

HANNES HAINZL

---

DER  
MENSCH  
NACH  
DEM  
UNFALL

Hannes Hainzl

# Der Mensch nach dem Unfall



VEB VERLAG VOLK UND GESUNDHEIT · BERLIN

1961

*Alle Rechte vorbehalten*

*Copyright 1961 by VEB Verlag Volk und Gesundheit · Berlin*

*Printed in Germany | Lizenz-Nr 210 (445/9/61)*

*Schutzumschlag- und Einbandentwurf: Karl Salzbrunn*

*Gesamtherstellung: Druckerei Fortschritt Erfurt, Werk II*

*Gesetzt aus Didot*

## INHALTSVERZEICHNIS

Das Erleiden und Erleben des Unfalls .....	9
Der Schreck und die Angst .....	9
Der Schock .....	11
Der Schmerz .....	12
Ungewöhnliche Reaktionen auf den Unfall .....	13
Der Unfall als Erlebnis .....	17
Psychoreaktive Störungen nach Unfällen .....	20
Psychisch normales, selbstsüchtiges Verhalten .....	20
Hypochondrische Reaktionen .....	24
Hysterische Reaktionen .....	30
Neurotische Reaktionen .....	34
Das Schädeltrauma .....	38
Kopfprellung .....	41
Hirnerschütterung .....	41
Zur ärztlichen Führung des Schädelverletzten .....	43
Psychogene Reaktion nach Schädeltrauma .....	45
Die ärztliche Führung des Unfallverletzten .....	49
Rehabilitation .....	64
Fürsorge .....	66
Übungsbehandlung .....	68
Beschäftigungstherapie .....	68
Arbeitsbeginn .....	69
Schonplatz .....	70
Die psychischen Voraussetzungen für reparative Eingriffe .	72
Psychologische Fragen bei der Beurteilung von Unfallfolgen..	75
Das Problem des Gutachters .....	75
Die psychoreaktiven Störungen, ihre Beziehung zum Unfall und die Frage ihrer Entschädigungspflicht .....	80
Krankheitserscheinungen, deren Beziehungen zum Unfall zweifelhaft sind .....	88
Literatur .....	90

## Der Mensch nach dem Unfall



Hannes Hainzl

# Der Mensch nach dem Unfall



VEB VERLAG VOLK UND GESUNDHEIT · BERLIN

1961



## VORWORT

Wenn ein Unfallchirurg durch seine Krankenzimmer geht, kann er ungefähr voraussagen, wann diese und jene Fraktur, diese und jene Verletzung geheilt sein wird. Er kann aber nie voraussagen, wann sich der Träger dieser Verletzung gesund fühlen wird und seine Beschäftigung wieder aufnimmt. Wäre der Mensch eine Maschine, so fiel der Abschluß der Reparatur mit der Betriebsfähigkeit zusammen. Doch der Verunglückte erlebt seinen Unfall, und als Persönlichkeit setzt er psychische Energien in Gang, deren hemmender oder fördernder Einfluß sich nicht sofort kundgibt. Das Mitwirken dieser Kräfte läßt sich aber während der Behandlung am Unfallkranken studieren.

Von chirurgischer Seite liegen darüber keine Arbeiten vor. Die psychologische, psychiatrische und psychoanalytische Literatur ist aber fast unübersehbar. Sie hat je nach Lehre ihre spezielle Fachsprache, welche die übrigen Ärzte nicht ohne weiteres verstehen. Außerdem wird in der Literatur über Neurosen der tatsächlich Verletzte nur selten zum Objekt des Studiums gemacht. Das wird nun hier von chirurgischer Seite versucht.

Kritischen Fragen wurde nicht ausgewichen, auch auf die Gefahr hin, komplizierte Zusammenhänge zu simpel darzustellen.

