

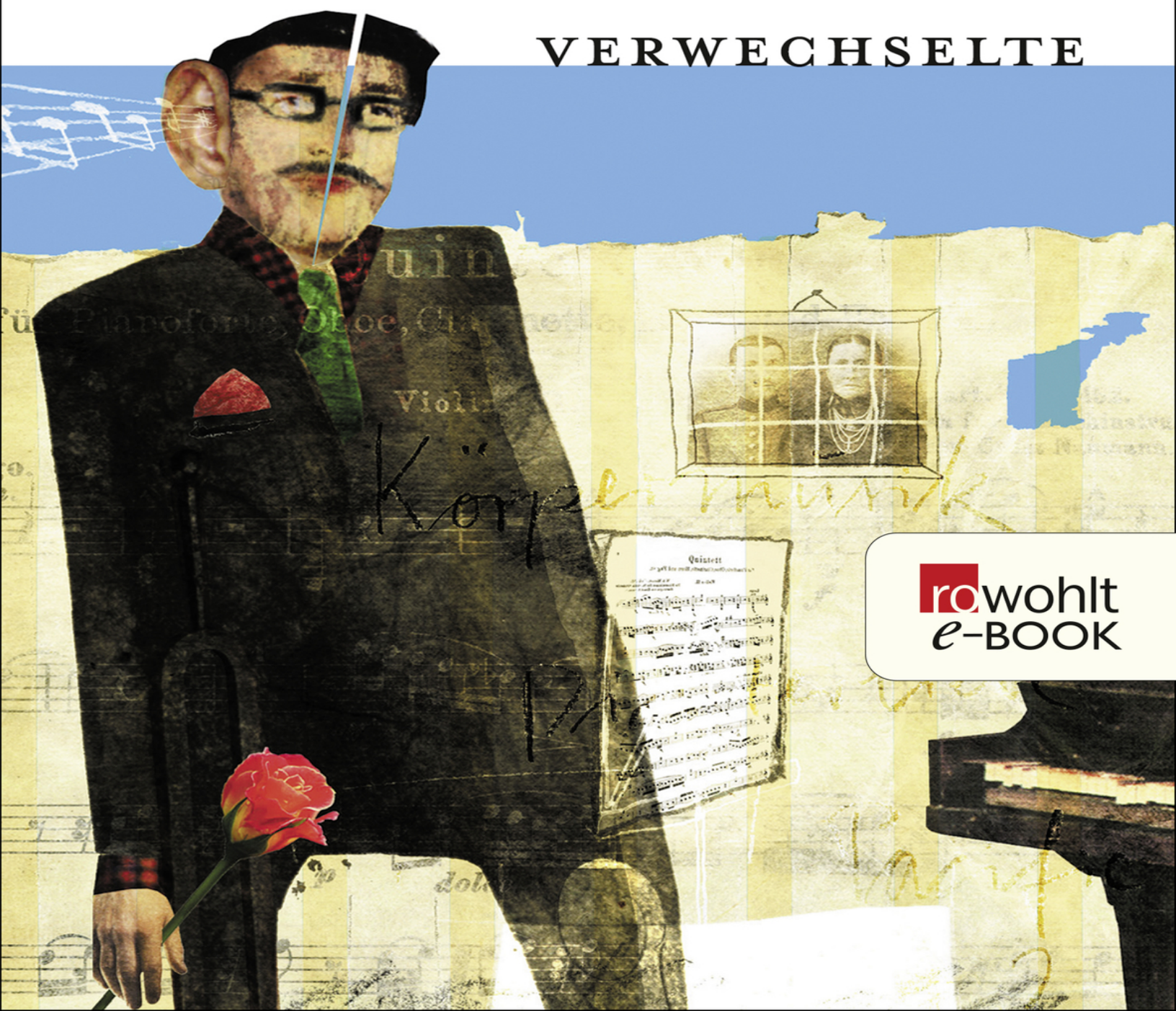
OLIVER

DER MANN, DER SEINE

SACKS

FRAU MIT EINEM HUT

VERWECHSELTE



rowohl
e-BOOK



Oliver Sacks

Der Mann, der seine Frau mit einem Hut verwechselte

Übersetzt von Dirk van Gunsteren

Über dieses Buch

Ein Musikwissenschaftler tätschelt Hydranten, weil er sie für spielende Kinder hält. Eine 90-jährige Frau bekommt plötzlich wieder Appetit auf junge Männer. Ein Student kann eine Zeitlang riechen wie ein Hund – und vermisst es, als es vorbei ist: Eine winzige Hirnverletzung, ein kleiner Tumult in der cerebralen Chemie, und Menschen geraten in eine andere Welt, in die Gesunde nicht vordringen. Oliver Sacks' Bestseller erzählt von ihnen in 24 faszinierenden Fallgeschichten.

«Oliver Sacks hat die medizinische Fallstudie zur literarischen Kunstform erhoben.»

