



**Helmut Dubiel**  
**Tief im Hirn**  
**Antje Kunstmann Verlag**  
**München 2006**  
**ISBN 3-88897-451-8**

Textauszug  
S. 7-23, 140-142

## Prolog

Von dem Rasthof Wetterau fällt der Taunus nach Süden steil ab. An trüben und wolkenreichen Abenden sieht man schon früh den Widerschein der Lichter von Frankfurt in den Wolken. In dem Schmierfilm, den die Wischblätter auf der Windschutzscheibe hinterlassen, verschwimmen die Scheinwerfer des Gegenverkehrs und die noch fernen Lichter der Stadt ineinander. Ich fahre langsam auf der rechten Spur, eingeklemmt zwischen zwei polnischen Lastern. Ich nehme die Hände vom Lenkrad. Eine Passage aus di Lampedusas »Leopard« fällt mir ein. Darin überlegt sich der Fürst, welche Augenblicke seines Lebens er im Angesicht seines Todes noch einmal erleben möchte. Ich habe mich so häufig dieser Zeilen erinnert, dass sie meinen Träumen schon einen Pfad in den Schlaf gebahnt haben. Neuerdings freilich mischt sich ein Befremden in diese Erinnerung. Mich stört die Kürze der Zeit, die der Fürst noch einmal leben möchte, wenn ihm die Chance dazu geboten würde. Und mich stört die Auswahl seiner Wünsche. Nur die eindeutig glücklichen Minuten möchte er noch einmal erleben, etwa den Augenblick, in dem er die Braut auf dem nach Blumen duftenden Liebeslager erwartet.

Vielleicht bin ich als Kleinbürger weniger wählerisch als der Fürst. Vielleicht bin auch Genosse einer Zeit, in der man gelernt hat, dass jedes Ding seine zwei Seiten hat. Mir fällt einfach mehr ein: die Ankunft in New York als Tellerwäscher am Ende der 60er Jahre an Bord des Passagierschiffes »Europa«, als sich im Frühnebel die Doppeltürme des World Trade Center abzeichneten, die in jenen Tagen gerade im Rohbau fertig gestellt wurden. Der Anblick des aktiven Vulkans Kilauea auf Hawaii in der Nacht. Die Wasserfälle des Iguazú, die endlosen Straßen in Patagonien, der Anblick der Sterne im Sinai in den 70ern. Die unbändige Freude im Gesicht meines Sohnes, als ich ihn in Florenz Ende der 80er Jahre aus dem Kindergarten abholte. Das schwer beschreibbare

Glück, zu erleben, wie ein an meinem Schreibtisch entstandener Text von vielen Leuten gelesen und diskutiert wird. Und nicht zu vergessen: die Liebe.

Offenbar ist es nicht nur die Anzahl von Glücksmomenten, die mich vom Fürsten unterscheidet. In seinem Leben sind das Gute und das Schlechte, das Schöne und das Schreckliche klar geschieden. In meinem Leben hingegen laufen die glücklichen und die unglücklichen Entwicklungen nicht unverbunden nebeneinander her, sondern überlagern sich in oft bizarren Mustern. So ist es mir heute unmöglich, bei der Erinnerung an die Zeit als Tellerwäscher auf der »Europa« und in New York nicht auch an jenen Tag am 11. September 2001 zu denken, als ich von einem Dach in Brooklyn die Doppeltürme des World Trade Center zusammenstürzen sah. Auf ähnliche Weise ist in meinem Leben die Erfahrung von Liebe und Bindung verknotet mit dem Gefühl von Schuld und Angst, Verrat und Untreue, von der Erinnerung an das Unrecht, das ich anderen, und welches andere mir zugefügt haben.

Ich bin krank. Die Erinnerung an den Beginn und den Verlauf der Krankheit ist die Endstation meines Traumpfades. Wenn ich soweit komme, liegt eine schlaflose Nacht vor mir. Vor fünfzehn Jahren »hatte« ich die Krankheit, so wie andere Diabetes oder Arthrose haben. Jetzt, da immer weniger Menschen imstande sind, die Krankheit von meiner Person zu trennen, hat mich die Krankheit. Sie überschwemmt mich mit ihren Störsignalen, den Wirkungsschwankungen der Medikamente, mit ihren Zwängen und der Unruhe in Permanenz. Diese Identifikation mit meiner Krankheit hat zunächst zu tun mit ihrer Unheilbarkeit, sodann mit dem Umstand, dass sie gerade in jene kommunikativen Kompetenzen des Körpers eingreift, mittels derer Menschen Kontakt untereinander knüpfen.