Die Studie bewegt sich im Grenzgebiet zwischen Unfallheilkunde und Psychologie. Der Anlaß dazu ist die Praxis. Sie drängt uns auf dieses Gebiet. Sie verlangt von uns ärztlich zu handeln, dabei aber gerecht zu sein.

HANNES HAINZL

Lutherstadt Eisleben, Oktober 1960



## INHALTSVERZEICHNIS

Das Erleiden und Erleben des Unfalls .....	9
Der Schreck und die Angst .....	9
Der Schock .....	11
Der Schmerz .....	12
Ungewöhnliche Reaktionen auf den Unfall .....	13
Der Unfall als Erlebnis .....	17
Psychoreaktive Störungen nach Unfällen .....	20
Psychisch normales, selbstsüchtiges Verhalten .....	20
Hypochondrische Reaktionen .....	24
Hysterische Reaktionen .....	30
Neurotische Reaktionen .....	34
Das Schädeltrauma .....	38
Kopfprellung .....	41
Hirnerschütterung .....	41
Zur ärztlichen Führung des Schädelverletzten .....	43
Psychogene Reaktion nach Schädeltrauma .....	45
Die ärztliche Führung des Unfallverletzten .....	49
Rehabilitation .....	64
Fürsorge .....	66
Übungsbehandlung .....	68
Beschäftigungstherapie .....	68
Arbeitsbeginn .....	69
Schonplatz .....	70
Die psychischen Voraussetzungen für reparative Eingriffe .	72
Psychologische Fragen bei der Beurteilung von Unfallfolgen..	75
Das Problem des Gutachters .....	75
Die psychoreaktiven Störungen, ihre Beziehung zum Unfall und die Frage ihrer Entschädigungspflicht .....	80
Krankheitserscheinungen, deren Beziehungen zum Unfall zweifelhaft sind .....	88
Literatur .....	90



## Das Erleiden und Erleben des Unfalls

### Der Schreck und die Angst

Das Zusammenschrecken auf plötzliche optische, akustische und taktile Reize stellt einen primitiven Schutzreflex dar. Es ist ein Beugereflex, der noch unter der Stufe der triebhaften Abwehr steht (DUENSING). Wir finden ihn bei Mensch und Tier.

Das Erschrecken ist also eine vital wichtige Reaktion, die das Individuum vor von außen drohender Gefahr in der Regel wirksam schützt. Es ist ein reflexartiger Vorgang. Zudem wirkt das Erschrecken aber auch auf die vegetativen Zentren ein, eine Schicht, welche ebenfalls noch tiefer liegt als die des Gemütslebens. Die Wirksamkeit des Schrecks auf diese vegetativen Zentren ist individuell verschieden und schwankt auch am gleichen Menschen. Die Einwirkung zeigt sich in Blutdruckanstieg oder -abfall, Schweißausbruch, Erblassen, Blutzuckeranstieg. Körperliche Schäden durch das Erschrecken sind möglich, dürften aber selten sein. Todesfälle bei wahrscheinlich krankem Herzen sind beschrieben worden. Das plötzliche Weißwerden der Haare nach Schreckerlebnissen konnte nicht bewiesen werden. Der Schreck ist kein krankhafter Vorgang, jeder Mensch hat Schreckerlebnisse. Wenn ein Schreck schadet, so schadet er sofort, Spätschäden setzt er nicht.

Die Änderung der Gemütslage, die Emotion, ist keine primäre Reaktion. Sie folgt erst dem Erschrecken. Was der Laie meist „Nervenschock“ nennt, ist eben diese Schreckemotion. Zugleich aber greift der Verstand ein und klärt die Lage. Er stellt kritisch fest, ob das Erschrecken begründet war und was zu tun ist. Der Verstand greift offenbar ein, bevor die Wirkung des Schrecks auf die vegetativen Zentren voll ausgebildet ist. Das ist von Bedeutung. Ein Autofahrer kann noch zweckmäßige, wenn auch reflektorisch gebahnte Handlungen ausführen, um der Gefahr zu begegnen. Erst dann muß er anhalten, weil ihm „die Knie weich werden“.

