

Zeitschrift für Germanistik

Neue Folge
XXVIII – 3/2018

Herausgeberkollegium

Ulrike Vedder (Geschäftsführende Herausgeberin, Berlin)
Mark-Georg Dehrmann (Berlin)
Alexander Košenina (Hannover)
Steffen Martus (Berlin)

Gastherausgeberin

Anne-Kathrin Reulecke (Graz)

Sonderdruck



PETER LANG

Internationaler Verlag der Wissenschaften
Bern · Berlin · Bruxelles · New York · Oxford · Warszawa · Wien

Körperliche Grenzerfahrungen und ‚künstliche Natürlichkeit‘ in literarischen Texten zu Parkinson und tiefer Hirnstimulation (Helmut Dubiel, Ute Schmidt, Richard Wagner)

I. Grenzerfahrungen erzählen. Die im Deutschen früher auch als Schüttellähmung bezeichnete Krankheit Morbus Parkinson, die fortschreitend und bislang unheilbar ist, greift Betroffene als Individuen und als soziale Wesen an: Die zitternden, überschießenden oder reduzierten, gleichsam ‚eingefrorenen‘ Bewegungen, die durch einen Mangel des Nervenbotenstoffs Dopamin verursacht werden, beschränken den Handlungsspielraum, verursachen eine zunehmend maskenhafte Mimik und erschweren Selbstartikulation und gesellschaftliche Interaktion. Viele Erkrankte erleben ihren Körper in Phasen der Erstarrung oder der unkontrollierbaren Überbewegungen als entfremdet und ziehen sich aus Furcht vor Stigmatisierung durch eine „Beschwichtigungsgesellschaft“, in der Schwächen und Hinfälligkeit eher verborgen werden, zurück.¹ Parkinson, so der Schriftsteller Richard Wagner, ist eine „konsequent sinnsprengend[e] Krankheit“ (W 96) für (unfreiwillige) „Einzelgänger“ (W 123).

Für den Fall, dass die medikamentöse Behandlung mit Dopamin-Ersatzstoffen die Symptome nicht mehr ausgleichen kann, gibt es seit den 1990er Jahren die neurochirurgische Möglichkeit, einen programmierbaren elektronischen Impulsgeber im Mittelhirn zu implantieren, der falsche Hirnsignale unterdrückt und auf diese Weise die motorischen Beeinträchtigungen verringert. Ein solcher ‚Hirnschrittmacher‘ lässt sich als Neuroprothese verstehen, die die verlorengegangene körpereigene Motorikkontrolle ersetzt und die Lebensqualität von Parkinsonkranken erhöhen kann. Indem die Prothese etwas hinzufügt, verweist sie zugleich auf den ihr zugrundeliegenden Mangel und erzeugt die „Phantasie einer ursprünglichen Natürlichkeit“²; weil sie – psychoanalytisch gesprochen – eine narzisstische Kränkung (mangelnde Selbstkontrolle) durch eine andere Kränkung (Abhängigkeit von einem Gerät) kompensiert, erfordert sie von den Betroffenen eine komplexe (psychische) Neuaneignung des eigenen Körpers.³

Auch aus neurologischer und medizinethischer Sicht ist diese Intervention nicht unproblematisch: Die neurotechnische Funktionsweise der ‚tiefen Hirnstimulation‘ ist – jenseits von Erfahrungswerten und klinischen Erfolgen – nicht vollständig klar;⁴ die elektrische Stimulation kann zu schweren Nebenwirkungen führen, zu denen Persönlichkeitsveränderungen und psychische Erkrankungen wie Manie und Depression zählen;⁵ und die externe

1 WAGNER (2015, 58); fortan nach diesem Werk zitiert im Text: W.

2 DECKER (2004, 12). Galert diskutiert die tiefe Hirnstimulation dagegen nicht als Prothese, sondern als Neuro-modulation, weil es dabei weniger um einen Ersatz als um die technische Korrektur neuronaler Aktivitäten gehe. Vgl. GALERT (2015, 338–346).

3 Vgl. SCHUMACHER, DECKER (2013, 281–305).

4 Zum Stand und zu den Perspektiven der tiefen Hirnstimulation (THS) vgl. DEUTSCHE FORSCHUNGSGEMEINSCHAFT (2017, 15 ff.).

5 Vgl. CHRISTEN, MÜLLER (2010, 779–783).

Steuerbarkeit von Gefühlen, Bewegungen und Verhaltensweisen durch direkten Zugriff auf das Gehirn wirft Fragen nach der Manipulierbarkeit jenes Organs auf, das in der Gegenwartskultur wie kaum ein anderes als „persönlichkeitsbilden[d]“⁶ gilt. Die Chancen und Gefahren solch neurotechnischer Steuerungen, die tief in das Selbst eingreifen, müssen deshalb individuell und gesellschaftlich ausgehandelt werden – und die Erfahrungen von Betroffenen wollen erzählt werden.

Der vorliegende Beitrag widmet sich drei autobiographisch geprägten literarischen Texten – Helmut Dubiels *Tief im Hirn. Mein Leben mit Parkinson* (2006), Ute Schmidts *den Kopf öffnen. ein literarisch-neurologischer Befund* (2006)⁷ und Richard Wagners *Herr Parkinson* (2015) –, deren Ich-Erzähler – wie die Autoren selbst – im Alter von 46, 32 bzw. 51 Jahren die Diagnose Morbus Parkinson erhielten und von denen sich zwei für die Behandlung mit tiefer Hirnstimulation entschieden. Als Texte eines etablierten Akademikers, einer unbekannten Autorin und eines renommierten Schriftstellers unterscheiden sie sich hinsichtlich Provenienz, Stil und öffentlicher Reichweite:

Helmut Dubiel war Professor für Soziologie an der Universität Gießen und von 1989–1997 Mitglied des Direktoriums des Frankfurter Instituts für Sozialforschung; er starb 2015 im Alter von 69 Jahren an den Folgen eines Unfalls. *Tief im Hirn* wurde in der Presse breit diskutiert und hat Eingang in medizinethische und technikphilosophische Aufsätze gefunden. Ute Schmidt arbeitete bis zu ihrem krankheitsbedingten Ruhestand als Gymnasiallehrerin für Deutsch und Englisch und veröffentlicht in einem kleinen Rüsselsheimer Verlag; *den Kopf öffnen* wird u. a. im Informationsmaterial des Vereins *Deutsche Parkinson Vereinigung* erwähnt.⁸ Der im Banat geborene Richard Wagner, der zu den bekanntesten rumänisch-deutschen Schriftstellern der Gegenwart gehört, wurde unter Ceaușescu vom Geheimdienst Securitate bespitzelt, siedelte 1987 mit seiner damaligen Ehefrau Herta Müller in die Bundesrepublik über und erhielt als Lyriker, Erzähler, Romanautor und Essayist zahlreiche Literaturpreise; *Herr Parkinson* wurde im deutschsprachigen Feuilleton hoch gelobt.

Unterschiedlich ist auch der Status der drei Texte zwischen Autobiographischem und Fiktionalem: Während Dubiel und Schmidt – ganz im Sinne von Lejeunes ‚autobiographischem Pakt‘⁹ – die Übereinstimmung zwischen Autorsubjekt und erzählendem Ich markieren, also Pathographien¹⁰ bzw. Autosomatographien vorlegen,¹¹ eröffnet die Vorrede zu Wagners *Herr Parkinson* einen autofiktionalen Spielraum¹² zwischen Referentialität und Imagination:

Ich wäre natürlich das „Ich“, aber nicht ganz. Dafür vertritt Herr Parkinson den Morbus P. in allen Lebenslagen. Die anderen, Ärzte und Betroffene, Angehörige, Betreuer und Passanten, sind

6 CHRISTEN (2005, 197).

7 DUBIEL (2006), SCHMIDT (2006); fortan nach diesen Werken zitiert im Text: D bzw. S.

8 Vgl. SCHNABEL (2009, 13).

9 Vgl. LEJEUNE (1989, 214–257).

10 Vgl. HAWKINS (1995), FRANK (1995), COUSER (1997).

11 Vgl. COUSER (2009, 1–15).

12 Zum v. a. von Serge Doubrovsky geprägten Konzept der Autofiktion vgl. SCHAEFER (2008, 299–326), ZIPFEL (2009, 31–36). Wagner selbst vermeidet den Begriff der ‚Autofiktionalität‘, weil er auch in Texten, die „Fragestellungen enthalten, die [ihn] betreffen“, nicht „der Mittelpunkt [s]eines Schreibens“ (WAGNER, ROSSI 2017, 84) sei.

selbstverständlich Träger ihrer Berufe und Berufungen. Auch für sie gilt, dass jede Ähnlichkeit mit lebenden Personen zufällig ist, was im Übrigen durch unseren Herrn Parkinson jederzeit bestätigt werden kann. (W 5)

Das „Ich“ wird hier im Modus des Konjunktivs mit einer realen Person – z.B. dem Autor – verknüpft, die Beglaubigung der Fiktionalität (!) aller anderen im Text entworfenen Figuren wird jedoch ausgerechnet „Herrn Parkinson“, also der fiktionalen Personifikation der Krankheit, zugesprochen. Im vorliegenden Beitrag wird für alle drei Texte vereinheitlichend vom ‚Ich-Erzähler‘ bzw. von der ‚Ich-Erzählerin‘ die Rede sein.

