

Christina Vogel
Literarische Krankheitserzählungen zwischen
Fiktion und Realität

Krankheiten und Kranke sind beliebte literarische Themen. Doch sie sind nicht nur der Stoff, aus dem viele Texte sind, Krankheiten und Kranke fordern Literatur – insbesondere narrative – heraus, bestimmen und gestalten die Art und Weise, wie sie zum Ausdruck kommen. Nicht allein literarische, auch medizinische, philosophische, religiöse und andere Diskurse erzählen – aus unterschiedlichen Motiven und Perspektiven – Krankengeschichten. Kranksein ist eine allgemein menschliche Erfahrung, aber deren Wahrnehmung und Erklärung, Vor- und Darstellung verändern sich mit der Zeit unter dem Einfluss von Wissensrepräsentationen, die einem steten Wandel unterliegen.

Literarische Krankheitserzählungen sind ein privilegierter Ort, wo sich die Pluralität und (Un-)Vereinbarkeit der verschiedenen Krankheitskonzepte zeigen, wo die Konkurrenz zwischen Experten- und Laiendiskursen problematisiert wird. Wer kann die Deutungshoheit über die Konstruktion von Wirklichkeit und Wissen beanspruchen? Wer besitzt die Deutungsmacht über das «Normale und das Pathologische»?¹ Literarische Texte fokussieren auf die je individuelle Geschichte des kranken Subjekts und stellen sowohl unsere kognitiven wie auch unsere emotionalen Umgangsformen mit Krankheiten und Kranken in Frage, ja auf

¹ Georges Canguilhem: *Le normal et le pathologique*, in: *La Connaissance de la vie*, Paris 2009 (1965), 199.

die Probe. Nicht selten unterlaufen sie konventionelle Klassifikationen oder entgrenzen begriffliche Unterscheidungen wie die Gegensatzpaare krank vs. gesund, Traum vs. Realität, Fiktion vs. Wahrheit.

Die folgenden Analysen versuchen aufzuzeigen, welche Bedingungen und Faktoren literarische Krankheitsbeschreibungen und -erzählungen beeinflussen. Da ist zunächst die Art der Krankheit, welche die Erzählform mitbestimmt: Tuberkulose, AIDS, Alzheimer-Demenz können nicht auf dieselbe Weise zur Sprache kommen. Wer zum Beispiel an Alzheimer erkrankt, verliert im fortgeschrittenen Stadium der Krankheit die intellektuellen Fähigkeiten, diese als betroffenes Subjekt selbst zu erzählen.

Zudem ist jede Krankengeschichte geprägt durch den kulturhistorischen Kontext, in dem sie produziert, vermittelt und rezipiert wird; sie steht in einem engen Zusammenhang mit konkurrierenden Wissensformen der Medizingeschichte und führt – implizit oder explizit – einen Dialog mit Narrationen und Erzähltechniken aus der Literaturgeschichte. Der Wandel, in dem sich sowohl der medizinische Diskurs wie auch Erzähltraditionen befinden, wird in den Versuchen literarischer Texte, eine Krankheit in ihrer Eigenart wahrzunehmen, darzustellen und zu deuten, reflektiert und problematisiert.²

Tuberkulose war seit dem 19. Jahrhundert ein besonders beliebtes Thema in Werken der Literatur, Malerei oder Oper und wurde in dieser Epoche gerne in Beziehung zu künstlerisch-kreativen Tätigkeiten und Talenten gebracht.³ Die Entwicklung neuer bildgebender Techniken (Röntgenphotographie)⁴ und Behandlungsver-

² Vgl. Katrin Max: Antizipation des 'culture-bound syndrome'? Kulturell bedingte Prägung der Wahrnehmung von Krankheit im ausgehenden 19. und frühen 20. Jahrhundert am Beispiel der Hysterie, in: KulturPoetik 17/1 (2017) 100–121.

³ Vgl. Frank Degler, Christian Kohlross (Hg.): Epochen-Krankheiten. Konstellationen von Literatur und Pathologie, St. Ingbert 2006.

