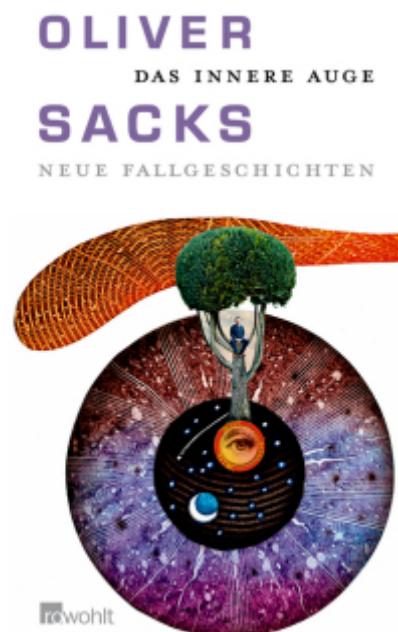


Leseprobe aus:

Oliver Sacks

Das innere Auge



Mehr Informationen zum Buch finden Sie auf rowohlt.de.

INHALT

VORWORT

9

Kapitel eins

VOM BLATT SPIELEN

13

Kapitel zwei

INS LEBEN ZURÜCKGERUFEN

43

Kapitel drei

HOMME DE LETTRES

65

Kapitel vier

GESICHTSBLIND

95

Kapitel fünf

STEREO SUE

125

Kapitel sechs

AUGENTRÄGHEIT: EIN TAGEBUCH

159

Kapitel sieben
DAS INNERE AUGE
219

LITERATUR
261

REGISTER
273

VORWORT

Ich wuchs in einem Haushalt voller Ärzte und medizinischer Gespräche auf – mein Vater und meine älteren Brüder waren Allgemeinärzte und meine Mutter Chirurgin. Viele Unterhaltungen bei Tisch drehten sich zwangsläufig um medizinische Themen, es ging aber nie nur um «Fälle». Ein Patient mochte als Beispiel für diese oder jene Erkrankung erwähnt werden, doch in den Gesprächen meiner Eltern wurden Fälle immer zu Biographien, Geschichten über das Leben von Menschen, die auf Krankheit oder Verletzung, Stress oder Unglück reagierten. So war es vielleicht unvermeidlich, dass auch ich Arzt und Geschichtenerzähler wurde.

Als 1985 *Der Mann, der seine Frau mit einem Hut verwechselte* erschien, schrieb ein namhafter neurologischer Forscher eine sehr wohlwollende Rezension dazu. Die Fälle seien faszinierend, meinte er, er habe aber einen Vorbehalt: Ich sei unehrlich, wenn ich die Patienten so präsentierte, als begegnete ich ihnen ohne jegliches Vorverständnis, als hätte ich kaum Hintergrundwissen über ihr Leiden. Ob ich mir denn die wissenschaftliche Literatur wirklich erst angeeignet hätte, nachdem ich mich eines Patienten mit einer bestimmten Erkrankung hätte annehmen müssen. Gewiss hätte ich mir ein neurologisches Thema vorgenommen und dann einfach Patienten ausgesucht, die als Beispiele dafür dienen konnten.

Doch ich bin nicht in der Forschung tätig, und bei den meis-

ten praktizierenden Ärzten ist es einfach so, dass sie, von ihrer allgemeinen medizinischen Ausbildung abgesehen, über viele Krankheiten kaum eingehendere Kenntnisse besitzen, vor allem nicht über solche, die als selten gelten und denen deshalb im Medizinstudium wenig Zeit gewidmet wird. Wenn ein Patient mit einer solchen Krankheit vorstellig wird, müssen wir Recherchen anstellen und vor allem zu den ursprünglichen Beschreibungen zurückgehen. Daher beginnen meine Fallgeschichten in der Regel mit einer Begegnung, einem Brief, einem Klopfen an der Tür – erst der Erfahrungsbericht des Patienten löst umfassendere Nachforschungen aus.

