Unbekannte Ängste: Emetophobie, Phagophobie und Paruresis

Wenn Kontrolle zum Problem wird

Unfamiliar Fears: Emetophobia, Phagophobia, and Paruresis When Control Becomes a Problem

Johannes Rother

Zusammenfassung

Emetophobie, Phagophobie und Paruresis zählen zu den am wenigsten erforschten Angststörungen, obwohl der Leidensdruck der Betroffenen hoch ist und Fehldiagnosen die Regel sind. Alle drei Störungsbilder verbindet ein gemeinsames Prinzip: Sie betreffen halbautonome Körperfunktionen an der Schwelle willentlicher Kontrolle – Erbrechen, Schlucken und Wasserlassen. Der angstgetriebene Versuch, diese Funktionen zu kontrollieren, erzeugt häufig erst jene Dysfunktion, die gefürchtet wird. Der vorliegende Beitrag stellt die drei Phobien hinsichtlich Klassifikation, Epidemiologie, Ätiologie und Behandlung dar, arbeitet ihre Gemeinsamkeiten und differenzialdiagnostischen Unterschiede heraus und verbindet die aktuelle Forschungslage mit Erfahrungen aus der klinisch-psychologischen Praxis. Im Zentrum steht die These, dass eine differenzierte, individualisierte und schamsensible Behandlung diesen vermeintlich banalen Ängsten gerecht werden muss, deren Folgen keineswegs banal sind.

Abstract

Emetophobia, phagophobia, and paruresis are among the least researched anxiety disorders, although affected individuals experience considerable distress, and misdiagnosis is common. The three conditions share an underlying principle: they involve semi-autonomous bodily functions at the threshold of voluntary control – vomiting, swallowing, and urinating. The anxiety-driven attempt to control these functions frequently produces the very dysfunction that is feared. This article describes the three phobias with respect to classification, epidemiology, aetiology, and treatment, delineates their similarities and differential-diagnostic distinctions, and connects the current state of research with experiences from clinical-psychological practice. Its central argument is that adequate care for these seemingly trivial fears – the consequences of which are anything but trivial – requires differentiated, individualised, and shame-sensitive treatment.

1. Einleitung

1.1. Ängste im toten Winkel

Wenn von Angststörungen die Rede ist, denkt man an die großen, gut beforschten Bilder: Agoraphobie, soziale Phobie, generalisierte Angststörung oder jene spezifischen Phobien, die mit etwa zehn bis zwölf Prozent Lebenszeitprävalenz zu den häufigsten Angststörungen zählen und unter denen die Tierphobien den häufigsten Subtyp bilden (Morschitzky, 2009). Daneben existiert eine Gruppe von Ängsten, die in Lehrbüchern bestenfalls eine Randnotiz erhalten, in der klinischen Praxis aber regelmäßig auftauchen und Betroffene über Jahre, oft Jahrzehnte begleiten. Emetophobie, Phagophobie und Paruresis gehören zu diesen unbekannten Ängsten. Sie bezeichnen die Angst vor dem Erbrechen, vor dem Schlucken und vor dem Urinieren in Gegenwart anderer.

Dass sie unbekannt sind, heißt nicht, dass sie selten relevant wären. In einer aktuellen Untersuchung an über tausend Behandlungssuchenden in Großbritannien war die Emetophobie die mit Abstand häufigste spezifische Phobie, anders als in der Allgemeinbevölkerung, wo Tierphobien dominieren. Rund jede fünfte Person stellte sich mit einer Angst vor dem Erbrechen vor (Veale, Beeson & Papageorgiou, 2025). Was in epidemiologischen

Erhebungen als selten erscheint, begegnet in der Versorgungsrealität deutlich häufiger. Diese Diskrepanz verweist auf die besondere Beeinträchtigung, die mit diesen Störungen einhergeht. Wer sich vor Spinnen fürchtet, kann Spinnen meiden. Dem eigenen Körper kann man nicht ausweichen.

Was in epidemiologischen Erhebungen am unteren Ende der Häufigkeitslisten rangiert, steht in der Versorgungsrealität an erster Stelle.