Mit dem Eingreifen des Verstandes bemerkt der Erschreckte auch das Erscheinen der vegetativen Zeichen und wie sie sich am Körper äußern (Herzklopfen bis zum Hals, Schweißausbruch, Hitzegefühl).

Mit der Perzeption des erschreckenden Vorfalles beginnt das Schreck-erlebnis. Es äußert sich zuerst in der Angst: das Angstgefühl scheint der Mensch mit den höheren Tieren gemeinsam zu haben. Es spielt sich in der Gefühlssphäre ab, man erlebt die Angst. Im Schlaf gestoßen zu werden, erzeugt einen Schreckreflex, aber noch keine Angst. Sie beginnt erst mit dem Erwachen oder mit dem Träumen.

Der Angsteffekt wird erlebt, indem seine körperlichen Begleiterscheinungen auftreten. Diese sind von den vegetativen Schreckfolgen kaum abgrenzbar. Der Angst schreibt man aber noch weitere Unlustempfindungen zu, wie Gefühl der Unheimlichkeit, der Oppression, Enge im Hals. Angst ist eine Gemüts-erregung, man erlebt sie. Das Schreckerlebnis ist also ein Angsterlebnis. Normalerweise hält es nicht lange an und ist beeinflussbar. Der Verängstigte läßt sich beruhigen.

Liegt eine reale, erkannte Gefahr vor, so geht die Angst in Furcht über. Angst ist etwas Unbestimmtes, Furcht ist gerichtet, man fürchtet sich vor etwas. In der Furcht ist Angst enthalten, aber außerdem noch etwas Rationales, in der Furcht wägt man ab.

Todesangsterlebnisse konnte man im Kriege genügend kennenlernen. Hier zeigte sich, daß auch Schreck- und Angsterlebnisse größten Ausmaßes reversibler Natur sind. Beim Todesangsterlebnis dauern die affektiven und vegetativen Erscheinungen allerdings länger an. Nach spätestens ein paar Tagen und Nächten mit Schlaf werden sie jedoch überwunden. Eine Gewöhnung gibt es aber nicht. Man konnte am Soldaten, also am jungen Menschen, sehen, daß auch erschütternde Erlebnisse nur vorübergehend schädlich auf die Persönlichkeit einwirken. Den Tod des Kindes im „Erlkönig“ kann man medizinisch nicht beglaubigen, vorausgesetzt, daß es gesund war. Im Sinne der „Reifung“ wirken aber alle erschütternden Erlebnisse ein.

Anders ist es beim älteren Menschen: Alterungsprozesse schließen sich manchmal an erschütternde Erlebnisse an. Ein Knick in Lebenskraft und Leistung tritt oft nach markanten Unfallereignissen auf und macht es dem Gutachter schwer, Unfallfolge und altersbedingten Leistungsabfall auseinanderzuhalten.

Das Erlebnis der Todesangst kann sich in schweren körperlichen und psychischen Reaktionen äußern. Es setzt aber keinen dauernden Schaden. Wenn das nicht so wäre, gäbe es keine langen Kriege aus Mangel an Fronttruppen.

Es geht nicht an, abnorme psychische Reaktionen, die sich im Anschluß an einen „gewöhnlichen“ Unfall entwickeln können, auf ein Schreck-erlebnis zurückzuführen. Da man gerade solche Reaktionen nach leichteren Unfällen öfter findet, muß der Ausgangspunkt für ihre Entwicklung woanders gesucht werden. Er scheint im Erlebnis des Zweifels zu liegen. Bei der Darstellung der hypochondrischen Schwankungen werden wir darauf zurückkommen.