DER SPIEGEL

Vita

Oliver Sacks, geboren 1933 in London, war Professor für Neurologie und Psychiatrie an der Columbia University. Er wurde durch die Publikation seiner Fallgeschichten weltberühmt. Nach seinen Büchern wurden mehrere Filme gedreht, darunter «Zeit des Erwachens» (1990) mit Robert De Niro und Robin Williams. Oliver Sacks starb am 30. August 2015 in New York City.

Bei Rowohlt erschienen unter anderem seine Bücher «Awakenings – Zeit des Erwachens», «Der Tag, an dem mein Bein fortging», «Der einarmige Pianist» und «Drachen, Doppelgänger und Dämonen». 2015 veröffentlichte er seine Autobiographie «On the Move».

Inhaltsübersicht

Widmung

Mottos

Vorwort

Teil eins Ausfälle

Einleitung

1 Der Mann, der seine Frau mit einem Hut
verwechselte

2 Der verlorene Seemann

3 Die körperlose Frau

4 Der Mann, der aus dem Bett fiel

5 Hände

6 Phantome

7 Schräglage

8 Augen rechts!

9 Die Ansprache des Präsidenten

Teil zwei Überschüsse

Einleitung

10 Witty Ticky Ray

11 Amors Pfeil

12 Eine Frage der Identität

13 Ja, Vater-Schwester

14 Die Besessenen

Teil drei Reisen

Einleitung

15 Erinnerung

16 Nostalgische Ausschweifungen

17 Reise nach Indien

18 Hundenase

19 Mord

20 Die Visionen der heiligen Hildegard

Teil vier Die Welt der Einfältigen

Einleitung

21 Rebecca

22 Ein wandelndes Musiklexikon

23 Die Zwillinge

24 Der autistische Künstler

Allgemeine Literaturhinweise

Literaturhinweise zu den einzelnen Kapiteln

Glossar

Register

Für Dr. Leonard Shengold

Ein Gespräch über Krankheiten ist eine Art Erzählung aus
Tausendundeiner Nacht.

WILLIAM OSLER

Der Arzt beschäftigt sich (im Gegensatz zum
Naturwissenschaftler) nur mit einem einzigen Organismus,
nämlich dem des Menschen, der seine Identität unter
widrigen Umständen zu bewahren sucht.

IVY MCKENZIE

Vorwort

«Das Letzte, was man findet, wenn man ein Werk schreibt, ist, dass man weiß, womit man beginnen soll», notiert Pascal. Nachdem ich diese merkwürdigen Geschichten geschrieben, zusammengestellt und geordnet, einen Titel gefunden und zwei Motti ausgesucht habe, muss ich mich nun mit der Frage beschäftigen, was ich getan habe – und warum.

Meine Entscheidung für *zwei* Motti, die Gegensätzliches zum Ausdruck bringen – ebenjene Gegensätzlichkeit, die für Ivy McKenzie zwischen dem Arzt und dem Naturwissenschaftler besteht –, entspricht den zwei Seelen in mir selbst: Ich fühle mich sowohl als Naturwissenschaftler wie auch als Arzt; ich interessiere mich gleichermaßen für Menschen wie für Krankheiten; und vielleicht machen sich diese zwei Seelen auch in der Tatsache bemerkbar, dass ich gleichermaßen, wenn auch nur unzulänglich, theoretisch und szenisch arbeite, mich gleichermaßen zum Wissenschaftlichen wie zum «Romantischen» hingezogen fühle, dass ich stets diese beiden Elemente im menschlichen Sein wiederfinde, nicht zuletzt im Kranksein, jenem wesentlichen Merkmal des Menschen. Auch Tiere werden krank, aber nur der Mensch kann Krankheit als solche erfahren.

Meine Arbeit, mein Leben gehört den Kranken – aber sie und ihre Krankheit bringen mich auf Gedanken, auf die ich sonst vielleicht nicht kommen würde. Das geht so weit, dass ich den Drang fühle, mich Nietzsche anzuschließen, der schreibt: «Und was die Krankheit angeht: würden wir nicht fast zu fragen versucht sein, ob sie uns überhaupt entbehrlich ist?», und die Fragen, die die Krankheit aufwirft, als grundsätzliche Fragen der Existenz anzusehen. Meine Patienten stellen mich ständig vor Fragen, und meine Fragen führen mich ständig zu neuen Patienten – so kommt es, dass es in diesen Geschichten oder Untersuchungen eine stete Bewegung vom einen zum anderen gibt.