1.2. Diagnostische Herausforderung

Hinzu kommt ein diagnostisches Problem. Die durchschnittliche Dauer zwischen Erkrankungsbeginn und erster Behandlung beträgt bei der Emetophobie etwa 25 Jahre (Lipsitz, Fyer, Paterniti & Klein, 2001; Veale & Lambrou, 2006). Ein Teil dieser Verzögerung erklärt sich aus Scham und Verheimlichung, ein anderer aus schlichter Fehlzuordnung. Phagophobie wird als organische Schluckstörung oder als Essstörung verkannt, Paruresis als urologisches Leiden, Emetophobie als Anorexie. Betroffene durchlaufen mitunter eine jahrelange Odyssee durch somatische Fächer, bevor die psychische Natur ihrer Beschwerden erkannt wird (Rijal & Pokhrel, 2024). Dass die Studienlage zu allen drei Bildern dünn ist (zur Phagophobie existieren derzeit im Wesentlichen nur Fallberichte), verschärft das Problem zusätzlich.

1.3. Das Kontroll-Paradoxon

Bei aller Unterschiedlichkeit teilen die drei Störungen ein verbindendes Prinzip. Erbrechen, Schlucken und die Miktion sind halbautonome Körperfunktionen. Sie laufen normalerweise automatisch ab, lassen sich aber bis zu einem gewissen Grad willentlich beeinflussen. Genau an dieser Schwelle setzt die Pathologie an. Der angstgetriebene Versuch, die Funktion unter bewusste Kontrolle zu bringen, erzeugt häufig erst jene Störung, die vermieden werden soll. Anspannung hemmt die Blasenentleerung, Hypervigilanz desautomatisiert den ohnehin komplexen Schluckakt und die ängstliche Erwartung von Übelkeit kann Übelkeit erzeugen. Die Angst produziert den Zustand, vor dem sie sich fürchtet.

Im Folgenden werden die drei Störungsbilder einzeln dargestellt, jeweils mit einer prototypischen Fallvignette (keine realen Einzelfälle, sondern aus typischen Verläufen verdichtete Komposita), der diagnostischen Einordnung, der Epidemiologie und Entstehung sowie den Behandlungsansätzen. Im Zentrum steht das Paradoxon der Kontrolle, die zum Problem wird.

2. Emetophobie: Die Angst vor dem Erbrechen

Frau M., 27 Jahre, stellt sich auf eigenen Wunsch vor. Seit ihrem achten Lebensjahr hat sie sich kein einziges Mal mehr übergeben. Damals erkrankte sie auf einer Familienfeier an einer schweren Magen-Darm-Grippe mit heftigem Erbrechen. Sie kontrolliert bei jedem Lebensmittel das Haltbarkeitsdatum, führt ein Antiemetikum mit, meidet Buffets, fremde Küchen und in der Grippesaison öffentliche Verkehrsmittel. In Restaurants bestellt sie nur, was sie kennt. Anlass der Vorstellung ist ein Kinderwunsch: Die Aussicht auf Schwangerschaftsübelkeit ist so bedrohlich, dass sie die Familienplanung aufzuschieben droht. Ihr Hausarzt vermutete zunächst eine Essstörung. Tatsächlich hatte Frau M. erheblich an Gewicht verloren, weil sie immer mehr Speisen als „riskant" einstufte.

2.1. Klassifikation und Diagnostik

Die Emetophobie (im englischen Sprachraum Specific Phobia of Vomiting, SPOV) wird in den aktuellen Klassifikationssystemen als spezifische Phobie geführt: im DSM-5 unter der Kategorie „Spezifische Phobie, anderer Typus", im ICD-10 unter F40.2 und im ICD-11 unter 6B03 (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2022). Die Zuordnung zum Sammelbecken des „anderen Typus" ist vermutlich mitverantwortlich für die lange geringe Aufmerksamkeit (Boschen, 2007).

Charakteristisch ist, dass sich die Angst überwiegend auf das eigene Erbrechen richtet (Keyes, Gilpin & Veale, 2018), während etwa elf Prozent ausschließlich das Erbrechen anderer fürchten (Meule, Seufert & Kolar, 2025). Zur standardisierten Erfassung liegen mit dem Emetophobia Questionnaire (EmetQ-13; Boschen, Veale, Ellison & Reddell, 2013) und dem Specific Phobia of Vomiting Inventory (SPOVI; Veale et al., 2013) zwei validierte Selbstbeurteilungsinstrumente vor. Differenzialdiagnostisch ist die Abgrenzung gegenüber Zwangsstörung, Panikstörung, somatoformen Störungen und Hypochondrie bedeutsam, vor allem aber gegenüber den Essstörungen, weil das angstbedingte Vermeiden von Speisen einen Gewichtsverlust nach sich ziehen kann, der eine Anorexie vortäuscht.

Die Angst trägt dazu bei, genau jene Zustände hervorzurufen, die die Betroffenen befürchten.