Und dennoch: Hätte ich die Wahl zwischen dem Leben in Körper und Bewusstsein einer anderen (gesunden) Person und der Fortsetzung meines Lebens in mir selbst, ich würde keine Sekunde zögern, mich für mich selbst zu entscheiden.

Ich wurde aufgeschreckt durch ein Hupen, das so ohrenbetäubend ist wie die Schiffssirene. Mein Wagen ist auf die Mittelspur geraten, und von hinten rast ein Laster heran. Es gibt einen heftigen Knall. Erst als der Laster mit wütendem Gehepe in der Nacht verschwunden ist, sehe ich, dass der Seitenspiegel abgerissen ist.

## I

Auf dem Atlas der Neurologen sind die verschiedenen Provinzen des Gehirns ähnlich dargestellt wie die Regionen der Erde auf den Landkarten der Geographen. Tief im Hirn, ungefähr an der Stelle, wo das Großhirn sich zum Hirnstamm verjüngt, finden wir die so genannte substantia nigra, die »schwarze Substanz«. Von der »schwarzen Substanz« geht ein nur wenige Zentimeter langer Gewebestreifen zu einem benachbarten Areal, das »Striatum«. Das Striatum ist die Heimstatt des Dopamins, eines Botenstoffs des Hirns, dem im Bauplan des Menschen die Aufgabe der Steuerung und Koordination des menschlichen Bewegungsapparates zufällt. In dieser Hirnregion, die nicht größer ist als eine Walnuss, wird das unendlich komplizierte Zusammenspiel der Muskelgruppen reguliert, das zum Beispiel nötig ist, wenn eine ihrer Würde bewusste Person kraftvoll und elegant durch einen Ballsaal schreitet. Auch der Schausteller, der in der Fußgängerzone zu einer Statue erstarrt, schafft dies nur kraft einer neuronalen Muskelsteuerung, bei der hemmende und aktivierende Impulse in ständig wechselnder Abfolge koordiniert werden müssen.

Parkinson befällt überwiegend ältere Menschen zwischen dem 55. und dem 65. Lebensjahr. Die Erkrankungswahrscheinlichkeit nimmt mit steigendem Lebensalter zu. Die Epidemiologie, die Lehre von Art und Ausmaß der

Verbreitung von Krankheiten, geht von folgender Faustregel aus: Parkinson tritt auf bei etwa ein Prozent der Über-60-jährigen, bei zwei Prozent der Über-70-jährigen etc. Genau gesagt liegt die Rate bei Parkinson bei 0,16 Prozent der Gesamtbevölkerung. Je 16 von 10.000 Menschen sind betroffen. Entsprechend gilt Parkinson als »Alterskrankheit«.

Ich war 46 Jahre alt, als die Krankheit bei mir diagnostiziert wurde. Damit gehöre ich noch zu den »YOPs« (young onset parkinsons). Vielfach wird unterstellt, dass das Neuerkrankungsalter sinkt. Mit anderen Worten: Die Erkrankten würden immer jünger. Zahlen sind hier schwer zu bekommen. Die wachsende Zahl von Diagnostizierten unter 45, ja unter 40, kann ebenso gut eine Folge der stark verbesserten Diagnosemöglichkeiten sein. Überdies machen die jung Erkrankten in der Öffentlichkeit viel von sich reden, sodass die massenmediale Aufmerksamkeit für die Parkinson-Erkrankung zugenommen hat.

Die Ursachen der Parkinson-Krankheit sind unbekannt. Vielen Versprechen der Hirnforscher zum Trotz ist die durchschlagende, Heilung ermöglichende naturwissenschaftliche Erklärung von Parkinson noch nicht geleistet. Vieles spricht dafür, dass die Entdeckung der Ursachen und vielleicht gar eine Heilung sich aus dem Puzzle molekularer Teilerkenntnisse ergeben werden, die gegenwärtig mit sehr viel Energie gesammelt werden.