Als praktizierender Neurologe, der vorwiegend in Altersheimen arbeitet, habe ich in den letzten Jahrzehnten mit Tausenden von Patienten zu tun gehabt. Von allen habe ich etwas gelernt, und es macht mir Freude, mich um sie zu kümmern – in einigen Fällen habe ich sie zwanzig Jahre und länger behandelt. In meinen klinischen Notizen gebe ich mir alle Mühe, festzuhalten, was mit ihnen geschieht, und mir über ihre Erfahrungen klarzuwerden. Gelegentlich entwickeln sich meine Aufzeichnungen mit Erlaubnis des Patienten zu Essays.

Als ich mit der Veröffentlichung von Fallgeschichten begann, 1970 zunächst mit *Migräne*, erhielt ich Briefe von Menschen, die ihre persönlichen Erfahrungen mit neurologischen Erkrankungen verstehen oder kommentieren wollten. Diese Korrespondenz ist in gewisser Weise eine Erweiterung meiner Praxis geworden. Daher sind einige der Menschen, die ich in diesem Buch beschreibe, Patienten; andere haben mir geschrieben, nachdem sie eine meiner Fallgeschichten gelesen hatten. Ihnen allen bin ich dafür dankbar, dass sie bereit waren, ihre Erfahrungen mitzuteilen, denn sie erweitern die Grenzen unserer Vorstellung, und es wird sichtbar, was sich oft hinter Gesundheit verbirgt: die komplexen Funktionen und die erstaunliche Fähigkeit des Gehirns, sich angesichts neurologischer Probleme, die wir

anderen uns kaum vorstellen können, an Beeinträchtigungen anzupassen und sie zu überwinden – ganz zu schweigen von dem Mut und der Stärke, den inneren Kraftquellen, die die Betroffenen mobilisieren können.

Viele frühere und derzeitige Kollegen haben in großzügiger Weise ihre Zeit und ihren Sachverstand eingebracht, um die Ideen dieses Buchs zu erörtern oder verschiedene Entwürfe zu kommentieren. Ihnen allen (und den vielen, die unerwähnt bleiben) bin ich zu größtem Dank verpflichtet, insbesondere: Paul Bach-y-Rita, Jerome Bruner, Liam Burke, John Cisne, Jennifer und John Clay, Bevil Conway, Antonio und Hanna Damasio, Orrin Devinsky, Dominic Ffytche, Elkhonon Goldberg, Jane Goodall, Temple Grandin, Richard Gregory, Charles Gross, Bill Hayes, Simon Hayhoe, David Hubel, Ellen Isler vom Jewish Braille Institute, Narinder Kapur, Christof Koch, Margaret Livingstone, Ved Mehta, Ken Nakayama, Görel Kristina Näs-lund, Alvaro Pascual-Leone, Dale Purves, V. S. Ramachandran, Paul Romano, Israel Rosenfield, Theresa Ruggiero, Leonard Shengold, Shinsuke Shimojo, Ralph Siegel, Connie Tomaino, Bob Wasserman und Jeannette Wilkens.

Ich hätte dieses Buch nicht ohne die moralische und finanzielle Unterstützung zahlreicher Institutionen und Personen vollenden können. Ihnen allen bin ich zu außerordentlichem Dank verpflichtet, vor allem Susie und David Sainsbury, Columbia University, der *New York Review of Books*, dem *New Yorker* und der Wylie Agency, der Mac Dowell Colony, dem Blue Mountain Center und der Alfred P. Sloan Foundation. Mein Dank gilt ferner den vielen Mitarbeitern bei Alfred A. Knopf, Picador UK und Vintage Books und meinen anderen Verlagen in aller Welt.

Mehrere Korrespondenten haben mit Gedanken und Schilderungen zu diesem Buch beigetragen, unter anderen Joseph Bennish, Joan C., Larry Eickstaedt, Anne F., Stephen Fox, J. T. Fraser und Alexandra Lynch.