⁴ Vgl. Charlotte Kurbjuhn: Vom physiognomischen Fragment zum Röntgenatlas. Invasive Visualität, bildgebende Verfahren und Subjektkonsti-

fahren (Hygienemassnahmen, Errichtung von Sanatorien) zeugen zur selben Zeit von wissenschaftlichen Erkenntnisprozessen, auf welche die künstlerischen Darstellungen sensibel reagieren. In Abgrenzung sowohl zu den tradierten Repräsentationen der Krankheit in literarischen Erzählungen wie auch zu den Beschreibungen und Erklärungsmodellen in der Medizin steht und versteht sich folglich ein in den 1930er Jahren geschriebener Roman, dessen Protagonist an Knochentuberkulose leidet.

Das plötzliche Auftreten von AIDS provoziert in den 1980er Jahren eine Vielzahl von Sichtweisen von Krankheit und Gesundheit, wobei zwischen medizinischen Diskursen und dem Diskurs fiktionaler Gattungen (Literatur, Film) komplexe Interaktionen und Debatten entstehen, die über den Umgang mit moralischen Vorurteilen, mit tabuisierten Themen wie Sexualität und der gesellschaftlichen Ausgrenzung einzelner sozialer Gruppen kritisch streiten.⁵ Die Verwendung von bestimmten Sprachbildern (z.B. Kriegsmetaphorik),⁶ welche die neu aufgetretene Krankheit fassbar machen wollen, und der Erkenntniswert medizinischer Hypothesen, welche die Entstehung und den Verlauf von AIDS zu erklären trachten, sind Teil einer Diskussion, in der mannigfache Interpretationen, Wissens- und Sinnzuschreibungen sich kontrovers gegenüber treten. Ausserdem fallen die literarischen Erzählungen und persönlichen Lebensberichte von an AIDS Erkrankten in eine Zeit, in der autobiographische und autofiktionale Narrationen in der Literatur einen immer grösseren Platz einnehmen.⁷

tuierung bei Thomas Mann, M. Blecher, Thomas Kling und Durs Grünbein, in: KulturPoetik 16/2 (2016) 227–252.

⁵ Vgl. Claude Thiaudière, Béatrice Ajchenbaum-Boffety: *L'Homme contaminé: la tourmente du sida*, Paris 1992.

⁶ Dazu der bekannte Essay von Susan Sontag: *Illness as Metaphor & AIDS and its Metaphors*, New York 1978/1988.

⁷ Der Begriff der Autofiktion (im Französischen auch *ego-fiction*) wurde von dem Schriftsteller und Literaturkritiker Serge Doubrovsky in den 1970er Jahren geprägt, literarisch umgesetzt und kommentiert.

Literarische Krankheitserzählungen sind epochen- und kulturabhängig, zeugen von Veränderungen der Gesellschaft, der Wissensformen, der Werteordnungen und der ästhetischen Erfahrungen, welche sie gleichzeitig erleiden und aktiv mitgestalten. Die drei Werke, die ich im Folgenden untersuche, sind Fallbeispiele und erhellen auf je eigene Weise verschiedene Momente einer Reise durch die Wissens- und Literaturgeschichte westlicher Prägung. Tuberkulose, AIDS, Alzheimer-Demenz machen spezifische Grenzerfahrungen deutlich, die sich ganz unterschiedlich manifestieren und literarisch verarbeitet werden. Die Texte stehen komplementär zueinander und lenken unsere Aufmerksamkeit auf sich ergänzende Aspekte der Krankengeschichte(n).

Max Blecher

Betrachten wir zu Beginn unserer Überlegungen den Roman *Vernarbte Herzen*, der 1937 in Rumänien unter dem Titel *Inimi cicatrizate* erschien.⁸ Nur ein Jahr später wird dessen Autor, Max Blecher, mit 28 Jahren an Knochentuberkulose sterben. In seinem Roman stürzt die Welt des Protagonisten Emanuel ganz überraschend ein; innerhalb weniger Minuten verliert er jeglichen Halt und alle ihm vertrauten Orientierungspunkte. Dieser abrupte Realitätsentzug fällt zusammen mit der vom Arzt gestellten Diagnose, an der Wirbelsäule fehle ein Stück Knochen:

Es ist zernagt worden ... von Mikroben weggenagt, antwortete das dunkelhäutige Männlein. Vollständig aufgezehrt ... wie ein Zahn, den Karies zersetzt hat.⁹

Die wie ein Todesverdikt kommunizierte Diagnose verändert die Wahrnehmung, die Emanuel von sich und seiner Umwelt hat,

⁸ Max Blecher: *Inimi cicatrizate*, București 2009; *Vernarbte Herzen*, übers. von Ernest Wichner, Frankfurt am Main 2006.