Parkinson gilt auch deshalb noch als Alterskrankheit, weil ihre wichtigsten Symptome eingebettet sind in unspezifische Bewegungsstörungen, die fast jeder Mensch im höheren Alter entwickelt. Die allgemeine Steifheit der Muskeln, eine gewisse Rigidität der Bewegungen und ein leichter Tremor sind – für sich genommen – noch kein Krankheitszeichen. Dennoch wäre die Aussage, in fast jedem Alterungsprozess offenbare sich ein milder Parkinson, verharmlosend. Vielleicht könnte man sagen, dass der Alterungsprozess entgleist. Im Parkinson, so sagt man, »stirbt« die substantia nigra.

Die Zeichen der Krankheit findet man nicht mit empirischer Eindeutigkeit vor. Sie kann sich jahrelang in unspezifischen Rückenschmerzen sowie in Depressionen »maskieren«. Die Diagnose basiert schließlich sowohl auf traditionell beobachteten Bewegungsstörungen, als auch auf der interpretativen Wertung der Symptome im Lebenszyklus. Endgültigen Aufschluss darüber, ob die Krankheit vorliegt, ist erst durch neueste medizinische Technologie möglich. Mittels einer radioaktiv markierten Kontrastflüssigkeit kann der so genannte Positronen-Emissionstomograph die mangelnde Aktivität spezifischer Hirnbereiche zweifelsfrei sichtbar machen. Aber diese Untersuchung ist teuer, und sie wird nur in unklaren Fällen angewandt. Zumeist erlauben die Spezifik der Bewegungsstörungen und das Ansprechen des Patienten auf die Basismedikation, das L-Dopa, schon eine hinreichend klare Diagnose.

Bei der Parkinson-Krankheit, benannt nach ihrem Entdecker James Parkinson, stirbt das Dopamin produzierende Gewebe schneller ab, als es dem natürlichen Altersprozess entspräche. Es ist freilich nicht der Mangel an Dopamin allein, sondern das Ungleichgewicht, in das die anderen Botenstoffe wie Acetylcholin, Noradrenalin, Serotonin etc. durch den Dopamin-Mangel geraten.

Nicht nur die Grobmotorik ist von dieser Störung betroffen. Betroffen ist vielmehr die gesamte Muskulatur. Kein Körperteil hat z.B. mehr Muskeln als das Gesicht. Darum beeinträchtigt ein krankhafter Mangel des Botenstoffs Dopamin nicht nur die Beweglichkeit der Rumpfmuskulatur, sondern auch das der Person eigene Repertoire des Selbstaussdrucks. Der Mensch ist mehr als nur eine beseelte Maschine, er kommuniziert nicht nur kraft seiner Sprache, sondern mit dem gesamten Körper. Eines der untrüglichen Merkmale dieser Krankheit ist die eingefroren erscheinende Mimik oder auch gelegentliche unwillkürliche Grimassen. Das hat oft fatale Konsequenzen für die soziale Akzeptanz von Parkinson-Kranken. Das, was für den Fachmann objektiv mit den Symptomen anderer Kranker vergleichbar ist, erscheint für den Laien wie ein bizarres

Merkmal dieser einen Person. Wer über seinen Gesichtsausdruck nicht mehr Herr ist, kann auch nicht mehr auf die durchschnittliche Bereitschaft seiner Mitmenschen rechnen, die Krankheit von der Person zu trennen. Es gibt bewegende Berichte von Kranken, die allmählich daran zerbrachen, dass sie von Menschen, von Arbeitskollegen, die nichts von ihrer Krankheit wussten als Trunkenbolde, Schwachsinnige und Simulanten verhöhnt wurden.

Die Symptome, an denen man Parkinson erkennt und die in der traditionellen Diagnose eine große Rolle spielen, unterscheidet man in Tremor, Rigor und Akinese. »Tremor« bezeichnet das Zittern der Hände in Ruhestellung, »Rigor« die Versteifung der gesamten Körpermuskulatur und »Akinese« die Verarmung aller Bewegungen des Körpers. In ihren frühen Stadien ist die Ausprägung aller dieser Merkmale noch sehr individuell verteilt. Es gibt Kranke, die sichtbar nur unter einem Tremor leiden, ein anderer Patiententyp zeigt vornehmlich Symptome von Bewegungsarmut und Steifheit. Im Laufe der Jahre jedoch gleicht sich die Ausprägung dieser Merkmale immer mehr an, sodass man den Eindruck gewinnen mag, die Kranken seien allesamt untereinander verwandt. Es bedarf nur einer geringen Schulung, um Parkinson im Vollbild im Alltag zu erkennen. Der Patient steht leicht gebückt, nach vorn gebeugt, so als drohe er zu fallen. Sein Blick ist auf den Boden gerichtet, seine Mimik verarmt. Sein Körperbild scheint dem gesunden Betrachter angstvolle Unterwerfungsbereitschaft zu signalisieren.