2.2. Epidemiologie

Die Angaben zur Prävalenz schwanken erheblich, je nachdem, ob selbstberichtete Angst vor dem Erbrechen oder eine klinisch diagnostizierte Phobie erfasst wird. Eine niederländische Gemeindestichprobe ermittelte für selbstberichtete Erbrechensangst 1,8 Prozent bei Männern und 7 Prozent bei Frauen (van Hout & Bouman, 2012). Eine aktuelle Meta-Analyse beziffert die gepoolte Punktprävalenz auf etwa 5 Prozent (Meule, Seufert & Kolar, 2025). Übereinstimmend zeigt sich, dass die Störung weit überwiegend Frauen betrifft, typischerweise in der Kindheit beginnt und einen chronischen Verlauf mit seltenen Spontanremissionen nimmt. In behandlungssuchenden Stichproben fällt das Geschlechterverhältnis mit etwa neun zu eins zugunsten der Frauen noch deutlicher aus als bei anderen spezifischen Phobien (Veale, Beeson & Papageorgiou, 2025).

2.3. Ätiologie und Aufrechterhaltung

Die Entstehung der Emetophobie lässt sich am ehesten lerntheoretisch fassen. Ein aversives Erbrechenserlebnis (häufig in der Kindheit, etwa im Rahmen eines Infekts) wird über klassische Konditionierung mit zuvor neutralen Reizen gekoppelt und in der Folge generalisiert. Das anschließende Vermeidungsverhalten reduziert kurzfristig die Angst und wird dadurch negativ verstärkt. Begünstigend wirken erhöhte Ekelsensitivität und Ekelneigung, ein ausgeprägtes Kontrollbedürfnis sowie Modelllernen, etwa wenn Erbrechen im Umfeld stark tabuisiert oder mit intensiven Ekelreaktionen beantwortet wurde (Keyes, Gilpin & Veale, 2018). Allerdings ist ein einzelnes, klar umrissenes Auslöseerlebnis nur bei einem Teil der Betroffenen auszumachen. Häufig besteht die Angst seit der frühen Kindheit ohne benennbaren Auslöser. Auch das Beobachten von Erbrechen bei anderen scheint zur Entstehung beizutragen.

Ein umfassendes ätiologisches Modell hat Boschen (2007) vorgelegt. Es verbindet eine grundlegende Angstvulnerabilität mit einer überhöhten Aufmerksamkeit für gastrointestinale Körpersignale, der katastrophisierenden Fehlbewertung mehrdeutiger innerer Reize, spezifischen Annahmen über die Bedeutung und Unzumutbarkeit des Erbrechens sowie kognitiven Verzerrungen und Bestätigungsfehlern, die ein Widerlegen der Befürchtungen verhindern. Aufrechterhalten wird die Störung durch ein dichtes Netz aus Vermeidung (öffentliche Verkehrsmittel, fremde Speisen, Kontakt zu möglicherweise Erkrankten) und Sicherheitsverhalten (Haltbarkeitskontrollen, Mitführen von Antiemetika, exzessives Durchgaren). Bemerkenswert ist der typische internale Kontrollüberzeugungsstil hinsichtlich Gesundheit (Davidson, Boyle & Lauchlan, 2008). Wer glaubt, Erbrechen prinzipiell verhindern zu können, investiert umso mehr in Kontrolle und gerät damit tiefer in die Störung.

2.4. Symptomatik und Besonderheiten

Symptomatisch zeigt sich die Emetophobie auf mehreren Ebenen: emotional in starker Angst und intensivem Ekel, kognitiv in Gedanken an Kontrollverlust und Ausgeliefertsein, physiologisch in Übelkeit, erhöhter Muskelspannung, Zittern und Herzrasen sowie behavioral in sozialem Rückzug und der Vermeidung bestimmter Speisen und Orte. Klinisch besonders relevant ist die Rolle des Ekels. Er ist häufig ebenso stark wie die Angst oder übertrifft sie sogar. Das ist therapeutisch folgenreich, denn Ekelreaktionen sind in der Konfrontation resistenter und sprechen schlechter auf kognitive Umstrukturierung an als Angstreaktionen. Hinsichtlich der Komorbidität zeigen sich erhöhte Raten für Depression, generalisierte Angststörung, Panikstörung, soziale Angststörung und Zwangsstörung (Keyes, Gilpin & Veale, 2018; Meule, Seufert & Kolar, 2025).

