



Katrin Solhdju

DIE VERSUCHUNG DES WISSENS

Vorschläge für einen gemeinschaftlichen
Umgang mit prädiktiver Gen-Diagnostik

[transcript] Edition Kulturwissenschaft

Aus:

Katrin Solhdju

Die Versuchung des Wissens

Vorschläge für einen gemeinschaftlichen Umgang
mit prädiktiver Gen-Diagnostik

Mai 2018, 140 Seiten, kart., 22,99 €, ISBN 978-3-8376-4130-1

»Es wird unerträglich werden!« – Medizinische Einschätzungen auf Grund von prädiktiven Gentests sind eine moderne Form des Fluches – mit unerbittlich sicheren Folgen. Ausgehend vom Fall Alice Rivières, deren Test auf die Huntington-Krankheit positiv ausfällt, zeigt Katrin Solhdju die Fallstricke im Umgang mit einer existentiell bedrohlichen Form des Zukunftswissens auf: Wie lässt sich solcher Gewalt denkend begegnen? Wo lassen sich begriffliche, epistemologische und imaginative Elemente auffinden, ihr effektiv entgegenzuwirken? Und was sind die »ökologischen« Bedingungen für einen *kunstvollen* und *gewaltarmen* Umgang mit dieser modernen Variante des Vorherwissens?

Katrin Solhdju (Dr. phil.), geb 1978, Kulturwissenschaftlerin, ist Forschungsprofessorin des belgischen Fonds de la recherche scientifique (FNRS). Sie lehrt am Fachbereich Soziologie und Anthropologie der Université de Mons und ist Gründungsmitglied des Kollektivs »Dingdingdong. Institut zur Koproduktion von Wissen über die Huntington-Krankheit«. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen bei der Geschichte und Theorie des Lebenswissens sowie dem Pragmatismus und den Medical Humanities.

Weitere Informationen und Bestellung unter:
www.transcript-verlag.de/978-3-8376-4130-1

Inhalt

Vorwort von Isabelle Stengers | 7

Einleitung | 17

Vorher/Nachher | 17

Krankheiten und ihre Milieus | 19

Die Büchse öffnen | 23

Erster Teil: Die vielen Leben eines Tests | 27

Huntington/Dingdingdong | 27

Eine neue Form des Zukunftswissens | 31

Der Test vor dem Test | 40

Die *Guidelines* und ein Fall ihrer Umsetzung | 47

Zweiter Teil: Erkundungen | 55

Der Test – eine neue Spezies oder wie man ein Problem konstruiert | 55

Reprise | 62

Erstes Gelände: Die Trennung des Kranken von seiner Krankheit | 67

Zweites Gelände: Diagnose als Datierung | 71

Drittes Gelände: Disqualifikationen | 77

Dritter Teil: Zukunftskünstler | 89

Eine »spekulative Erzählung« | 89

Naturgeschichte umschreiben | 98

Autonomie? | 109

Was sagen uns die Orakel? | 114

Schluss | 125

Literaturverzeichnis | 129

Danksagung | 137

Vorwort

Isabelle Stengers

Ich schreibe dieses Vorwort im Jahr 2017, genau fünf Jahre nach der Etablierung des Kollektivs *Dingdingdong. Institut zur Ko-Produktion von Wissen über die Huntington-Krankheit*, an dessen Gründung Katrin Solhdju sowie ich gemeinsam mit Alice Rivière, Valérie Pihet, Émilie Hermant, Vinciane Despret, Fabrizio Terranova, Didier Debaise, Anne Collod u.a. beteiligt waren.

Mitglied des Kollektivs Dingdingdong zu sein, ist eine Erfahrung, die all diejenigen verwandelt, die daran partizipieren – ganz unabhängig davon, was ihre jeweilige Praxis ist. Denn es gilt, diese Praktiken auf Arten und Weisen zu mobilisieren, die dazu in der Lage sind, die Gemeinschaft derjenigen zu interessieren, die von der Huntington-Krankheit betroffen sind. Das aber heißt, dass es darum geht, uns aktiv und erfinderisch als Teile dieser Gemeinschaft zu situieren, insofern diese Krankheit und die Fragen, die sie aufwirft, auch uns angehen – uns be- und anrühren.

Katrin Solhdjus *Die Versuchung des Wissens* ist das Werk einer Historikerin und Wissenstheoretikerin der Medizin und ihrer experimentellen Praktiken, aber es ist zugleich – und ohne Widerspruch – ein engagiertes Buch, das »in Anwesenheit« derjenigen gedacht und geschrieben ist, die sich dazu entschieden haben, den genetischen Test in Anspruch zu nehmen, der sie als Trägerinnen der für die Huntington-Krankheit (HD) verantwortlichen Genmutation identifizieren wird. Es befragt eine Diagnose, deren prädiktive Mächtigkeit zwangsläufig Verzweiflung auslöst; antwortet doch in diesem Falle auf das »von nun an können wir wissen« keinerlei »und entsprechend können wir handeln«. Die Vorstellung, dass der Identifizierung von Krankheitsursachen die Therapie auf dem Fuße folge, ist innerhalb der Medizin alles andere als *ad acta* gelegt. Die

Forschung geht weiter. Aber der zeitliche Horizont ist im Fall der HD bei weitem zu unüberschaubar, als dass diejenigen, die diese Diagnose übermitteln, ihr hoffnungsvolle Aussichten zur Seite stellen könnten.

Die auf ein Faktum reduzierte Diagnose – Sie sind Trägerin oder Sie sind es nicht – kann eine Person, auch wenn sie ihren genetischen Status kennen wollte, geradezu zermalmen. Alice Rivières, die am Anfang von Dingdingdong steht, hat die Übermittlung ihres Testresultats als ein extrem gewaltsames Urteil erlebt. Der Mediziner weiß, was ihr zustoßen wird, und dieses Wissen ist ausweglos: Sie kann nichts Anderes tun, als darauf zu warten, was passieren *muss*; das Auftauchen erster Symptome, mit dem der Beginn eines progressiven Verfalls eingeläutet sein wird. Katrin Solhdju erinnert uns daran, dass diejenigen Propheten genannt werden, die im Namen einer Macht sprechen, die ihren Diskurs legitimiert oder autorisiert. Der Mediziner prophezeit im Namen der Macht wissenschaftlicher Wahrheit. Aber es handelt sich hier um eine Wahrheit, die Alice Rivières aufgrund der Tatsache, dass die Medizin über keinerlei therapeutische Handhabe bezüglich der Huntington-Krankheit verfügt, jeglicher Möglichkeit des Zugriffs auf ihr eigenes Leben beraubt. Wir haben Dingdingdong ausgehend von Alice Rivières' Weigerung gegründet, sich von dieser Wahrheit zermalmen zu lassen. Es geht uns nicht darum, diese Wahrheit zu leugnen, sondern darum, die Welt, die sie verwüstet hat, aufs Neue zu bevölkern.