Aus der Perspektive des Erkrankten muss der Umstand besonders deprimieren, dass die ersten Symptome erst dann auftauchen, wenn mehr als die Hälfte der substantia nigra bereits beschädigt ist. Wenn der erste Tremor sich zeigt, wenn man oft stolpert oder stottert, wenn der linke Arm so bewegungslos im Schultergelenk herunter hängt, dass Automatikuhren sich nicht mehr von selbst aufladen, ist es schon zu spät. Aber diese Rede des »zu spät« ist eine falsche Analogie zu Krankheiten, bei denen eine frühe Diagnose noch Heilung

verspricht. Bei Parkinson gibt es diese Heilung noch nicht. Gleichwohl empfehlen alle Ratgeber, zumal die von Ärzten geschriebenen, eine möglichst frühe Diagnose. Dadurch hat man einen größeren Spielraum in der Verschreibung einer individuell angepassten Medikation. Dieser Vorteil muss freilich verrechnet werden mit dem Nachteil einer frühen Informiertheit. Schließlich nimmt man von einem unabwendbaren Schicksal am besten so spät wie möglich Kenntnis.

Der so genannte Goldstandard bei der pharmazeutischen Behandlung ist das L-Dopa. Der im Hirn in natürliches Dopamin verwandelte Ersatzstoff L-Dopa macht sich die Fähigkeit der Nervenzellen zunutze, wenigstens für einen Zeitraum weit über ihre natürliche Kapazität hinaus Dopamin zu produzieren. Nach einer gewissen Zeit, die von den Neurologen in romantischer Ironie »honeymoon« genannt wird, entwickeln sich bei fast allen Patienten Nebenwirkungen. Das sind unwillkürliche großflächige Überbewegungen, von denen man schließlich gar nicht mehr sagen kann, ob sie eine unmittelbare Folge der Krankheit oder ihrer Medikation sind. In den letzten Jahren gab es Tage, an denen ich locker bis zu 30 Pillen schluckte. Natürlich nahm ich nicht jede dieser Pillen nach Befindlichkeit, sondern gemäß eines vom behandelnden Neurologen jeweils ausgeklügelten »Tablettenregimes«. Ein solcher Grad der Abhängigkeit von Tabletten ist eine Qual, eine Art medizinisch verordneter Drogensucht. Die vielen Pillen müssen in einer gewissen Sequenz genommen werden. Wenn man irrtümlich – oder mit Absicht – von diesem vorgeschriebenen Weg abweicht, folgt die Strafe unmittelbar. Ist der Organismus unterversorgt, verfällt er in den Zustand des »off«, das ist eine den gesamten Muskelapparat betreffende Erstarrung, die sehr schmerzhaft sein kann. Bei einer versehentlichen Überdosierung gerät der Organismus in störende, sozial auffällige Überbewegungen und Unruhezustände.

Es gibt inzwischen eine beträchtliche Anzahl neuer Medikamente, die zumeist auf die Schwächen von L-Dopa komplementär bezogen sind, die so

genannten Agonisten. Das sind die Pillen, die gegen Kernsymptome von Parkinson wirksam sind. Im Laufe der Zeit leidet jeder Kranke an zusätzlichen, durch Parkinson nur mittelbar verursachten Symptomen. Viele haben Verstopfung, Schluckbeschwerden, Sprechstörungen, Rückenschmerzen, Depressionen, Schlafstörungen etc., die ebenfalls mit Medikamenten behandelt werden. Gekrönt wird das Ganze dann von Medikamenten gegen Magen-Darm-Beschwerden, die in Folge eines so exzessiven Konsums von Pillen erwartbar eintreten.

Die pharmazeutische Behandlungsstrategie ist gegenwärtig noch dominant, aber seit etwa zehn Jahren wird auch ein «neues» chirurgisches Verfahren praktiziert, die »Tiefenhirnstimulation«. Allein schon aus Kostengründen wird diese chirurgische Technik niemals den Stellenwert haben, den die medikamentöse Behandlung hat. Nach gegenwärtigem medizinischen Forschungsstand eignen sich ohnehin nur 15 Prozent der Parkinson-Kranken dafür. Bei der Tiefenhirnstimulation handelt es sich um eine schwache elektrische Reizung der erkrankten Regionen des Hirns mittels eines dem Körper implantierten Schrittmachers. An der Tatsache, dem zugrunde liegenden Krankheitsgeschehen des verfallenden Gewebes in der substantia nigra, ändern die pharmazeutischen wie auch die chirurgischen Behandlungsformen trotz großer Wirksamkeit nichts. Sie lindern die Auswirkungen des Verfalls, aber sie heilen nicht.