⁹ M. Blecher: *Vernarbte Herzen*, 11.

auf eine verstörende, da grundlegende Weise. Die Wirkmächtigkeit der Krankheitserkennung hängt eng mit der diskursiven Form zusammen, in der sie zur Sprache kommt: Emanuel erfährt, dass er an der Pott'schen Krankheit leide. Die Etikettierung mit einem «wissenschaftlichen Namen»¹⁰ sowie die Visualisierung dank der Radiographie geben dem diffusen, subjektiven Leiden Emanuels ganz plötzlich eine objektiv scheinende, nicht zu hinterfragende Identität und Realität. Die Aussage des Arztes, es handle sich um Knochentuberkulose, genießt die Autorität einer klaren, medizinischen Erkenntnis, an der nicht zu zweifeln ist.

Was die Lebenswirklichkeit ins Wanken bringt, ist die Unvereinbarkeit der Vorstellungen. Während der Arzt eine Lücke in der Wirbelsäule zu benennen, lokalisieren und ins Klassifikationssystem der Krankheiten einzuordnen weiss, kann Emanuel nicht begreifen, wie es ihm möglich ist, trotz einer zernagten, zerstörten Wirbelsäule aufrecht zu stehen. Der aufrechte Gang aber ist eines der Distinktionsmerkmale, die den Menschen definieren, und so nagt das Bild des fehlenden Wirbels am Selbstverständnis des sich von nun an krank wissenden Subjekts. Im Gegensatz zum Arzt findet Emanuel keine Worte oder Begriffe, um seine Gedanken und Gefühle zu analysieren und zu beschreiben, weshalb er bildhafte Ausdrücke bemüht: Er vergleicht sich oder, genauer gesagt, seinen Körper mit einem umgeknickten Baum oder mit einer leblosen Stoffpuppe; schliesslich identifiziert er sich sogar mit der verängstigten Maus, die er einst beobachtet hatte, als ob die ärztliche Diagnose das Ende seiner menschlichen Existenz, ja die «organische Verschmelzung mit der Dingwelt»¹¹ bedeutete und eine kafkaesk anmutende Metamorphose provozierte.

Unter dem analytischen Blick des Arztes, der sich auf den fehlenden Wirbel und einzelne erkrankte Körperteile konzentriert, entfernt sich Emanuel von sich und seiner Umwelt, wird sich selbst

¹⁰ Ebd., 13.

¹¹ Iulia Dondorici: Den Körper schreiben – Poetiken des Körpers in der Prosa der rumänischen Moderne, Berlin 2017, 71.

fremd. Seine ganzheitliche, sinnliche Wahrnehmung, die seinen Leib nicht von seiner Person, seinen Emotionen und Ideen abtrennte, verliert den Bezug zur Realität der Arztpraxis. Die Wirklichkeit – bis anhin stabiler Referenzrahmen – scheint plötzlich unreal, sinnentleert und konsistenzlos. Der Prozess der (Selbst-)Entfremdung erfährt einen weiteren Höhepunkt im Sanatorium von Berck, wo Emanuel von der Knochentuberkulose geheilt werden soll. Das an der französischen Atlantikküste gelegene Seestädtchen Berck ist so klein, dass es nicht einmal auf der Frankreichkarte verzeichnet ist: Handelt es sich um einen geographisch lokalisierbaren Ort oder vielmehr «keinen Ort», eine Utopie, gar Distopie? Im grotesk wirkenden Gegensatz zum Versprechen des Arztes, in Berck ein «völlig normales Leben»¹² führen zu können, erlebt Emanuel beim erstmaligen Eintritt in den Speisesaal des Sanatoriums einen Schock, der das Vertrauen in seine Lebenswelt augenblicklich ruiniert und ihn in eine tiefe Sinnkrise stürzt. Paradoxerweise wird er sich in diesem Moment seiner Krankheit voll bewusst und hat gleichzeitig das Gefühl «sein Bewusstsein sei total zerfallen».¹³