Katrin Solhdju plädiert für eine Ökologie der Diagnose, das heißt für einen Ansatz, der die Diagnose nicht abgespalten von dem Milieu denkt, das ihr Bedeutung verleiht und durch das ihre Folgen strukturiert werden. Dabei ist es wichtig zu unterstreichen, dass ein solcher Ansatz nicht in dem Sinne *kritisch* ist, als er darauf zielen würde, die Diagnose auf eine einfache Milieufunktion zu reduzieren, die es zu entlarven gelte. Getragen von einem Therapeuten ist die Diagnose vielmehr *aktiv*, sie ist ein Verwandlungsvektor und als solcher Teil der therapeutischen Kunst. Entsprechend erklärt das Milieu nicht die Diagnose, vielmehr verhält es sich – so könnte man zuspitzen – anders herum: Die Diagnose erklärt das Milieu. Jenes bezeichnet all das, was diese Diagnose bedingt, aber auch, wozu sie verpflichtet. Für Katrin Solhdju ist die ökologische Vorgehensweise insofern ›problematisch‹, als ein solcher Ansatz jegliche Position der Exteriorität oder Gleichgültigkeit ausschließt. Es geht ihr darum, ein ›gut gestelltes‹ Problem zu konstruieren, ein Problem also, das es nicht zum Verschwinden zu bringen, sondern vielmehr in einem Modus zu

entfalten gilt, der seine Relevanz und seine irreduzible Tragweite zum Vorschein bringt.

Man könnte sagen, dass Katrin Solhdju auf ihre Art dem von Bruno Latour in seinem berühmten Text *Das Elend der Kritik* lancierten Aufruf antwortet. Nachdem Bruno Latour aufzeigt, wie die »Händler des Zweifels« (merchants of doubt) die kritische Argumentationsweise gekapert und in ihrem Sinne verfälscht haben, fragt er: »Haben wir ein wirksames deskriptives Instrument zur Verfügung, eines, das mit Dingen von Belang arbeitet und dessen Bedeutung nicht mehr darin besteht, zu entlarven, sondern zu schützen und zu pflegen, wie Donna Haraway sagen würde? Sollte es möglich sein, das kritische Anliegen in das Ethos von jemandem zu verwandeln, der Wirklichkeit zu den Tatsachen *addiert*, anstatt sie von ihnen zu *substrahieren*?«¹ Die Resonanz ist kein Zufall, sondern vielmehr Zeichen eines geteilten Engagements: Die ›Tatsache‹, dass die Beobachtungen und Modelle der Klimatologen es ihnen erlauben zu schlussfolgern, dass anthropogene Faktoren der Grund für die klimatische Unordnung sind genauso wie die ›Tatsache‹, dass eine genetische Besonderheit die präsymptomatische Diagnose der Huntington-Krankheit ermöglicht, müssen uns als *Dinge von Belang* engagieren. Es kann aber nicht darum gehen, uns vor ihnen wie gegenüber einem Befehl zu beugen. Sie müssen mehr Wirklichkeit erhalten als die abstrakte Form eines ›die Wissenschaft hat festgestellt‹. Denn als solche sind diese Tatsachen bezüglich der Konsequenzen ihres Nachweises stumm. Es ist im Übrigen genau in dieser Hinsicht, dass sie von *experimentellen* Fakten unterschieden werden müssen. Katrin Solhdju ruft ins Gedächtnis, dass der Erfolg einer experimentellen Tatsache in der Möglichkeit des Experimentators liegt, sich zurückzuziehen und so zu verdeutlichen, dass es das Dispositiv ist, das es dem befragten Phänomen erlaubt, ›für sich selbst zu sprechen‹. Aber: Diejenigen, zu denen es spricht, die anderen Experimentatoren, werden keinem Verdikt unterworfen. Für sie ist die neue Erkenntnis vielmehr insofern von Belang, als sie es ihnen erlaubt, die Konsequenzen des Erfolgs ihres Kollegen zu erkunden und das heißt, der neuen Tatsache Wirklichkeit hinzuzufügen.

Der von Katrin Solhdju vorgeschlagene ökologische Ansatz arbeitet einen starken Kontrast zwischen dem *Milieu* einer *experimentellen* und demjenigen einer *klinischen* Tatsache heraus, während die so genannte

1 | Bruno Latour, *Das Elend der Kritik*, Zürich/Berlin 2007, S. 22.

evidenzbasierte Medizin eine enge Verwandtschaft zwischen ihnen behauptet. In beiden Fällen sind die Fakten *aktiv*, halten zum Handeln an, aber nicht in gleicher Weise. Denn unter dem Vorzeichen eines starken Kontrastes, wie ihn *Die Versuchung des Wissens* unterstreicht, muss sich die Medizinerin zum *Mittler* und das heißt zum Schöpfer einer Verbindung zwischen ›Tatsache‹ und Krankem machen, einer Verbindung, die eine therapeutische Bestimmung verfolgt, und zwar indem sie es erlaubt, der ›Tatsache‹ dasjenige ›hinzuzufügen‹, das es ihr erlaubt, zur Zutat eines Pflegeverhältnisses zu werden. Unter dem Vorzeichen der engen Verwandtschaft beider sind die Tatsachen hingegen insofern *aktiv*, als sie es dem Mediziner erlauben, sich als einfaches *Zwischenglied*² zu verstehen, als Sprachrohr eines Urteils, das von einem Wissen anderer Ordnung, einem so genannten objektiven Wissen zeugt, das ebenso objektiv definiert, woran der Patient leidet. Natürlich kann der Mediziner im Normalfall sein Vertrauen in eine Therapie teilen, deren Effizienz auf ebensolchen Tatsachen gründet, und man ist sich allgemein darüber einig, dass er in jedem Falle seine ›Menschlichkeit‹ unter Beweis stellen muss. Aber weiter kann er nicht gehen, und zwar weil, daran erinnert uns Katrin Solhdju eindrucklich, eine weitere *aktive* Figur die Szene bevölkert, diejenige des Scharlatans, dessen Kunst dazu imstande ist, therapeutische Effekte zu erzielen, die die Medizin auf ihre ›schandhafte‹ Vergangenheit zurückverweisen.