Untersuchungen, ja – aber warum Geschichten oder Fallstudien? Das historische Konzept von Krankheit, der Gedanke, dass eine Krankheit vom Auftreten der ersten Anzeichen über ihren Höhepunkt, ihre Krisis und weiter bis zu ihrem glücklichen oder letalen Ausgang einen bestimmten Verlauf nimmt, geht auf Hippokrates zurück. Er war es also, der die Krankengeschichte, das heißt die Beschreibung oder anschauliche Darstellung des Krankheitsverlaufs, eingeführt hat – exakt das also, was mit dem alten Wort «Pathographie» bezeichnet wird. Solche Krankengeschichten sind eine Art Naturgeschichte – sie verraten uns jedoch nichts über das Individuum und *seine* Geschichte; sie sagen nichts über die Person und ihre Erfahrungen im Kampf gegen die Krankheit aus. In einer knappen Krankengeschichte gibt es kein «Subjekt» – es wird in der modernen Anamnese nur mit einer

oberflächlichen Beschreibung erfasst («ein trisomischer, weiblicher Albino von einundzwanzig Jahren»), die ebenso auf eine Ratte wie auf einen Menschen zutreffen könnte. Um die Person – den leidenden, kranken und gegen die Krankheit ankämpfenden Menschen – wieder in den Mittelpunkt zu stellen, müssen wir die Krankengeschichte zu einer wirklichen Geschichte ausweiten; nur dann haben wir sowohl ein «Wer» als auch ein «Was», eine wirkliche Person, einen Patienten, der in seiner Beziehung zur Krankheit, in seiner Beziehung zum Körperlichen fassbar wird.

Für die Psychologie und die Feinbereiche der Neurologie ist das Wesen des Patienten von großer Bedeutung, denn hier geht es ja in der Hauptsache um seine Persönlichkeit, und seine Krankheit und seine Identität können nicht unabhängig voneinander betrachtet werden. Solche Störungen, deren Studium und deren Beschreibung erfordern eine neue Disziplin, die man «Neurologie der Identität» nennen könnte, denn sie beschäftigt sich mit den neuralen Grundlagen des Selbst, der uralten Frage nach dem Zusammenhang zwischen Gehirn und Geist. Es mag sein, dass – notwendigerweise – eine kategorische Kluft zwischen dem Psychischen und dem Physischen besteht; Untersuchungen und Geschichten jedoch, die sich gleichzeitig und untrennbar auf beides beziehen – und diese sind es, die mich besonders faszinieren und die ich hier vorstellen will –, mögen dennoch dazu dienen, beide Bereiche einander anzunähern und uns in den Stand zu versetzen, den

Schnittpunkt von Funktion und Leben, die Auswirkungen physiologischer Prozesse auf die Biographie zu erhellen.

Die Tradition höchst menschlicher Geschichten von Kranken erreichte ihren Höhepunkt im 19. Jahrhundert. Ihr Niedergang begann mit dem Aufstieg einer unpersönlichen neurologischen Wissenschaft. Der große russische Neuropsychologe Alexander R. Lurija schrieb: «Die Kunst, etwas zu beschreiben, jene Kunst, die die großen Psychiater und Neurologen des 19. Jahrhunderts beherrschten, ist heute fast ausgestorben ... Sie muss wiederbelebt werden.» Seine eigenen Spätwerke, zum Beispiel *«The Mind of a Mnemonist»* und *«The Man with a Shattered World»*, sind Versuche, diese verlorengegangene Tradition wiederaufleben zu lassen. Die Krankengeschichten in diesem Buch knüpfen an diese alte Tradition an: an die des 19. Jahrhunderts, von der Lurija spricht, an die des ersten medizinischen Historikers Hippokrates und an die universelle und seit uralten Zeiten bestehende Tradition, nach der Patienten Ärzten ihre Geschichte erzählt haben.

Klassische Sagen und Legenden sind von archetypischen Figuren, von Helden, Opfern, Märtyrern und Kriegen bevölkert. Die Patienten eines Neurologen sind Verkörperungen dieser Figuren – und die, von denen in diesen sonderbaren Geschichten die Rede sein wird, sind sogar noch mehr als das. Wie sollen wir beispielsweise den «verlorenen Seemann» oder die anderen seltsamen Menschen, die in diesem Buch auftreten, in jene mythischen und metaphorischen Kategorien einordnen? Man könnte sagen, sie seien Reisende,

unterwegs in unvorstellbare Länder – Länder, von deren Existenz wir sonst nichts wüssten. Dies ist der Grund, warum ihr Leben und ihre Reisen für mich etwas Märchenhaftes haben. Darum habe ich als erstes Motto den Satz von William Osler gewählt, und darum erscheint es mir angebracht, dieses Buch nicht nur als eine Sammlung von Fällen, sondern auch als eine Sammlung von Geschichten und Märchen zu bezeichnen. In diesem Bereich sehnt sich der Wissenschaftler danach, mit dem Romantiker zu verschmelzen – Lurija sprach in diesem Zusammenhang gern von der «romantischen Wissenschaft». Beide treffen sich im Schnittpunkt von Tatsache und Legende, jenem Schnittpunkt, der charakteristisch ist für das Leben der in diesem und in meinem früheren Buch *«Awakenings»* (*«Bewusstseinsdämmerungen»*) beschriebenen Menschen.

Aber mit welchen Tatsachen, welchen Legenden werden wir konfrontiert! Womit sollen wir sie vergleichen? Vielleicht gibt es dafür keine bestehenden Modelle, Metaphern oder Mythen. Ist vielleicht eine Zeit neuer Symbole, neuer Mythen angebrochen?