Auch wenn nur Schmidts Text mit „Essay“ eine Gattungsbezeichnung besitzt, lassen sich alle drei Werke als literarische Essays lesen. Es sind persönliche Auseinandersetzungen mit krisenhaften Körpererfahrungen, die Selbstwahrnehmungen, Identitätskonzepte und Lebensentwürfe infrage stellen und damit – so eine Ausgangsthese der folgenden Lektüren – spezifische Schreibweisen erfordern, die als literarische Antworten auf die Erkrankung verstanden werden können. Damit geben die Texte doppelte Einblicke in die Grenzen des Humanen: in Morbus Parkinson als individuelle Grenzerfahrung und in die körperlichen, ethischen und bis zu einem gewissen Grad auch ästhetischen Grenzverschiebungen durch die neurotechnische Steuerung von Gehirn und Körper. Im Mittelpunkt der Überlegungen steht deshalb die Untersuchung jener Metaphern und Erzählmuster, die dazu beitragen, persönliches Erleben kulturell zu deuten, intersubjektiv zu vermitteln und für einen gesellschaftlichen Diskurs jenseits medizinischer oder neurotechnischer Fachkreise verfügbar zu machen.

II. On- und Off-Phasen: Körperspaltung und binäre Systeme. Im Kontext von chronischen und degenerativen Erkrankungen trennen Diagnosen häufig nicht ein unbelastetes ‚Vorher‘ von einem erkrankten ‚Nachher‘, sondern sie benennen und vereindeutigen mit medizinischer Autorität jene irritierenden Beobachtungen, die der oder die Betroffene selber schon seit längerer Zeit am eigenen Körper macht. Ein wiederkehrendes Motiv in Krankheitserzählungen ist deshalb die Beschreibung erster, anfangs noch unerkannter Anzeichen, denen rückblickend Bedeutung zugeschrieben wird.

Bei Schmidt wird die verstohlene Suche nach krankheitsbezogenen „Stellen“ (S 11) in (populär-)medizinischen Büchern als Entsprechung zur Lektüre von erotischen Stellen entworfen: Das lesende Ich fühlt sich erkannt und bekommt, wie bei der Lektüre von Erotika, „Herzklopfen“ und „[h]eiße Ohren“ (S 11). Dagegen heißt es bei Wagner und Dubiel ohne lustvollen Doppelsinn, die „Mühsal mit allem, die Verunsicherung und die fortdauernde Angst“ (W 21) fügten sich „[i]n der Rückschau“ zu einer „deutlichen Spur“ (D 19f.), die die gerade noch aufrechterhaltene Normalität als prekäre Ansammlung von „bereits umstellten Augenblicken des Glücks“ (W 22) entlarven würde. Einerseits bringt die Diagnose „Ordnung in eine zufällig scheinende Serie von Symptomen“ (D 29), andererseits verdeutlicht sie im Gestus der Nachzeitigkeit, dass die betroffene Person „schon lange mit dem Parkinson kohabitert“ (W 27) und den „Vorsprung“ der Krankheit „niemals überwinden“ (W 28) könne. Die Macht der medizinischen Zuschreibung ist allumfassend, weil sie den Raum und die Zeit des Körpers neu justiert:

Die Krankheit zerstört nicht nur das Leben des Betroffenen, sondern auch sein Vorleben. Alles wird plötzlich erklärbar, und selbst die kleinen Schwächen erscheinen nun als vielsagende Symptome. (W 110 f.)

Was medizinisch erklärt werden kann, ist damit aber nicht schon erzählbar. Als chronische und trotz Behandlung fortschreitende unheilbare Krankheit folgt Parkinson nicht dem kulturell beliebten Muster von Kampf, Überwindung, Heilung und *survivorship*.¹³ Das Fortschreiten ist auch nicht vorhersagbar, denn es kann durch Medikamente hinausgezögert und durch einen neurochirurgischen Eingriff annähernd kompensiert werden. Diese Überkreuzung der Logiken des noch, nicht mehr oder (durch tiefe Hirnstimulation) wieder Möglichen hat Auswirkungen auf die Erzählweise; in *den Kopf öffnen* heißt es:

Ich kann [...] keine Linie von der Verzweiflung zum Triumph ziehen (*klassisches Drama, geschlossene Form*), sondern nur episodenhaft den Kampf zwischen Verzweiflung und Triumph schildern. Noch ist nichts entschieden. (S 10)

Die Anspielung auf Krankheit als ‚offene Form‘ mag literaturästhetisch attraktiv sein, doch im Alltagsleben verstoßen chronische Leiden gegen das „ungeschriebene Gesetz“, das „die Höchstdauer der Betroffenheit im Krankheitsfall“ regelt: „Wird die Frist überschritten, droht der Entzug des Berechtigungsscheins auf Fürsorge.“ (S 58) Der klassische narrative Bogen einer Krankheitserzählung, der auf körperliche Heilung oder zumindest auf einen psychischen oder spirituellen ‚Gewinn‘ zielt, ist demnach nicht nur eine Orientierung für das leidende Individuum, sondern auch eine Absicherung für die Gesellschaft, die bestimmte Erzählweisen bevorzugt,¹⁴ selbst wenn die „Progredienz der Krankheit“ für die Erkrankten nicht notwendig mit einem „Progress“ im Sinne einer „Zunahme an Wissen, Weisheit“ (S 26) einhergeht.

Selbstverständlich ist der Körper von zentraler Bedeutung in Krankheitserzählungen. In *Tief im Hirn* erlebt der Ich-Erzähler die Diagnose als „narzisstische Kränkung“ (D 39), die zu einer Trennung von der Gesellschaft der Gesunden und vom eigenen Körper führt:

Am Beginn noch selten, im Verlauf meiner Krankheit dann immer häufiger, aber niemals berechenbar, erwies sich mein Körper als ein von mir getrenntes Subjekt, das seine eigenen unerforschlichen Wege geht. (D 39)

Im Falle von Parkinson umfasst diese Selbstspaltung auch die medikamentöse Therapie, denn diese setzt die Selbstentfremdung (Ich versus beeinträchtigter, dem Willen nicht mehr gehorchender Körper) durch ein zweites Fremd- und Unkontrollierbar-Werden fort, das sich in der medizinischen Beschreibung durch Rückgriff auf ein dualistisches Modell niederschlägt. Der Ich-Erzähler in *Herr Parkinson* erläutert im Duktus von Fachliteratur:

Es gibt On- und Off-Phasen, je nach Wirkung der Medikamente. Während des Off kann es zu Dystonien kommen, zu Verkrampfungen. Während des On zu Dyskinesien, zu Überbewegungen. (W 44)

13 Vgl. BELL (2012, 584–600).

14 Vgl. FINGER (2005, 610–615), SCHMIDT (2017, 138–159).

Die Medikamente liefern Ersatzstoffe für das fehlende Dopamin, und so deuten Mediziner und Erkrankte den Körper als Maschine, die nur bei Versorgung mit dem richtigen Treibstoff tadellos läuft:

L-Dopa ist aber nicht Dopamin, es ist sozusagen ein Verwandter. Man kann natürlich statt Diesel auch Benzin tanken, aber nicht für immer. Der Motor verträgt es schlecht. (W 49 f.)