2.5. Behandlung

Die Behandlung der Wahl ist die kognitive Verhaltenstherapie mit graduierter Exposition. Erschwerend kommt hinzu, dass sich der gefürchtete Reiz (das Erbrechen) kaum gezielt herbeiführen lässt. Die Exposition beginnt daher in sensu sowie mit agoraphobisch besetzten Situationen und arbeitet sich über interozeptive Übungen (Erzeugung von Übelkeit oder Kreislaufsymptomen; Hunter & Antony, 2009) und gezielte Ekelkonfrontation voran. Ergänzend können akzeptanzbasierte Ansätze (ACT) im Umgang mit unvermeidbaren Körpersymptomen hilfreich sein. Eine medikamentöse Behandlung ist im ambulanten Rahmen eher zurückhaltend zu bewerten. Spezifische Evidenz fehlt und Antiemetika können als Sicherheitsverhalten sogar therapiehinderlich wirken.

Die Evidenzlage zur psychologischen Behandlung ist schmal, aber ermutigend. Die bislang einzige randomisiert-kontrollierte Studie stammt von Riddle-Walker und KollegInnen (2016). 24 Personen erhielten zwölf Sitzungen KVT oder Warteliste. Die KVT war mit großer Effektstärke (Cohen's d = 1,53) auf dem SPOVI deutlich überlegen. Rund die Hälfte erreichte eine klinisch bedeutsame Verbesserung gegenüber 16 Prozent der Warteliste. Dass nur die Hälfte profitierte, verweist zugleich auf Verbesserungsbedarf und Forschungslücken.

3. Phagophobie: Die Angst vor dem Schlucken

Herr K., 45 Jahre, wird von seinem Hausarzt überwiesen. Vor acht Monaten hatte er sich an einem Stück Fleisch verschluckt und für einige Sekunden das Gefühl, keine

Luft zu bekommen. Seither isst er ausschließlich pürierte Kost, kaut jeden Bissen exzessiv und trinkt große Mengen nach, um das Hinunterschlucken zu „sichern". Er hat neun Kilogramm abgenommen und vermeidet jede gemeinsame Mahlzeit. Vorausgegangen war eine monatelange Abklärung in HNO und Gastroenterologie einschließlich Schluckdiagnostik, ohne organischen Befund.

3.1. Klassifikation und Diagnostik

Die Phagophobie, die Angst vor dem Schlucken, ist eng mit der Choking Phobia (Erstickungsangst) verwandt und nimmt unter den drei hier behandelten Störungen eine diagnostische Sonderstellung ein. Im DSM-5 und im ICD-10 (F40.2) wird sie als spezifische Phobie des „anderen Typus" klassifiziert. Im ICD-11 ist die Zuordnung uneinheitlich. Sie kann als spezifische Phobie (6B03) eingeordnet werden. Manche AutorInnen sehen die Schluckangst aber als vermeidend-restriktive Essstörung (Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder, ARFID; 6B83) an, also als Subtyp der Vermeidung aufgrund befürchteter aversiver Konsequenzen (Rijal & Pokhrel, 2024). Diese Doppelverortung markiert genau jene Grauzone zwischen Angststörung und Essstörung, in der die Phagophobie klinisch oszilliert. Ein spezifisches, breit etabliertes Screeningverfahren existiert nicht.

Die differenzialdiagnostische Abgrenzung ist anspruchsvoll und entscheidend. Zunächst muss eine organische Dysphagie ausgeschlossen werden. Vom Globus pharyngeus, dem Kloßgefühl im Hals, unterscheidet sich die Phagophobie dadurch, dass die Beschwerden unmittelbar an den Schluckakt gekoppelt sind, während das Globusgefühl typischerweise unabhängig vom Schlucken besteht. Die wichtigste und zugleich häufigste Verwechslung betrifft die Essstörungen. Von der Anorexie ist die Phagophobie klar abzugrenzen. Ihr Kern ist die Angst vor dem Schluckakt selbst, die erst sekundär zu Nahrungsvermeidung und Gewichtsverlust führt. Um Gewicht oder Figur geht es dabei nicht.

3.2. Epidemiologie

Belastbare epidemiologische Daten zur Phagophobie fehlen weitgehend. Die Störung gilt als selten, doch beruht dieses Urteil auf Fallberichten und kleinen Fallserien. Verlässliche Prävalenzschätzungen liegen nicht vor. Auch zu Geschlechterverhältnis und Ersterkrankungsalter lassen sich kaum gesicherte Aussagen treffen. Die berichteten Fälle legen nahe, dass die Phagophobie in jedem Lebensalter auftreten kann und häufig auf ein konkretes, oft traumatisch erlebtes Verschlucken folgt. Dass die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Störungsbild überhaupt erst in den 1970er-Jahren einsetzte, illustriert das Ausmaß der Forschungslücke.