Ich danke den hervorragenden Lektoren John Bennet vom *New Yorker* und Dan Frank von Knopf, die dieses Buch in vielerlei Hinsicht verbessert haben, und Allen Furbeck für seine Hilfe bei den Illustrationen. Hailey Wojcik tippte viele Fassungen des Manuskripts, beteiligte sich an den Recherchen und fast jeder anderen Arbeit, ganz zu schweigen davon, dass sie die fast 90 000 Wörter meiner «Melanom-Tagebücher» entzifferte. Kate Edgar hat in den letzten fünfundzwanzig Jahren eine einzigartige Rolle als Mitarbeiterin, Freundin, Lektorin, Organisatorin und vieles mehr gespielt. Wie immer hat sie mich angespornt, nachzudenken und zu schreiben, die Dinge aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten, aber immer wieder auf den Kern zurückzukommen.

Vor allem aber bin ich meinen Probanden oder Patienten sowie ihren Familien verpflichtet: Lari Abraham, Sue Barry, Lester C., Howard Engel, Claude und Pamela Frank, Arlene Gordon, Patricia und Dana Hodkin, John Hull, Lilian Kallir, Charles Scribner Jr., Dennis Shulman, Sabriye Tenberken und Zoltan Torey. Sie haben mir nicht nur gestattet, von ihren Erfahrungen zu berichten und ihre Beschreibungen zu zitieren, sondern haben Entwürfe kommentiert, mich mit anderen Menschen und Informationsquellen bekannt gemacht und sind in vielen Fällen gute Freunde geworden.

Mein tiefster Dank aber gilt meinem Arzt David Abramson; ihm widme ich dieses Buch.

KAPITEL EINS

VOM BLATT SPIELEN

Im Januar 1999 bekam ich folgenden Brief:

Lieber Dr. Sacks,
mein (sehr ungewöhnliches) Problem ist in einem Satz und unmedizinisch ausgedrückt: Ich kann nicht lesen. Weder Musik noch etwas anderes. In der Praxis des Augenarztes kann ich die einzelnen Buchstaben auf der Sehtafel bis zur untersten Zeile lesen. Ich vermag aber keine Wörter zu lesen, und bei der Musik habe ich das gleiche Problem. Seit Jahren schlage ich mich damit herum, war bei den besten Ärzten, und niemand konnte mir helfen. Ich wäre außerordentlich glücklich und dankbar, wenn Sie Zeit für mich fänden.

Mit freundlichen Grüßen
Lilian Kallir

Ich rief Mrs. Kallir an – was mir unter diesen Umständen angebracht erschien, obwohl ich normalerweise zurückgeschrieben hätte –, denn obwohl sie offenbar keine Schwierigkeiten hatte, einen Brief zu verfassen, schrieb sie, dass sie überhaupt nicht lesen könnte. Ich sprach mit ihr, und wir vereinbarten einen Termin in meiner neurologischen Klinik.

Kurz darauf erschien Mrs. Kallir in meiner Sprechstunde – eine gebildete, lebhaftige Dame von siebenundsechzig Jahren mit einem starken Prager Akzent – und erzählte mir ihre Geschichte sehr viel eingehender. Sie sei Pianistin, sagte sie; tatsächlich kannte ich sie dem Namen nach, eine hervorragende

Chopin- und Mozartinterpretin (mit vier Jahren hatte sie ihr erstes öffentliches Konzert gegeben, und der berühmte Pianist Gary Graffman bezeichnete sie als «eines der größten musikalischen Naturtalente, die ich je kennengelernt habe»).

Sie sagte, erste Anzeichen, dass etwas nicht stimmen könne, habe sie bei einem Konzert im Jahr 1991 bemerkt. Vor der Aufführung eines Klavierkonzerts von Mozart gab es in letzter Minute eine Programmänderung – statt des 19. sollte sie das 21. Klavierkonzert spielen. Doch als sie die Partitur des 21. Klavierkonzerts aufschlug, erwies sie sich zu ihrer Bestürzung als vollkommen unverständlich. Obwohl sie Blatt, Linien und Noten scharf und deutlich erkannte, schienen sie keinen Zusammenhang, keinen Sinn zu haben. Sie dachte, das Problem müsse an ihren Augen liegen. Doch dann spielte sie das Konzert fehlerlos aus dem Gedächtnis und tat den seltsamen Zwischenfall als «eine von diesen Sachen» ab.