Ganz in diesem Sinne erlebt das Ich in Helmut Dubiels *Tief im Hirn* eine „Off Phase“ als „Gefühl, als ob die Seelenmaschine des Organismus den Stecker rausgezogen bekommt und nur noch ‚Standby‘ läuft, sozusagen auf Reservestrom“ (D 54). Diese Formulierung erinnert an Konzepte des *homme machine* von René Descartes und Julien Offray de La Mettrie und bereitet – so ließe sich argumentieren – den späteren Einsatz der elektronischen Stimulation vor. Lediglich die Ich-Erzählerin in Ute Schmidts *den Kopf öffnen* äußert Unbehagen angesichts einer solch funktionalen Logik: „An und Aus können doch eigentlich nur Maschinen sein, binäre Systeme, die nur zwei Zustände kennen.“ (S 31 f.) Sie kritisiert das mechanistische Körperverständnis von Schulmedizin und Pharmakologie, das sich auch in der Auffassung vom Körper als Regelkreis fortsetzt und nach der die unterschiedlichen Mischungsverhältnisse von eigenen und verabreichten Botenstoffen den Körper nicht nur steuern, sondern wie ein technisches Gerät an- oder abschalten. Entsprechend müsse sie als Patientin lediglich medikamentös „eingestellt“ werden „wie ein Auto oder der Küchenherd vor dem Backen“ (S 25, Herv. i. O.).

Als Alternative zur Selbstspaltung und mechanistischen Logik dieser medikamentöstechnischen ‚Einstellung‘ lassen sich in den ausgewählten Texten zwei literarische ‚Bewältigungsstrategien‘ erkennen:

Die *eine* erprobt eine alternative Form der Spaltung, die die Krankheit nicht lediglich externalisiert (das ‚Fremde‘, gegen das ‚gekämpft‘ werden muss), sondern anthropomorphisiert und personalisiert. Richard Wagners *Herr Parkinson* beginnt abstrakt mit der „Krankheit Parkinson“ (W 24), spricht von „der Parkinson“ (W 26) in einer Formulierung, die zwischen Krankheitsbenennung und Personalisierung in der Schwebe bleibt, und reflektiert über den britischen Arzt James Parkinson, der 1817 durch seinen Aufsatz *An Essay on the Shaking Palsy* zum „diplomatischen Fürsprecher des einschlägigen Patienten“ wurde (W 16). An die Stelle des historisch verbürgten Mediziners tritt bald ein fiktiver neuer ‚Lebenspartner‘: der „ziemlich diskrete Herr Parkinson“ (W 34), der als „Gentleman“ (W 37) „nicht auf Nähe“ (W 113) aus ist, aber in Gesprächen mit dem Ich-Erzähler durch „unaufdringliche akademische Ironie“ (W 41) und „Lakonik“ (W 114) seine Überlegenheit verdeutlicht. Wenn er „ab und zu [...] unauffällig ein Bein“ (W 88) stellt, wird Herr Parkinson mit körperlichen Symptomen in Verbindung gebracht, meist fungiert er jedoch als Gegenüber für gedankliche Auseinandersetzungen mit der Krankheit:

Zu den Fragen, die man hat, muss man sich die Antworten ausdenken, und zwar so, dass man sich stets vorzustellen versucht, was er jetzt dazu sagen könnte. (W 114)

Gelegentlich verschmilzt Herr Parkinson zwar mit dem Ich-Erzähler („auch seine Fragen waren mit meiner Stimme vorgetragen“ [W 102]), doch behalten die ins Surreal-Groteske kippenden Körperbeschreibungen ihre beängstigende Qualität („Herr Parkinson verwirrt

den Körper und lässt den Kopf zuschauen“ [W 99]), und die Machtverhältnisse verschieben sich zunehmend zu Ungunsten des Ich-Erzählers: „Ja, Herr Parkinson war nochmals da. Nein, wir sprachen nicht miteinander. Ich lag. Er saß.“ (W 143) Die Imagination der Krankheit als unerwünschter, aber nicht zu vertreibender Begleiter gibt dem Ich-Erzähler die Möglichkeit, sich an eine Instanz zu wenden, die zwischen Eigenem und Fremdem changiert und der Sprachlosigkeit ein Gespräch entgegensetzt.

Die *andere* ‚Bewältigungsstrategie‘ erklärt Literatur zum Überlebensmittel und „Antidot“ (S 10), um der „potentiell zerstörenden Kraft dieser Krankheit eine schöpferische Kraft entgegenzusetzen“ (S 9). Für die Ich-Erzählerin in *den Kopf öffnen* sind Mythen, die Bibel und die Werke der Weltliteratur eine „Quelle anhaltender Heiterkeit“ (S 10) oder des (schwarzen) Humors, vor allem aber bieten sie Sprach- und Deutungsmöglichkeiten an, ohne vorschnell Sinnstiftung zu betreiben. Literarische Texte schaffen „Abstand“ und stellen „Bilde[r]“ bereit, um eigene Erfahrungen zu „modellier[en]“; sie schärfen den Blick für „Komik und Absurdität“ und eröffnen durch „sonderbare Assoziationen“ einen „Raum der Freiheit“ (S 14).

Der Essay *den Kopf öffnen* ist ein durchgängiger Dialog mit Literatur, der sich bis in die Struktur des Textes niederschlägt, denn die zum Teil abgewandelten Literaturzitate der Kapitelüberschriften (z. B. „Kein Bericht für eine Akademie“, „Kein bisschen zauberbergig“, „Dem Bürger fliegt vom spitzen Kopf der Hut“ oder „Von Gespenstern lernen“) dienen als Organisationsprinzip, um die Stationen der Erkrankung zu erzählen; die entsprechenden Untertitel lauten „Ärzte“, „Die Klinik“, „Versetzung in den Ruhestand“ und „Schwierigkeiten mit einer fürsorglichen Öffentlichkeit“ (S 14, 21, 35, 47). Zum Teil folgen die eigenen Erfahrungen literarischen Vorbildern, z. B. wenn die Erzählerin das entmündigende und uneinfühlsame Verhalten von Ärzten kritisiert, indem sie ihre „Sozialisation als Patientin“ (S 17) mit dem Lebensweg des gefangenen Affen Rotpeter aus Franz Kafkas *Bericht für eine Akademie* kurzschließt.

Schilderungen der Erkrankung können literarische Reflexionen jedoch auch einem ‚Realitätscheck am eigenen Leibe‘ unterziehen, z. B. wenn das Ich der wortgewandt dargestellten Sprachkrise des Hofmannsthal’schen Lord Chandos die eigene physische „Sprechkrise“ entgegensetzt, die die „materielle Seite des Sprechens“ (S 43) betrifft:

Meine Entwicklung in den Wüsten der Sprachlosigkeit ging in eine ganz andere Richtung. Ich übe mit meiner Logopädin, ganz deutlich und langsam zu sprechen. Dazu nimmt sie geeignete Sätze, deren schönster ohne Zweifel der folgende ist: *Die Bohnen werden erst gewässert, dann gekocht.* (S 45)

Auch die Deutung körperlicher Krankheitszeichen erfolgt unter Rückgriff auf literarische – genauer: rhetorische – Kategorien. „Gibt es eine Rhetorik der Gesten?“, fragt die Ich-Erzählerin in *den Kopf öffnen* (S 29) und meint damit nicht den ‚Unfall‘ der On- und Off-Phasen, sondern den ‚Idealfall‘ einer ausbalancierten Medikamentenwirkung. Selbst diese, so der Verdacht, erziele nicht mehr als „Karikaturen von *natürlichen* Bewegungen“ (S 29, Herv. i. O.). Selbstredend ließe sich argumentieren, dass auch die Bewegungen und Gesten von Gesunden das Ergebnis von kulturellen Lernprozessen und insofern nicht ‚natürlich‘ im Sinne von ‚ursprünglich‘ sind, doch Schmidt geht es vor allem darum, bei aller Dankbarkeit für das pharmakologisch Machbare die Beschränktheit der Parkinson-Therapie aufzuzeigen:

Die Medizin ermöglicht manchmal fast lebenssechte Bewegungen, doch das Repertoire der gestischen Formen bleibt eingeschränkt: Es herrschen die *Hyperbel* vor und das *Understatement*. (S 29, Herv. i. O.)