In diesem Milieu, das vom Mediziner fordert, er müsse ein getreuliches Zwischenglied sein, das den Fakten keinerlei Wirklichkeit hinzufügt, wenn er nicht als Scharlatan deklariert werden möchte, löst das Eindringen des prädiktiven Tests zum Nachweis der Huntington-Krankheit, wie Katrin Solhdju es qualifiziert, eine »ökologische Krise« aus. Als ließe die Anwesenheit dieses neuen Wesens eine Unordnung sprießen, die uns zur Neuproblematierung von Rollen und Haltungen verpflichtete. Indem sie dieses Wesen »die Kreatur« nennt, evoziert sie unwiderstehlich Frankenstein's Kreatur, dieses unglückliche, von seinem Schöpfer gehassete Lebewesen. Und sie sensibilisiert uns dafür, dass es dieser Hass ist, die Weigerung des ›Vaters‹, die Mittel zu erfinden derer es bedürfte, um sie

2 | Den Begriff des Zwischengliedes ebenso wie den des Mittlers verwende ich hier im Sinne Bruno Latours, wie er ihn etwa in *Eine neue Soziologie für eine neue Gesellschaft*, Frankfurt a.M. 2007 entwickelt.

in Empfang nehmen zu können, der dazu führt, dass die Kreatur böse wird.

Wie ließe Hippokrates' Gebot des *Primum nihil nocere*, das die erste Pflicht des Mediziners definiert, sich mit dieser bösen Effizienz vereinbaren, die die faktische Information anzunehmen droht, wenn Mediziner sich dazu gezwungen sehen, als getreue Zwischenglieder zu fungieren? Natürlich kann der Mediziner vorgeben, dass nicht zu schaden in diesem Fall darin bestehe, die Autonomie des Subjekts zu respektieren, das der nackten Wahrheit ins Auge sehen müsse. Eine solche Haltung impliziert allerdings zugleich, ebendieses Subjekt müsse in sich selbst die Fähigkeit finden, Trauerarbeit bezüglich jeglicher Hoffnung auf ein normales Leben zu leisten. Ein merkwürdiger Taschenspielertrick, durch den sich das Zwischenglied als Direktor des Bewusstseins aufspielt, der verlangt, der Patient solle »zu seinem Besten« jeder tröstenden Illusion abschwören. Wahrhaftig haben wir es hier mit einer ökologischen Krise zu tun: Die Tatsache gerinnt zur Pflicht.

Die Bestimmung des Kollektivs Dingdingdong besteht nicht darin zu denunzieren, vielmehr geht es die Wette ein, dass andere Erzählungen als diejenigen vom ausweglosen Verfall, andere Erfahrungen als diejenige einer irreversibel sich vergrößernden Entfremdung, anderes Wissen als dasjenige von sich auflösenden Verbindungen existieren und dass diese – belebt man sie – *aktiv* werden und die Vorstellungskraft derjenigen wieder bevölkern können, die als Trägerinnen, Kranke, Angehörige oder Pflegende ein Verhältnis mit der Huntington-Krankheit unterhalten. Katrin Solhdjus ökologischer Ansatz bezüglich einer »positiven« Diagnose ist Teil dieser Wette. Nichts kann dazu führen, dass die Verkündung eines solchen Befundes keine Zerreißprobe wäre – für die Person, die nun weiß, ob sie Trägerin ist oder nicht, für ihr Umfeld, aber auch für die Mediziner, die dieses Wissen vermitteln müssen. Aber »die Kreatur« bleibt gegenüber der Natur dieser Zerreißprobe stumm. Und was in ihrem Namen spricht, ist vor allen Dingen das Wissen des Arztes angesichts medizinischer Machtlosigkeit.

In einem von Dingdingdong 2013 produzierten Video erhält dieser Arzt den Namen Doktor Marboeuf, der seine Konfrontation mit der Schwester Alice Rivière erzählt, die ihm vorwirft, dass er nicht dazu in der Lage ist zu sagen, dass er nicht weiß. Sicher, es gibt Statistiken, die aber bezüglich dessen, was ihrer Schwester *im Besonderen* passieren wird, ebenfalls stumm seien. Katrin Solhdju fügt den schwesterlichen

Ausführungen folgende Radikalisierung hinzu: »Geben Sie zu, dass die Wahrheit über unsere Krankheit Ihnen nicht gehört, zumindest nicht Ihnen allein!« Sie verleiht so denjenigen eine Stimme, denen die Zerreißprobe in einem Modus übermittelt wurde, der ihnen vorhersagte, was sie werden erdulden müssen, wobei es doch der Mediziner ist, der die Erfahrung der eigenen Unfähigkeit zu handeln macht. Spekulative Erzählung! Anstatt sich im guten Gewissen dessen ›der kein Scharlatan ist, weil er sich an die Tatsachen hält‹ einzurichten, beginnt Doktor Marboeuf sich dafür zu interessieren, dass anderswo (in den Niederlanden etwa) die ›Wahrheit der Krankheit‹ ausschließlich in der Pflege, der Einrichtung von Räumlichkeiten, der Erfindung lebenserleichternder Techniken, in Modi der Aufmerksamkeit gesucht wird, das heißt in all den Elementen, die dazu in der Lage sind, diese Krankheit soweit als möglich zu dedramatisieren. Eine andere Ökologie der Krankheit wäre also möglich, eine Ökologie, die *aktive* Dispositive vervielfacht, nicht um Wunder zu wirken, sondern schlicht, um Lebenswegen, die würdig sind gelebt zu werden, so viele Gelegenheiten zu bieten wie irgend möglich.