Einige Monate später trat das Problem erneut auf, woraufhin ihre Fähigkeit, Noten zu lesen, Schwankungen unterworfen war. Wenn sie müde oder krank war, konnte sie kaum lesen, doch wenn sie ausgeruht war, spielte sie so rasch und mühelos wie je vom Blatt. Im Allgemeinen verschlimmerte sich das Problem jedoch, und obwohl sie weiterhin unterrichtete, Einspielungen machte und Konzerte in aller Welt gab, war sie zunehmend auf ihr musikalisches Gedächtnis und ihr umfangreiches Repertoire angewiesen, weil sie sich durch Notenlesen keine neuen Stücke mehr aneignen konnte. «Ich konnte früher phantastisch vom Blatt spielen», sagte sie, «mühelos ganze Mozartkonzerte, aber jetzt geht das nicht mehr.»

Gelegentlich traten bei Konzerten Gedächtnislücken auf, wenn Lilian (wie ich sie auf ihren Wunsch nannte) das als geschickte Improvisatorin auch meist zu kaschieren wusste. Wenn sie entspannt war, im Kreis von Freunden oder Schülern, schien sie so gut wie immer zu spielen. Aus Trägheit, Furcht oder einer

Art Anpassung konnte sie ihre eigenartigen Probleme beim Notenlesen ausblenden, da sie sonst keine Schwierigkeiten mit den Augen hatte und ihr musikalisches Leben dank ihres Gedächtnisses und ihres Talents nicht im mindesten beeinträchtigt war.

1994, etwa drei Jahre nachdem Lilian Probleme beim Notenlesen bemerkt hatte, begann sie auch erste Schwierigkeiten mit dem Lesen von Wörtern zu haben. Auch hier gab es gute und schlechte Tage und sogar Phasen, wo sich ihre Lesefähigkeit von Augenblick zu Augenblick zu verändern schien: Ein Satz sah zunächst seltsam, unverständlich aus; dann war plötzlich alles in Ordnung, und sie hatte keine Probleme, ihn zu lesen. Das wirkte sich jedoch auf ihre Fähigkeit zu schreiben überhaupt nicht aus, und sie unterhielt auch weiterhin eine umfangreiche Korrespondenz mit ehemaligen Schülern und Kollegen, die weit verstreut in aller Welt lebten, obwohl Lilian in zunehmendem Maße auf ihren Mann angewiesen war, um die Briefe zu lesen, die sie bekam, und sogar, um ihre eigenen noch einmal zu lesen.

Reine Alexie ohne begleitende Schwierigkeiten beim Schreiben (*Alexia sine Agraphia*) ist gar nicht so selten, obwohl sie gewöhnlich plötzlich, nach einem Schlaganfall oder einer anderen Hirnverletzung, auftritt. Weniger häufig entwickelt sich Alexie allmählich, als Folge einer degenerativen Erkrankung wie Alzheimer. Doch vor Lilian hatte ich noch nie jemanden mit musikalischer Alexie getroffen, also jemanden, der zuerst beim Notenlesen Schwierigkeiten hatte.

1995 zeigten sich bei Lilian zusätzliche visuelle Probleme. Sie bemerkte die Tendenz, Objekte im rechten Gesichtsfeld zu «übersehen», und beschloss nach einigen kleineren Missgeschicken, dass es besser sei, nicht mehr Auto zu fahren.