III. Die Operation als Gewalterfahrung und „invertierte Metapher“. Die tiefe Hirnstimulation als Therapie bei fortgeschrittenem Morbus Parkinson, die darauf zielt, schwere Bewegungsstörungen zu unterdrücken und die Medikamentendosierung (und deren Nebenwirkungen) zu verringern, erhält in den drei Texten unterschiedliches Gewicht: In Wagners *Herr Parkinson* wird der Eingriff nur kurz erwähnt und ablehnend beurteilt, Schmidts *den Kopf öffnen* widmet sich vor allem der Operation, und Dubiels *Tief im Hirn* setzt den Schwerpunkt auf das postoperative Leben mit der Neuropothese. Die kritische Haltung des Protagonisten in *Herr Parkinson* beruht überraschenderweise auf Skepsis gegenüber eben jenem mechanistischen Körperkonzept, das dem Ich-Erzähler bei der Beschreibung der Wirkung von Dopaminpräparaten angemessen erschien. Mit Blick auf die tiefe Hirnstimulation heißt es bei Wagner:

Dem neurologischen Eingriff, bei dem Teile des Hirns per Draht an ihre Hausaufgaben erinnert werden, liegen grundsätzliche Überlegungen des mechanischen Zeitalters zugrunde, die sich in der Regel mit einem Minimum an Beweglichkeit zufriedengeben. So wird der aufrechte Gang zum aufrechten Gang aufs Klo. (W 94)

Der neurochirurgische Eingriff folge einem vereinfachenden, weil rein funktionalen Menschenbild; wer es lediglich unbeschadet zur Toilette schaffen wolle, so die Botschaft, müsse sich dafür wohl kaum den Schädel aufbohren lassen, und selbst ein Operierter wie Helmut Dubiel sehe „seine Entscheidung heute äußerst kritisch“ und habe sich zum „Zweifler unter den Patienten“ (W 95) entwickelt – eine Einschätzung, die sich mit der folgenden Lektüre von *Tief im Hirn* nur bedingt deckt.

Die Entscheidung für die tiefe Hirnstimulation ist in Schmidts *den Kopf öffnen* eine pragmatische und gehorcht damit durchaus der bei Wagner so abgewerteten ‚Toilettenlogik‘. Die Ich-Erzählerin erklärt:

Ich ging diesen Pakt bewusst ein: Den hohen Wert körperlicher Integrität tauschte ich gegen das Versprechen relativer motorischer Autonomie – oder jedenfalls einer begründeten Hoffnung auf – wenn auch eingeschränkter – Erlösung von einer schrecklichen Heimsuchung. (S 62)

Schon der Titel des Essays verdeutlicht, dass nicht die Parkinsonerkrankung, sondern der chirurgische Eingriff in den Kopf als zentrales Skandalon verstanden wird und dass es dabei weniger um die (postoperative dauerhafte) Manipulation des Gehirns geht als um das (einmalige, wenn auch an zwei Stellen vorgenommene) Aufbohren der Schädeldecke. Die gut achtstündige Operation erfolgt unter örtlicher Betäubung, also bei vollem Bewusstsein der Patienten, damit Lage und Funktionsweise der eingeführten Elektroden mit Hilfe von Teststimulationen sofort überprüft werden können.

Schmidts Kapitel zur Operation greift den Buchtitel auf, erweitert ihn zu „den Kopf öffnen. Metaphern“ und nähert sich dem Schrecken der Neurochirurgie über William Shakespeares Tragödie *Macbeth*. Wenn Macduff in der 3. Szene des II. Aktes den Mord an König Duncan entdeckt und entsetzt erklärt, „[t]he lord’s anointed temple“ sei aufgebrochen

worden, verbindet er durch die doppelte Semantik von „temple“ den sakralen Raum mit der menschlichen Schläfe „in einer Metapher“ (S 62) und deutet die physische Vernichtung des Königs zugleich als Angriff auf eine unantastbar erscheinende Ordnung:

Diese Ungeheuerlichkeit, diese Übertretung, war mir nur in dieser Metapher zugänglich. Der Tabubruch, den ich im Öffnen des Kopfes sah, war in dem Bild der Tempelschändung aufgehoben und dadurch merkwürdigerweise für mich nicht mehr so gewalttätig und so beklemmend realistisch. [...] Meine Operation ist eigentlich eine invertierte Metapher: Als mir der Kopf mit einem ganz normalen Bohrer aus der Werkzeugkiste – so hörte es sich jedenfalls an – geöffnet wurde, und zwar in Wirklichkeit, nicht metaphorisch, war ich an einem Punkt äußersten Ausgeliefertseins angekommen und gleichzeitig an einem Extrempunkt neuer Hoffnung. (S 63f.)

Der Schrecken der auf Heilung zielenden Gewalt im Operationssaal wird durch die Macht der Metapher und die Rückbindung an Literatur in den Raum des Sagbaren zurückgeholt. Er ist zwar eine Grenzerfahrung, steht aber, wie Schmidts Verweise auf Shakespeare und auf die metaphorische Rede von aufgebrochenen Schädeldecken in Georg Büchners *Dantons Tod* verdeutlichen, nicht jenseits des kulturell Denk- und Artikulierbaren. Vielmehr kann die Schädelöffnung unter Rückgriff auf literarische Texte letztlich als „Simultaneität von Ungeheuerlichkeit und Banalität“ (S 64) – und „Banalität“ steht hier für klinische Routine – erfahren und erzählt werden. Dabei erlebt die Patientin auch das mit, was zum Alltag von Chirurgen gehört,¹⁵ aufgrund von Vollnarkosen aber meist nicht von den Betroffenen bezeugt werden kann, z. B. der Austausch medizinischer Daten am Operationstisch, Gespräche und gelegentliche Scherze während des Eingriffs sowie Unterbrechungen für Mahlzeiten. Die Operation ist eine „im Wortsinn einschneidende“ Erfahrung, die „sehr schwer durchzuhalten“ (S 67) ist, sich aber letztlich doch in die eigene Lebensgeschichte integrieren lässt.

Für den Ich-Erzähler in *Tief im Hirn* stellt sich dies etwas anders dar. Auf die ausführliche Erläuterung der Wirkungsweise der tiefen Hirnstimulation und des chirurgischen Verfahrens sowie die Einschätzung, der Eingriff gelte zwar „als belastend für den Patienten“, sei aber „medizintechnologisch keine Sensation“ (D 96), folgt eine Beschreibung, deren Schrecken dadurch markiert ist, dass ein zentrales Geschehen dem Vergessen überantwortet wird:

Die Operation war unendlich schwer. Und gerade der schwierigste Teil des Eingriffs, das Bohren im Kopf, während dieser im stereotaktischen Ring fest verschraubt war, bei vollem Bewusstsein, muss schlimm gewesen sein. Ich kann mich daran kaum erinnern. [...] Ein Freund berichtet mir von einem Telefongespräch, das ich offenbar noch in bester Verfassung begann. Er fragte nach der Operation, und ich habe ihm von dem Bohren im Kopf erzählt. Offenbar, um den Anrufer zu amüsieren und ihm meine Distanz zu den Ereignissen zu demonstrieren, habe ich mich mit einem Hund verglichen, dessen Hütte mit einer Kettensäge angegriffen wird. Meine Rede sei unverständlich geworden, ich hätte plötzlich zu weinen begonnen und das Gespräch einfach abgebrochen. (D 98f.)

Die „Erfahrung erlittener Gewalt“ (D 103), die sich im Bild eines Hundes niederschlägt, der der Zerstörung seines persönlichen Schutzraums wehrlos ausgeliefert ist, überschreitet die Grenze des Sagbaren und führt zum emotionalen Zusammenbruch des Ich-Erzählers. *Tief im*

15 Vgl. HIRSCHAUER (1991, 279–319).

Hirn kritisiert die Ärzte, die die – nach Einschätzung des Operierten – „posttraumatische[n] Stressreaktionen“ (D 99) nicht ernstnehmen. Der Ich-Erzähler zitiert die Formulierung „Der Patient gibt vor...“ (D 108) aus dem Protokoll eines Oberarztes und weist auf diese Weise darauf hin, dass sein Bericht über Atemnot, Schwindel und Depression unter den Verdacht von Simulation und Übertreibung gestellt wird. Die Erfahrung, dass „mir die Welt zerbrochen war“ (D 100) führt allerdings auch dazu, dass der Ich-Erzähler sich – stärker als in anderen Passagen des Textes – zeitweise als Teil eines Kollektivs von Patienten begreift. Zahlreiche Menschen – so heißt es unter Verweis auf aktuelle Studien – leiden nach Operationen unter Albträumen „von einer so großen, transpersonalen Homogenität“, dass „fast die Rede von einem kollektiven Unbewussten sein konnte“, welches sich in geträumten „Morden, Lynchsituationen, Massenvergewaltigungen, Massakern etc.“ (D 102) artikuliert. Während Schmidt in *den Kopf öffnen* eine imaginäre Gemeinschaft qua Literatur entwirft, sind es bei Dubiel die einander ähnelnden Bewältigungsversuche der menschlichen Psyche, die der Gewalterfahrung Erzählungen des Unbewussten entgegensetzen und auf diese Weise überindividuelle Verbindungsmöglichkeiten andeuten.