Acht der Kapitel in diesem Buch sind bereits vorher erschienen: «Der verlorene Seemann», «Hände», «Die Zwillinge» und «Der autistische Künstler» im *New York Review of Books* (1984 und 1985) und «Witty Ticky Ray», «Der Mann, der seine Frau mit einem Hut verwechselte» und «Erinnerung» im *London Review of Books* (1981, 1983, 1984), wo eine gekürzte Fassung der letzten Geschichte den Titel «Musical Ears» trug. «Schräglage»

erschien 1985 in *The Sciences*. Ein sehr früher Bericht eines meiner Patienten – die «Vorlage» für Rose R. in *«Bewusstseinsdämmerungen»* und für Deborah in *«Eine Art Alaska»* von Harold Pinter (der sich von jenem Buch inspirieren ließ) – findet sich in «Nostalgische Ausschweifungen» (es erschien ursprünglich im Frühjahr 1970 unter dem Titel «Incontinent Nostalgia Induced by L-Dopa» in *Lancet*). Die ersten beiden der vier «Phantome» wurden 1984 im *British Medical Journal* unter der Rubrik «Klinische Kuriosa» beschrieben. Zwei kurze Beiträge stammen aus früheren Büchern: «Der Mann, der aus dem Bett fiel» ist dem Buch *«A Leg to Stand On»* (*«Der Tag, an dem mein Bein fortging»*) entnommen, und «Die Visionen der heiligen Hildegard» ist in *«Migräne»* enthalten.

Die übrigen zwölf Kapitel sind neu und bisher unveröffentlicht [*] und wurden im Herbst und Winter des Jahres 1984 verfasst.

Zu den Kollegen, denen ich besonderen Dank schulde, gehört der verstorbene James Purdon Martin, dem ich Videoaufnahmen von «Rebecca» und «Mr. MacGregor» gezeigt und mit dem ich diese Fälle ausführlich diskutiert habe – die Kapitel «Die körperlose Frau» und «Schräglage» sind auch Ausdruck meiner Dankbarkeit. Michael Kremer, der zu meiner Zeit in London mein «Chef» war, schilderte mir nach der Lektüre meines Buches *«Der Tag, an dem mein Bein fortging»* einen sehr ähnlichen Fall, den er selbst behandelt hat – beide Fälle sind nun in «Der Mann, der aus dem Bett fiel»

zusammengefasst. Donald Macrae hat durch Zufall nur zwei Jahre nachdem ich «Der Mann, der seine Frau mit einem Hut verwechselte» geschrieben hatte, einen außergewöhnlichen und frappierend ähnlichen Fall von visueller Agnosie entdeckt, der verkürzt in der Nachschrift jenes Kapitels beschrieben wird. Ganz besonders möchte ich meiner Freundin und Kollegin Isabelle Rapin aus New York danken, mit der ich viele der hier beschriebenen Fälle erörtert habe; sie hat mich Christina (der «körperlosen Frau») vorgestellt und kannte José, den «autistischen Künstler», als er noch ein Kind war.

Außerdem möchte ich mich für die selbstlose Hilfe und die Großzügigkeit der Patienten (und in einigen Fällen der Verwandten dieser Patienten) bedanken, deren Geschichten ich hier erzähle. Sie haben (sehr oft jedenfalls) gewusst, dass es noch keine Möglichkeit gibt, ihnen direkt zu helfen, und dennoch haben sie es mir gestattet und mich sogar dazu ermutigt, über ihr Leben zu schreiben – in der Hoffnung, andere möchten lernen, verstehen und eines Tages vielleicht in der Lage sein zu heilen. Wie auch in *«Bewusstseinsdämmerungen»* habe ich aus Gründen der Diskretion und der ärztlichen Schweigepflicht die Namen und einige Details von untergeordneter Bedeutung verändert. Es ist jedoch immer mein Ziel gewesen, das grundsätzliche «Lebensgefühl» meiner Patienten wahrheitsgetreu wiederzugeben.

Schließlich möchte ich noch meine Dankbarkeit – die mehr ist als bloße Dankbarkeit – gegenüber meinem Mentor und Arzt

ausdrücken: Ihm habe ich dieses Buch gewidmet.

New York, 10. Februar 1985 O.W. S.

Teil eins

Ausfälle

Einleitung

Das Lieblingswort der Neurologen ist «Ausfall». Es bezeichnet die Beeinträchtigung oder Aufhebung einer neurologischen Funktion: den Verlust der Sprechfähigkeit, den Verlust der Sprache, den Verlust des Gedächtnisses, den Verlust des Sehvermögens, den Verlust der Geschicklichkeit, den Verlust der Identität und zahllose andere Mängel und Verluste spezifischer Funktionen (oder Fähigkeiten). Für jede dieser Funktionsstörungen (ein weiterer beliebter Ausdruck) gibt es eine private, das Fehlen hervorhebende Bezeichnung: Aphonie, Aphasie, Alexie, Apraxie, Agnosie, Amnesie, Ataxie. Jede spezifische neurale oder mentale Funktion, deren ein Patient durch Krankheit, Verletzung oder Entwicklungsstörungen ganz oder teilweise beraubt sein kann, lässt sich mit einem besonderen Wort benennen.