Der Anblick der in Gips immobilisierten, auf speziellen Betten liegenden Kranken ist Emanuel so fremd und unbekannt, dass er nicht zu unterscheiden vermag, ob er träumt oder wacht, ob er Zuschauer eines künstlichen Spektakels oder einer wahren Begebenheit ist. Er verliert die Fähigkeit, zwischen fiktiven und wirklichen Szenen zu differenzieren. Doch nicht allein die Grenzen zwischen Traum und Realität verwischen sich, selbst so grundlegende Kategorien wie Leben und Tod, normal und abnormal stürzen ein. Verunsichert fragt er sich:

Was ging hier vor? War tatsächlich er es, Emanuel, jener Körper auf dem Wagen inmitten eines Saales, in dem alle Tischgenossen an blumengeschmückten Tischen lagen? Was hatte all dies zu bedeuten? Lebte er? Träumte er? In welcher Welt, in welcher Realität trugen all diese Dinge sich zu?¹⁴

¹² M. Blecher: *Vernarbte Herzen*, 17.

¹³ Ebd., 41.

¹⁴ Ebd.

Blechers Roman erzählt dann – ohne Pathos –, wie es Emanuel gelingt, wieder Ordnung in das Chaos seiner Empfindungen und Gedanken zu bringen, seine Emotionen von neuem zu kontrollieren und der Welt der Kranken Sinn zu geben. Der «Romanheld» wandelt sich vom passiven, ohnmächtigen Patienten zum Akteur seines Schicksals. Die Transformation des Rollenverständnisses, die das Ergebnis vieler auch schmerzlicher Erfahrungen ist, kann als persönliche Selbstermächtigung gelesen werden. Emanuel lernt trotz des Gipses, der ihn einengt, eine relative Bewegungsfreiheit zurückzugewinnen und selbst seine sexuellen Bedürfnisse und affektiven Wünsche zu befriedigen – so gut es unter den ihn beeinflussenden Umständen geht. Wenn Emanuel zum Schluss des Romans aus Berck abreist, ist er nicht wirklich geheilt, seine Leidensgeschichte wird in der Schweiz, in einem anderen Sanatorium fortgesetzt. Aber er hat eine Luzidität erreicht, dank welcher er sein Kranksein nicht mehr als abnormal wahrnimmt, sondern als eine Existenzform, die von anderen Normen bestimmt wird. Mit Georges Canguilhem können wir sagen, Emanuel wird klar, dass «la vie à l'état pathologique n'est pas absence de normes mais présence d'autres normes».¹⁵

Was Emanuel erlebt und erleidet, scheint identisch mit dem Leben seines Schöpfers. Das Ende des Romans fällt beinahe mit dem Tod des Autors zusammen. Und doch insistiert Blecher in Briefen an Freunde, dass er ein literarisches Werk zu schreiben beabsichtigt. Bewusst wählt er einen antisentimentalen Erzählstil und schreibt in der dritten Person – auch wenn alles aus dem Blickwinkel des Protagonisten wahrgenommen wird. Der internen Fokalisierung und der autobiographischen Dimension zum Trotz beharrt Blecher auf der bewussten Unterscheidung von literarischer Fiktion und Realität. Während im Roman *Vernarbte Herzen* die Grenzen zwischen fiktiver und realer Lebenswelt aufgehoben werden, bemächtigt sich Blecher als Autor der narrativen Deutungshoheit und beansprucht, die unterschiedlichen Sphären in eine enge Beziehung zu setzen, ohne sie aber miteinander zu vermischen.

¹⁵ G. Canguilhem: *Le normal et le pathologique*, 214.

Hervé Guibert

Fünzig Jahre nach Max Blechers frühem Tod im Mai 1938 beginnt Hervé Guibert, ein neues Buch zu schreiben. Es wird den Titel *À l'ami qui ne m'a pas sauvé la vie* tragen und 1990 erscheinen, wenige Monate bevor der an AIDS leidende Autor den Folgen seiner Krankheit erliegt.¹⁶ AIDS tritt in den 1980er Jahren auf, wirkt unheimlich und scheint sich epidemieartig auszubreiten. Zu Beginn wird AIDS als ein Problem von Randgruppen – Homosexuellen, Prostituierten, Drogenabhängigen – angesehen; der öffentliche Diskurs stigmatisiert, marginalisiert, diskriminiert die HIV-positiv getesteten Patienten. Doch gleichzeitig weiss man erst wenig über Ursprung, Erreger, Verbreitung, Symptome und Krankheitsverlauf von AIDS, noch wird viel spekuliert und die Krankheit entweder diabolisiert oder mystifiziert. Gerüchte, Vermutungen, Glaubensbekenntnisse, Phantasievorstellungen füllen das Wissensvakuum aus, sind Nährboden für Literatur und Kunst.