Sie hatte sich schon gelegentlich gefragt, ob ihr seltsames Problem mit dem Lesen vielleicht nicht visueller, sondern neurologischer Natur sein könnte: «Wie kann ich einzelne Buchstaben selbst auf der untersten Reihe der Sehtafel beim Augenarzt

erkennen und trotzdem unfähig zum Lesen sein?) 1996 begannen ihr dann gelegentlich peinliche Fehler zu unterlaufen – beispielsweise erkannte sie alte Freunde nicht mehr –, woraufhin sie an eine meiner Fallgeschichten denken musste, die sie Jahre zuvor gelesen hatte: «Der Mann, der seine Frau mit einem Hut verwechselte», über einen Patienten, der alles deutlich sehen, aber nichts erkennen konnte. Beim ersten Lesen hatte sie darüber gelacht, doch jetzt fragte sie sich, ob ihre eigenen Schwierigkeiten nicht geradezu unheimliche Ähnlichkeit mit diesem Fall hatten.

Gut fünf Jahre nach ihren ersten Symptomen wurde sie schließlich zu einer gründlichen Untersuchung an die neurologische Abteilung eines Universitätsklinikums überwiesen. Als man Lilian einer Serie von neuropsychologischen Tests unterzog – zu visueller Wahrnehmung, Gedächtnis, Wortgewandtheit etc. –, schnitt sie besonders schlecht beim Erkennen von Zeichnungen ab: Sie bezeichnete eine Geige als Banjo, einen Handschuh als Statue, einen Rasierapparat als Stift und eine Kneifzange als Banane. (Aufgefordert, einen Satz zu schreiben, notierte sie: «Das ist lächerlich.») Sie hatte rechtsseitig ein schwankendes Wahrnehmungsdefizit (eine «Unaufmerksamkeit») und eine sehr beeinträchtigte Gesichtererkennung (gemessen anhand der Fähigkeit, bekannte Persönlichkeiten auf Fotos zu identifizieren). Sie konnte zwar lesen, aber nur langsam, Buchstabe für Buchstabe. Sie las ein «C», ein «A», ein «T» und dann mühsam *cat* – «Katze» –, ohne das Wort als Ganzes zu erkennen. Doch wenn ihr Wörter so rasch dargeboten wurden, dass sie sie nicht auf diese Weise entziffern konnte, war sie manchmal in der Lage, sie in allgemeine Kategorien einzuordnen, etwa «lebendig» und «nicht lebendig», obwohl sie auf bewusster Ebene keine Ahnung von ihrer Bedeutung hatte.

Im Gegensatz zu diesen schwerwiegenden visuellen Problemen waren die Ergebnisse für Sprachverständnis, Wiederholung

und Wortgewandtheit alle normal. Auch eine Magnetresonanztomographie (MRT) ihres Gehirns ergab keine Besonderheiten, doch als man einen PET-Scan (Positronenemissionstomographie) vornahm – mit dem sich leichte Veränderungen im Stoffwechsel verschiedener Hirnregionen nachweisen lassen, selbst wenn diese anatomisch normal zu sein scheinen –, stellte man fest, dass bei Lilian offenbar die Stoffwechselaktivität im hinteren Teil ihres Gehirns, im visuellen Kortex, vermindert war, ein Prozess, der linksseitig ausgeprägter war. Angesichts des allmählichen Ausgreifens auf ihre visuelle Erkennung – zunächst von Musik, dann von Wörtern, dann von Gesichtern und Gegenständen – gelangten ihre Neurologen zu dem Schluss, dass sie an einer degenerativen Erkrankung leiden müsse, die zunächst noch auf die hinteren Hirnregionen beschränkt sei. Das werde wahrscheinlich fortschreiten, wenn auch sehr langsam.

Die Grunderkrankung war nicht wirklich zu behandeln, doch ihre Neurologen meinten, sie könne von bestimmten Strategien profitieren: dem «Erraten» von Wörtern beispielsweise, selbst wenn sie sie nicht auf herkömmliche Weise lesen könne (denn ganz offensichtlich verfügte sie noch über bestimmte Mechanismen, die ihr die unbewusste oder vorbewusste Erkennung von Wörtern ermöglichten). Und sie schlugen ihr vor, Gegenstände und Gesichter absichtsvoll und überbewusst in Augenschein zu nehmen, um sich besonders auffällige Merkmale einzuprägen, damit sie sie bei künftigen Begegnungen identifizieren könne, auch wenn ihr «automatisches» Erkennungsvermögen beeinträchtigt sei.

