

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.).

Die Kunst, in Gesichtern zu lesen, war jahrhundertlang eine Voraussetzung, um zu einer Diagnose zu gelangen. Klinische Erfahrung, aufmerksames Fahren 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 klini-

schen 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 sogenannten „diagnostischen Blick“ führt, im Turboverfahren durch einen Mausclick in die Datenbanken 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 sein 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 Persönlichkeitserfas-

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

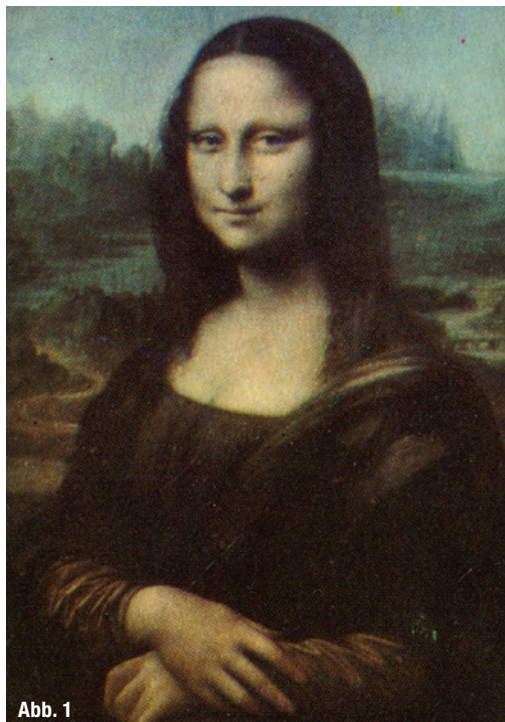


Abb. 1

sung 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, das heißt 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 stauenenden 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.

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

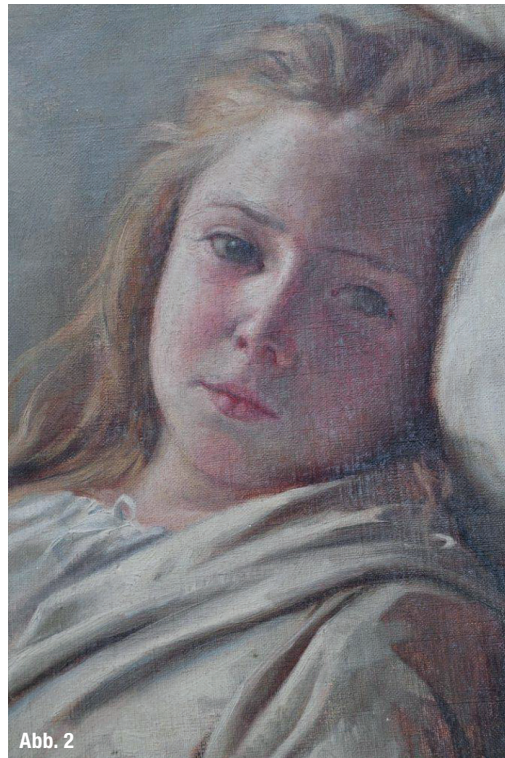


Abb. 2

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

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 Gesichtsausdruck für seelische Vorgänge. Es kann

Abb. 3: Mimische Muskulatur.

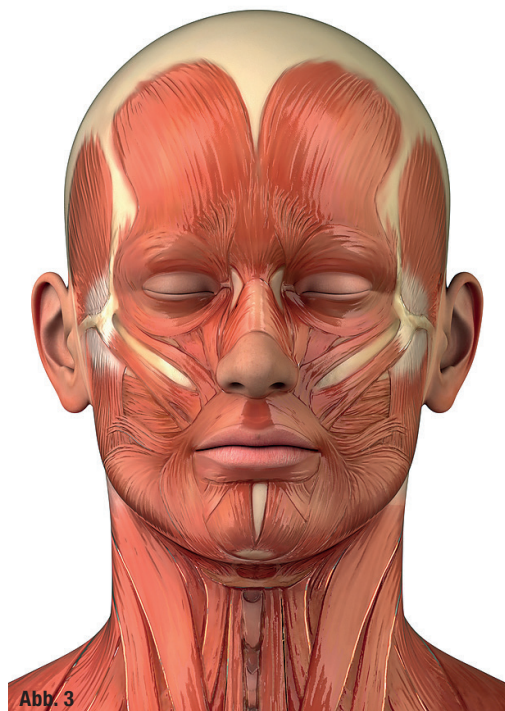


Abb. 3

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.