Der schon in den 1970er Jahren als Schriftsteller, Kritiker und Fotograf tätige Guibert thematisiert in seinen letzten Lebensjahren immer stärker seine persönlichen Erfahrungen als AIDS-Kranker und (er-)findet seinen ganz eigenen Stil. In den kurz vor seinem Tod geschriebenen Texten, von denen einige erst *postum* veröffentlicht werden, sind Autobiographie und Roman eng miteinander verwoben. Im Gegensatz zu Blecher spielt Guibert bewusst mit der Auflösung der Grenzen zwischen vorgetäuschten und erlebten Ereignissen. Sein autofiktionales Schreiben problematisiert nicht nur die Kategorien von Wahrheit und Lüge, sondern entwickelt gezielt die Strategie des *mentir-vrai*.¹⁷ Einerseits radikalisiert Guibert

¹⁶ Hervé Guibert: *À l'ami qui ne m'a pas sauvé la vie*, Paris 1990; *Dem Freund, der mir das Leben nicht gerettet hat*, übers. von Hinrich Schmidt-Henkel, Reinbek bei Hamburg 1991.

¹⁷ Guiberts Schreibstil zeugt von der in den 1970er Jahren erkennbaren Tendenz, das schreibende Subjekt in den Mittelpunkt der literarischen Produktion zu stellen.

die Fokussierung auf das eigene Ich und offenbart die rasche Verschlimmerung seines Gesundheitszustands schonungslos, andererseits fabuliert er sein Schicksal und erzählt im ersten Teil des aus 100 Fragmenten komponierten Textes *Agonie und Tod Muzils* alias Michel Foucaults. *À l'ami qui ne m'a pas sauvé la vie* trägt Merkmale von Bekenntnisliteratur und findet den Stoff, aus dem es entsteht, im Tagebuch des Autors. Zugleich transformiert Guibert sein eigenes Leben und dasjenige der anderen in ein literarisches Werk und treibt ein Verwirrspiel mit der Unentscheidbarkeit von Person und Figur – mit Pseudonymen, die kaum verschleiern.

Es sind nicht so sehr die Enthüllungen über Foucaults Krankheit, sondern vielmehr der unauflösbare Zusammenhang von Aussen- und Innenperspektive, die unscharfen Konturen von Authentischem und Erdachtem, die wesentlich zum Skandal beitragen, den der erste, sehr erfolgreiche AIDS-Roman provoziert. Indem Guibert AIDS zum zentralen Akteur macht, indem er erzählt, wie diese Krankheit Geist und Körper schwächt, aushöhlt und zersetzt, formt er mit seinem Leiden ein Werk, das wächst und reift, während ihn seine Lebenskräfte verlassen. Er schreibt sich bis an die äusserste Grenze seiner Existenz heran. Wenn er im allerletzten Fragment bekennt: «Mes muscles ont fondu. J'ai enfin retrouvé mes jambes et mes bras d'enfant»,¹⁸ dann ist der Tod nah. Der Moment der literarischen Vollendung fällt mit dem Lebensende zusammen. Auch wenn das unverschämt wirkende Erzählen des eigenen Endes eine Fiktion ist, wenn ein Hiatus zwischen Werk und Leben bestehen bleibt, so erreicht Guibert dank der rasch einsetzenden Rezeption seiner Texte, Fotografien und Filme, dass die Barrieren zwischen den literarischen Gattungen, zwischen Fiktion und Realität, Leben und Tod unkenntlich gemacht und überschritten werden. Er ist schlussendlich ganz in seine Texte und visuellen Produktionen eingegangen.

¹⁸ H. Guibert: *À l'ami qui ne m'a pas sauvé la vie*, 284.