3.3. Ätiologie und Aufrechterhaltung

Ätiologisch dominiert das lerntheoretische Modell (de Lucas-Taracena & Montañés-Rada, 2006). Am Beginn steht häufig ein einmaliges negatives Schluckerlebnis (ein Verschlucken oder ein Schockmoment), das über klassische Konditionierung eine Angstreaktion an den Schluckakt bindet. Die anschließende Vermeidung bestimmter Nahrungsmittel oder Tabletten wird negativ verstärkt und verfestigt die Symptomatik. Aufrechterhalten wird sie durch Sicherheitsverhalten (exzessives Kauen, reichliches Nachtrinken, Auswahl vermeintlich „sicherer" Speisen) und kognitive Verzerrungen wie „Ich werde ersticken" oder „Ich verliere die Kontrolle". Eine zentrale Rolle spielt die Aufmerksamkeitslenkung. Die ängstliche Beobachtung des eigentlich automatisierten Schluckvorgangs stört dessen flüssigen Ablauf. Die bewusste Kontrolle der halbautonomen Funktion beeinträchtigt also genau diese Funktion.

3.4. Symptomatik und Besonderheiten

Symptomatisch zeigt sich eine intensive Angst vor dem Schlucken, besonders fester oder bestimmter Konsistenzen, begleitet von Gedanken an Erstickung und Kontrollverlust. Physiologisch imponieren eine Anspannung der Hals- und Kiefermuskulatur, ein Engegefühl im Hals, Hyperventilation, Schwindel und Herzrasen. Behavioral kommt es zur Vermeidung des Essens, zur Einschränkung auf bestimmte Speisen und zum sozialen Rückzug. Klinisch bedeutsam sind eine ausgeprägte Somatisierungstendenz und eine starke Körperfokussierung mit Hypervigilanz gegenüber Speichel, Kehlkopf und Gaumen. Hinzu kommt eine soziale Dimension, weil das auffällige, verlangsamte Essverhalten zu Rückzug führt und in der klinischen Erfahrung mit erheblicher Scham einhergeht.

3.5. Behandlung

Auch bei der Phagophobie ist die kognitive Verhaltenstherapie mit graduierter Exposition die zentrale Behandlungsstrategie, ergänzt um Entspannungsverfahren zur Reduktion der hohen muskulären Anspannung. Eine Besonderheit liegt in der Interdisziplinarität. Die Zusammenarbeit mit der Logopädie kann im Rahmen eines gezielten Schlucktrainings wertvoll sein, sofern dieses nicht zum Sicherheitsverhalten gerät. Die wenigen Fallberichte stützen übereinstimmend verhaltenstherapeutische Verfahren und berichten deutliche Besserungen,

teils innerhalb weniger Monate (Evans & Pechtel, 2011; Rijal & Pokhrel, 2024). In schweren Fällen, etwa bei ausgeprägter Mangelernährung oder im pädiatrischen Kontext, wurde eine medikamentöse Augmentation mit einem selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer beschrieben (de Lucas-Taracena & Montañés-Rada, 2006). Die spezifische Evidenz hierfür ist begrenzt.

4. Paruresis: Die Angst vor dem Urinieren in Gegenwart anderer

Herr T., 22 Jahre, kommt auf Anraten seiner Partnerin. Mit dreizehn Jahren konnte er an einem Schul-WC nicht urinieren, während ein Mitschüler einen abfälligen Kommentar machte. Seither benutzt er ausschließlich verschließbare Kabinen, niemals ein Urinal und trinkt vor dem Ausgehen bewusst nichts. Auf längeren Reisen plant er jede Toilettengelegenheit im Voraus. Anlass der Vorstellung ist ein neuer Arbeitsplatz mit einer kleinen, hellhörigen gemeinsamen Toilettenanlage. Die Aussicht, dort täglich „funktionieren" zu müssen, löst massive Anspannung aus.

4.1. Klassifikation und Diagnostik

Die Paruresis (umgangssprachlich „Syndrom der schüchternen Blase") bezeichnet die Unfähigkeit, in der tatsächlichen oder vermeintlichen Gegenwart anderer Personen die Miktion einzuleiten oder aufrechtzuerhalten. Sie wird im ICD-10 unter F40.1 und im ICD-11 unter 6B04 geführt und überwiegend als Ausprägung der sozialen Angststörung verstanden, da die Furcht vor Bewertung durch andere im Zentrum steht. Zur Erfassung dienen die Paruresis-Skala (PARS; Hammelstein & Pietrowsky, 2005) sowie die Shy Bladder Scale (SBS; Deacon, Lickel, Abramowitz & McGrath, 2012). Ob die Paruresis nur eine Spielart der sozialen Phobie ist oder ein eigenständiges Störungsbild, ist umstritten. Mehrere Untersuchungen legen nahe, dass ein erheblicher Teil der Betroffenen die Kriterien einer sozialen Angststörung gerade nicht erfüllt (Hammelstein & Soifer, 2006; Vythilingum, Stein & Soifer, 2002).