Heute formt sich eine Vielzahl von Patientenkollektiven – mit oder ohne Medizinerinnen –, die ein neues Milieu, eine neue Ökologie für die Krankheiten herstellen, an denen sie leiden, oder auch mit dem Ziel, das spezifische Syndrom, das sie betrifft, zu depathologisieren. So lehnen es etwa die Stimmenhörer ab, die gehörten Stimmen der psychopathologischen Kategorie der Schizophrenie zuzuschlagen. Dingdingdong lehnt seinerseits bezüglich der Huntington-Krankheit die Qualifikation ›neurodegenerativ‹ ab, kann ›neuro-evolutiv‹ akzeptieren, weigert sich aber, das Neurologische als eine von den vielfältigen Milieus, die sich permanent re- und neukonfigurieren, unabhängige Größe zu akzeptieren. Können wir uns einen Mediziner vorstellen, der aus einem ›positiven‹ Test die Verkündung eines metamorphotisch-Werdens, der Notwendigkeit, »die Seele auszustatten« macht, damit diese Metamorphose »trotz intensiver Turbulenzen, die sie fraglos mit sich bringen wird so gut wie möglich von statten geht«?³

3 | Dieses Zitat entnehme ich: *Composer avec Huntington. La maladie de Huntington au soin de ses usagers*, Forschungsbericht des gleichnamigen von der Fondation de France finanzierten Projektes, einzusehen unter: <https://dingdingdong.org/wp-content/uploads/Composer-avec-Huntington-2017.pdf>

Können wir uns darüber hinaus einen Mediziner vorstellen, der die letzten Seiten der *Versuchung des Wissens* lesen und ernst nehmen würde, auf denen Katrin Solhdju es wagt, sich den orakulären Praktiken der delphischen Pythia zuzuwenden? Auch die Pythia war ein Zwischenglied, aber innerhalb einer Welt, in der man wusste, dass der Kontakt mit ihrem Gott Apollon das Risiko einer destruktiven Besessenheit in sich barg und dass die rituellen Vorsichtsmaßnahmen unumgänglich waren, um ihre Sicherheit zu gewährleisten. Einer Welt, in der man ebenso wusste, dass jede nackte prophetische Rede gefährlich ist – weswegen sie zumeist in Rätseln auftrat – und dass die Intervention von Mittlern absolut notwendig war, um dieselbe zu interpretieren. Heute gibt es keine Orakel mehr, aber Hellseherinnen existieren sehr wohl. Eine von ihnen, Maud Kristen, hat sich neulich bereit erklärt, die spekulative Erzählung des Doktor Marboeuf weiterzuspinnen, indem sie ihm einen Brief schrieb, der hier ausschnitthaft zitiert sei:

»Ihre Praktiken, wie die meinen, befragen die Zukunft, indem sie Daten bezüglich verschiedener Marker interpretieren. Sie befragen und interpretieren Proben, so wie ich es auch mache [...] Ihre Träger sind das Blut und andere Sekrete. Meine sind Initialen, Bilder, Karten und Fotos. Wahrsagerei oder biologische Untersuchungen bringen Verdikte hervor. Aber haben sie nicht vergessen, dass einzig ihre Patienten oder meine Klienten aus diesem Verdikt ein ›Geschick‹ machen werden? Dass sie keineswegs auf die schlechte Nachricht, die sie überwältigt, reduziert werden können? Doktor, wir sind, sie und ich, Besitzer einer Diagnose. Das ist alles. Und das ist schon viel. Aber niemals sind wir im Besitz dessen, was sie aus und mit ihren ›schlechten Nachrichten‹ weben werden, niemals im Besitz dessen, was ihr Leben nach der Verkündung sein wird, noch des Sinns oder Unsinns, den all das für sie haben wird. Unnütz also, sie davon zu überzeugen, dass alles hinüber ist. Das was vielleicht oder wie ich zugebe sogar wahrscheinlich hinüber ist, ist ein valides Leben insofern es nicht andauern wird, aber nicht die Frau oder der Mann vor Ihnen, von dem sie nicht das geringste wissen.«⁴

Katrin Solhdju wusste, dass die Frage der Diagnose zum Nachweis der Huntington-Krankheit sie dazu verpflichtete, die Position der kritischen Analytistin zu verlassen. Nicht um deren Strenge, wohl aber deren

4 | Der Volltext des Briefes ist nachzulesen unter: <https://dingdingdong.org/departements/narration-speculative/lettre-de-maud-kristen-au-dr-marboeuf/>

Unbeteiligtheit aufzugeben. Sie wusste, dass sie dieser Frage die Form eines Rätsels geben musste, das zum Denken zwingt und dazu, die Vorstellungskraft in Bewegung zu versetzen. Das aber hieß, wie sie schreibt, dass es galt, ihre »begrifflichen, historischen und empirischen Forschungen auf deren propositionelles Potential hin zu befragen«. Um »das Problem gut zu stellen«, um ihm eine Realität zu verleihen, die dazu angetan sein würde mit denjenigen geteilt werden zu können, die dieses Problem angeht, hat sie es gewagt, die Frage ernst zu nehmen, die diese Diagnose uns aufzwingt. Diese Frage ist nicht diejenige nach der Prädiktion im Allgemeinen, sondern diejenige nach der Position derjenigen, die Zukunft vorhersagen, die Zukunft einer Person, die sie um diese Vorhersage gebeten hat. Dass Katrin Solhdju diese Frage unabhängig davon angeht, welche Materialien für solche Vorhersagen Verwendung finden (die Genetik, Apollon oder Karten und Fotos) ist kein Zeichen von Respektlosigkeit, beweist keinen Willen dazu, diejenigen zu skandalisieren, die sagen würden, einzig die medizinische Vorhersage sei objektiv. Denn die Frage lautet nicht, wozu ein solches Wissen autorisiert, sondern vielmehr wodurch sich die Zerreißprobe auszeichnet, mit der dieses Wissen konfrontiert. Die Besonderheit des Mediziners, der das Ergebnis des Tests übermittelt, besteht vielleicht darin, dass das medizinische Milieu weder dazu geneigt ist, eine schützende Kultur bereitzustellen, derer die Position des Zukunftsvorhersagens bedarf, noch dazu, der Notwendigkeit Rechnung zu tragen, die Mittler zu vervielfachen, die der genetischen Tatsache Wirklichkeit hinzufügen.

Im Falle Alice Rivières' war die einzige Frage, die das medizinische Team zu besorgen schien, ob die Person, die wissen wollte, dazu in der Lage sein würde, die Vorhersage einer Zukunft zu verkraften, die vielleicht die ihre sein würde. Eine schlechte Frage – denn die genetische Tatsache ist nicht *ihre* Zukunft. Eine Frage, die das Drama einer Logik des Zwischengliedes verdeutlicht: Was es zu wissen gibt, kann den Selbstmord nach sich ziehen, aber das Zwischenglied selbst kann nur dieses Wissen in all seiner Grausamkeit übermitteln.

