

Matthias M. Weber

Carl Westphal und die Konstituierung der Agoraphobie

Eine historische Vignette

Carl Westphal and the Constitution of Agoraphobia

A historical vignette

Zusammenfassung

Im Jahr 1872 veröffentlichte Carl Westphal, Direktor der Abteilung für Geistes- und Nervenkrankte der Berliner Charité, eine Abhandlung, in der er die Agoraphobie erstmals als ausschließlich psychiatrische Krankheitsentität darstellte. Anhand von drei Kasuistiken beschrieb Westphal alle typischen Merkmale, die auch nach heutigen Kriterien das Krankheitsbild definieren. Darüber hinaus spiegelt Westphals Konzeptualisierung von Angst als eigenständige Störung auch den Wandel der gesellschaftlichen Situation des deutschen Bürgertums seit der Mitte des 19. Jahrhunderts wider.

Schlüsselwörter

Agoraphobie – Geschichte der Psychiatrie – Neurosenbegriff – Carl Westphal

Summary

In 1872 Carl Westphal, director of the department of mental and nervous diseases at the Charité in Berlin, published a paper in which he constituted agoraphobia as a solely psychiatric nosological entity. Based on three casuistic reports Westphal delineated all typical symptoms characterizing this disorder also by modern criteria. Furthermore, Westphal's conceptualization of anxiety as a distinct disorder has reflected the alterations of the German bourgeois society since the middle of the 19th century.

Keywords

agoraphobia – history of psychiatry – concept of neurosis – Carl Westphal

■ Ein neuer Krankheitsbegriff

„Seit mehreren Jahren haben sich wiederholt Kranke mit der eigenthümlichen Klage an mich gewandt, dass es ihnen nicht möglich sei, über freie Plätze und durch gewisse Strassen zu gehen und sie aus Furcht vor solchen Wegen in der Freiheit ihrer Bewegungen genirt würden. Sie verlangten Aufschluss über die Natur des Leidens, über das sie zum Theil nur ungerne und mit einer gewissen Scheu Mittheilung machten, und liesen die Besorgniss durchblicken, oder sprachen sie geradezu aus, sie möchten der Sonderbarkeit der Sache wegen verlacht oder gar für geisteskrank gehalten werden. Diese Furcht vor dem Durchschreiten von Plätzen resp. Strassen stellte derart das Hauptphänomen dar, dass ich, obwohl sie sich noch auf gewisse andere Situationen bezog, und daher die gewählte Bezeichnung – denn eine solche schien mir wünschenswerth – nicht ganz erschöpfend ist, das Wort Agoraphobie (αγορά), Platzfurcht, dafür bilden zu können meinte.“

Mit dieser Einleitung begründete Carl Westphal (1833-1890) in seiner 1872 im Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten erschienenen Abhandlung über „Die Agoraphobie, eine neuropathische Erscheinung“ die Notwendigkeit eines neuen Begriffs für eine bis dahin kaum beachtete psychische Störung. Wie bereits aus dem Titel ersichtlich, ging es Westphal aber nicht nur um die klinische Beschreibung und Definition dieser Krankheitsentität, sondern auch um den Nachweis, dass es sich hierbei nosologisch und ätiologisch um ein genuines „Nervenleiden“ handelt. Diese Zuordnung blieb trotz der Wandlungen des psychiatrischen Krankheitsmodells der Agoraphobie in den letzten eineinhalb Jahrhunderten – von der Neuropathie über die psychoanalytische Deutung und die verhaltenspsychologische Erklärung bis hin zu neurobiologischen Konzepten – bis heute gültig. Nachfolgend sollen daher die Entstehung und das medizinhistorische Umfeld des Studie Westphals über die Agoraphobie kurz dargestellt werden.

■ Carl Westphal – ein Vertreter der wissenschaftlichen akademischen Psychiatrie in Deutschland nach 1850

Westphal befand sich zum Zeitpunkt der Veröffentlichung seiner Untersuchung kurz vor dem Höhepunkt seiner akademischen Laufbahn. Er entstammte einer bekannten Berliner Ärztesfamilie (Dierse, 1995), deren Mitglieder bedeutende Positionen innehatten. Zum Beispiel wurde Westphals Onkel, Wilhelm von Horn (1803-1871), 1851 zu einem der ärztlichen Direktoren der Charité (Schneider, 1986) ernannt. Westphal hatte Anfang der 1850er Jahre in Berlin, Heidelberg und Zürich Medizin studiert, wobei seine Auffassung von zeitgemäßer Forschung insbesondere von dem Physiologen Carl Ludwig (1816-1895) geprägt wurde, einem herausragenden Repräsentanten der naturwissenschaftlich orientierten Medizin in der Mitte des 19. Jahrhunderts. 1855 promovierte Westphal mit einer Arbeit über Nierenphysiologie (Westphal, 1855); anschließend bildete er sich zunächst in Wien und Paris als den damals wichtigsten Zentren der klinisch-akademischen Medizin weiter, kehrte aber nach Berlin zurück und wurde 1858 Assistent an der Charité.