IV. Künstliche Natürlichkeit und Selbststeuerung: On und Off in Eigenregie. In Schmidts *den Kopf öffnen* werden die Folgen der Operation eher summarisch und durchweg positiv thematisiert:

Meine Zeit ist wieder meine Zeit, ich kann darüber verfügen, ich muss mich nicht an die ‚Zeitfenster‘ halten, die mir die fürchterlichen *Offs* und die ebenso schrecklichen Dyskinesien lassen. Ich habe damit wieder Zukunft. Und ich kann gesellig sein. (S 67)

Das Buch endet mit der Hoffnung, „anlässlich eines meiner nächsten runden Geburtstage in hochhackigen roten Schuhen Rumba zu tanzen“ (S 68), und verdeutlicht damit, dass die tiefe Hirnstimulation der Erzählerin eine Rückkehr zu Lebensfreude und Genuss ermöglicht. Dass *Tief im Hirn* weitaus ambivalenter ist, mag der Perspektive des kritischen Soziologen geschuldet sein oder den stärkeren Neben- und Nachwirkungen der Operation. Schon der Buchtitel deutet an, dass die tiefe Hirnstimulation keine einfache *restitutio ad integrum* ist, sondern die Verletzbarkeit bzw. krankheitsbedingte Beschädigung des Gehirns auf Dauer stellt: Denn „tief im Hirn“ sitzen sowohl *substantia nigra* und *Striatum*, deren verminderte Dopaminproduktion den Morbus Parkinson auslösen, als auch die Elektroden, die gemeinsam mit Reizleitung, subkutanem Neurostimulator und externem Programmiergerät den Hirnschrittmacher bilden. Dieses Neuroimplantat verlagert die Schnittstelle zwischen Körper und prothetischen Ersatzteilen ins Gehirn hinein,¹⁶ zugleich aber stellt die externe Fernsteuerung eine weitere Schnittstelle dar, die für den Umgang mit dem eigenen Körper große Bedeutung erhält.

Tief im Hirn führt vor, wie der Ich-Erzähler sich im Gefüge von Pharmazie, Neurochirurgie und nachsorgender Neurologie eigene Handlungsspielräume bzw. *agency* erkämpft und zu einem zumindest teilsouveränen Nutzer der in ihn integrierten Technik avanciert.¹⁷ Auslöser dafür sind die schweren Folgeschäden der Operation, zu denen – zusätzlich zu den bereits

16 Vgl. KIENITZ (2010, 146).

17 Zum Konzept des teilsouveränen Körpers vgl. HARRASSER (2013, 111–131).

erwähnten posttraumatischen Belastungsstörungen und Depressionen – vor allem Beeinträchtigungen des Sprachzentrums gehören: Mit dem Hirnschrittmacher kann sich der Patient zwar wieder weitgehend flüssig bewegen, aber nur noch leise und undeutlich-verwaschen sprechen, was seine weitere akademische Lehr- und Vortragstätigkeit beinahe unmöglich macht.¹⁸

Nach einem Leidensjahr, in dem nach Einschätzung des Ich-Erzählers „sehr schwere Symptome an die Stelle von schweren Symptomen getreten waren“, so dass Operation und tiefe Hirnstimulation „lediglich die Pest durch die Cholera ersetzt“ (D 111) hätten, besteht der Ausweg in der wiederholten vorübergehenden Suspendierung und anschließenden Neuinitialisierung des neurotechnologischen Impulsgebers durch schlichtes Ab- und Anschalten. Einen solchen Zugriff hatte eine Neurologin dem zunehmend verzweifelten Patienten vorgeschlagen. Über den Moment des ersten Abschaltens heißt es:

In derselben Sekunde kehrte meine Stimme zurück, sonor, wohl artikuliert, nur ein wenig heiser. Interessant war, dass nicht nur das Sprechen im technischen Sinne wieder sofort funktionierte, sondern auch meine Verstandestätigkeit und die kognitiven Funktionen – im buchstäblichen Sinne – wieder angeknipst waren. In den 15 Minuten, in denen wir das Gerät abgeschaltet hatten, war mir, als ob in meinem Kopf ein PC eingeschaltet wurde, dessen Brummen und Klicken mir verhiessen, dass mein Hirn arbeitet. (D 142)

Auffällig ist, dass der Triumph des sprachfähigen, vom Hirnschrittmacher abgekoppelten Individuums mit einer Bestätigung genau jenes Vokabulars einhergeht, das an technischen Apparaten geschult ist: Das Abschalten des einen elektrischen Geräts wird als Einschalten eines anderen erlebt („als ob in meinem Kopf ein PC eingeschaltet wurde“). Es handelt sich also nicht um die Aufkündigung einer mechanistischen Körperauffassung, sondern eher um den Wechsel zwischen zwei Registern. Weil bereits die körperlichen Vorgänge rund um die medikamentöse Parkinson-Therapie mit mechanistischen Metaphern beschrieben werden, kann die individualisierte, vom Hersteller so eigentlich nicht intendierte Therapie in der gleichen Logik und mit demselben Begriffspaar ‚On/Off‘ beschrieben werden.

Wenn sowohl das Gehirn als auch der Schrittmacher mit einer Maschine bzw. einem Computer analogisiert werden, bedeutet dies allerdings auch, dass eine Trennung zwischen dem eigenen Körper und dem Neurostimulationsgerät kaum denkbar bzw. sprachlich schwer vermittelbar ist, selbst wenn Dubiel darauf beharrt, dass sein Ich die Entscheidungshoheit habe und den Schrittmacher lediglich als Werkzeug¹⁹ benutze:

Ich besitze seit einiger Zeit ein Steuergerät, mit dem ich – nach einer vom Arzt vorgegebenen Skala – die Amplitude meines Schrittmachers selbst einstellen kann. Je nachdem, ob ich eine größere Distanz gehen oder öffentlich sprechen muss, muss ich meinem Schrittmacher auf ähnliche Weise Befehle erteilen wie meinem Computer. Wenn ich gut sprechen will, muss ich die Amplitude sehr niedrig einstellen. Das führt dann regelmäßig zu relativer Unbeweglichkeit und zu Depressionen. Wenn ich mehr als einen halben Kilometer laufe, muss der Wert entsprechend hoch sein. Meine Sprache ist dann leise und verwaschen. Beim Gehen kann ich nicht sprechen. (D 145)

18 Entsprechend der Gepflogenheiten des Wissenschaftsbetriebs soll der Körper – vor allem der nicht funktionierende Körper – unsichtbar bleiben. Im Kontext von Fundraising für die Parkinsonforschung gelten dagegen andere Strategien. Für einen gezielten Einsatz der ‚Rhetorik des behinderten Körpers‘ vgl. QUACKENBUSH (2011), MOE (2012, 443–460).

19 Zur tiefen Hirnstimulation als Werkzeuggebrauch vgl. CLAUSEN (2011, 91–100).

Weil das Gehirn elektrisch stimuliert wird, ist es gewissermaßen ein Computer, allerdings ein Computer, der sich regulieren bzw. zeitlich begrenzt selber ‚vom Netz nehmen‘ kann und auf diese Weise die Teilsouveränität des Ichs wiederherstellt.

