Face to Face: Vom Lesen in Gesichtern

Autor_Prof. Dr. Hans Behrbohm

_Der Ausdruck im Gesicht des Kranken ist recht verschieden; der Arzt muss deshalb seine Aufmerksamkeit darauf richten, damit keine der Krankheitsursachen verborgen bleibt ..., mahnte bereits Hippokrates (um 460–377 vor Chr.).

Abb. 1_ Mona Lisa (Leonardo da Vinci, 1452–1519).

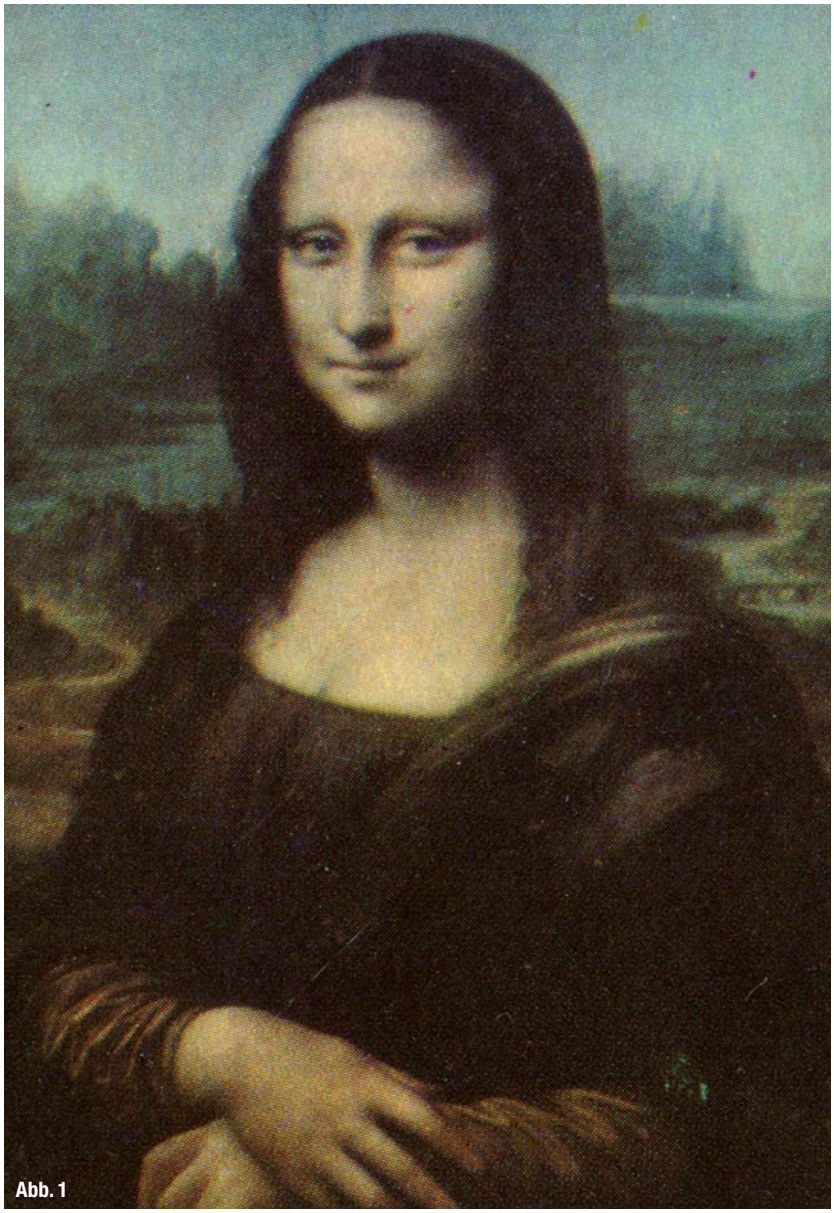

Abb. 1

Die Kunst, in Gesichtern zu lesen, war jahrhundertelang eine Voraussetzung, um zu einer Diagnose zu gelangen. Klinische Erfahrung, aufmerksames Fahnden nach flüchtigen Zeichen einer Erkrankung, den Befunden und die Interpretation und Bewertung von Symptomen hatten einen hohen Stellenwert. Natürlich auch weil spezialisierte Diagnostik, präzise analytische Verfahren der Laborchemie und die faszinierenden Möglichkeiten der modernen bildgebenden Verfahren nicht zur Verfügung standen bzw. weniger diagnostische Aussagen boten.

Heute greift eine ganz andere Mentalität immer mehr Raum, nämlich den Kranken möglichst schnell zur Maximalvariante der Diagnostik zu überweisen, bevor die Möglichkeiten des klinischen 1 x 1 von Anamnese und klinischer Untersuchung überhaupt versucht wurden. Das wird teuer und führt nur zufällig zu einer fundierten Diagnose, weil der Arzt nur das findet, was er gezielt sucht.