Dort begann Westphal ein Jahr später seine psychiatrische Ausbildung bei Karl Wilhelm Ideler (1795-1860), der – unbeeindruckt von der inzwischen dominierenden naturwissenschaftlichen Zeitströmung – weiterhin die damals bereits als völlig obsolet geltenden psychiatrischen Theorien aus der Zeit der deutschen romantischen Medizin propagierte (Bödeker & Westphal, 1921). Nach dem Tod Idelers übernahm Wilhelm von Horn kommissarisch die Leitung der Irrenabteilung der Charité; während dieser Interimsperiode wurde Westphal 1861 habilitiert. Ein Jahr später heiratete Westphal Clara Mendelssohn (1840-1927), eine Enkelin des Berliner Bankiers Joseph Mendelssohn und Cousine des Komponisten Felix Mendelssohn-Bartholdy. In Wilhelm Griesinger (1817-1868), der 1865 nach Berlin berufen wurde, begegnete Westphal schließlich dem maßgeblichen Vertreter der akademischen Psychiatrie in Deutschland, die sich seit der Mitte des 19. Jahrhunderts als Teil der naturwissenschaftlichen Medizin zu etablieren suchte. Obwohl Westphal von Griesinger nachhaltig beeinflusst wurde und ihn sehr schätzte (Westphal, 1868), verließ Westphal vermutlich aufgrund von persönlichen Differenzen (Bödeker & Westphal, 1921, S. 114) vorübergehend die Psychiatrie und übernahm 1867 die Leitung der inneren Abteilung der Charité.

Nach dem Tod Griesingers wurde Westphal 1869 als sein Nachfolger zum Extraordinarius und zum Leiter der Abteilung für Geistes- und Nervenranke berufen. Unter seiner Direktion wurde 1871 eine Poliklinik für Nervenranke an der Charité eröffnet. 1874 erfolgte die Umwandlung von Westphals Extraordinariat in ein Ordinariat; 1881 wurde er zum Geheimen Medizinalrat ernannt. Im Mittelpunkt von Westphals Forschungen standen einerseits die progressive Paralyse, andererseits neuroanatomische Untersuchungen und neurologisch-diagnostische Probleme, etwa zum Patellarseh-

nenreflex („Westphal-Kniephänomen“). Darüber hinaus wurde Westphal durch seine Studie über die „konträre Sexualempfindung“ (Westphal, 1869) und die hier zu diskutierende Arbeit über Agoraphobie bekannt.

Zu Westphals Mitarbeitern an der Charité zählten u. a. Arnold Pick (1851-1924) und – seit 1883 – Hermann Oppenheim (1858-1919). Westphal unterstützte kontinuierlich Oppenheims akademische Karriere (Weber, 2010) und förderte auch seine richtungweisenden Untersuchungen über die traumatische Neurose (Oppenheim, 1889). Nachdem Westphal seit 1889 aus gesundheitlichen Gründen seinen klinischen und wissenschaftlichen Aufgaben nicht mehr nachkommen konnte, fungierte Oppenheim als sein kommissarischer Vertreter an der Charité. Aus psychiatriehistorischer Sicht zählt Westphal zu den führenden deutschen Nervenärzten der Generation nach Griesinger, die in ihrem Fach ein an den Naturwissenschaften orientiertes medizinisches Krankheits- und Forschungskonzept etablierten, wobei Neuroanatomie und -pathologie die dominierenden Grundlagendisziplinen darstellten und auch das Modell für das Verständnis psychischer Krankheiten lieferten. In Anbetracht von Westphals primären Forschungsinteressen blieb seine Beschreibung der Agoraphobie von 1872 in seinem Gesamtwerk eher singulär; später beschäftigte er sich nicht mehr mit der Thematik.