Eine Kritik an der neurotechnischen Steuerbarkeit menschlicher Prozesse ist *Tief im Hirn* also keineswegs; insofern ist es nur passend, dass Dubiel selbst auf den Begriff „Konvivialität“ (D 151) des Philosophen, Gesellschafts- und Medizinkritikers Ivan Illich zurückgreift, der mit diesem Konzept die Möglichkeit eines „autonomen und schöpferischen zwischenmenschlichen Umgangs“²⁰ mit Werkzeugen und Maschinen bezeichnet und – davon abgeleitet – einen aus ethischer Perspektive lebensdienlichen Einsatz technischen Fortschritts fordert. Für Illich sind Werkzeuge

dann der Konvivialität förderlich, wenn sie von jedem so oft oder so selten wie gewünscht verwendet werden können, um ein vom Benutzer selbst gewähltes Ziel zu erreichen. [...] Daß sie da sind, bedeutet nicht, daß man verpflichtet ist, sie zu benutzen. Sie machen es ihrem Benutzer möglich, seine Vorstellungen durch sein Tun zum Ausdruck zu bringen.²¹

Natürlich kann auch die Schrittmachertechnologie manipulativ eingesetzt werden, weil mit ihr – wie Dubiel reflektiert – „intime, spontane Reaktionen“ (D 152 f.) technisch vermittelt sind und sie das „Potenzial sozialer Kontrolle“ (D 152) besitzen. Dies hindert den Soziologen aber nicht daran, seinen eigenen Neuromodulator konvivial, also nach selbstgewählten Zielen zu nutzen.

Für ein solches Ausbalancieren der Erzeugung ‚natürlich‘ anmutender Lebensvollzüge mit Hilfe technischer Unterstützung verwenden der Technikphilosoph Oliver Müller und die Medizinethikerin Franziska Krause den Begriff ‚künstliche Natürlichkeit‘; unter Rückgriff auf Helmut Plessners Thesen einer grundlegenden ‚natürlichen Künstlichkeit‘ des Menschen sowie Überlegungen von Ernst Cassirer und Elisabeth List untersuchen sie den Einsatz von Technik, die „Lebensprozesse ermöglichen, unterstützen oder sogar ‚wiederherstellen‘ kann“.²² Als „technisches Artefakt“, das natürliche Bewegungen steuert, zugleich aber die „Assoziation einer Mensch-Maschine“ weckt, weil es dauerhaft mit dem Körper verbunden ist und an- und abgestellt werden kann, beruht die tiefe Hirnstimulation auf einer „Verschränkung von natürlicher Künstlichkeit und künstlicher Natürlichkeit“²³. Wenn solch (neuro-)technische Artefakte dazu herausfordern, „sowohl die Kontinuität von Lebendigem und Technik zu beschreiben, als auch für die ‚Bruchlinien‘ zwischen Leben und Technik adäquate Vokabulare zu finden“,²⁴ dann bietet ein literarischer Essay wie Dubiels *Tief im Hirn* differenzierte Beschreibungen, wie neurotechnisch ermöglichte Freiräume und Beschränkungen individuell ausbalanciert und erzählt werden können.

Von besonderer Bedeutung für den Selbstentwurf des Subjekts ist die individuelle Zeitgestaltung, also die Vorwegnahme zukünftiger Bedürfnisse. Der französische Philosoph Gilbert Simondon erläutert, dass Maschinen immer nur „im Aktuellen“ existieren, während die „Rekursion, das Zurücklaufen der Zukunft in die Gegenwart, des Virtuellen in das

20 ILICH (1998, 28).

21 ILICH (1998, 42f.).

22 MÜLLER, KRAUSE (2016, 45).

23 MÜLLER, KRAUSE (2016, 60). Vgl. auch HÄTSCHER (2015, 149f.).

24 MÜLLER, KRAUSE (2016, 46).

Aktuelle²⁵ das spezifische Vermögen des Menschen sei. Ganz in diesem Sinne berichtet der Ich-Erzähler in *Tief im Hirn*, wie er sich bei einer akademischen Veranstaltung den Erwartungen seiner Kollegen und vor allem seines Sohnes ausgesetzt fühlt und sich im situativen Umgang mit dem Hirnschrittmacher seiner genuin menschlichen Selbstverfügungsgewalt versichert:

Ich hatte niemals den Mut gehabt, das Gerät einfach abzustellen. Doch genau das tat ich jetzt, etwa zehn Minuten, bevor ich in dem Reigen der Diskussion dran war. Dass es zu einem Zusammenbruch oder zu einem Schwächeanfall kommen könnte, nahm ich billigend in Kauf. Das wäre immer noch besser gewesen, als unverständlich, zu leise und schlecht artikuliert zu sprechen. Es ging gut. Es ging sogar ausgezeichnet, wenn auch etwas heiser. Ich war zumindest für die etwa zehn Minuten, die ich sprach, wieder der Alte, mit jener physischen und intellektuellen Sprachkompetenz, über die ich vor der OP verfügt hatte. Weil ich immer noch Angst vor unerwünschten Nebeneffekten hatte, habe ich das Gerät nach meinem Kurzvortrag wieder angeschaltet. Nicht einmal mein Sohn hat etwas davon mitbekommen. Er flüsterte mir nach meinem Beitrag zu: „Das war echt gut. Siehst du, es geht doch.“ [...] Die Möglichkeit, die Fernsteuerung meines Schrittmachers durch die Bedienung eines Knopfes für eine Zeit abzustellen, in der ich so klar und prägnant reden konnte wie früher, sicherte mir das Verbleiben im Beruf und gab mir meinen Stolz und meine professionelle Autorität zurück. (D 149 f.)

Der erlebte Rückgewinn sprachlicher Präzision durch die kurzfristige Emanzipation vom – ansonsten lebenswichtigen – Hirnschrittmacher und die Anerkennung durch den eigenen Sohn bestätigen die Sprachmächtigkeit des Ich-Erzählers und sind ein momentaner Sieg über die eigene Hinfälligkeit, ja Sterblichkeit; ein Sieg, der *mit* der und *gegen* die Maschine errungen ist. Die situative, selbstgesteuerte Selbst-„Technisierung“²⁶ hilft dabei, die gesellschaftlichen Ansprüche an einen Hochschullehrer – z. B. nach einem flüssigen Gangbild und einer verständlichen Artikulation eigener Gedanken – gegeneinander auszutarieren und diese im „leibhaftigen“ Selbst-Bezug²⁷ weitestgehend, wenngleich in wechselnder Gewichtung, mit eigenen Ansprüchen in Einklang zu bringen. Das Fazit lautet deshalb:

[Ich habe] begonnen, mich mit dem Schrittmacher auszusöhnen. Er gibt mir Beweglichkeit und Energie. Ich kann ihn jetzt akzeptieren, weil ich mir häufiger die Freiheit nehme, ihn abzustellen. Dann kann ich (wenn auch nur für zwei Stunden) denken und reden und die Gedanken beim Reden verfertigen, ganz wie früher, so als sei nichts geschehen. (D 156)

V. Literarische Schreibweisen. Ein vergleichender Blick auf die drei Texte verdeutlicht noch einmal, wie unterschiedlich die körperlichen Grenzerfahrungen im Kontext von Parkinson und tiefer Hirnstimulation erfahren und erzählt werden. Ute Schmidts *den Kopf öffnen* gestaltet einen Dialog mit literarischen Texten und entwirft eine Welt freundschaftlicher Begegnungen und offener Perspektiven; der Text ist das Mut machende Zeugnis einer Frau, die zwar „immer noch krank“ (S 67) ist, aber versöhnt mit „diesem meinem einmaligen Leben“ (S 68). Obgleich die Erzählerin sich zu Beginn des Essays gegen vereinnahmende Deutungen von Außenstehenden verwahrt, die christlich, psychoanalytisch oder psycho-

25 SIMONDON (2012, 132).

26 So aus wissenssoziologisch-diskursanalytischer Perspektive SCHNEIDER (2005, 377).

27 SCHNEIDER (2005, 378).

somatisch begründete Sinnstiftungserzählungen von „*Läuterung durch Leiden*“, „*Krankheitsgewinn*“ oder „*Krankheit als Weg*“ propagieren (S 9, Herv. i. O.), besitzt *den Kopf öffnen* selbst durchaus ein ‚gutes Ende‘; allerdings ist es das ‚gute Ende‘ einer Protagonistin, die wie die Titelheldin in Lewis Carrolls *Alice in Wonderland* auf Erschreckendes gefasst bleibt und auf Absurdes mit „*Contentance*“ reagiert (S 34). Nach Parkinson-Diagnose und tiefer Hirnstimulation steht für die Ich-Erzählerin fest:

Diese OP und die Existenz meines Sohnes (er ist mittlerweile neunzehn) sind die besten Entscheidungen meines Lebens gewesen. [...] Gerade weil ich *nur dieses eine Leben habe*, bin ich berechtigt, wenn nicht verpflichtet, zu den irrsten Hoffnungen. (S 67 f.)