Differenzialdiagnostisch ist in erster Linie die Abgrenzung gegenüber urologischen Erkrankungen mit organisch bedingten Miktionsstörungen erforderlich. Erst nach deren Ausschluss ist eine psychogene Genese anzunehmen. In der Praxis ist die Trennung nicht immer eindeutig, denn organische Faktoren, Folgen urologischer Eingriffe oder sonstige Beckenbodendysfunktionen können die Störung ebenfalls initial auslösen. An Komorbiditäten finden sich gehäuft Depression und Zwangssymptome, etwa ein exzessives Planen des Toilettengangs. Der Anteil der Betroffenen, die zugleich die Kriterien einer sozialen Angststörung erfüllen, liegt laut der Übersichtsarbeit von Kuoch und KollegInnen (2017) bei 5,1 bis 22,2 Prozent. Die einfache Gleichsetzung von Paruresis und sozialer Phobie greift also zu kurz.

4.2. Epidemiologie

Die Prävalenzangaben zur Paruresis streuen stark. Die erste systematische Übersichtsarbeit beziffert die Häufigkeit auf 2,8 bis 16,4 Prozent in gemischtgeschlechtlichen Stichproben (Kuoch, Meyer, Austin & Knowles, 2017). In reinen Männerstichproben werden Werte bis zu 32 Prozent berichtet. Die Prävalenz ist bei Männern deutlich höher, was angesichts der offenen Bauweise von Urinalanlagen plausibel erscheint. Das Ersterkrankungsalter liegt meist in der frühen Adoleszenz, häufig zwischen dem zwölften und fünfzehnten Lebensjahr (Boschen, 2008), und der Verlauf ist oft chronisch. Rund 22 Prozent der Betroffenen leiden zusätzlich an einer depressiven Störung (Vythilingum, Stein & Soifer, 2002).

4.3. Ätiologie und Aufrechterhaltung

Die Paruresis illustriert das hier durchgängige Kontroll-Paradoxon auf physiologischer Ebene besonders eindrücklich. Die Blasenentleerung wird durch das vegetative Nervensystem gesteuert. Eine Aktivierung des Sympathikus, wie sie bei Angst und Anspannung auftritt, entspannt den Blasenmuskel (Detrusor) und erschwert dadurch die Entleerung. Erst der Parasympathikus ermöglicht die Kontraktion der Harnblase und damit die Miktion. Im Angstzustand ist also genau jenes System aktiviert, das die Entleerung hemmt. Der ängstliche Versuch, „auf Kommando" zu urinieren, ist physiologisch zum Scheitern verurteilt. Betroffene erleben dieses Scheitern als persönliches Versagen, obwohl es der vegetativen Steuerung folgt (Boschen, 2008; Soifer, Himle & Walsh, 2010).

Auf dieser körperlichen Grundlage entfaltet sich der gewohnte lerntheoretische Mechanismus. Eine initial aversive Erfahrung, etwa der abfällige Kommentar am Schul-WC, wird mit der Miktionssituation assoziiert. Die anschließende Vermeidung öffentlicher Toiletten reduziert kurzfristig die Angst und wird negativ verstärkt. Hinzu treten aversive Lernerfahrungen wie Hänseleien oder rigide elterliche Kontrolle rund um den Toilettengang, ein internalisiertes Schamkonzept, ausgeprägte Selbstbeobachtung sowie eine familiäre Häufung (Boschen, 2008; Vythilingum, Stein & Soifer, 2002). In der klinischen Erfahrung zeigen sich zudem Perfektionismus und der Einfluss kultureller Normen, etwa tradierter Männlichkeitsbilder. Aufrechterhalten wird die Störung durch Vermeidung (kein Trinken vor Veranstaltungen, Verzicht auf öffentliche Toiletten, sozialer Rückzug), Sicherheitsverhalten (lautes Husten, Kopfhörer, Spülung

zur Geräuschtarnung) und kognitive Verzerrungen („Alle hören mich", „Ich muss perfekt und unauffällig funktionieren").