■ Drei Fallgeschichten

Wie in der klinisch-psychiatrischen Forschung des 19. Jahrhunderts allgemein üblich, geht Westphal bei seiner Untersuchung von der Beschreibung und Analyse individueller Fälle aus, wobei die Schilderung der Symptome und des Verlaufs im Vordergrund steht. Statistische Überlegungen, der Einsatz von strukturierten Anamneseinstrumenten oder die Beweisführung mittels tabellarisch-graphischer Darstellungen, die heute für jede klinische Studie geradezu unverzichtbar erscheinen, wird man in Westphals Arbeit vergeblich suchen. Derartige Methoden standen 1872 noch nicht zur Verfügung und hätten auch dem damaligen Selbstverständnis von klinisch-psychiatrischer Wissenschaft nicht entsprochen. Stattdessen präsentiert Westphal sehr exakte Kasuistiken, die trotz der seit der Publikation vergangenen 140 Jahre ein sehr plastisches Bild der betroffenen Patienten und ihrer Beschwerden liefern.

Der erste Fall ist der 32-jährige Handlungsreisende C., der Westphal wegen der Unmöglichkeit konsultiert, „über freie Plätze zu gehen“. Bei entsprechenden Versuchen überfalle ihn „sofort ein Angstgefühl, dessen Sitz er auf Befragen mehr im Kopfe als in der Herzgegend angiebt, indess sei auch oft Herzklopfen dabei“. Ferner bemerkt der Patient in derartigen Situationen ein „allgemeines Zittern“, das aber nachlasse, wenn er „mit einem Andern Arm in Arm oder im Gespräche über den Platz“ gehe (Westphal, 1872, S. 139). „Ein Stock oder Schirm in der Hand“ gebe ihm jedoch „keine Sicherheit“. Um nach abendlichen Restaurantbesuchen nicht unbegleitet nach Hause gehen zu müssen, „hilft er sich in Berlin in eigenthümlicher Weise; entweder wartet er, bis er eine andere

Person die Richtung nach seiner Wohnung zu einschlagen sieht und folgt dicht hinter derselben, oder er macht sich an eine Dame der demi-monde, lässt sich in ein Gespräch mit ihr ein und nimmt sie so eine Strecke mit, bis er eine andere ähnliche Gelegenheit findet und so allmähig seine Wohnung erreicht“ (Westphal, 1872, S. 139-140). Wegen seiner Beschwerden kann der Patient außerdem keine Theater und Kirchen mehr besuchen. Westphal weist außerdem ausdrücklich darauf hin, dass bereits eine entsprechende gedankliche Vorstellung der beschriebenen Plätze und Situationen genüge, um bei C. das Angstgefühl hervorzurufen, das allerdings dann „durch den Genuss von einigen Gläsern Bier oder Wein“ erheblich „gemildert werden könne“. Der Patient vermöge außerdem klar zwischen der Angstsymptomatik und einem herkömmlichen Schwindelgefühl zu differenzieren. Bei der neurologisch-psychiatrischen Untersuchung einschließlich der Familienanamnese kann Westphal keine Besonderheiten feststellen, „seine Lebensweise ist ganz derjenigen der Mehrzahl seiner Kollegen entsprechend“.

Westphals zweiter Fall ist ein 24-jähriger Kaufmann „von gesundem Aussehen“ (Westphal, 1872, S. 143), dem es „ganz unmöglich“ sei, „über freie Plätze zu gehen, ja oft im höchsten Grade unangenehm sich in den Strassen zu bewegen, namentlich Sonntags, wenn die Läden geschlossen sind“. Der Patient verzichte daher nicht nur auf „weite Spaziergänge (z. B. nach dem Thiergarten)“, sondern auch auf Fahrten in „Miethswagen, Omnibus, Droschken u. dergl.“; unerträglich sei für ihn auch „der Aufenthalt im Theater, in Concertsälen u. dergl., kurz in grösseren Räumen, in welchen eine grosse Menschenmenge versammelt ist“. Das an derartigen Orten auftretende Angstgefühl sei durch „ein im Unterleibe beginnendes und nach dem Kopfe aufsteigendes Gefühl von Wärme“ sowie durch Herzklopfen und Zittern gekennzeichnet, schließlich „in den höchsten Graden mit einem Gefühl der Verwirrung verbunden“. Wiederum macht Westphal darauf aufmerksam, dass sich die Beschwerden von herkömmlichen Schwindelerscheinungen deutlich unterscheiden und sofort nachlassen, falls sich der Patient in Begleitung eines Bekannten befinde. Der Patient könne für sein Leiden „trotz aller Raisonnements über das Lächerliche desselben“ keinen Grund erkennen. Ansonsten handele es sich um einen „intelligenten Mann mit vortrefflichen Eigenschaften des Geistes und des Herzens“ ohne „psychische Anomalien“, allerdings mit epileptischen Anfällen im Jugendalter, wobei vor den Krämpfen häufig ein „Flimmern vor den Augen“ aufgetreten sei. Außerdem liege in der Familie des Patienten „eine hereditäre Prädisposition zu Neurosen“ vor; sowohl der Urgroßvater als auch der Großvater des Patienten seien zwar geistig hervorragende Männer gewesen, hätten aber auch „sonderbare Erscheinungen“ dargeboten, wie etwa „eine höchst beschwerliche Art von Catalepsie“ oder „Anfällen von Flimmern“.