Aus Helmut Dubiels Schilderung, seit der tiefen Hirnstimulation seien Denken und Sprechen nur bedingt mit flüssigen und situationsgerechten Bewegungen vereinbar, ließe sich folgern, dass der Text in Phasen geschrieben oder diktiert wurde, in denen der Hirnschrittmacher ausgeschaltet war. *Tief im Hirn* ist also die Körpererzählung eines von Tremor und Überbewegungen gezeichneten Autors, der einen anschaulichen und sprachlich elegant formulierten Einblick in das Erleben von Bewegungs- und Sprachstörungen vermittelt. Dieses Szenario wird jedoch weder thematisiert noch auf den Text selber zurückgewendet; wenn der Ich-Erzähler über Schwierigkeiten mit Wortfindung und Artikulation berichtet, scheint er andere Texte zu meinen als den von ihm publizierten.

In *Tief im Hirn* wird nicht genuschelt, geht kein Faden verloren, gibt es weder Leerstellen noch Fragmentarisches oder Nicht-zu-Ende-Formuliertes; wie viele Überarbeitungsschritte für diese Glättung notwendig waren, bleibt verborgen. Auch die Rahmung durch einen „Prolog“ und einen „Epilog“ trägt dazu bei, dass die Erzählung eher als souveräner Blick auf bewältigtes Leiden denn als Vergegenwärtigung einer chronischen Erkrankung erscheint. In den Eingangs- und Schlusspassagen veranlasst der Ausblick vom Taunus über die Rhein-Main-Ebene bis nach Frankfurt den Ich-Erzähler, aus einer geographischen Vogelperspektive das eigene Leben Revue passieren zu lassen und die Erfahrung von Kontingenz als Verheißung zu entwerfen:

Das Wissen um die Offenheit des Lebens, die Ahnung, dass hinter der nächsten Bergkette, hinter der nächsten Wegbiegung noch ein unbekanntes Land liegt, ist eine der Bedingungen des Glücks. (D 157)

Man mag dies als Siegeszug der Hoffnung lesen, aber vielleicht auch als Vermeidung eines genaueren Blicks auf die eigene körperliche Hinfälligkeit, die mit „soziale[r] Scham“ (D 153) assoziiert wird: „Ich muss mich freilich damit abfinden, dass ich als Behinderter gelte.“ (D 156) Möglicherweise ist diese Schreibweise auch Ausdruck des Selbstverständnisses eines zum Zeitpunkt der Veröffentlichung beinahe 60-jährigen westdeutschen Intellektuellen, der zwar auf Liebesbeziehungen sowie Gespräche mit dem erwachsenen Sohn verweist, aber wenig von emotionalen Bindungen oder sozialer Unterstützung berichtet. Stattdessen trauert er einer spezifisch männlichen Handlungsmacht und Autonomie nach, erklärt, die „Gesellschaft von Parkinson-Kranken [...] durchweg gemieden“ (D 126) zu haben und entwirft sich – trotz seines soziologisch geprägten Blicks – als Einzelkämpfer. Gleichzeitig bezeugt Dubiels Essay die Möglichkeit eines persönlichen Arrangements mit der Krankheit und ihrer Behandlung: eine Koexistenz mit dem Hirnschrittmacher, in der die wiederkehrende

Wahl zwischen An- und Abschalten begrenzte Spielräume der Selbstverfügung eröffnet. In diesem Sinne lässt sich *Tief im Hirn* als Beitrag zu neurochirurgischen, bioethischen und medienanthropologischen Debatten verstehen – und als narratives Plädoyer für das reflektierte Aushandeln provisorischer Arrangements.

Richard Wagners *Herr Parkinson* endet dagegen nicht mit dem freien Blick auf eine sich darbietende Landschaft, sondern mit zunehmender Lebensbeschränkung und Einengung. Die Kapitelgliederung des Textes folgt den Phasen der Parkinson-Erkrankung: „Teil 1 TAUMEL“ schildert erste Krankheitszeichen und Körpereinschränkungen, „Teil 2 HONEYMOON“ zitiert die medizinische Benennung für die (vorübergehende) Glückserfahrung symptomausgleichender Medikamente, „Teil 3 HERR PARKINSON“ widmet sich der Interaktion mit dem unfreiwilligen Lebensgenossen nach Ende der pharmakologischen ‚Flitterwochen‘. Der Titel des letzten Abschnitts, „Teil 4 IM SCHWARZEN QUADRAT“, verbindet Körperlichkeit, Kunst, Liebeserinnerung und Leidenserfahrung: Anlässlich der Diagnose durch einen Röntgenarzt verweist die Rede vom „[s]chwarzen Quadrat der [...] Substantia nigra des Hirns“ (W 36) auf den Sitz der Krankheit. Mehrere Passagen spielen auf Kasimir Malewitschs Gemälde *Schwarzes Quadrat auf weißem Grund* von 1915 bzw. 1924 an, u. a. wenn der Ich-Erzähler die namenlos bleibende Partnerin, die nach der Parkinson-Diagnose die Beziehung aufkündigt, als „Suprematistin meines Herzens“ (W 24) bezeichnet; Malewitschs *Schwarzes Quadrat* gilt als Hauptwerk des Suprematismus, einer Stilrichtung der russischen Avantgarde. Wenn Malewitsch in seiner Schrift *Suprematismus. Die gegenstandslose Welt* von 1922 erklärt:

Das schwarze Quadrat auf dem weißen Feld war die erste Ausdrucksform der gegenstandslosen Empfindung: das Quadrat = die Empfindung, das weiße Feld = das ‚Nichts‘ außerhalb dieser Empfindung.²⁸

dann erinnern die Beschreibungen von Kontrollverlust, Körperdissoziation und Verein-samung in *Herr Parkinson* an ein weißes Nichts um gegenstandslose Empfindungen. Auf einer der letzten Seiten von Wagners Text heißt es: „Manchmal ist die Dunkelheit weiß. Mein Kopf fällt nach hinten, ich hebe ihn auf.“ (W 134) Schließlich versinnbildlicht das schwarze Quadrat den Abschied von den eigenen Bewegungsmöglichkeiten und damit von jenem Weitblick, der bei Dubiel möglich ist. In *Herr Parkinson* ist stattdessen die Rede von einer letzten Flugreise, die Wagners Ich-Erzähler bereits in der Abfertigungshalle abbricht, und vom Eingesperrtsein in „den vier Wänden der Krankheit“ (W 24) mit einer nicht näher bezeichneten „Pflegerin“ (W 137):

Alles ist ein fernes Ufer. Alles ist unerreichbarer Horizont. Ich weiß immer noch, wo ich wohne, aber ich frage mich jetzt, wozu. [...] Ich weiß noch so manches, aber es nützt mir nichts. Hier komme ich nicht mehr heraus. (W 137 f.)