4.4. Symptomatik und Besonderheiten

Emotional steht eine intensive soziale Angst und Scham vor dem Urinieren unter realer oder vermeintlicher Beobachtung im Vordergrund, kognitiv begleitet von katastrophisierenden Gedanken über eine mögliche Blamage. Physiologisch resultiert die Miktionshemmung aus der beschriebenen vegetativen Konstellation, mitunter ergänzt um Zittern und Tachykardie. Behavioral kommt es zu Toilettenvermeidung, sozialer Einschränkung und in schweren Fällen kompletter Retention außer Haus. Funktional dient die Symptomatik der Vermeidung sozialer Blamage und der Absicherung eines Kontroll- und Perfektionsbedürfnisses (Boschen, 2008; Vythilingum, Stein & Soifer, 2002). Der Toilettengang gerät zum Leistungstest unter dem Vorzeichen „Ich darf keine Schwäche zeigen". Klinisch prägend sind die starke Tabuisierung, die Verheimlichung selbst gegenüber Behandelnden, die ausgeprägte Ortsspezifität der Symptomatik sowie das Blasenvolumen-Paradoxon. Wachsender Harndrang erleichtert die Entleerung nicht, er erhöht die Anspannung sogar weiter.

4.5. Behandlung

Die Behandlung folgt dem bewährten Vorgehen aus kognitiver Verhaltenstherapie und graduierter Exposition, wobei die Interventionen besonders kleinschrittig zu modularisieren sind. Die Expositionshierarchie wird schamsensibel aufgebaut, etwa über zunehmend frequentierte öffentliche Toiletten. Soifer, Himle und Walsh (2010) konnten zeigen, dass diese graduierte Konfrontation die Paruresis-Symptomatik wirksam reduziert. Bewährt hat sich die Begleitung durch eine Vertrauensperson (Buddy-System). Ergänzend kommen Entspannungsverfahren, Blasentraining sowie das Gruppensetting zum Einsatz, das der Tabuisierung entgegenwirkt. Angesichts der hohen Scham sind Validierung und Normalisierung ein zentraler Wirkfaktor. Eine medikamentöse Behandlung mit einem selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer kommt in ausgewählten Fällen nach sorgfältiger Abwägung in Betracht.

5. Gemeinsamkeiten und differenzialdiagnostische Unterschiede

So unterschiedlich die gefürchteten Vorgänge sind (Erbrechen, Schlucken und Miktion), so deutlich treten bei genauerer Betrachtung gemeinsame Strukturen hervor. Allen drei Störungen liegt die Angst vor einem körperlichen Kontrollverlust zugrunde, lokalisiert in Magen, Hals beziehungsweise Blase. In allen drei Fällen spielen kognitive Annahmen eine zentrale Rolle, sei es Machtlosigkeit, Ersticken oder Blamage. Die Ätiologie folgt konditionierten Lernprozessen und stets wird die Störung durch massives, teils körperlich schädigendes Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten aufrechterhalten. Gemeinsam ist ihnen schließlich die hohe psychosoziale Belastung trotz vermeintlich banaler Inhalte. Die Sekundärsymptomatik in Form von Depression, sozialer Phobie oder Zwang wiegt mitunter schwerer als das Primärsymptom selbst.

Das verbindende Prinzip: Es handelt sich um halbautonome Körperfunktionen, deren willentliche Kontrolle paradoxerweise scheitert, sobald sie unter dem Druck der Angst erzwungen werden soll. Nicht das Symptom ist das eigentliche Problem, sondern die Bedeutung, die ihm zugeschrieben wird, und die Hartnäckigkeit, mit der ihm ausgewichen wird.

Diese Klammer ist eine funktionale, keine nosologische. Die drei Störungen sind in den Klassifikationssystemen unterschiedlich verortet, als spezifische Phobie, im Grenzbereich zur Essstörung und als Ausprägung der sozialen Angststörung. Das gemeinsame Prinzip beschreibt einen transdiagnostischen Mechanismus und keine gemeinsame diagnostische Kategorie. Gerade deshalb lohnt die differenzierte Gegenüberstellung, denn sie hat unmittelbare diagnostische und therapeutische Konsequenzen (siehe Tabelle 1).