Der dritte Patient Westphals ist der 26 Jahre alte Ingenieur P. Auch er klagt hauptsächlich über ein unerklärliches Angstgefühl, das ihn „an freien Stellen und Plätzen“ überfalle und „welches ihm u. A. auch bei seiner Beschäftigung im Freien besonders lästig sei“ (Westphal, 1872, S. 147). Die Beschwerden beginnen in diesem Fall stets mit einer plötz-

lich auftretenden „Bekommenheit in der Herzgegend, dann wird er roth und heiss im Gesichte, es bemächtigt sich seiner eine Angst, die zur förmlichen Todesangst werden kann, es entsteht ein Gefühl der Unsicherheit in ihm, als ob er nicht mehr sicher ginge“. Dieser Patient könne das Angstgefühl, das ihm wie den anderen Betroffenen „psychologisch vollkommen unmotivirt“ erscheint, ebenfalls klar vom „gewöhnlichen Schwindelgefühl“ unterscheiden. Die Beschwerden treten auch dann auf, wenn sich P. in „grösseren Versammlungen befindet, um z. B. einen Vortrag, eine Rede oder dergl. zu hören, wobei der Gedanke mitspielt, dass er nicht heraus könne“. Zur Anamnese ermittelt Westphal, dass der Patient „als ganz junger Mensch etwas hypochondrisch gewesen“ sei und als Kind an „Bewusstlosigkeit mit Krämpfen“ gelitten habe. Die Untersuchung ergab allerdings wiederum keine „anderweitigen krankhaften Erscheinungen“.

Westphal beginnt seine zusammenfassende Analyse der drei Kasuistiken mit der Feststellung, dass die Symptomatik dieser Patienten offensichtlich bis „auf die geringsten Details“ übereinstimmt. Tatsächlich schildert Westphal die psychopathologischen Auffälligkeiten umfassend und genau, so dass es auch dem heutigen Leser leichtfällt, bei Anwendung aktueller Kriterien retrospektiv die Diagnose einer Agoraphobie mit oder ohne Panikstörung (ICD-10 F40.00 / F40.01) zu stellen. Die typischen Merkmale Furcht und Vermeidungsverhalten, die psychischen und vegetativen Angstsymptome, die subjektive emotionale Belastung und der reale oder gedankliche Situationsbezug lassen sich in den Kasuistiken zweifelsfrei identifizieren. Weitaus schwieriger fällt es Westphal hingegen, „sich eine Vorstellung über die Natur dieser sonderbaren Erscheinung der Platzfurcht zu bilden“ (Westphal, 1872, S. 150). Als besonders auffällig und für das Verständnis der Agoraphobie entscheidend kennzeichnet er zunächst drei Merkmale: die aus der Sicht des Patienten völlige Motivlosigkeit und Unerklärbarkeit der Angst, die Tatsache, dass sich diese auch auf die gedankliche Vorstellung der betroffenen Situation und nicht nur auf das reale Erlebnis erstreckt, und schließlich die strikte Abhängigkeit der Symptomatik von einem äußeren Faktor, hier meistens das Überqueren einer „freien Fläche“. Diese Charakteristika erklären nach Westphal auch die „sonderbaren Verfahren“, die seine Patienten anwenden, um den Angststaffekt zu überwinden, wie etwas das Zurücklegen der Wegstrecke in Begleitung, oder „die durch den Genuss von Spirituosen hervorgebrachte Anregung“.

■ Schwindel, Epileptoid oder Neurose?