Der ökologische Ansatz, den Katrin Solhdju verfolgt, fordert natürlich nicht, dass Medizinerinnen von göttlichen Mächten beherrscht sein oder Nachrichten in Karten lesen sollten. Aber sie fordert eine Ko-Produktion von Wissen und Praktiken aller Art, die gemeinsam die Landschaft zeichnen, innerhalb derer die Träger der Huntington-Krankheit ihren Weg gehen müssen. Sie fordert, dass Mediziner die Person, der sie eine

schlechte Nachricht überbracht haben, nicht in der Wüste eines Lebens alleine zurücklassen, das jeglicher Möglichkeit beraubt ist. Vielmehr gelte es, der überbrachten Nachricht den Ton einer Einladung dazu zu geben, sich für diese Landschaft zu interessieren, die von Gelegenheiten des Austauschs, der Begegnung, des Werdens und von Geschichten bevölkert ist. Denn es ist diese Landschaft, die der Diagnose ihre Wahrheit geben wird, die Wahrheit eines Lebens, das es trotz allem wert sein kann gelebt zu werden.

Einleitung

VORHER/NACHHER

Die Wahrheit einer Vorstellung ist keine feststehende Eigenschaft, eine, die ihr inhärent wäre. Wahrheit passiert einer Vorstellung. Sie wird wahr, sie wird durch Ereignisse wahr gemacht. Ihre Wahrheit ist tatsächlich ein Ereignis, ein Prozess: der Prozess nämlich, in dem sie sich selbst wahr macht, ihre Verifikation.

WILLIAM JAMES¹

Medizinische Akte des Diagnostizierens verwandeln, teilen das Leben in ein Davor und ein Danach. Sie führen auf dramatische Weise vor Augen, dass biologische Lebendigkeit (*zoe*) und Leben im Sinne der Biographie einer Person (*bios*) untrennbar miteinander verschränkt sind; ist ersteres in Gefahr, so stellt dies auch die Person und den gesamten Verlauf ihres Daseins infrage. Der hochgradig prekäre Charakter diagnostischer Situationen rührt daher, dass sie gebieten, ein durch naturwissenschaftliche Verfahren produziertes, objektives Tatsachen-Wissen – etwa den genetischen Status eines lebendigen Organismus betreffend – in eine an *jemanden* adressierte Verkündigung zu übersetzen. Nicht selten wohnt ihnen eine gewaltsame, ungezähmte, ja ›wilde‹ Verwandlungsmacht inne, von der die betroffene Person in all ihren Aspekten erfasst wird. Wenn medizinische Diagnosen aber mit der Macht einhergehen, diejenigen, die sich ihnen unterziehen, existentiell in Frage zu stellen, dann gilt es Dispositive, Techniken und Taktiken zu entwickeln, die es den involvierten

1 | William James, *Der Pragmatismus. Ein neuer Name für eine alte Denkweise*, Darmstadt 2001, S. 133.

Personen – und es sei unterstrichen, dass damit nicht nur professionell-medizinisches Personal, sondern ebenso die Patientinnen selbst gemeint sind – ermöglichen, die mit einer solchen Macht einhergehende Verantwortung (im Sinne von Antwortfähigkeit) zu übernehmen.

Dies ist besonders im Fall von Diagnosen diffizil, die die Medizin insofern mit ihren eigenen Grenzen konfrontieren, als die diagnostizierten Krankheiten und ihre Symptome zwar bekannt sind und ein Patient bzw. sein Blut, sein Urin, seine Haut oder seine Gliedmaßen daher mithilfe von Bluttests, Gentests, Ultraschall, Röntgentechnik und anderen Verfahren auf sie hin getestet werden kann, Therapieansätze aber zumindest *noch* nicht existieren. Bei der Diagnose *unheilbarer* Krankheiten also, bezüglich derer die medizinische Praxis als *Heilkunst* nicht oder allenfalls sehr eingeschränkt wirksam werden kann, denen sie machtlos gegenübersteht. Diese Handlungsunfähigkeit geht mit einer von Ärztinnen, Patienten² und Angehörigen gleichermaßen erlebten Ratlosigkeit einher, ja versetzt sie nicht selten, jeden und jede für sich in eine Art Angststarre. Nur selten wird dieses – wenn auch aus unterschiedlichen Perspektiven – von allen Beteiligten erlebte Drama allerdings artikuliert und als eine geteilte, sie potentiell verbindende Erfahrung thematisiert. Stattdessen ist es durchaus an der Tagesordnung, dass ein ratloser Arzt seinen ebenso ratlosen Patienten mit hochgradig verstörenden, sein aktuelles und künftiges Leben determinierenden Informationen konfrontiert, ohne auch nur den geringsten konstruktiven Vorschlag für das Danach, die Phase nach der eigentlichen Diagnose formulieren zu können.

Die Diagnose einer unheilbaren Krankheit ist nicht einfach *informativ*, sie ist *transformatierend*, sie verwandelt nicht nur jeden einzelnen der implizierten Akteure, sondern auch deren Verhältnisse zueinander. Zwar kann sie, wenn etwa quälenden Symptomen nach langer erfolgloser Suche endlich ein Name gegeben wird, erleichternd wirken, weil sie eine Unsicherheit beendet, die nicht selten unerträglicher ist als die Sicherheit, an einer schweren Krankheit zu leiden. In anderen Fällen aber, und dies gilt in besonderer Weise für präsymptomatische Tests, wie sie durch die zeitgenössische Genetik möglich geworden sind, droht die Diagnose, die klare Benennung der prognostizierten Krankheit, in ein Urteil oder wie wir sehen werden sogar in einen Fluch umzuschlagen; einen Fluch,

2 | Weibliche und männliche Formen werden im gesamten Text alternierend verwendet.

der auf unkontrollierbare Weise nicht nur die Zukunft, sondern *retroaktiv* auch die Vergangenheit der betroffenen Person erfasst.