Die wissenschaftliche Analyse der Beziehung zwischen Gehirn und Geist begann 1861, als Broca in Frankreich herausfand, dass gewisse Schwierigkeiten des Patienten, sich

sprachlich auszudrücken (Aphasie), durchweg als Symptom auftraten, dem die Zerstörung eines bestimmten Teils der linken Gehirnhälfte vorausgegangen war. Daraus entwickelte sich eine zerebrale Neurologie, die es im Laufe der Jahrzehnte ermöglichte, das menschliche Gehirn zu «kartographieren» und spezifische Fähigkeiten – linguistische, intellektuelle, perzeptive usw. – gleichermaßen spezifischen «Zentren» im Gehirn zuzuordnen. Gegen Ende des Jahrhunderts wiesen kritische Beobachter – vor allem Freud in seinem Buch *«Zur Auffassung der Aphasien»* (1891) – darauf hin, dass diese Art der Lokalisation grob vereinfachend sei, dass alle mentalen Leistungen eine komplizierte innere Struktur aufwiesen und auf einer ebenso komplexen physiologischen Grundlage basieren müssten. Nach Freuds Meinung galt dies besonders für bestimmte Störungen der Wahrnehmung und des Wiedererkennens, für die er die Bezeichnung «Agnosie» einführte. Für ein wirkliches Verständnis der Aphasie und der Agnosie würde, so meinte er, eine neue, differenziertere Wissenschaft erforderlich sein.

Diese neue, mit der Beziehung zwischen Gehirn und Geist befasste Wissenschaft, die Freud vorschwebte, haben während des Zweiten Weltkriegs in Russland A.R. Lurija (und sein Vater R.A. Lurija), Leontjew, Bernstein und andere ins Leben gerufen: die «Neuropsychologie». Die Entwicklung dieses ungeheuer fruchtbaren Wissenschaftszweiges war das Lebenswerk von A.R. Lurija. In Anbetracht der revolutionären Bedeutung dieser neuen Erkenntnisse dauerte es recht lange,

bis sie im Westen bekannt wurden. Sie wurden erstmals systematisch in dem umfangreichen Buch *«Die höheren kortikalen Funktionen des Menschen und ihre Störungen bei örtlichen Hirnschädigungen»* (deutsche Übersetzung 1970) und, später noch einmal, auf ganz andere Weise, nämlich in Form einer Biographie oder «Pathographie», in dem Buch *«The Man with a Shattered World»* (etwa: «Der Mann, dessen Welt in Scherben fiel») vorgestellt. Obwohl diese Bücher auf ihre Art fast vollkommen waren, blieb doch ein ganzer Bereich, den Lurija nicht behandelt hatte. *«Die höheren kortikalen Funktionen des Menschen»* befasste sich nur mit jenen Funktionen, die der linken Gehirnhälfte zugeordnet sind; und auch bei Sasetzkij, dem Mann, dessen Fall in *«The Man with a Shattered World»* beschrieben wird, war die linke Gehirnhälfte schwerbeschädigt – die rechte dagegen intakt. Kurzum: Die gesamte Geschichte der Neurologie und der Neuropsychologie ist eine Geschichte der Erforschung der linken Gehirnhälfte.

Ein wichtiger Grund für die Vernachlässigung der rechten Hemisphäre besteht darin, dass es leicht ist, die Auswirkungen verschiedenster Verletzungen der linken Seite zu demonstrieren, während die entsprechenden Syndrome der rechten Gehirnhälfte weit weniger deutlich ausgeprägt sind. Man hält sie, gewöhnlich mit leichter Verachtung, für «primitiver» als die linke, die als einzigartige Blüte der menschlichen Evolution gilt. Und in gewisser Weise stimmt das auch: Die linke Gehirnhälfte ist differenzierter und spezialisierter – sie stellt die letzte Entwicklungsstufe des

Gehirns der Primaten, vor allem des Menschen dar.

Andererseits ist die rechte Hälfte in entscheidendem Maße an der Wahrnehmung der Wirklichkeit beteiligt, eine Fähigkeit, über die jedes Lebewesen verfügen muss, um überleben zu können. Die linke Hemisphäre funktioniert wie ein Computer, der dem ursprünglichen Gehirn angefügt ist und Programme und schematische Abläufe zu bewältigen vermag; die klassische Neurologie aber beschäftigte sich mehr mit schematischen Abläufen als mit der Realität, sodass man einige Syndrome der rechten Gehirnhälfte nach ihrer Entdeckung lediglich als wunderliche Phänomene abtat.