Eine der vielen Ahnungen, dass ich an Parkinson erkrankt sei, bekam ich zu Beginn der 90er Jahre. Es war der bis dahin schönste Tag in meinem Leben. Mit Corinna aus Wien, die für mich seinerzeit noch das Versprechen auf eine große Liebe verkörperte, war ich im späten Mai zum Neusiedler See gefahren. Ich erinnere mich noch gut an das Zimmer, an das Geklapper des Frühstücksgeschirrs in der kleinen Pension sowie an den Vorhang vor dem Fenster, den der erste Sommerwind wölbte. Wir liebten uns. Beim Höhepunkt

zitterte ich am ganzen Körper. Meine linke Hand machte sich für Sekunden in fahrigen chaotischen Bewegungen selbstständig. Vor mir selbst und meiner Geliebten habe ich diese Symptome dem Unmaß meiner Erregung zugeschrieben. Vielleicht war diese Deutung auch nicht falsch. Dieses symptomatische Ereignis nahm ich trotz seiner bizarren Dimensionen nicht ernst, weil es durch den schönen Kontext der Liebe gerahmt war.

Von da ab zeigten sich in immer kürzer werdenden Abständen Symptome. In der Rückschau fügen sie sich zu einer deutlichen Spur. Im aktuellen Erleben indes waren sie schwer zu deuten. Es waren Missempfindungen, die sowohl in körperlicher wie in psychischer Form auftraten. Nahezu permanent war ein Gefühl von Steifheit, vergleichbar etwa mit dem Grad an Unbeweglichkeit und mangelnder Gelenkigkeit, die ein Gesunder nach einem Tag Skifahren empfinden mag, wenn er wenig trainiert ist. Dazu ein leichter, in meinem Fall kaum merklicher Tremor der Hände in Ruhestellung. Selten war ein Schwindel, den ich oft als Kreislaufstörung abtat. Im Laufe der Zeit immer stärker wurde das fundamentale Gefühl, nicht mehr Herr meiner Bewegungen zu sein. Ich kam mir vor wie ein ausgeleiertes Auto, bei dem meine Steuerungsbefehle nur sehr unpräzise und erst nach langen Sekunden ankommen.

Das Schlimmste indes waren Panikattacken. Die erste, die ich noch genau erinnere, widerfuhr mir auf dem Flughafen von Pisa. Im Warteraum nach der Kontrolle des Handgepäcks hatte ich schlagartig den Eindruck, dass die Decke von einem gigantischen Schraubstock nach unten auf den Boden gepresst würde und mich zu zerquetschen drohte. Mir schwante zugleich, dass das eine Täuschung gewesen sein muss, weil die Mitreisenden offensichtlich nichts dergleichen bemerkten. Ich hingegen wurde urplötzlich von einer Durchfallneigung geplagt, hatte Atemnot, zittrige Knie, Herzschmerzen und schweißnasse Hände.

Erst in der nachträglichen Reflexion dieser ersten Panikattacke neigte ich dazu, diese kausal zu verknüpfen mit einem kleinen Vorfall, der sich unmittelbar

zuvor ereignet hatte. Der Warteraum war durch eine große Glasfront vom Vorfeld des Flughafens abgetrennt. Plötzlich sah ich in einem Pulk von Passagieren, der jenseits der Glasscheibe seinem Flugzeug zustrebte, eine mir flüchtig bekannte Italienerin. Sie war vor Jahren einmal meine Sprachlehrerin gewesen. Meine Erinnerungen an sie waren nicht angenehm. Sie hatte sich oft über meine teutonische Steifheit lustig gemacht. Ich machte jetzt auf mich aufmerksam durch ein abgehacktes Winken mit der Hand, das ich als typisch italienisch empfand. Sie löste sich mit ihrem Begleiter aus dem Pulk, wies diesen lachend auf mich hin und wiederholte dann in offen ironischer Absicht meine abgehackte Handbewegung. Durch ihre Spiegelung meiner Geste wurde mir sofort klar, dass mein Ausdrucksverhalten aus der Perspektive eines externen Beobachters schon längst nicht mehr dem inneren Bild entsprach, das ich – wie jeder Mensch – von mir hatte. Mein reales Ausdrucksverhalten war nur eine karikaturhaft verzerrte Repräsentation der Intention, die ihm zugrunde lag.