Denn die Medizin kann in solchen Fällen zwar die Frage nach dem *Ja* oder *Nein* der Anwesenheit dieser oder jener Krankheit oder ihrer Anlage in einem konkreten Organismus wissenschaftlich-faktisch beantworten. Es fehlt ihren Praktikern aber häufig an angemessenen Dispositiven und Formen zur Verkündung solcher Diagnosen, die den Anforderungen der Komplexität ihres Wissens und seiner vielfältigen Implikationen gewachsen wären. Dieses Manko kann nicht oder zumindest nicht ausschließlich dem Versagen einzelner Mediziner, ihrer unzureichenden Empathie oder psychologischen Ungeschicklichkeit zugerechnet werden. Vielmehr lassen sich die Gründe für diesen Missstand, so meine Hypothese, als Effekte einer der modernen Medizin inhärenten epistemologischen Lage interpretieren, die erst ein genauer Blick auf einige Aspekte ihrer Geschichte begreifbar werden lässt.

KRANKHEITEN UND IHRE MILIEUS

Ein Dilemma der modernen Medizin besteht darin, dass sie in ein aus epistemologischen, ethisch-moralischen und juristischen Elementen zusammengesetztes Regime eingespannt ist, das nicht aufhört, sie auf die strenge Trennung zwischen wissenschaftlich-neutralen Fakten auf der einen und subjektiven Werten auf der anderen Seite zu verpflichten. Für diesen Umstand ist die seit ihren historischen Anfängen anhaltende Schwierigkeit der Medizin konstitutiv, sich als naturwissenschaftliche Disziplin neben Physik, Chemie und Biologie zu behaupten. Aber bei genauem Hinsehen und entgegen einer ersten Intuition tragen auch die seit den 1960er Jahren für Medizinethik und -recht zentralen Kategorien von Autonomie und informiertem Einverständnis zu dieser permanent perpetuierten Opposition bei. Zwar haben diese dazu geführt, dass als autonom konzipierte Patientinnen sich den Behandlungsvorschlägen ihrer – idealiter nicht länger paternalistischen – Ärzte verweigern konnten. Die Möglichkeit, gestaltend auf die Realität ihrer jeweiligen Krankheiten zu- und in dieselbe einzugreifen, wurde ihnen damit aber noch lange nicht eingeräumt. Die Krankheitsexpertise blieb vielmehr auf Seiten der Ärzteschaft; Patienten hatten und haben auch heute in den meisten Fällen höchstens eine Art Veto-Recht.

»Patient autonomy, rather than being corrosive of professional privilege, may actually reenforce physician authority: autonomy tends to be a negative right (in that a person has the right to refuse treatment) rather than a positive right (a person cannot generally demand a particular treatment). [...] Indeed, physicians have incorporated informed consent into their practice as a means of improving patient satisfaction, and perhaps most importantly, in shifting responsibility to the patient, they offer a potent tactic to combat malpractice suits.«³

Trotz dieser ebenso treffenden wie ernüchternden Feststellung haben sich in den letzten Jahrzehnten bezüglich ganz verschiedener Krankheiten eine ganze Reihe kollektiver Unternehmungen formiert, deren Akteure angetreten sind, sich der eigenen Krankheitserfahrungen zu ermächtigen und zu ihren aktiven Gestaltern zu werden. Die Arbeit solcher Patientenkollektive verdeutlicht zunehmend, dass es möglich ist Konstellationen herzustellen, die es erlauben, Krankheiten als Phänomene zu begegnen, die sich verwandeln, ja dass es sogar möglich ist, mit anderen als im strengen Sinne naturwissenschaftlichen Erkenntnissen und Techniken Einfluss auf ihre *Naturgeschichten*⁴ zu nehmen. Zwar handelt es sich um Phänomene, die fraglos da und schmerzhaft sind, ihre Erfahrungsrealität steht aber keineswegs unabänderlich fest. Im Gegenteil werden ihre Wirklichkeiten immer wieder aufs Neue experimentell verhandelt und ihre Wahrheiten erweisen sich entsprechend als mehrdimensional und *milieu*abhängig. Zu denken ist etwa an die »Stimmenhörer«.⁵ Dabei handelt es sich um einen Verband, dessen Mitglieder von psychiatrischer Seite in den allermeisten Fällen als schizophren diagnostiziert wurden. Schon indem sie sich als Stimmenhörer bezeichnen, weisen sie die Angemessenheit der Schizophrenie-Diagnose entschieden zurück. Die besondere Stärke des Netzwerks besteht allerdings darin, dass die in ihm versammelten Personen sich nicht darauf beschränken, den medizinischen Zugriff auf ihre Erfahrungswelten

3 | Alfred I. Tauber, *Patient Autonomy and the Ethics of Responsibility*, Cambridge (MA) 2005, S. 60.

4 | Naturgeschichte ist hier im doppelten Sinne zu verstehen: 1. meint der Begriff historische Wandlungen einer Krankheit; 2. meint Naturgeschichte auch den klinischen Verlauf einer Krankheit.

5 | Für den deutschsprachigen Raum siehe etwa: www.stimmenhoeren.de/das-nest-stellt-sich-vor/

zu kritisieren, sondern der medizinischen Zuschreibung vielmehr Formen des konstruktiven Zusammenlebens mit den gehörten Stimmen entgegenzusetzen. Zur Weitergabe und Perfektionierung der dazu nötigen Techniken gekonnter Zähmung haben sie ein System der gegenseitigen Ausbildung entwickelt – von Stimmhörerin zu Stimmhörer. Zentral ist dabei die einigermaßen überraschende Ausgangsbeobachtung, dass ein Großteil der Betroffenen durchaus nicht alle, sondern nur einzelne der vernommenen Stimmen als unangenehm oder bedrohlich wahrnimmt. Das Ziel des Trainings besteht entsprechend darin, jede/n von ihnen mit einem präzise auf die jeweiligen persönlichen Bedürfnisse abgestimmten Know-how auszustatten, das es ihnen erlaubt, die eigene, besondere Fähigkeit – nämlich Stimmen zu hören, die anderen verborgen bleiben – gezielt zu kultivieren, statt sie radikal und möglichst vollständig psychopharmakologisch zum Schweigen zu bringen. Konkret setzen die Stimmhörer darauf, von Fall zu Fall eine individuelle, genauestens ausgeklügelte und im Laufe der Zeit zunehmend präzise abgestimmte Mischung aus Pharmakotherapie und fortgesetztem, aber kontrolliertem, gezähmten Stimmhören zu erarbeiten. Der Erfolg der Stimmhörer zeigt sich nicht zuletzt darin, dass in zunehmendem Maße Psychiater an den für sie von den international etablierten Netzwerken angebotenen Fortbildungen teilnehmen. Diese Medizinerinnen gehen also zugespitzt formuliert bei den *Usern* der von ihnen behandelten Krankheiten in die Lehre, um neue Techniken zu erlernen und so die eigene medizinische Praxis zu bereichern. Spätestens an diesem Punkt wird deutlich, dass die Arbeit der Stimmhörer sich nicht darauf beschränkt, ihren je persönlichen Umgang mit der eigenen Krankheit zu verändern, sondern sie zunehmend beginnen, die *Naturgeschichte* der Schizophrenie erfolgreich in ihrem ganz konkreten klinischen Verlauf nachhaltig zu beeinflussen. Damit beerben sie andere Initiativen, die angetreten sind, um sich durch kollektive und ko-konstruktive Zusammenarbeit unter und mit den *Usern* aktiv in die Realität etwa von Taubstummheit oder Autismus einzumischen. Symptomatiken, die von ihnen im extremsten Falle nicht länger als Krankheiten und damit als Störenfriede konzipiert und gelebt werden, die es mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln auszuschalten gilt, sondern als Eigenheiten unter anderen.