In der Vergangenheit haben einige Wissenschaftler – so zum Beispiel Anton in den neunziger Jahren des 19. Jahrhunderts und Pötzl 1928 – versucht, die Syndrome der rechten Gehirnhälfte zu untersuchen, aber diese Versuche sind ihrerseits wieder auf bizarre Weise ignoriert worden. In *«The Working Brain»*, einem seiner letzten Bücher, widmet Lurija den Syndromen der rechten Gehirnhälfte einen kurzen, aber vielversprechenden Abschnitt. Er endet mit den Worten: «Diese noch immer völlig unerforschten Defekte bringen uns zu einem der grundlegendsten Probleme: Welche Rolle spielt die rechte Gehirnhälfte im direkten Bewusstsein? ... Die Erforschung dieses höchst wichtigen Bereiches ist bis jetzt vernachlässigt worden ... Gegenwärtig bereite ich eine Reihe von Berichten vor, die eine detaillierte Analyse enthalten werden.»

Einige dieser Berichte schrieb Lurija noch in den letzten Monaten seines Lebens, als er schon todkrank war. Ihre

Veröffentlichung erlebte er nicht mehr – und sie wurden nie in Russland publiziert. Er schickte sie an R.L. Gregory in England, und sie werden demnächst in Gregorys *«Oxford Companion to the Mind»* erscheinen.

Ein Neurologe, der Defekte der rechten Hemisphäre erforschen will, steht vor erheblichen inneren und äußeren Schwierigkeiten. Es ist für Patienten mit bestimmten Syndromen der rechten Gehirnhälfte nicht nur schwierig, sondern unmöglich, ihre eigene Störung zu erkennen – dies ist eine besondere und spezifische Form der «Anosagnosie», wie Babinski sie genannt hat. Und auch für den einfühlsamsten Beobachter ist es außerordentlich schwer, sich in die innere Verfassung, die «Situation» solcher Patienten, zu versetzen, denn diese ist fast unvorstellbar weit von allem entfernt, was er selbst je erlebt hat. Im Gegensatz dazu kann man sich in die Syndrome der linken Gehirnhälfte relativ leicht hineinversetzen. Obwohl die Syndrome der rechten Gehirnhälfte ebenso häufig sind wie die der linken – und warum sollten sie das auch nicht sein? –, wird man in der neurologischen und neuropsychologischen Literatur auf tausend Beschreibungen von Syndromen der linken Hemisphäre nur eine Beschreibung von Störungen der rechten finden. Es ist, als seien diese Symptomkomplexe dem «neurologischen Naturell» irgendwie fremd. Und doch haben sie, wie Lurija sagt, eine fundamentale Bedeutung: Vielleicht erfordern und fördern sie eine neue Art der Neurologie, eine «personalistische» oder (wie Lurija sich gern ausdrückte) eine

«romantische» Wissenschaft, denn hier eröffnen sich der Forschung die physischen Grundlagen der *persona*, des Selbst. Eine solche Forschung begänne nach Lurijas Meinung am besten mit einer Geschichte – der detaillierten Krankengeschichte eines Mannes mit einer tiefgreifenden Störung der rechten Gehirnhälfte. Diese Krankengeschichte wäre das Gegenteil und Gegenstück zur Geschichte von dem «Mann, dessen Welt in Scherben fiel». In einem seiner letzten Briefe schrieb mir Lurija: «Veröffentlichen Sie solche Geschichten, auch wenn sie nichts weiter sind als Skizzen. Es ist ein Reich des Wunderbaren.» Ich gestehe, dass mich diese Störungen faszinieren, denn sie erschließen, vielmehr: sie versprechen uns Einblicke in Bereiche, von denen man bisher kaum eine Vorstellung hatte, und geben Anstöße zur Entwicklung einer offeneren und weiträumigeren Neurologie und Psychologie, die sich in aufregender Weise von der recht starren und mechanistischen Neurologie der Vergangenheit unterscheidet.

Es sind also weniger die Ausfälle im traditionellen Sinne, die mich interessieren, als vielmehr die neurologischen Störungen, die sich auf das Selbst auswirken. Solche Störungen können von mancherlei Art sein und ebenso aus einer Übersteigerung wie aus einer Beeinträchtigung von Funktionen entstehen. Daher erscheint es vernünftig, diese beiden Kategorien getrennt zu untersuchen. Ich möchte jedoch gleich zu Anfang darauf hinweisen, dass eine Krankheit nie lediglich ein Überschuss oder eine Einbuße ist, sondern dass es immer eine Reaktion des

betroffenen Organismus oder des Individuums gibt, die darauf abzielt, etwas wiederherzustellen, zu ersetzen, auszugleichen und die eigene Identität zu bewahren, ganz gleich, wie seltsam die Mittel zu diesem Zweck auch sein mögen. Es ist ein wesentlicher Teil unserer Aufgabe als Ärzte, nicht nur die pathogene Schädigung des Nervensystems, sondern auch diese Mittel zu untersuchen und zu beeinflussen.