Erst an dieser Stelle von Westphals Abhandlung wird deutlich, dass seine Analyse der Agoraphobie nicht den singulären Beginn der wissenschaftlichen Diskussion um ein neues Krankheitsbild darstellt, sondern um eine Weiterentwicklung von bereits existierenden Fallbeschreibungen und Theorien. Seine Auffassung kann nicht zuletzt aus der Abgrenzung von Meinungen erschlossen werden, die er für irreführend hielt. Besonderes war Westphal daran gelegen, „die – auch von den Kranken zurückgewiesene – Vorstellung zu beseiti-

gen, als handle es sich hierbei um irgend ein Analogon des gewöhnlichen Schwindelgefühls“. Wenige Monate vor der Veröffentlichung von Westphals Arbeit hatte nämlich der österreichische Neurologe Moritz Benedikt (1835-1920) den Fall eines 22-jährigen Beamten publiziert, der auf freien Plätzen ein starkes Schwindelgefühl mit Angst entwickelte (Benedikt, 1870). Benedikt vertrat unter Berufung auf die augenärztliche Untersuchung seines Patienten durch den Wiener Ophthalmologen Carl Stellwag von Carion (1823-1904) die ätiologische Hypothese, dass letztlich eine komplexe Konvergenz- und Gleichgewichtsstörung das krankhafte Schwindelgefühl und den Angsteffekt verursachte, möglicherweise ursächlich bedingt durch Onanie. Westphal unterstellte Benedikt schlichtweg ein „Missverständnis der Äusserungen des betreffenden Kranken“, da es sich auch bei ihm „nicht um ein Schwindel- sondern um ein Angstgefühl handle“ und der von Benedikt behauptete pathologische Mechanismus nicht erklären könne, weshalb die Symptomatik nur in ganz bestimmten Situation auftrete. Um Benedikts Hypothese zu widerlegen, ließ Westphal seine drei Patienten außerdem durch den damals an der Berliner Augenklinik tätigen Privatdozenten Theodor von Leber (1840-1917) untersuchen, der bei der Prüfung der Okulomotorik keine relevanten pathologischen Befunde erheben konnte (Westphal, 1872, S. 153).

Damit stand für Westphal fest, dass die Agoraphobie „offenbar ein rein cerebraler (psychischer)“ Vorgang sei, der „wie andere pathologische Gefühlszustände, Affekte, Vorstellungsrichtungen und Willensimpulse“ nicht einfach normalpsychologisch erklärt werden könne (Westphal, 1872, S. 154). Die Gleichsetzung von „psychisch“ mit „cerebral“ entsprach dabei dem naturwissenschaftlich orientierten Selbstverständnis der Psychiatrie und zeigt Westphal als Schüler von Ludwig und Anhänger Griesingers. Allerdings unterscheidet sich für Westphal die Platzfurcht von den meisten anderen psychischen Krankheiten einerseits durch die notwendige Kopplung der Symptomatik an eine äußere Situation, andererseits durch das Fehlen aller anderen „Erscheinungen eines krankhaften Seelenzustandes“. Somit stellt die Agoraphobie zwar eine psychische Störung dar, zählt für Westphal aber nicht zu den schweren Auffälligkeiten, die damals das typische Bild psychiatrischer Anstalten bestimmten. Westphal erkennt allerdings eine gewisse Ähnlichkeit der Agoraphobie zum Krankheitsbild des „*délire émotif*“, dessen Existenz der französische Psychiater *Bénédict Augustin Morel* (1809-1873) als Neurose des autonomen Nervensystems 1866 postuliert und für zahlreiche unklare Symptome des kardiovaskulären und gastrointestinalen Systems verantwortlich gemacht hatte (Morel, 1866). Aus heutiger Sicht stellt das „*délire émotif*“ am ehesten eine somatoforme oder Schmerzstörung dar.

Hingegen weist Westphal die auch von Griesinger vertretene Vermutung vehement zurück, es könne sich bei derart merkwürdigen psychischen Symptomen wie bei der Agoraphobie um eine „epileptoid“ Erkrankung handeln. Solche „Anfälle“ zählen laut Westphal nämlich „zu den allerhäufigsten Symptomen der verschiedenartigsten psychopathischen und neuropathischen Zustände“ (Westphal, 1872, S. 156), weshalb mit einer bloßen Ausweitung der nosologischen Kategorie der