Symptomatisch für diese Tendenz ist es, wenn dem Arzt während der Untersuchungssituation vis-à-vis ein Monitor platziert ist, dem er mehr Aufmerksamkeit widmet als der Physiognomik des Kranken selbst. Dass der lange Weg zu dem, was man als klinische Erfahrung bezeichnet, die im günstigsten Fall zu dem sog. „diagnostischen Blick" führt, im Turboverfahren durch einen Mausklick in die Datenbänke des Internets abgekürzt werden kann, ist ein Trugschluss. Nutzen der diagnostischen und therapeutischen Leitlinien der Fachgesellschaften – ja, aber Verzicht auf die Basisanforderungen einer genauen Anamnese und gründlichen klinischen Untersuchung – nein!

Ein klinisches Profil kann man sich langfristig nicht runterladen.

In diesem Beitrag soll auf ein Gebiet aufmerksam gemacht werden, welches langsam verloren geht, weil es in klinischen Lehrbüchern kaum noch vorkommt oder während des Studiums und in der Ausbildung wenig vermittelt wird – die ärztliche Physiognomik.

Auch heute hat die ärztliche Physiognomik eine Bedeutung in der klinischen Medizin. Sie stellt dabei gewissermaßen das Irrationale in der Diagnostik

dar. Das ist weniger Gegensatz als mehr Bereicherung der Medizin als Wissenschaft, die eben letztlich keine exakte Naturwissenschaft allein sei kann.
Bereits der Säugling erfasst intuitiv, was ein fröhlicher oder finsterer Gesichtsausdruck bedeutet. Dieses Verstehen ohne Wissen bleibt auch später, nachdem deutende Verfahren und analytisches Denken ein Verstehen auf Wissen gründen können, doch die Grundlage der Persönlichkeitserfassung in weiten Bereichen des Lebens und im zwischenmenschlichen Dialog. Die Sensibilität des intuitiven Erfassens sollte wesentlicher Bestandteil der diagnostischen Begabung des Arztes bleiben.
Mimik und Pantomimik werden beim menschlichen Gesichtsausdruck von 43 Muskeln in nur 1 cm Schichtdicke geprägt. Nach neueren Untersuchungen rufen gleiche Gefühle bei den meisten Menschen auch gleiche mimische Reaktionen hervor. Diese können mimisch gezeigt oder verborgen werden. Eine Ausnahme macht hier die Periorbitalregion, d.h. vereinfacht gesagt der sog. Blick, denn der M. orbicularis oculi pars orbitalis ist nicht willkürlich beweglich, sondern wird autonom innerviert. Deshalb kann auch zwischen einem echten und unechten Lächeln unterschieden werden. Das unechte Lächeln ist mimisch mehr asymmetrisch, meist links betont, hat ein anderes Timing und ein Missverhältnis von Dauer und Intensität. Auch kann der vom Apoplex Getroffene auf diese Weise noch mit „den Augen sprechen". Vielleicht ist es ja auch das, was Humphrey Bogart mit dem legendären Satz meint: „Schau mir in die Augen, Kleines". Ein Lächeln kann verzaubern oder als Geheimnis die Menschheit über Jahrhunderte beschäftigen und faszinieren, wie das der Mona Lisa von Leonardo da Vinci (Abb. 1).
Die Augenumgebung bestimmt den Ausdruck des Blickes, d.h. die Lage des Bulbus in der Orbita, die Weite der Lidspalte, die Stellung des Auges durch die Augenmuskulatur, der Tonus durch den M. orbicularis oculi und die Muskulatur z.B. der Glabella-Region. Ein Blick kann aufmerksam, klug und lebendig, forsch, verschlagen, kalt, dumm, müde, demütig oder unaufrichtig sein.
Für die klinischen Belange sind z.B. folgende Beobachtungen wichtig: Der gesunde, scharf treffende Blick richtet sich entschieden auf das Objekt, wirkt aufmerksam und frisch. Der matte Blick dagegen trifft zwar das Gegenüber, er „fällt auf unser Auge, dringt aber nicht mehr in unser Inneres".
Der nicht treffende Blick zeigt, dass der Mensch seine Aufmerksamkeit auf keinen äußeren Gegenstand richtet. Er ist bei schwerer Krankheit oder Bewusstseinsstörungen zu finden.
Beim staunenden oder stieren Blick z.B. sind die Augen zwar nach Objekten gerichtet, die Sehachsen bleiben parallel und gehen nicht in einem Objektpunkt zusammen, z.B. bei Ateminsuffizienz oder Blindheit.

Abb. 2

Abb. 2_ Krankes Kind, Max Liebermann (1847–1935).

Der unstete Blick mit schnell wechselnden Haftpunkten verrät Angst und innere Unruhe.
Die „alten Ärzte" waren bemüht, nicht nur in Gesichtern zu lesen, um Zeichen, Symptome und Befunde von Krankheiten zu entdecken, sondern dabei bereits zum Teil zu Diagnosen oder Verdachtsdiagnosen zu kommen. Eine besondere Rolle spielte hierbei die Mimik des kranken Kindes.
Es lassen sich zwei Gruppen von Krankheitszeichen im Gesicht des Kindes unterscheiden:
Autochthone Krankheitserscheinungen sind solche, denen lokale Prozesse zugrunde liegen. Sie beeinträchtigen die Aussagefähigkeit und den Gesichts-

Abb. 3

Abb. 3_ Mimische Muskulatur.