Solche Kollektive zeichnen sich dadurch aus, dass sie eine ganz eigene Form der *Expertise* hervorbringen, die es ihnen erlaubt, auf fundamentale

Art und Weise die Medizin⁶ auf den Prüfstand zu stellen. Denn immer wieder gelingt es ihnen, eines deutlich zu machen: Dass nämlich die klinischen, pflegerischen und selbstbestimmten Umgangsweisen und Erfahrungen mit Krankheiten nicht nur deren gesellschaftlich kolportierte Bilder oder Repräsentationen verändern, sondern vielmehr zugleich deren Naturgeschichten nachhaltig mitschreiben oder anders und im Anschluss an Étienne Souriau und Bruno Latour formuliert, ganz reale Effekte auf deren *Existenzweisen* zeitigen.⁷ Was eine spezifische Krankheit aber zu einem bestimmten Moment und in einem konkreten Milieu nicht nur als medizinisch-wissenschaftliche, sondern auch als Erfahrungssache ist, muss mindestens ebenso wie das diagnostische Prozedere und Setting selbst als konstitutiver Teil ihres diagnostischen Milieus – oder *oikos* (Haushalts) – verstanden werden. Eine Ökologie des Diagnostischen wäre entsprechend angehalten, Rechenschaft über all die Elemente abzugeben, aus denen ein solches Milieu sich zusammensetzt. Mit Blick auf eine konkrete Diagnose formuliert: Die Diagnose ›Autismus‹ bleibt nicht konstant dieselbe, je nachdem ob man annimmt, diese Symptomatik sei durch einen Mangel an mütterlichen Affekten ausgelöst und unheilbar – man denke an die Rede von den so genannten Kühlschrankschwestern. Oder ob man – die zunehmend öffentlich agierende Community Betroffener ernst nehmend, die jede Bestimmung der ihren Mitgliedern eigenen Existenzweise als *krank* emphatisch ablehnt – davon ausgeht, dass es sich bei Autismus um eine Eigenheit, ja um eine eigenständige *Kultur* handelt. Die Autismus-Diagnose bleibt dann ebenso wenig dieselbe wie diejenige einer Lungenentzündung vor und nach der Entdeckung von Antibiotika, die Diagnose ›Diabetes‹ vor und nach der Synthetisierung von Insulin oder die Diagnose ›Multiple Sklerose‹ vor und nach der Entwicklung pharmakologischer Angebote, die diese zwar nach wie vor nicht

6 | Siehe dazu und insbesondere für den Bereich der Psychiatrie etwa die Dokumentation der Konferenz *La Psychothérapie à l'épreuve de ses usagers*, organisiert vom Centre Georges-Devereux, 2006 in Paris: www.ethnopsychiatrie.net/textcolloq.htm

7 | Siehe zu dem Begriff der Existenzweisen: Étienne Souriau, *Die verschiedenen Modi der Existenz*, übersetzt von Thomas Wäckerle, Lüneburg 2015 sowie Bruno Latour, *Existenzweisen. Eine Anthropologie der Modernen*, übersetzt von Gustav Roßler, Frankfurt a.M. 2014.

heilen können, den Verlauf derselben allerdings effektiv zu kontrollieren und zu verzögern in der Lage sind.

Unter diesen Vorzeichen aber kann eine Diagnose nicht als Einzuzu-eins-Übertragung eines Wissens aus dem Labor ins Sprechzimmer begriffen werden, das zwar gegebenenfalls psychologisch-subjektive Nebenwirkungen zeitigt, an und für sich aber neutral ist. Jede Diagnose muss vielmehr als *Fakt-Wert-Komplex* konzipiert werden, der von den vielschichtigen Existenzweisen einer Krankheit durchdrungen ist. Eine Arbeit an den Modi und damit an dem spezifischen Milieu dieser oder jener Diagnose muss dann inhärenter Teil des Nachdenkens darüber sein, wie dramatische diagnostische Akte, deren Gewaltpotential *a priori* das Vorstellungsvermögen aller Beteiligten übersteigt, sich Schritt für Schritt in Gelegenheiten dazu ummünzen lassen, angesichts einer Krankheitserfahrung, wenn auch keine unbeschwerte, so doch eine Form metamorphotischer Vitalität zu ermöglichen.

DIE BÜCHSE ÖFFNEN

Wie kann man sich denkend in die Lage versetzen, von einem Zustand passiver Perplexität gegenüber Diagnosen, die drohen, regelrecht toxisch zu wirken, zu Prozessen der aktiven Konstruktion neuer Möglichkeiten überzugehen? Ein vielversprechender Weg scheint mir darin zu bestehen, die diagnostische Situation vorsichtig, wie die Büchse der Pandora zu öffnen. Eine historisch-genealogische Herangehensweise erlaubt es, besser zu verstehen, wie aktuelle diagnostische Settings entstanden sind und welche disziplinären, epistemologischen, ethischen, aber auch juristischen Ideale und Regelungen in ihnen zusammenspielen. Damit wird die Grundlage geschaffen, von der aus eine konstruktive Kritik all dieser Elemente und ihres Zusammenspiels beginnen kann. Dabei geht es mir nicht primär darum, die moderne Medizin und ihre Praktiker zu denunzieren, sondern zunächst darum, für die Vielfalt derjenigen Elemente zu sensibilisieren, von denen extreme diagnostische Situationen determiniert werden, Situationen, die uns in letzter Konsequenz dazu herausfordern, völlig neu über die adäquate Verteilung von Handlungsmacht nachzudenken.

