt*. Konstanz: UVK.
- Schütz, A., 1962: Common Sense and Scientific Interpretations of Human Action. S. 3–47 in: Ders., *Collected Papers*, Vol. 1, The Hague: Nijhoff.
- Schütz, A., 1974 (zuerst 1932): *Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt: Eine Einleitung in die verstehende Soziologie*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Shindler, A.G., L.R. Caplan & D.B. Hier, 1984: Intrusions and Perseverations. *Brain and Language* 23: 148–158.
- Small, J., K. Geldart & G. Gutman, 2000: Communication between Individuals with Dementia and Their Caregivers during Activities of Daily Living. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias* 15: 291–302.

- Taylor, R., 2008: *Alzheimer und Ich. Leben mit Dr. Alzheimer im Kopf*. Bern: Huber.
- Healing Project, The (Hrsg.), 2007: *Voices of Alzheimer's. The Healing Companion: Stories for Courage, Comfort and Strength*. New York: Lachance.
- Tulving, E. & F.I.M. Craik, (Hrsg.), 2000: *The Oxford Handbook of Memory*. Oxford: Oxford University Press.
- Watson, C., H. Chenery & M. Carter, 1999: *An Analysis of Trouble and Repair in the Natural Conversations of People with Dementia of the Alzheimer's Type*. *Aphasiology* 13: 195–218.

### Autorenvorstellung

Christian Meyer, geb. 1971 in Darmstadt. Studium der Ethnologie, Soziologie, Politikwissenschaft und Erziehungswissenschaft in Heidelberg, Montpellier und Mainz. Promotion in Mainz, Habilitation in Bielefeld. Von 1998–2007 wissenschaftlicher Mitarbeiter in Mainz und von 2008–2012 Akademischer Rat und Oberrat an der Universität Bielefeld. 2012 Vertretungsprofessor für Allgemeine Soziologie an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 2012–2013 Senior Fellow am Center for Global Cooperation Research (Käte Hamburger-Kolleg) an der Universität Duisburg-Essen; gegenwärtig Vertretungsprofessor für Medientheorie an der Universität Siegen.

Forschungsschwerpunkte: Interaktionstheorie, Grundlagen menschlicher Sozialität, Kultursoziologie, Soziologie des Körpers.

Wichtigste Publikationen: *The Rhetorical Emergence of Culture* (Hrsg. mit F. Girke), New York 2011; *Sozialität in Slow Motion* (Hrsg. mit R. Ayaß), Wiesbaden 2013; *Skopische Sozialität: Sichtbarkeitsregime und visuelle Praktiken im Buxen* (mit U. v. Wedelstaedt), *Soziale Welt* 64, 2013.