Guibert überträgt seine Lebenswelt in Texte, und umgekehrt bedeuten Texte sein Leben. Die Krankheit AIDS, mit der er sich infiziert hat, wird zur Metapher für die ganz konkrete Wirkung, welche die Werke von Thomas Bernhard auf ihn ausüben. Der Name dieses Schriftstellers – oft nur in der mehrdeutigen Abkürzung T. B. zitiert (Thomas Bernhard litt an Lungentuberkulose, also an TB) – steht für das Ansteckungsrisiko von Literatur. Das Lesen und Schreiben von Texten wird zur Metapher für Infektionskrankheiten: Im übertragenen Sinn kann man die einmal mehr, einmal weniger starke Präsenz von inter-, intra-, para- oder meta-textuellen Bezügen in literarischen Werken als Anwesenheit und potentielle Ausbreitungsgefahr ansteckender Viren verstehen. Menschlichen Körpern vergleichbar infizieren sich Texte mit fremden Erregern, die sich unkontrolliert auszubreiten drohen:

Mon livre, mon compagnon, à l'origine, dans sa préméditation si rigoureux, a déjà commencé à me mener par le bout du nez, bien qu'apparemment je sois le maître absolu dans cette navigation à vue. Un diable s'est glissé dans mes soutes : T. B. Je me suis arrêté de le lire pour stopper l'empoisonnement.¹⁹

Ob aus der Er- oder Ich-Perspektive, ob Leben und Literatur trennend oder vermischend, Blecher und Guibert erzählen (von) Krankheiten, an denen sie leiden und sterben. Knochentuberkulose und AIDS sind Krankheiten, welche die Integrität des Körpers angreifen und das kranke Subjekt zum Objekt medizinischer Expertendiskurse degradieren. Doch als Schriftsteller erobern beide ihre verlorene Autorität und Autorschaft zurück und finden Anerkennung, indem sie sich eine neue Identität und Glaubwürdigkeit erschreiben.

¹⁹ Ebd., 12.

Olivia Rosenthal

Tuberkulose, AIDS, Krebs und viele andere Krankheiten können von den Betroffenen beschrieben, erzählt, interpretiert werden. Obgleich sich das kranke Individuum durch ein solches Unterfangen selbst zum Gegenstand von distanzierter Beobachtung und Analysen macht, spaltet sich in Subjekt und Objekt oder eine Vielfalt von narrativen Funktionen übernimmt, obgleich die sprachliche Vermittlung immer Fiktion und Entfremdung bedeutet – das kranke Individuum bleibt Zeuge der gelebten Krankheit und versucht, dieser durch die literarische Übertragung Sinn zu geben. Doch wie lässt sich Alzheimer erzählen? Ist die Alzheimer-Demenz einmal fortgeschritten, verhindern Sprachstörungen, Gedächtnisschwund sowie der Verlust von kognitiven und emotionalen Fähigkeiten, dass die davon betroffenen Patienten ihre eigene Krankengeschichte erzählen. In Olivia Rosenthals 2007 veröffentlichtem Buch *On n'est pas là pour disparaître* liest man das Geständnis: «Écrire sur la maladie de A. est par nature voué à l'échec.»²⁰

Trotz dieser Einsicht stellt sich die 1965 in Paris geborene Schriftstellerin der angeblich zum Scheitern verurteilten Aufgabe. Im Gegensatz zu vielen Schriftstellern, die über an Alzheimer erkrankte Verwandte schreiben – wie zum Beispiel Arno Geiger²¹ – wählt Rosenthal als Ausgangspunkt das Schicksal von «Monsieur T.», der am 6. Juli 2004 seine Frau mit fünf Messerstichen zu töten trachtete. Aus unterschiedlichen Perspektiven berichten Herrn T. nahestehende Personen, wie sich ihre Beziehungen zueinander dramatisch unter dem Einfluss der stets nur mit dem Kürzel A. bezeichneten Krankheit verändern. Die kaleidoskopartig arrangierten Episoden zeugen von verstörenden Erfahrungen: Der zunehmende Verlust der Gedächtnisleistungen führt dazu, dass Herr T. nicht

²⁰ Olivia Rosenthal: *On n'est pas là pour disparaître*, Paris 2007, 102. Dt.: Wir sind nicht da, um zu verschwinden, übers. von Birgit Leib, Sulzbach/Taunus 2017.