Abb. 4

Abb. 5

Abb. 6

Abb. 4_ Facies adenoidea. Mundatmung durch Rachenmandelhyperplasie, offener Mund, langes glattes Gesicht mit geringer mimischer Bewegung, geringe affektive Bewegtheit und Intelligenzmangel. Tatsächlich besteht leichte Ermüdbarkeit, unruhiger Schlaf, Appetitminderung.*

Abb. 5_ Spastische Bronchitis. Gestraffte Facies mit halb geöffnetem Mund, Nasenflügelatmung, aufgerissene, ferngerichtete Augen, Atemhilfsmuskeln werden benutzt, Orthopnoe, Einziehungen im Jugulum.*

Abb. 6_ Toxische Masern. Abgespannter Gesichtsausdruck. Tiefstehende Oberlider, müde Augen, schlaffe Haut, etwas geöffneter Mund mit herabhängenden Winkeln. Rest des hämorrhagischen Masernexanthems, kreislaufbedingter, blasslivider Hautton. Somnolenz, keine spontane Nahrungsaufnahme.*

ausdruck für seelische Vorgänge. Es kann den aktuellen seelischen Abläufen und Inhalten das angemessene „Ausdrucksgelände" verloren gehen. Autochthone Krankheitszeichen gestatten keinen Rückschluss auf ein seelisches Verhalten, sie können aber Auswirkungen auf die Psyche haben, was sich sekundär im Gesicht z.B. als Schmerz, Sorge oder Ängstlichkeit ausdrückt.

Allgemeine Auswirkungen von Krankheiten wurden als nervöse oder humoral gesteuerte Krankheitszeichen davon unterschieden. Pathogenetisch erfasst die Krankheit zunächst ein Organ oder Organsystem. Die sich entwickelnde Funktionsstörung wirkt sich sekundär auf Organismus und Seele aus. So entstehen in unterschiedlicher Weise geprägte Gesichter, z.B. bei hormoneller Störung, Herzinsuffizienz, Hypertonie, bei Nierenerkrankungen oder Schmerzen.

Zusammenfassung: Dass der Arzt heute nicht allein durch den Blick ins Gesicht seiner Patienten zur Diagnose kommen wird, ist unstrittig. Aber ein wenig mehr von dem, was man die ärztliche Kunst nennt, sollte im klinischen Alltag präsent sein. In besonderer Weise gilt das für das Handwerkzeug von Anamnese und klinischer Untersuchung und deren Dokumentation. Gerade in Anbetracht der Tatsache, dass jede Erkrankung psychosomatische Anteile hat, sollte „das psychische", das ich im Gesicht suchen kann, nicht verloren gehen._

Literatur

Michael Hertl. Das Gesicht des kranken Kindes. Urban & Schwarzenberg, München–Berlin 1962, * Bilder aus diesem Werk

Behrbohm H., Kaschke O., Nawka T., Bewerten visueller Organbefunde, Endopress 2004, Tuttlingen

_Kontakt face

Prof. Dr. Hans Behrbohm
Park-Klinik Weißensee
Schönstraße 80
13086 Berlin
Tel.: 0 30/96 28 38 52
E-Mail: behrbohm@park-klinik.com
www.park-klinik.com

In Kooperation mit Privat-Institut für Weiterbildung und Entwicklung in der HNO e.V.
www.imwe-berlin.de

Autor

Abb. 7

Abb. 8

Abb. 9

Abb. 7_ Plasmazelluläre, interstitielle Pneumonie. Soporöser Säugling, vier Wochen alt. Geöffneter Mund, weiter Naseneingang („Nasenflügeln"), Zyanose der Lippen, hohe Atemfrequenz von 100–120 Min. mit Einziehungen im Hals und an der Flanke, allgemeine Hypotonie der Muskulatur.*

Abb. 8_ Kongenitaler Herzfehler, Trilogie nach Fallot. Blaulivide Verfärbung der mit Vasektasien versehenen Wangen und Lippen, einförmiger Gesichtsausdruck mit tiefstehenden Augenlidern, hängenden Mundwinkeln kennzeichnen das Abgeschlagene, Müde und Freudlose dieser kindlichen Existenz. Leicht verstimmt, dann weinerlich. 16 Monate altes Mädchen, Ruhezyanose.*

Abb. 9_ Megacolon congenitum. Dystrophiegesicht, das über das Alter hinaus gereift erscheint. Dabei statisches und psychisches Verhalten eines älteren Säuglings. Körperlänge eines Eineinhalbjährigen. Tatsächliches Alter drei Jahre. Diarrhoische Phasen wechseln mit Obstirpation.*