## Der Schock

Schock nannte man ursprünglich einen körperlichen und psychischen Zusammenbruch nach schweren Verletzungen oder Erschütterungen. Nervenheilkunde und Psychiatrie halten zum Teil noch an dem alten Begriffsinhalt fest, den das Wort schon im Englischen und Französischen hat. In der Chirurgie wurde der Begriff eingeengt. Man versteht hier unter Schock das plötzliche Zusammenbrechen der vegetativen Funktionen, besonders des Kreislaufs (Wundschlag).

Die körperliche Komponente des Schocks gehört nicht hierher, hier interessiert allein dessen psychische Wirkung. Wie erlebt der Mensch den Verletzungsschock? Wenn der Verletzte bewußtlos ist, erlebt er ihn zunächst nicht. Bei Schädelverletzungen mit Bewußtlosigkeit fehlt die psychische Komponente. Der Schock wird subjektiv verschiedenartig empfunden, meist aber als Angst. Der Blutdruck steigt zuerst an und fällt später ab. Der erethische Schock zeigt sich im Aufgeregtsein. Der Betroffene redet viel, oft läppisch daher; manchmal zeigt er beinahe ein euphorisches Verhalten. Diese Form des Schocks findet man recht häufig, wenn man frühzeitig an den Unfallort kommt oder den Unfall miterlebt. Das Bewußtsein scheint eingeengt zu sein, obwohl der Patient in seiner Erregung den gegenteiligen Eindruck macht. Jedenfalls sagten verwundete Ärzte in diesem Sinne aus. Im schweren Schock ist das Bewußtsein stark getrübt. Der Zustand führt hinüber zu Bewußtlosigkeit. Schmerz wird im Schock wenig oder gar nicht empfunden. Das ist ziemlich regelmäßig so, Ausnahmen sind selten.

Wir verwenden den Ausdruck „Schock“ für den plötzlich einsetzenden Zusammenbruch vegetativer Funktionen, hauptsächlich der Blutverteilung. Die erschütternde Wirkung plötzlich auftretender Ereignisse wird manchmal „psychischer Schock“ genannt. Der Ausdruck ist nicht zweckmäßig. Man spricht besser von einem Schreck- oder Angsterlebnis.

## Der Schmerz

Der Schmerz gilt als Warner, als Notsignal. Man weiß aber, wie unzuverlässig er sein kann. Als Warner kommt er oft zu spät, und im gefährlichen Wundstupor bleibt der Schmerz aus. Der Grad der Lebensbedrohung und die Intensität des Schmerzes stimmen nicht überein. Es wird sogar bezweifelt, ob der Schmerz eine *primäre* biologische oder physiologische Funktion besitzt (BUYTENDIJK).

Das Schmerzproblem geht über das Biologische hinaus, immer ist auch ein persönlicher Faktor mit dabei. Die Sinnesphysiologie des Schmerzes soll hier nicht berührt werden. Es bleibt die Frage: Wie verändert der Schmerz die psychologische Situation des Verletzten?

Man hat versucht, den Schmerz zu den Sinnen zu zählen. Manche seiner Eigenschaften berechtigen dazu. Er gehört dann zum System, das die Beziehungen des Individuums zu seiner Umwelt herstellt. Als Sinn betrachtet, vermittelt der Schmerz aber, verglichen mit den anderen Sinnen, nur in geringem Grade eine Erkenntnis der gegenständlichen Welt.

Der Schmerz läßt sich auch zu den Gefühlen zählen. Er ist dann eine Erlebnisform, die das Individuum nicht allein mit der Umwelt, sondern auch mit seinem Ich verbindet. Starker Schmerz drängt den Betroffenen auf sich selbst zurück. Er zwingt schon das Kind zur Unterscheidung von Subjekt und Objekt (FREYER). Das geht so weit, daß man ein schmerzendes Glied als Fremdkörper im „Raum des Ichs“ empfindet. Wer ein Panaritium hat und sich dabei beobachtet, kann das bestätigen. Im Schmerzanfall sind manche Patienten schnell bereit, sich von einem kranken Glied zu trennen.