²¹ Arno Geiger: *Der alte König in seinem Exil*, München 2012.

nur unfähig ist, einfache Gegenstände zu erkennen und deren Gebrauch zu verstehen, er verwechselt seine Ehefrau mit anderen Frauen und begehrt selbst seine eigene Tochter; er differenziert (*différencier*) nicht mehr zwischen den Generationen, bricht Tabus, wird aggressiv oder scheint gleichgültig (*in-différent*). Schliesslich wird ihm nicht nur seine Umwelt völlig fremd, er kommt sich selbst abhanden, verliert das Bewusstsein seiner Identität. Daher ist er auch nicht mehr imstande, seine konfuse Empfindungen, Gefühle und Gedanken sprachlich auf verständliche Weise zu artikulieren und zu vermitteln.

Aber gerade dies interessiert die zentrale Erzählinstanz, die sich für den Leser überraschend – da nicht von Beginn weg – als Rosenthal vorstellt: Sie will – trotz der fundamentalen Unlösbarkeit der Aufgabe – Herrn T.'s Gemütsbewegungen und Perzeptionen zum Ausdruck bringen. Viele Sequenzen, aus denen das Buch gleich einem Puzzle gebaut ist, sind literarische Versuche, sprachliche Formen zu finden, die den Zustand des an Alzheimer Erkrankten fühlbar und nachvollziehbar machen. Rosenthal – zugleich Autorin, Erzählerin, Zeugin, involvierte Person – variiert Genre, Prosa und Layout der einzelnen Textfragmente, um auch formal anzudeuten, dass ein lineares, kohärentes Erzählen im Falle von Alzheimer-Demenz unpassend, ja unstimmig wirken muss. Einzelne Textbausteine, welche die Sichtweise des Patienten unterstellen – es handelt sich um explizit gemachte Hypothesen, Vortäuschungen, um diskursive Strategien des So-tun-als-ob –, verzichten auf logische Verbindungen und Zusammenhänge, lassen Leerstellen stehen. Die syntaktische Ordnung zerfällt, weicht losen, parataktisch gefügten Aussagen und Worten, die an poetische Strukturen und Klangmuster erinnern. In keinem Moment wird jedoch vorgegeben zu wissen, wie Herr T. «wirklich» fühlt, empfindet, denkt. Rosenthal nähert sich der Realität des Alzheimer-Patienten, indem sie diese mehrfach im Blick anderer Menschen bricht und auf mannigfaltige Art fikionalisiert.

On n'est pas là pour disparaître ist ein vielschichtiger Text, der unterschiedlichste Gattungen vereint. Er ist auch Dokument und

(Auto-)Biographie. Neben der Geschichte von Herrn T. werden Stationen im Leben des Arztes Alois Alzheimer, welcher der Demenzkrankheit seinen Namen gab, bruchstückhaft evoziert. Unter diesen Lebensstationen sind nun solche – zum Beispiel Frankfurt am Main –, die sich geographisch mit der Familiengeschichte der Rosenthals berühren. Auf verschlungenen, weil verlorenen, vergessenen, verdrängten Wegen begegnen sich die Namen (Alois) Alzheimer und (Olivia) Rosenthal und lassen einen bedeutungsschweren Kontext erahnen. Plötzlich vermutet der Leser, die «maladie d’A[lzheimer]» sei auch als «maladie d’A[llemagne]», ja als «maladie d’A[uschwitz]»²² zu lesen:

À l’époque où Alzheimer vivait à Francfort, la ville n’avait pas été détruite par la guerre. Le vieux quartier et la disposition des rues devaient être à peu près les mêmes que connurent mes ancêtres quand ils s’y installèrent. Je possède une photographie de la famille de ma grand-mère où on voit cette dernière, encore petite fille, entourée par ses frères et sœurs et par ses parents devant la boutique de maroquinerie que tenait son père. C’est une photographie précieuse parce qu’elle est la seule trace que je possède de l’existence sociale de mes arrière-grands-parents à Francfort-sur-le-Main, Allemagne.²³

Der Verlust des individuellen Gedächtnisses, unter welchem an Alzheimer erkrankte Personen leiden, wird in Verbindung mit dem Verlust des familiären und kollektiven Gedächtnisses gebracht. Im Gegensatz zu Herrn T., der unfreiwillig die Fähigkeit verloren hat, seine nächste Umgebung und sich selbst wiederzuerkennen, sind beinahe alle Erinnerungen an die Familiengeschichte der Rosenthals willentlich aus dem Gedächtnis gelöscht. Die Vernichtung der europäischen Juden während des Zweiten Weltkriegs ist aus dem kulturellen und oft auch aus dem familiären Gedächtnis verdrängt, ja getilgt worden. Mit dem Verschwinden der letzten Spuren und Zeitzeugen stellt sich die Frage, wer in Zukunft die Erinnerung an die Opfer der Shoah wachhält, kommuniziert und an die nachfolgenden

²² Die Bezeichnung «maladie d’Auschwitz» findet man im Buch von Robert Bober: *Quoi de neuf sur la guerre*, Paris 1993.