Lilian erzählte mir, sie sei in den etwa drei Jahren, die zwischen dieser neurologischen Untersuchung und ihrem ersten Besuch bei mir lagen, weiterhin aufgetreten, wenn auch nicht so gut und so häufig wie früher. Sie musste ihr Repertoire verringern, weil sie selbst vertraute Stücke nicht mehr durch Nachlesen in den Noten überprüfen konnte. Sie sagte: «Mein

Erinnerungsvermögen erhielt keine Nahrung mehr.» Visuelle Nahrung, meinte sie – denn sie merkte, dass sich ihr akustisches Gedächtnis, ihre akustische Orientierung, verstärkt hatte, so dass sie jetzt in weit höherem Maße als zuvor ein Stück nach Gehör lernen und reproduzieren konnte. Auf diese Weise konnte sie ein Stück nicht nur spielen (oft schon nach einmaligem Hören), sondern auch in ihrer Vorstellung neu arrangieren. Trotzdem schrumpfte ihr Repertoire unter dem Strich, und sie begann, öffentliche Konzerte zu meiden. Sie spielte aber weiterhin bei informelleren Anlässen und unterrichtete Meisterklassen an der Musikhochschule.

Sie gab mir den neurologischen Untersuchungsbericht aus dem Jahr 1996 und meinte: «Die Ärzte sagen alle: ‹Sehr atypische posteriore kortikale Atrophie der linken Hemisphäre›, und dann lächeln sie entschuldigend – aber es gibt nichts, was sie tun können.»

Als ich Lilian untersuchte, stellte ich fest, dass sie keine Probleme hatte, Farben oder Formen zuzuordnen beziehungsweise Bewegungen oder Tiefe zu erkennen. Sie hatte jedoch große Probleme in anderen Bereichen. Sie war nicht mehr in der Lage, einzelne Buchstaben oder Ziffern zu erkennen (obwohl es ihr noch immer nicht schwerfiel, ganze Sätze zu schreiben). Sie hatte auch eine allgemeinere visuelle Agnosie («Seelenblindheit»): Wenn ich ihr Bilder vorlegte, die sie erkennen sollte, hatte sie Mühe, sie überhaupt *als* Bilder wahrzunehmen – manchmal betrachtete sie einen Spaltentext oder einen weißen Rand, weil sie dachte, das seien die Bilder, nach denen ich sie fragte. Zu einem dieser Bilder sagte sie: «Ich sehe ein V, sehr elegant – zwei kleine Punkte hier, dann ein Oval mit kleinen weißen Punkten darin. Ich weiß nicht, was es darstellen soll.» Als ich ihr sagte, es sei ein Hubschrauber, lachte sie verlegen. (Das V war das Lastengeschirr; der Hubschrauber entlud Hilfsgüter für Flücht-

linge. Die beiden kleinen Punkte waren Räder, das Oval der Rumpf des Hubschraubers.) Sie sah jetzt also nur einzelne Merkmale eines Objekts oder Bildes, ohne dass sie in der Lage war, sie zusammzusetzen, als Ganzes zu sehen oder gar richtig zu deuten. Zeigte man ihr die Fotografie eines Gesichts, konnte sie lediglich erkennen, dass die Person eine Brille trug, sonst nichts. Als ich sie fragte, ob sie deutlich sehen könnte, sagte sie: «Es ist nicht verschwommen, sondern ein Brei» – ein Brei aus deutlichen, klaren, aber unverständlichen Formen und Einzelheiten.