Ich war und bin Hochschullehrer und hatte seinerzeit einen großen Kreis von Bekannten, Kollegen, Freunden. Überdies war ich Vater eines Jungen, der in den Tagen, von denen ich erzähle, in die Grundschule kam. Gerade die alltäglichen Pflichten, Verrichtungen und Aktivitäten des täglichen Lebens wie Autofahren, besonders das Chauffieren von Kindern, Unterricht vor Studenten und erst recht das Halten von Vorträgen, wurden zum Anlass qualvoller Angstattacken. Dabei hat es einige Jahre gedauert, bis ich die verschiedenen physischen Zeichen wie Magenschmerzen, Zittern der Knie, Durchfallneigung und Herzrasen überhaupt als Zeichen von Angst und Panik zu deuten wusste. All diese Zustände, eine nahezu permanente Müdigkeit und diffuse Gliederschmerzen machten mir klar, dass mit mir etwas fundamental nicht in Ordnung war. Bei meinen allerersten Symptomen habe ich noch mit einigen Vertrauten, meist männlichen Freunden darüber geredet. Diese waren so ratlos wie ich. Gerade die Parallelität körperlicher wie psychiatrischer Symptome war

verwirrend. Je deutlicher indes sie sich zu einem neurologischen Krankheitsbild verdichteten, desto mehr habe ich sie beschwiegen.

Ich war so bestürzt, weil ich damals, zu Beginn des letzten Jahrzehnts des 20. Jahrhunderts noch glaubte, es sei möglich, nicht nur in Augenblicken, sondern sozusagen im Zustand glücklich zu sein. Nicht die bittere, aber immer noch abstrakte Ahnung, schwer krank zu sein, machte mir klar, dass diese Erwartung illusionär war. Vielmehr war es die Erfahrung vielfältiger Ängste, Hindernisse in der täglichen Lebensführung und die unerklärliche dauernde Erschöpfung in der Verrichtung von Tätigkeiten, die mir früher Freude bereitet hatten, die meinen Horizont nachhaltig verdunkelte. Auch für Traurige gilt das Matthäus-Prinzip. Das Unglück häuft sich bei den Unglücklichen.

Corinna aus Wien, die ich seinerzeit über alles zu lieben glaubte, hielt das Versteckspiel vor ihrem misstrauisch gewordenen Partner nicht mehr aus. Der Berg von Lügen, auf dem unsere Liebe errichtet war, drückte auf den Zauber unserer Nächte. Sie hatte es nicht ausgesprochen, doch wir beide wussten (und jeder wusste, dass der andere es wusste), dass der Abschied im Juni am Wiener Westbahnhof unsere letzte Begegnung sein würde. Die Ahnung stieg in mir auf, dass das kurze Glück nur die Inkubationszeit eines Unglücks bis zu meinem Tode sein würde. Ich erinnerte mich plötzlich an Einsichten, die mir früher einmal sehr gegenwärtig gewesen waren. Die Einsicht zum Beispiel, dass man Glück, ja selbst Lebenszufriedenheit, nur aus eigener Kraft gewinnen darf und dass die Neigung, eine Liebesbeziehung mit der Erwartung von Glück zu beleihen, dieses Glück langfristig zerstört.

Ich habe erst später durch das Studium von klinischen Berichten und die Erfahrungsberichte von Patienten gelernt, dass die Ausbrüche dramatischer chronischer, besonders neurologischer Krankheiten oft mit unspezifischen psychophysischen Erschöpfungszuständen einhergeht. Der Umstand, dass schwere Erkrankungen sich oft des trojanischen Pferdes psychophysischer Zusammenbrüche bedienen, mag dazu verleiten, das zugrunde liegende

Krankheitsgeschehen in einem simplen psychosomatischen Sinne zu deuten. Angemessener erschiene mir die Hypothese eines psychischen Immunsystems. Jeder, der physisch und psychisch hinlänglich gesund ist, verfügt neben einem intakten physischen auch über ein psychisches Immunsystem. Letzteres kann durch viele traumatische Belastungen so geschwächt sein, dass es zusammenbricht und die Manifestation einer latent schon lange angelegten Pathologie zur Folge hat.