Ivy McKenzie hat diesen Punkt eindrucksvoll unterstrichen: «Was macht denn eigentlich einen ‹Symptomkomplex› oder eine ‹neue Krankheit› aus? Der Arzt beschäftigt sich nicht, wie der Naturwissenschaftler, mit einer Vielfalt verschiedener Organismen, die theoretisch einer durchschnittlichen Umgebung auf durchschnittliche Weise angepasst sind, sondern nur mit einem einzigen Organismus, nämlich dem des Menschen, der seine Identität unter widrigen Umständen zu bewahren sucht.»

Diese Dynamik, dieses «Streben nach Bewahrung der Identität», so sonderbar die Mittel und Auswirkungen dieses Strebens auch sein mögen, hat die Psychiatrie schon vor langer Zeit erkannt, und diese Erkenntnis ist, wie so vieles andere, eng mit dem Werk Sigmund Freuds verknüpft. So waren für ihn Wahnvorstellungen nicht primäre Erscheinungen, sondern der (wenn auch fehlgeleitete) Versuch der Wiederherstellung, der Rekonstruktion einer Welt, die dem Chaos anheimgefallen ist. Ebendies meint Ivy McKenzie, wenn er schreibt: «Die Pathophysiologie des Parkinson-Syndroms ist die Beschreibung *eines organisierten Chaos*, eines Chaos, das in erster Linie durch

die Zerstörung wichtiger Integrationen entstanden und im Verlauf des Rehabilitationsprozesses auf einer unsicheren Basis reorganisiert worden ist.»

So wie ich in meinem Buch *«Bewusstseinsdämmerungen»* ein «organisiertes Chaos» untersucht habe, das als Folge einer einzigen, wenn auch vielgestaltigen Krankheit auftritt, so sind die folgenden Beiträge eine Reihe ähnlicher Untersuchungen des organisierten Chaos, das durch eine große Vielfalt verschiedener Krankheiten hervorgerufen wird.

Der in meinen Augen wichtigste Fall in diesem ersten Abschnitt «Ausfälle» ist der einer besonderen Art von visueller Agnosie: «Der Mann, der seine Frau mit einem Hut verwechselte». Meiner Meinung nach ist er von fundamentaler Bedeutung. Solche Fälle stellen ein unantastbares Axiom der klassischen Neurologie in Frage – insbesondere die Annahme, dass *jede* Hirnverletzung das (um mit Kurt Goldstein zu sprechen) «abstrakte und kategorielle Vermögen» schwächt oder auslöscht und das Individuum auf das Emotionale und Konkrete reduziert. (Eine sehr ähnliche These stellte in den sechziger Jahren des 19. Jahrhunderts Hughlings-Jackson auf.) Hier, im Fall von Dr. P., ist jedoch das genaue Gegenteil der Fall: Dieser Mann hat (wenn auch nur im visuellen Bereich) das Emotionale, das Konkrete, das Persönliche, das «Reale» völlig verloren ... und ist gleichsam, mit geradezu absurden Konsequenzen, auf das Abstrakte und Kategorielle reduziert. Was hätten wohl John Hughlings-Jackson und Kurt Goldstein

daraus geschlossen? Ich habe sie in Gedanken oft gebeten, Dr. P. zu untersuchen, und sie dann gefragt: «Nun, meine Herren, was sagen Sie jetzt?»

Der Mann, der seine Frau mit einem Hut verwechselte

Dr. P. war ein ausgezeichnete Musiker. Er war lange Zeit ein berühmter Sänger gewesen, bevor er einem Ruf als Professor an die hiesige Musikhochschule gefolgt war. Hier fiel er erstmals durch gewisse seltsame Verhaltensweisen auf, und zwar im Umgang mit seinen Studenten. Manchmal geschah es, dass Dr. P. einen Studenten, der vor ihm stand, nicht erkannte – genauer gesagt: Er erkannte sein Gesicht nicht. Sobald der Student ihn dann ansprach, konnte er ihn anhand seiner Stimme identifizieren. Solche Vorfälle ereigneten sich immer häufiger, und in seiner Umgebung war man deswegen peinlich berührt, beunruhigt – und manchmal auch erheitert. Dr. P. war nämlich nicht nur in zunehmendem Maße außerstande, Gesichter zu erkennen, sondern er sah auch Gesichter, wo gar keine waren: Auf der Straße tätschelte er im Vorbeigehen Hydranten und Parkuhren, weil er sie für Kinder hielt; liebenswürdig sprach er geschnitzte Pfosten an und war erstaunt, wenn sie keine Antwort gaben. Anfangs lachten alle, Dr. P. eingeschlossen, über diese merkwürdigen Fehlleistungen. Und hatte er nicht immer schon einen verschrobene Sinn für Humor gehabt und Paradoxien und Späße geliebt? Seine

musikalischen Fähigkeiten waren so beeindruckend wie eh und je, er fühlte sich sehr wohl, und seine Fehler waren so komisch und wirkten so genial, dass man sie kaum ernst nehmen oder in ihnen Anzeichen einer Krankheit sehen konnte. Der Gedanke, dass «irgendetwas nicht in Ordnung sein» könnte, kam Dr. P. erst etwa drei Jahre später, als er Diabetes bekam. Da er wusste, dass sich diese Krankheit auf die Augen auswirken kann, suchte er einen Augenarzt auf, der eine genaue Anamnese aufnahm und seine Augen gründlich untersuchte. «Mit Ihren Augen ist alles in Ordnung», sagte der Arzt schließlich, «aber mit dem Sehzentrum Ihres Gehirns stimmt etwas nicht. Sie brauchen keinen Augenarzt, sondern einen Neurologen.» Und so kam Dr. P. zu mir.