Epilepsie hin zum „Epileptoiden“ kein medizinischer Erkenntnisgewinn für das Verständnis der Agoraphobie verbunden sei. Auch das Vorkommen von Anfällen in der Eigen- oder Familienanamnese seiner Patienten ändere nichts an dieser Einschätzung. Die Agoraphobie müsse daher bis auf weiteres als „neuropathischer Zustand“ bzw. als psychisches Symptom einer „ihrer Natur nach unbekanntem, allgemeinen Neurose“ gekennzeichnet werden. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass zum Zeitpunkt der Publikation von Westphals Arbeit unter dem Begriff der Neurose noch organische nichtentzündliche Erkrankungen des Nervensystems verstanden wurden. Westphal weist durch diese Charakterisierung die Agoraphobie zwar nosologisch der Psychiatrie – und nicht mehr der Augenheilkunde, der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder der inneren Medizin – zu, kann aber weder die Ätiologie noch den Pathomechanismus näher aufklären.

Entsprechend knapp und wenig befriedigend fallen Westphals abschließende Überlegungen zur Entstehung, Verlauf, Prognose und Therapie der Agoraphobie aus. Zwar sei von einer „hereditären Prädisposition zu Nervenaffektionen“ auszugehen, die allerdings keineswegs in allen Fällen nachgewiesen werden könne. Die Erkrankung entstehe zwar in der Regel plötzlich in Analogie zu „(zwangsartig auftretenden) Vorstellungsserien“ (Westphal, 1879, S. 159), jedoch bestehe sie typischerweise weder ständig noch finde regelmäßig eine „Weiterentwicklung zu schwereren Formen“ statt. Bemerkenswert erscheint, dass Westphal seinen Patienten riet, ihre „Willenskraft“ zu nutzen und die „gefürchteten Punkte“ systematisch aufzusuchen, jedoch blieben diese Therapieversuche angeblich ohne Erfolg. Auch die Wirkung der damals verfügbaren Sedativa, wie etwa Kaliumbromat, oder der Elektrotherapie „auf den Hals (Sympathikus?), Kopf und obersten Halswirbel“ erschien Westphal unsicher, zumal „in einem anderen, hier nicht mitgeteilten, Falle [...] die Erscheinung, nachdem sie einige Zeit bestanden, von selbst für immer [verschwand]“ (Westphal, 1872, S. 160). Mit diesen Anmerkungen bricht Westphals Studie ohne eine weiterführende Diskussion recht abrupt ab.

■ Angst als Krankheit

Diese sehr kursorisch gehaltenen Ausführungen zur Ätiologie, zum Pathomechanismus und zur Therapie lassen kaum erkennen, dass Westphals Abhandlung über die Agoraphobie aufgrund ihres historischen und medizinischen Kontexts tatsächlich eine langfristige Bedeutung zukommt. Westphal kann dabei keineswegs beanspruchen, der erste oder gar der einzige Arzt gewesen zu sein, der über dieses Krankheitsbild in den 1870er Jahren publiziert. Der medizinhistorischen Forschung ist nämlich schon seit langem bekannt, dass Störungsbilder, die äquivalente Symptome zur Agoraphobie Westphals aufweisen, nicht nur in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts, sondern bereits weitaus früher beschrieben wurden (Flemming, 1873). Obwohl der Wert von Westphals Studie allgemein anerkannt ist, erscheint die Frage nach der Priorität der Darstellung der agoraphoben Symptomatik somit durchaus berechtigt (Kohl, 2001).

Hinzu kommt, dass im selben Band des Archivs für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, der Westphals Studie enthält, Emil Cordes, der Leiter einer Kuranstalt im oberfränkischen Alexandersbad, anhand von 29 Fällen ebenfalls eine umfassende Schilderung und Analyse der „Platzangst“ präsentierte. Seine Kasuistiken enthalten nicht nur weitere Spielarten und Details der klinischen Symptomatik, sondern auch Überlegungen zur Pathophysiologie der Agoraphobie (Cordes, 1872), die über Westphals Ausführungen hinausreichten. Weder Cordes noch Westphal dürfte dabei bekannt gewesen sein, dass die amerikanischen Ärzte Alfred Stillé, Henry Hartshorne und Jacob Mendez DaCosta (1833-1900) bereits 1871 eine Veröffentlichung über Soldaten des Sezessionskrieges vorgelegt hatten, die an einem „irritable heart“ bzw. „soldiers heart syndrome“ litten. Bei diesem, auch „DaCosta-Syndrom“ genannten Beschwerdekomples traten plötzlich Palpitationen, Schwitzen, Atemnot und Thoraxschmerzen auf, ohne dass jedoch ein pathologischer Organbefund am kardiovaskulären System festgestellt werden konnte. Die „funktionelle“ Störung bildete sich häufig zurück, sobald die auslösende Belastungssituation, d. h. der Kriegseinsatz, nicht mehr gegeben war (DaCosta, 1871). Weitere zeitgenössische Veröffentlichungen, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann, stützen ebenfalls die Annahme, dass in den 1860er und 1870er Jahren Erkrankungen, die hauptsächlich durch nicht erklärbare situationspezifische Ängste gekennzeichnet waren, zu einem wichtigen Thema der psychiatrischen Forschung wurden (Berrios, 1998). Zweifellos war der Angsteffekt als psychologisches oder psychopathologische Phänomen der Medizin seit jeher bekannt, jedoch meistens als Prodromalstadium, Epiphänomen oder syndromatischer Bestandteil einer umfassenderen psychischen Störung, insbesondere der Melancholie (Weber, 2012).