Der Schmerz ist aber weder Sinn noch Gefühl, er hat von beiden etwas. Er dient sowohl der Absetzung des Individuums von der Umwelt als auch der Distanzierung von sich selbst.

Die wichtigste psychische Wirkung des Schmerzes besteht also darin, daß er eine Kluft aufreißt zwischen dem Ich und dem Körper. Diese im Schmerz empfundene Diskrepanz macht einen wesentlichen Teil des Krankseins aus.

Schmerz isoliert; im Schmerz erlebt der Mensch, daß er im Grunde allein ist. Es heißt daher medizinisch-psychologisch nicht: Der Beckenbruch des Pat. N., sondern: Pat. N. mit *seinem* Beckenbruch.

Schmerz ist intensivste Realität. Im Schmerzanfall gibt es nichts Wirklicheres als den Schmerz. Er ist nicht nachfühlbar, einmal vergangen, kann er auch nicht nachempfunden werden. Der Schmerz vergeht, aber

erlittenen Schmerz vergißt man nicht. Ein lang dauernder Schmerz, ein Leiden verändert den Menschen ganz und gar; es ändert sein Urteil über die Umwelt und seine Haltung ihr gegenüber.

Erst die Verbindung mit der Angst macht den Schmerz so vernichtend. Verschwindet die Angst, so wird der Schmerz erträglich. Wir wissen darum bei der sog. schmerzarmen Entbindung. Wenn die Angst den Schmerz verstärkt, wird folgendes verständlich: Es hat den Anschein, daß Schmerz an Intelligenz gebunden ist. Wir verstehen hier Intelligenz als einen höheren Grad von Gewecktsein und Aufmerksamsein. Intelligent sein heißt dann, mehr Möglichkeiten der Gefahr sehen.

Wie jede Empfindung, so existiert der Schmerz nur in uns, indem er ein Akt des Bewußtseins wird (LERICHE). Die Psyche gibt also dem Schmerz die Erscheinungsform, sie erschafft ihn nicht. Das zeigt sich beim SUDÉCK-syndrom und bei der Kausalgie. Sichtlich werden hier Bereiche berührt, die zur Persönlichkeit des Betroffenen gehören. Bei einem an SUDÉCK'scher Dystrophie Erkrankten finden wir oft ein auffallendes Einverständnis mit den Schmerzen, an denen er leidet. Bei der Kausalgie wird der Schmerz vom Symptom geradezu zum Wesen der Krankheit.

Es ist also hauptsächlich der Schmerz, der den Verletzten zum Kranken macht. Der biologische Zweck des Schmerzes ist unsicher, sein menschlicher Wert aber leuchtet ein. Der Sinn des Schmerzes und des Leidens jedoch läßt sich mit psychologischen Mitteln nicht verstehen.

### Ungewöhnliche Reaktionen auf den Unfall

Sie zeigen sich genau wie Schreck und Angst in Störungen der körperlichen Funktionen. Die Störungen halten aber länger an und können sich sogar, beeinflußt durch die Erlebniswirkung, verstärken. Diese Reaktionen sind natürlich auch von der Schwere des Unfalls abhängig. Noch stärker aber hängen sie ab von der psychischen Konstitution des Betroffenen und weiter von der Lebenssituation, in der er sich gerade befand. Manche Menschen haben ihr psychisches Domizil so nahe der maximalen Sicherheit aufgeschlagen, daß sie jede kleine Bedrohung aus der Fassung bringt. Sie reagieren sofort mit körperlichen Symptomen, wie tagelanges Herzklopfen, schlechter Schlaf, Aufschrecken noch nächtelang nach dem Unfall, Durchfälle, Gewichtsabnahme. Die Stimmung ist gedrückt. Diese Fälle leiten hinüber zu den psychopathisch Veranlagten, bei denen schon kleine Zwischenfälle erschütternd wirken können. Dieser tage- und wochenlang dauernde Zustand wurde früher als „Schreckneurose“