Davon dass vor allem auch unter Medizinern dringender Bedarf besteht, über das ›Wie‹ diagnostischer Akte nachzudenken, zeugt nicht

zuletzt die Vielzahl an Publikationen mit Titeln wie *Das schwere Gespräch*; *Breaking Bad News* etc.⁸ Sie belegen fraglos den authentischen und guten Willen ihrer Autorinnen, zeugen aber vor allen Dingen von der Notwendigkeit, bezüglich der Fragen, die sie zu verhandeln wagen, immer wieder neu anzusetzen, quer zu denken. Eine solche Denkarbeit muss sich zwingend aus vielfältigen Praktiken und Wissensfeldern speisen, die Kompetenzen ganz unterschiedlicher Disziplinen mobilisieren, um damit beginnen zu können, sich auf ein kollektives Nachdenken über bzw. ko-konstruktives Realisieren von weniger stereotypen und reduktionistischen *Versionen* von Krankheiten und ihren Diagnosen zuzubewegen. Das Gelingen eines solchen Unterfangens setzt, so scheint mir, zumindest dreierlei voraus: Ein erster Schritt besteht fraglos darin, Situationen herzustellen, die es allen beteiligten Akteuren – Ärzten, Patientinnen, Angehörigen und Pflegenden – ermöglichen, ihre relative Machtlosigkeit gegenüber einer Diagnose und deren Folgen miteinander zu teilen. Zweitens gilt es die Vorstellung einzuklammern, der zufolge die Medizin und ihre Praktiker allein für ein angemessenes Wissen über Krankheiten und das Leben mit ihnen zuständig und verantwortlich seien. Und drittens gilt es sich auf bereits erprobte Praktiken einzulassen und von ihnen zu lernen – ich denke hier etwa an die von Tobie Nathan begründete klinisch-therapeutische Variante der Ethnopsychiatrie. Nathan insistiert wiederholt auf der Notwendigkeit, ›das Symptom von der Person zu entkleben‹. Allerdings nicht im Namen einer neutralen Isolierung von Krankheitseinheiten; vielmehr geht es der von ihm initiierten therapeutischen Technik zentral darum, Personen auf neue Arten und Weisen (wieder) mit den ihren jeweils spezifischen Universen eigenen und krankheitsunabhängigen Zugehörigkeiten und Anhänglichkeiten in Verbindung zu setzen. Diese und andere a-moderne (Heil-)Praktiken können insofern instruktiv sein, als sie sich darauf verstehen, dem der ›modernen‹ Logik inhärenten Risiko zu widerstehen, im Namen so genannter

8 | Siehe beispielsweise: Edlef Bucka-Lassen, *Das schwere Gespräch. Patientengerechte Vermittlung einschneidender Diagnosen*, Köln 2005; Christian Lüdke und Peter Langkafel, *Breaking Bad News. Das Überbringen schlechter Nachrichten in der Medizin*, Heidelberg 2008.

universeller Naturgesetze Personen von all dem abzuschneiden, was die Konsistenz ihrer Wirklichkeit ausmacht.⁹

Ausgehend von dem präzisen Bericht einer Betroffenen, geht der erste Teil des Buches der Genealogie einer sehr spezifischen Diagnostik nach: dem präsymptomatischen Gentest für die Huntington-Krankheit. Dessen epistemisch wie auch ethisch prekärer Status bringt es mit sich, dass diagnostische Gewalt sich in seinem Zusammenhang in besonders zugespitzter Form manifestiert. In einem zweiten Teil soll daran anschließend aufgezeigt werden, inwiefern solche Gewaltmanifestationen auf ganz verschiedenen Ebenen untrennbar mit einer Geschichte der modernen Medizin verzahnt sind. Ich werde versuchen, diese Geschichte oder eher diese Geschichten hinsichtlich der Frage zu erzählen, wie sich aktuelle Diagnosedispositive sowie die ihnen inhärenten Fallstricke herausgebildet haben. Parallel dazu gilt es, dabei erste Hinweise dafür zu sammeln, wie es möglich werden könnte, denselben entgegenzuwirken oder zu entkommen. Die Aufgabe besteht hier also – über den Entwurf einer klareren Sicht auf die vielfältigen Verstrickungen gegebener Situationen hinaus – darin, identifizierte Schwierigkeiten neu und anders zu *problematisieren*. Darauf aufbauend tritt der dritte Teil des Textes die Herausforderung an, vorsichtig erste Vorschläge zu formulieren, die drauf zielen, sich mit anderen als medizinischen Mitteln in das außergewöhnliche Feld prädiaktiver medizinischer Praxis einzumischen. Ein Feld, das sich durch die radikale Asymmetrie eines Wissens und seiner totalen Macht, Personen existentiell zu transformieren einerseits und völliger therapeutischer Machtlosigkeit andererseits auszeichnet. Diese Vorschläge können nicht den Gestus von Rezepten haben, nicht ansagen, wie die Dinge in Zukunft zu laufen haben – dafür ist die Lage bei Weitem zu komplex. Wohl aber verstehen sie sich als Angebote oder auch als *Propositionen* in Alfred North Whiteheads Sinne von »lures for feeling«.¹⁰ Köder, deren Aufgabe darin besteht, das Vorstellungsvermögen derjenigen, die solchen Situationen in der einen oder anderen Rolle ausgeliefert sind, zu bereichern oder

9 | Tobie Nathan, »Manifeste pour une psychopathologie scientifique«, in: Tobie Nathan und Isabelle Stengers, *Médecins et sorciers*, Paris 1995, S. 5-115, hier S. 57. So nicht anders markiert, stammen die Übersetzungen aus dem Französischen im gesamten Text von der Autorin.

10 | Alfred North Whitehead, *Process and Reality. An Essay in Cosmology*, New York 1978, S. 184.

auch anzulocken. Köder, deren erklärtes Ziel es ist, der in Formen erstarrten Leere diagnostischer Milieus neue Konsistenzen entgegenzusetzen. Kurz, Köder, deren Stichhaltigkeit sich daran wird erweisen müssen, inwieweit es ihnen gelingt, an der Verwirklichung einer besseren »Ökologie des Diagnostischen« zu partizipieren.