Somit veranlasst Westphals Studie schließlich zu der Frage, weshalb Angst von der Psychiatrie in diesem Zeitraum zunehmend als eigenständiges Krankheitsbild konzeptualisiert wurde. Eine Ursache liegt sicherlich in der allgemeinen Entwicklung der psychiatrischen Nosologie seit der Mitte des 19. Jahrhunderts. Nicht zuletzt durch den Einfluss der französischen Kliniker, wie etwa der Arbeiten von Jean-Etienne Esquirol (1772-1840), der 1838 erstmals eine isolierte Zwangsstörung („délire partiel“) beschrieben hatte (Esquirol, 1838, S. 332), fand das Konzept der sogenannten Einheitspsychose in der Generation nach Griesinger immer weniger Anhänger. Wie auch die Darstellungen der Hebephrenie 1871 durch Ewald Hecker und der Katatonie 1874 durch Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899) zeigen, wurde das Irresein durch die psychopathologische Beschreibung der Symptomatik in verschiedene, klinisch unterscheidbare psychische Krankheiten ausdifferenziert.

Vielleicht noch wichtiger als diese Entwicklungen innerhalb der Psychiatrie waren für die Wahrnehmung der Angst als eigenständiges Phänomens jedoch die gesellschaftlichen Veränderungen vor allem in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts (Weber, 2012). Die Möglichkeit zu sozialem Aufstieg und individueller Freiheit, welche die Industrialisierung in den europäischen Staaten insbesondere dem Bürgertum bot, führten zugleich zu einem hohen Maß an persönlicher und

sozialer Verunsicherung. Der dänische Philosoph und Theologe Søren Kierkegaard hatte 1844 in seiner Abhandlung „Der Begriff Angst“ erstmals auf diesen Zusammenhang hingewiesen (Kierkegaard, 1984). Die Werke von Darwin, Marx und Nietzsche, die das Denken nach den 1850er Jahren prägten, zeigten auf, dass die Deutungsmacht über Jahrhunderte gewachsener Gewissheiten des traditionellen europäischen Bildes von Welt, Mensch und staatlicher Ordnung zunehmend verblasste. Hinzu kam die sogenannte soziale Frage; das durch die Industrialisierung neu entstandene Proletariat wurde vom Bürgertum als wachsende Bedrohung empfunden, das außerdem im imperialistischen Konkurrenzkampf der europäischen Nationalstaaten seine Durchsetzungsfähigkeit beweisen sollte. Gerade das Deutsche Kaiserreich galt in dieser außen- und innenpolitischen Situation als „nervöse Großmacht“ (Ullrich, 1997).

Die Konzeptualisierung der Angst als eigenständige psychiatrische Krankheitsentität scheint diese Veränderungen im Bereich der Medizin widerzuspiegeln. In diesem Zusammenhang dürfte es sich auch keineswegs um einen Zufall handeln, dass Westphals Patienten, drei junge Männer – ein Handlungsreisender, ein Kaufmann und ein Ingenieur – aus dem aufstrebenden Bürgertum stammten, das wie keine andere Schicht das 19. Jahrhundert repräsentierte. Die tatsächliche historische Bedeutung von Westphals Studie über die Agoraphobie ergibt sich daher nicht nur aus der klaren klinischen Beschreibung und Abgrenzung eines neuen Krankheitsbilds, auf der die gesamte spätere Forschung über Angststörungen aufbaute, wie etwa Freuds berühmte Abhandlung von 1894 über die Angstneurose (Freud, 1952), sondern auch aus ihrer Funktion als Indikator eines gesellschaftlichen Wandels. Dass auch aktuelle Konzepte von Angststörungen, wie etwa der posttraumatischen Belastungsstörung, immer zugleich politische und soziale Veränderungen anzeigen, sei in diesem Zusammenhang zumindest erwähnt.