Schon nach wenigen Minuten war ich mir sicher, dass es sich bei ihm nicht um einen einfachen Hirnabbau handelte. Er war ein außergewöhnlich kultivierter und charmanter Mann, der sich gewählt und flüssig auszudrücken wusste und über Phantasie und Humor verfügte. Ich konnte mir nicht vorstellen, warum man ihn an unsere Klinik überwiesen hatte.

Aber er hatte tatsächlich etwas Merkwürdiges an sich. Beim Sprechen wandte er sich mir zu und sah mich an, und doch war da irgendetwas – es war schwer, den Finger darauf zu legen. Schließlich fiel mir auf, dass er sich nicht mit den Augen, sondern mit den *Ohren* auf mich konzentrierte. Anstatt mich anzusehen, mich zu betrachten, mich «in sich aufzunehmen», wie es gewöhnlich der Fall ist, fixierten mich seine Augen mit abrupten, seltsamen Bewegungen – sein Blick richtete sich auf

meine Nase, auf mein rechtes Ohr, fuhr hinab zu meinem Kinn, hinauf zu meinem rechten Auge – als betrachteten (oder studierten) sie diese einzelnen Gesichtszüge, ohne mein ganzes Gesicht und seinen Ausdruck, also «mich» als Ganzes zu sehen. Ich bin mir nicht sicher, ob mir das damals schon voll bewusst war, aber es hatte etwas Irritierendes. Es war ein Bruch in dem normalen Wechselspiel von Blick und Gesichtsausdruck. Er sah mich an, seine Augen *tasteten mich ab*, und doch ...

«Was führt Sie zu mir?», fragte ich ihn schließlich.

«Ich weiß auch nicht», antwortete er und lächelte. «Mir fehlt nichts, aber andere Leute scheinen zu glauben, dass irgendetwas mit meinen Augen nicht stimmt.»

«Aber Sie selbst haben keine Probleme damit?»

«Nein, nicht direkt. Ich mache nur gelegentlich Fehler.»

Ich verließ für kurze Zeit den Raum, um mit seiner Frau zu sprechen. Als ich zurückkam, saß Dr. P. ruhig und eher aufmerksam hinaushorchend als hinaussehend am Fenster. «Der Verkehrslärm», sagte er, «die Straßengeräusche und das Rauschen von Zügen in der Entfernung – das ist fast wie eine Symphonie, finden Sie nicht? Kennen Sie Honeggers *«Pacific 234»*?»

Was für ein reizender Mann, dachte ich. Es war doch alles in Ordnung mit ihm. Ob er damit einverstanden sei, dass ich ihn untersuche, fragte ich ihn.

«Aber natürlich, Dr. Sacks.»

Die beruhigende Routine der neurologischen Untersuchung – Muskeltonus, grobe Kraft, Reflexstatus, Koordination –

überdeckte meine, und vielleicht auch seine, Besorgnis. Als ich seine Reflexe prüfte – die auf der linken Seite eine Spur abnorm waren –, ereignete sich der erste merkwürdige Vorfall. Ich hatte ihm den linken Schuh ausgezogen, um mit einem Schlüssel über seine Fußsohle zu streichen (ein vielleicht komisch wirkender, aber unerlässlicher Test der Reflexe), und ihn gebeten, seinen Schuh wieder anzuziehen, während ich meinen Augenspiegel zusammensetzte. Zu meiner Überraschung hatte er eine Minute später seinen Schuh noch nicht wieder angezogen.

«Kann ich Ihnen helfen?», fragte ich.

«Wobei? Wem?»

«Kann ich Ihnen helfen, den Schuh wieder anzuziehen?»

«Ach», sagte er, «den Schuh hatte ich ganz vergessen», und fügte mit leiser Stimme hinzu: «Den Schuh? Den Schuh?» Er schien verwirrt.

«Ihren Schuh», wiederholte ich. «Sie sollten ihn vielleicht lieber wieder anziehen.»

Ohne den Schuh zu beachten, sah er mit intensiver, aber irregeleiteter Konzentration an sich hinunter. Schließlich blieb sein Blick an seinem Fuß hängen: «Das ist doch mein Schuh, oder?»

Hatte ich mich ver-hört? Hatte er sich ver-sehen?

«Meine Augen», sagte er erklärend und berührte seinen Fuß mit der Hand. «Das ist mein Schuh, nicht wahr?»

«Nein, das ist Ihr Fuß. Ihr Schuh ist *dort*.»

«Ah, und ich dachte, das sei mein Fuß.»