Ich stand schon auf der unteren Treppe des abfahrbereiten Nachtzuges Wien–Amsterdam. In diesem Augenblick blieb die Zeit stehen – und zwar buchstäblich. In der Minute der geplanten Abfahrzeit legte irgendein geheimer Defekt, für den es auch später keine offiziell nachvollziehbare Erklärung geben sollte, alle Uhren auf dem Wiener Westbahnhof lahm.

Aber der Lokführer ließ sich von diesem Wunder nur wenige Minuten beeindrucken. Unsere Liebe war zwar stark genug gewesen, die Bahnhofsuhren anzuhalten, aber nicht die Zeit, den Zug und den weiteren Gang der Dinge. Als ich am Morgen in Frankfurt zerschlagen und unausgeschlafen ankam, versagten mir auf dem Bahnsteig die Beine. Der Notarzt verfügte die Einweisung in die Neurologie.

(...)

## EPILOG

In der Höhe der Ausfahrt Friedberg weitet sich das in die Hügel des Taunus eingekerbte Tal zur Rhein- Main Ebene. In der Ferne sieht man die Skyline Frankfurts, eingebettet in ein Panorama von kleinen Parks und postmodernen Industriebauten. Mir sitzt der Schreck der Kollision mit dem Laster noch in den Gliedern. Ich würde gern langsamer fahren, zumal der Fahrtwind den noch an zwei Spiraldrähten befestigten Rest des Seitenspiegels rhythmisch gegen die Karosserie schlägt. Aber ich bin umringt von Fahrzeugen, die allesamt sehr

schnell fahren, so als würde sie die Witterung der nahen Stadt anziehen. Inzwischen hatte sich die Dämmerung in das immer noch lichte Dunkel eines Frühsommerabends verwandelt. Als sich im dichten Verkehr endlich eine Lücke bot, fuhr ich auf die rechte Spur und steuerte die Raststätte »Taunusblick« an. Ich parkte meinen Wagen zwischen den großen, dunklen Lastern, die mir im Zwielflicht der Parkplatzbeleuchtung und mit dem Brüllen ihrer Kühlanlagen wie eine Herde urzeitlicher Ungeheuer erschienen. Mit einer Zange trennte ich den zerstörten Spiegel von der Karosserie.

Ich habe mich in den letzten Monaten – mit einigem Erfolg – darum bemüht, die positiven Bestände meines Lebens zu sichern, statt zu beklagen, was ich nicht mehr habe oder kann. So habe ich 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.

Durch viel Training schaff ich es wieder, bis zu zwei Stunden weit zu gehen. Mein Medikamentenregime habe ich im Griff. Neue Medikamente werden auf den Markt kommen und mir den Schwindel nehmen, der mich oft plagt. Ich muss mich freilich damit abfinden, dass ich als Behinderter gelte. Dies ist wiederum erträglich, weil mir viele Menschen zeigen, dass sie mich mögen, und mir damit ein positiveres Selbstbild vermitteln, als ich es vor der Krankheit hatte. Und ich habe wieder begonnen, im Internet die Parkinson-Forschung zu verfolgen. Und so wie vor einigen Jahren die Tiefenhirnstimulation meine Aufmerksamkeit fesselte, ist es jetzt das magische, an Edelsteine erinnernde Wort »Spheramine«. Dabei handelt es sich um die Transplantation von menschlichem Netzhautgewebe ins »Putamen« des Gehirns, von dem man eine effektivere Behandlung von Parkinson erwartet.

Ich weiß nicht, ob ich noch – irgendwann – mit einer umfassenden Besserung meiner Symptome werde rechnen können. Aber ich will nicht von

den Träumen lassen, was ich dann wieder würde tun können: angstfrei durch große Menschenansammlungen gehen, tanzen, mich auf lauten Bahnhöfen mit Fremden unterhalten, dem Uferweg des Hudson von Harlem bis zum Battery Park entlanggehen, an einem sonnigen Tag im September in New York.

Alle wichtigen Entscheidungen des Lebens sind in ihren Voraussetzungen wie in ihren Folgen zu komplex, um dem Bewusstsein des Handelnden gänzlich gegenwärtig zu sein. Das sollte unseren Narzissmus in keiner Weise kränken. Im Gegenteil. 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.