Gestrafte 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, schlaaffe Haut, etwas geöffneten Mund mit herabhängenden Winkeln. Rest des hämorrhagischen Masernexanthems, kreislaufbedingter, blasslivider Hautton. Somnolenz, keine spontane Nahrungsaufnahme.*

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.

Blau livide 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 Obstipation.*



Abb. 4



Abb. 5



Abb. 6

den aktuellen seelischen Abläufen und Inhalten das angemessene „Ausdrucksfeld“ 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 Handwerkszeug 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

Kontakt

Prof. Dr. Hans Behrbohm

Park-Klinik Weißensee
Schönstraße 80, 13086 Berlin
Tel.: 030 96283852
behrbohm@park-klinik.com
www.park-klinik.com

Infos zum Autor



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



Abb. 7



Abb. 8

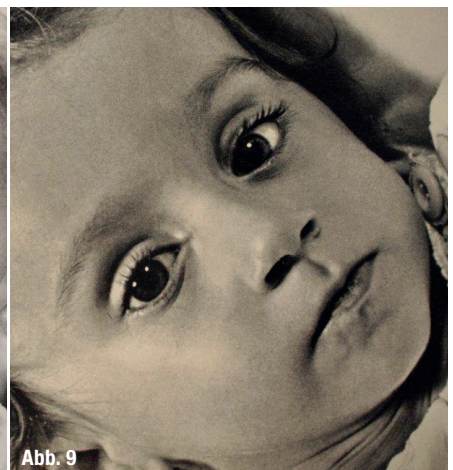


Abb. 9

Das schöne Gesicht Praxis & Symposium

Referent | Dr. Andreas Britz/Hamburg

Unterspritzungstechniken

Für **Einsteiger, Fortgeschrittene** und **Profis**

NEU

29. UND 30. APRIL 2016 | Congresszentrum Marburg

Für das Jahr 2016 wurde das gesamte Kurskonzept zum Thema „Unterspritzungstechniken“ erneut überarbeitet und noch effizienter gestaltet. Als neues Modul ersetzt jetzt „Das schöne Gesicht – Praxis & Symposium“ den bisherigen Basiskurs. Ein einleitender Vortragsblock nähert sich dem Thema zunächst aus ärztlicher, zahnärztlicher und psychologischer Sicht. Im Anschluss werden theoretische Grundlagen zum Thema „Unterspritzungstechniken im Gesicht“ vermittelt und allgemeinen Fragestellungen diskutiert. Die Grundlagenvermittlung wird abgerundet durch die bildgestützte Vorstellung von Erfahrungsberichten und Fallbeispielen, aber auch Misserfolge und Problemlösungsstrategien stehen dabei im Fokus. Den Hauptteil der neuen Veranstaltung machen aber praktische Übungen am Tierpräparat sowie Live-Demonstrationen am Patienten aus.

Programmpunkte

- I Wissenschaftliche Vorträge zu folgenden Themen:
 - Das schöne Gesicht aus zahnärztlicher Sicht
 - Das schöne Gesicht aus ärztlicher Sicht
 - Das schöne Gesicht aus psychologischer Sicht
- I Theoretische Grundlagen und allgemeine Fragestellung (bildgestützte Erfahrungsberichte bzw. Fallbeispiele, Misserfolge, Problemmanagement, Vorher-Nachher-Bilder)
- I **Unterspritzungstechniken**
 - Praktische Übungen (Materialkunde und Übungen am Hähnchenschenkel mit „unsteriler“ Hyaluronsäure)
 - Live-Behandlung/Demonstration am Probanden

Organisatorisches

Kursgebühr

Arzt/Zahnarzt (DGKZ/IGÄM-Mitglied)	195,- € zzgl. MwSt.
Arzt/Zahnarzt	225,- € zzgl. MwSt.
Tagungspauschale*	84,- € zzgl. MwSt.

* Die Tagungspauschale umfasst die Pausenversorgung und Tagungsgetränke, für jeden Teilnehmer verbindlich.

Veranstalter | OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29 | 04229 Leipzig
Tel.: 0341 48474-308 | Fax: 0341 48474-290
event@oemus-media.de | www.oemus.com



In Kooperation mit



Online-Anmeldung/
Kursprogramm



www.unterspritzung.org

Anmeldeformular per Fax an

0341 48474-290

Hiermit melde ich folgende Personen zu dem Kurs „Das schöne Gesicht – Praxis & Symposium“ am 29. und 30.04.2016 in Marburg verbindlich an:

Titel | Vorname | Name

Titel | Vorname | Name

Praxisstempel

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der OEMUS MEDIA AG (abrufbar unter www.oemus.com) erkenne ich an.

Datum | Unterschrift

E-Mail-Adresse (Bitte angeben!)