Die zum Ende des Buches sich zunehmend verkürzenden Absätze machen die immer bedrohlicher werdenden Bewegungs- und Spracheinschränkungen des Ich-Erzählers spürbar. Die letzten Zeilen evozieren eine prekäre Zukunft; sie finden für die Grenzerfahrungen

28 MALEWITSCH (1962, 74).

der Krankheit eine lyrische Sprache, die wiederholte Neuansätze mit Abbrüchen verbindet und sich dem Verstummen annähert:

Und was dann. / Und was noch. / Und was immer. / Und was auch. / Und was nicht. (W 144)

Literaturverzeichnis

- BELL, Kirsten (2012, 584–600): Remaking the Self: Trauma, Teachable Moments, and the Biopolitics of Cancer Survivorship. In: *Culture, Medicine, and Psychiatry* 36.4, <<https://doi.org/10.1007/s11013-012-9276-9>>, zuletzt: 22.2.2018.
- CHRISTEN, Markus (2005, 197–218): Der Einbau von Technik in das Gehirn. Das Wechselspiel von Informationsbegriffen und Technologieentwicklung am Beispiel des Hörens. In: B. Orland (Hrsg.): *Artifizielle Körper – Lebendige Technik. Technische Modellierungen des Körpers in historischer Perspektive*, Zürich.
- , Sabine MÜLLER (2010, 779–783): Tiefe Hirnstimulation. Mögliche Persönlichkeitsveränderungen bei Parkinson-Patienten. In: *Nervenheilkunde* 11.
- CLAUSEN, Jens (2011): *Technik im Gehirn. Ethische, theoretische und historische Aspekte moderner Neurotechnologie*, Köln.
- COUSER, Thomas G. (1997): *Recovering Bodies. Illness, Disability, and Life Writing*, Madison.
- (2009): *Signifying Bodies. Disability in Contemporary Life Writing*, Ann Arbor.
- DEUTSCHE FORSCHUNGSGEMEINSCHAFT, SENATSKOMMISSION FÜR GRUNDSATZFRAGEN IN DER KLINISCHEN FORSCHUNG (2017): *Tiefe Hirnstimulation. Stand der Wissenschaft und Perspektiven*, Bonn, <http://www.dfg.de/download/pdf/dfg_im_profil/reden_stellungnahmen/2017/170407_stellungnahme_sgkf_tiefe_hirnstimulation.pdf>, zuletzt: 22.2.2018.
- DUBIEL, Helmut (2006): *Tief im Hirn. Mein Leben mit Parkinson*, München, Verlag Antje Kunstmann.
- FINGER, Anne (2005, 610–615): *Writing Disabled Lives: Beyond the Singular*. In: *PMLA* 120.2.
- FRANK, Arthur (1995): *The Wounded Storyteller. Body, Illness, and Ethics*, Chicago, London.
- GALERT, Thorsten (2015, 338–346): *Neuromedizin und Neurowissenschaften*. In: D. Sturma, B. Heinrichs (Hrsg.): *Handbuch Bioethik*, Stuttgart, Weimar.
- HÄTSCHER, Johannes (2015): *Geregelte Außeralltäglichkeit. Deutungs- und Handlungsprobleme von Patienten mit Morbus Parkinson und ihren Partnern bei der Therapie durch Tiefe Hirnstimulation*, Weilerswist.
- HARRASSER, Karin (2013, 111–131): *Körper 2.0. Über die technische Erweiterbarkeit des Menschen*, Bielefeld.
- HAWKINS, Anne Hunsaker (1995): *Reconstructing Illness. Studies in Pathography*, West Lafayette.
- HIRSCHAUER, Stefan (1991, 279–319): *The Manufacture of Bodies in Surgery*. In: *Social Studies of Science* 21.
- ILLICH, Ivan (1998): *Selbstbegrenzung. Eine politische Kritik der Technik [Tools for Conviviality, New York 1973]*, übers. v. Ylva Eriksson-Kuchenbuch, München.
- KIENITZ, Sabine (2010, 137–162): *Prothesen-Körper. Anmerkungen zu einer kulturwissenschaftlichen Technikforschung*. In: *Zeitschrift für Volkskunde* 106.2.
- LEJEUNE, Philippe (1989, 214–257): *Der autobiographische Pakt [1973]*. In: G. Niggel (Hrsg.): *Die Autobiographie. Zu Form und Geschichte einer literarischen Gattung*, Darmstadt.
- MALEWITSCH, Kasimir (1962): *Suprematismus. Die gegenstandslose Welt*, hrsg. v. W. Haftmann, übers. v. H. v. Riesen, Köln.
- MOE, Peter Wayne (2012, 443–460): *Revealing Rather Than Concealing Disability: The Rhetoric of Parkinson's Advocate Michael J. Fox*. In: *Rhetoric Review* 31.4.
- MÜLLER, Oliver, Franziska KRAUSE (2016, 43–69): *Technik im lebendigen Selbst. Natürliche Künstlichkeit und Vulnerabilität am Beispiel der Tiefen Hirnstimulation*. In: T. Breyer, O. Müller (Hrsg.): *Funktionen des Lebendigen*, Berlin, Boston.

- QUACKENBUSH, Nicole (2011): Speaking of – and as – Stigma: Performativity and Parkinson's in the Rhetoric of Michael J. Fox. In: *Disability Studies Quarterly* 31.3, <<http://dx.doi.org/10.18061/dsq.v31i3.1670>>, zuletzt: 22.2.2018.
- SCHAEFER, Christina (2008, 299–326): Die Autofiktion zwischen Fakt und Fiktion. In: I. O. Rajewsky, U. Schneider (Hrsg.): *Im Zeichen der Fiktion. Aspekte fiktionaler Rede aus historischer und systematischer Sicht*, Stuttgart.
- SCHMIDT, Nina (2017, 138–159): Autobiographische Krankheitserzählungen in der Gegenwartsliteratur: Siri Hustvedt, Paul Kalanithi, Verena Stefan. In: *DIEGESIS* 6.2, <<https://www.diegesis.uni-wuppertal.de/index.php/diegesis/article/view/293/460>>, zuletzt: 22.2.2018.
- SCHMIDT, Ute (2006): den Kopf öffnen. ein literarisch-neurologischer Befund. Essay, Rüsselsheim, Verlag blue china.
- SCHNABEL, Ralf (2009): Parkinson – Gesichter einer Krankheit. Eine didaktische DVD, Neuss.
- SCHNEIDER, Werner (2005, 371–379): Der Prothesen-Körper als gesellschaftliches Grenzproblem. In: M. Schroer (Hrsg.): *Soziologie des Körpers*, Frankfurt a. M.
- SCHUMACHER, Lea, Oliver DECKER (2013, 281–305): „Der sprach, dass er ein Zombie geworden wäre“ – Die Erfahrung der Tiefen Hirnstimulation in der Erzählung eines Paares. In: A. Manzeschke, M. Zich (Hrsg.): *Therapie und Person. Ethische und anthropologische Aspekte der tiefen Hirnstimulation*, Münster.
- SIMONDON, Gilbert (2012): *Die Existenzweise technischer Objekte* [Du mode d'existence des objets techniques, 1958, 1969, 1989], übers. v. Michael Cuntz, Zürich.
- WAGNER, Richard (2015): *Herr Parkinson*, München, Knaus Verlag.
- , Christina ROSSI (2017, 82–94): „Aber die Sprache dessen, was auf das Nichts folgt, die kennen wir ja nicht.“ In: R. W., C. R.: *Poetologik. Der Schriftsteller Richard Wagner im Gespräch*, Klagenfurt.
- ZIPFEL, Frank (2009, 31–36): Autofiktion. In: D. Lamping (Hrsg.): *Handbuch der literarischen Gattungen*, Stuttgart.

Abstract

Morbus Parkinson und seine Behandlung durch Medikamente und das neurotechnische Verfahren der tiefen Hirnstimulation stellen körperliche, psychische und ethische Grenzen sowie Konzepte von Natürlichkeit und Künstlichkeit in Frage. Am Beispiel von drei autobiographisch fundierten Texten von Helmut Dubiel, Ute Schmidt und Richard Wagner untersucht der Beitrag, wie Literatur diese Grenzverschiebungen reflektiert und welche Metaphern und Erzählmuster eingesetzt werden, um das persönliche Erleben des Ich-Erzählers zu deuten und auf gesellschaftliche Debatten zu beziehen.

Parkinson's disease and both its medical and surgical treatment – especially in the case of deep brain stimulation – lead to the questioning of bodily, psychic, and ethical boundaries. In particular, the experience of illness and different treatment regimes calls into question traditional dichotomies of the ‚natural‘ versus the ‚artificial/technical‘. This paper discusses the metaphors and aesthetic strategies which three autobiographically based texts by Helmut Dubiel, Ute Schmidt and Richard Wagner use in order to narrate and reflect these boundaries and their transgression on both a personal and a cultural level.

Keywords: Disability Studies, Literatur und Medizin, Neuroprothetik, Parkinson, Pathographie, tiefe Hirnstimulation

DOI: 10.3726/92162_486

Anschrift der Verfasserin: Prof. Dr. Irmela Marei Krüger-Fürhoff, Freie Universität Berlin, Institut für Deutsche und Niederländische Philologie, Habelschwerdter Allee 45, D–14195 Berlin, <i.krueger-fuerhoff@fu-berlin.de>