■ Literatur

- Benedikt, M. (1870). Ueber „Platzschwindel“. Allgemeine Wiener medizinische Zeitung, 15, 488-490.
- Berrios, G. (1998). Anxiety Disorders. A conceptual history. Journal of Affective Disorders, 56, 83-94.
- Bödeker, J. & Westphal, A. (1921). Westphal Carl (1833-1890). In T. Kirchhoff (Hrsg.), Deutsche Irrenärzte. Einzelbilder ihres Lebens und Wirkens (Bd. 2, S. 110-120). Berlin: Springer.
- Cordes, E. (1871). Die Platzangst (Agoraphobie), Symptom einer Erschöpfungsparese. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 3, 521-574.
- DaCosta, J. (1871). On irritable heart; a clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences. American Journal of the Medical Sciences, 61, 8-52.
- Dierse, B. (1995). Carl Westphal (1833-1890) – Leben und Werk. Vertreter einer deutschen naturwissenschaftlich orientierten Universitätspsychiatrie im 19. Jahrhundert. Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald, Dissertation.

- Esquirol, J.E. (1838). Des maladies mentales : considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal. Paris: Baillière.
- Flemming, C.F. (1873). Über Schwindel-Angst. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 29, 112-114.
- Freud, S. (1952). Gesammelte Werke (Bd. I, S. 313-342). Frankfurt/M.: S. Fischer.
- Hecker, E. (1871). Die Hebephrenie. Ein Beitrag zur klinischen Psychiatrie. [Virchows] Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medizin, 52, 394-429.
- Kahlbaum, K.L. (1874). Die Katatonie oder das Spannungsirresein. Eine klinische Form psychischer Krankheit. Berlin: August Hirschwald.
- Kierkegaard, S. (1984). Der Begriff Angst. Hamburg: Meiner.
- Kohl, F. (2001). „Agoraphobie – Platzangst/Platzfurcht – Platzschwindel“. Die klassischen Beschreibungen der Platzangst von Carl Westphal und Emil Cordes und ihre Bedeutung für die Konzeptgeschichte und aktuelle Diskussion der Angsterkrankungen. Psychiatrische Praxis, 28, 3-9.
- Morel, B. (1866). Du délire émotif. Névrose de système nerveux ganglionnaire viscéral. Paris: Asselin.
- Oppenheim, H. (1889). Die traumatischen Neurosen nach den in der Nervenlinik der Charité in den letzten 5 Jahren gesammelten Beobachtungen. Berlin: August Hirschwald.
- Schneider, H. (1986). Ernst Horn (1774-1848). Leben und Werk. Ein ärztlicher Direktor der Berliner Charité an der Wende zur naturwissenschaftlichen Medizin. FU Berlin, Dissertation.
- Ullrich, V. (1997). Die nervöse Großmacht. Aufstieg und Untergang des deutschen Kaiserreichs 1871-1918. Frankfurt/M.: S. Fischer.
- Weber, M.M. (2010). Erschütterte Nerven. Hermann Oppenheims Konzept der traumatischen Neurose. Psychotherapie, 15, 205-213.
- Weber, M.M. (2012). Wie die Psychiatrie auszog, das Fürchten zu lernen. Psychiatrichistorische Anmerkungen zum Konzept der Angststörungen. In R. Rupprecht & M. Keller (Hrsg.), Handbuch Angststörungen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Westphal, C. (1855). De aquae secretione per renes. Universität Berlin, Dissertation.
- Westphal, C. (1868). Nekrolog Griesinger. Nach einer Rede, gehalten zur Gedenkfeier für Griesinger, in der Medicinisch-Psychologischen Gesellschaft zu Berlin am 17. November 1868. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 1, 760-744.
- Westphal, C. (1869). Die Konträre Sexualempfindung. Symptom eines neuropathologischen (psychopathischen) Zustandes. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 2, 73-108.
- Westphal, C. (1872). Die Agoraphobie, eine neuropathische Erscheinung. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 3, 138-161.

■ Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Matthias M. Weber
 Max-Planck-Institut für Psychiatrie
 (Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie)
 Historisches Archiv
 Kraepelinstraße 2-10 | D-80804 München
 mmw@mpipsykl.mpg.de