Wenn sie sich die Zeichnungen in einem Heft mit neurologischen Standardtests ansah, sagte sie von einem Bleistift: «Das könnte so vieles sein. Eine Geige ... ein Füller.» Doch ein Haus erkannte sie sofort. Beim Anblick einer Trillerpfeife sagte sie: «Keine Ahnung.» Als ich ihr die Zeichnung einer Schere vorlegte, blickte sie unverwandt auf die falsche Stelle: das weiße Papier unterhalb der Zeichnung. Lag Lilians Schwierigkeit, Zeichnungen zu erkennen, einfach an deren «Skizzenhaftigkeit», ihrer Zweidimensionalität, ihrem geringen Informationsgehalt? Oder kam darin eine Schwierigkeit höherer Ordnung – ein Problem mit der Wahrnehmung von Darstellungen – überhaupt zum Ausdruck? Würde sie bei realen Gegenständen besser abschneiden?

Als ich Lilian fragte, was sie angesichts ihres Zustands und ihrer Situation empfinde, sagte sie: «Ich denke, ich komme damit sehr gut zurecht, meistens jedenfalls ... Schließlich weiß ich, dass sie zwar nicht besser wird, aber auch nur langsam schlechter. Ich gehe nicht mehr zu Neurologen. Da höre ich immer nur das Gleiche ... Doch ich bin sehr zäh. Meinen Freunden erzähle ich nichts. Ich will sie nicht belasten, und meine kleine Geschichte ist nicht sehr vielversprechend. Ausweglos ... Ich habe viel Sinn für Humor. Und das ist es im Wesentlichen. Es ist deprimierend, wenn ich darüber nachdenke, diese täglichen Frus-

trationen. Aber ich habe noch viele gute Tage und Jahre vor mir.»

Nachdem Lilian gegangen war, konnte ich meine Arzttasche nicht finden – eine schwarze Tasche, die (wie ich mich jetzt erinnerte) gewisse Ähnlichkeiten mit einer der zahlreichen Taschen hatte, die sie mitgebracht hatte. Auf der Heimfahrt im Taxi merkte sie, als sie einen roten Gegenstand (den roten Kopf meines langen Reflexhammers) herausragen sah, dass sie die falsche Tasche mitgenommen hatte. Er war ihr durch seine Farbe und Form aufgefallen, als sie ihn auf meinem Schreibtisch erblickt hatte, und nun erkannte sie ihr Versehen. Als sie atemlos und schuldbewusst in die Klinik zurückkehrte, sagte sie: «Ich bin die Frau, die die Arzttasche mit ihrer Handtasche verwechselte.»

Lilian hatte bei formalen Tests zur visuellen Erkennung so schlecht abgeschnitten, dass ich mir kaum vorstellen konnte, wie sie im Alltag zurechtkam. Wie erkannte sie beispielsweise ein Taxi? Wie das Haus, in dem sie wohnte? Wie konnte sie einkaufen, was sie nach eigenem Bekunden selbst tat, oder Lebensmittel erkennen und sie auf einem Teller anrichten? All das und vieles mehr – ein aktives soziales Leben, Reisen, Konzertbesuche und Unterricht – erledigte sie allein, wenn ihr Mann, der ebenfalls Musiker war, wochenlang in Europa weilte. Ich hatte keine Ahnung, wie sie das schaffte, wenn ich sah, wie trostlos ihre Leistungen in der künstlichen, sterilen Atmosphäre einer neurologischen Klinik waren. Ich musste sie in ihrem vertrauten Umfeld sehen.

Im folgenden Monat besuchte ich Lilian in ihrer häuslichen Umgebung, die sich als ein hübsches Apartment in Upper Manhattan herausstellte, wo sie und ihr Mann seit mehr als vierzig Jahren lebten. Claude war ein liebenswürdiger, freundlicher Mann, ungefähr im selben Alter wie seine Frau. Sie hatten sich vor rund fünfzig Jahren als Musikstudenten in Tanglewood kennengelernt und von da an ihre musikalischen Laufbahnen ge-