²³ O. Rosenthal: *On n’est pas là pour disparaître*, 136.

Generationen weitergibt. Während Herr T. die Generationen verwechselt, da sein persönliches Gedächtnis immer mehr Lücken aufweist, bleiben die institutionalisierten Gedächtniskonstrukte des Holocaust Fragment, sind voller Leerstellen, die nicht mehr gefüllt werden können. Wenn Rosenthal behauptet, kein Deutsch zu sprechen, auf keinen Fall je Deutsch zu sprechen, so ist sie Teil einer Verdrängungsstrategie, die die Kontinuität der eigenen Erinnerungsgemeinschaft unterbricht und ihrer individuellen Identität das Fundament entzieht.

Doch: Wenn alles dem Vergessen, Verdrängen, Verschwinden zum Opfer fallen kann – in *On n'est pas là pour disparaître* gilt dies zudem für den Suizid der Schwester Rosenthals –, fragt sich, was unsere persönliche Identität garantieren kann. Was bleibt von uns, wenn die Erinnerungen verblassen, das Bewusstsein schwindet, die zentralen Anhaltspunkte unseres Lebens verloren gehen, wenn kollektives und kommunikatives Gedächtnis zerstört werden? Texte, die Krankheit erzählen, konfrontieren uns mit der Tatsache, dass Identität keine permanente Eigenschaft, keine definitive Qualität ist. Die Erfahrung des Krankseins macht uns bewusst, dass unsere individuelle, soziale und kulturelle Identität einem Prozess von mehr oder weniger tiefgreifenden Metamorphosen unterworfen ist. Die vermeintliche Kontinuität und Stabilität unserer Persönlichkeit erweist sich als Konstruktion und Fiktion. So verschieden Knochentuberkulose, AIDS, Alzheimer-Demenz sind, jede dieser Krankheiten bedeutet für das an ihnen leidende oder Anteil nehmende Individuum eine existentielle Bedrohung, Verstörung, Verunsicherung.

Max Blecher, Hervé Guibert, Olivia Rosenthal zeigen jedoch, dass literarische Werke die fragmentierte Realität unserer Existenz auf sinnvolle Weise zu rekonstruieren vermögen und in Krisenmomenten helfen, unser Selbstbild neu zu bestimmen und Rollenverständnisse unter wechselnden Bedingungen weiterzuentwickeln. Im Schreiben und Lesen von Krankheitsgeschichten wird die Gültigkeit von absolut gesetzten Wertesystemen und moralischen sowie ästhetischen Normen relativiert. Gleichzeitig werden neue intellektuelle und affektive Fähigkeiten entdeckt, werden ungeahnte

Denkstrukturen geschaffen, dank deren das kranke Subjekt einen gesellschaftlichen Ort und Anerkennung findet. So vielfältig die literaturgeschichtlichen und medizinhistorischen Voraussetzungen auch sein mögen, welche die Krankheitserzählungen prägen, jeder der drei analysierten Texte strebt auf seine Weise nach einer – wenngleich prekären – «Selbstvergewisserung des Subjektes»²⁴ und nimmt uns mit auf eine Reise, die unser Wissen und unseren Glauben erschüttert, verändert, aber auch erweitert und erneuert.

conexus 3 (2020) 120–134

© 2020 Christina Vogel. Dieser Beitrag darf im Rahmen der Lizenz CC BY-NC-ND 4.0 – Creative Commons: Namensnennung/nicht kommerziell/keine Bearbeitungen – weiterverbreitet werden.



<https://doi.org/10.24445/conexus.2020.03.009>

Prof. Dr. Christina Vogel, Universität Zürich, Romanisches Seminar,
Zürichbergstrasse, 8 8032 Zürich
chvogel@rom.uzh.ch

²⁴ Ch. Kurbjuhn: Vom physiognomischen Fragment zum Röntgenatlas, 233.