Tab. 1: Differenzierende Merkmale von Emetophobie, Phagophobie und Paruresis

Merkmal	Emetophobie	Phagophobie	Paruresis
Klassifikation	Spezifische Phobie	Spezifische Phobie mit psychosomatischer Komponente (ICD-11 teils ARFID)	Subtyp bzw. Ausprägung der sozialen Phobie
Körperliche Symptome	Vegetative Angstreaktion und Übelkeit	Dysphagie ohne organische Ursache	Miktionshemmung trotz Harndrang
Primäre Thematik	Ekel und Angst vor Kontrollverlust	Angst vor dem Ersticken	Soziale Bewertung und Scham
Therapiehindernis	Reiz kaum provozierbar; Ekel resistenter	Interdisziplinarität nötig; Somatisierung	Reizkonfrontation durch Scham erschwert
Typische Komorbidität	Zwangsstörung, Agoraphobie, Depression	Somatoforme Störungen, Depression	Depression, Alkoholmissbrauch

Besonders aufschlussreich ist der Hinweis auf die Therapiehindernisse, denn jede der drei Störungen erschwert die Konfrontation auf eigene Weise. Bei der Emetophobie lässt sich der gefürchtete Reiz kaum herbeiführen und der hartnäckige Ekel widersteht der kognitiven Umstrukturierung. Die Phagophobie erzwingt durch ihre Verflechtung mit somatischen Symptomen ein interdisziplinäres Vorgehen. Bei der Paruresis verhindert die Scham oft schon das offene Ansprechen des Problems. Diese Unterschiede bestimmen, wie die Therapie zu gestalten ist.

Nicht das Symptom verursacht die größte Belastung, sondern seine bedrohliche Bewertung und die Hartnäckigkeit der Vermeidung.

6. Behandlungsprinzipien aus der klinisch-psychologischen Praxis

Die folgenden Überlegungen verbinden die dargestellte Evidenz mit der klinischen Erfahrung einer auf Angststörungen spezialisierten Ambulanz. Das übergeordnete Vorgehen folgt dem etablierten Gerüst der kognitiven Verhaltenstherapie (Exploration und Differenzialdiagnostik, Psychoedukation, kognitive und regulative Techniken, graduierte Konfrontation, Rückfallprophylaxe) und bedarf hier keiner Wiederholung. Aufschlussreich ist die Frage, an welchen Stellen die drei Störungsbilder vom Standard abweichen und ein angepasstes Vorgehen verlangen.

Zwei dieser Abweichungen betreffen bereits die vorbereitenden Phasen. Erstens reicht die Psychoedukation bei der Paruresis über reine Wissensvermittlung hinaus. Die Aufklärung über die vegetative Steuerung der Blase entzieht dem vermeintlichen persönlichen Versagen seine Grundlage und ist damit selbst schon eine schambezogene Intervention. Zweitens sind die Entspannungsverfahren gezielt einzusetzen. Bei der Paruresis dient die progressive Muskelrelaxation der Lockerung der Beckenbodenmuskulatur, bei der Phagophobie der Reduktion der Anspannung im Hals-Kiefer-Bereich. Es geht dabei um die gezielte Entkopplung jener Muskelgruppe, die das Symptom mitträgt. Vor der situativ gestuften Exposition steht ein für den Alltagstransfer entscheidender Schritt, nämlich die gezielte Konfrontation mit der Scham. Während entsprechende Untersuchungen für die Emetophobie fehlen, ist für die Paruresis das Einweihen von Angehörigen als Wirkfaktor beschrieben (Soifer, Himle & Walsh, 2010). Die Erwartung an die Reaktion des Umfelds muss aktiv widerlegt werden. Betroffene werden angeleitet, ihre Angst offenzulegen und die gefürchtete Tätigkeit bewusst in der Öffentlichkeit auszuführen. Bei der Paruresis heißt das, Vertrauenspersonen oder eine Gruppe einzuweihen. Bei der Emetophobie reicht es bis zu Verhaltensexperimenten, etwa wenn die behandelnde Person mit der betroffenen Person an einem belebten Ort das Erbrechen vortäuscht, um die meist unspektakuläre Reaktion der Umstehenden erfahrbar zu machen. Erst wenn die Scham ihre lähmende Wirkung verliert, lässt sich die hierarchische Exposition im Alltag verankern.

Die eigentliche Differenzierung zeigt sich jedoch in der Konfrontation, dem Kern jeder Behandlung. Die benannten Therapiehindernisse zwingen zu drei unterschiedlich gebauten Expositionsverfahren (siehe Tabelle 2).

Konzeptuell schließt dieses Vorgehen an die dritte Welle der Verhaltenstherapie an (Hayes, Strosahl & Wilson, 2012). Wo der Versuch, eine halbautonome Körperfunktion zu kontrollieren, das Problem erst erzeugt, liegt das Ziel in der Bereitschaft, Körperempfindungen wie Übelkeit, Engegefühl oder Harndrang zuzulassen, ohne auf sie reagieren zu müssen. Besondere Beachtung verdient die Exposition in virtueller Realität. Die drei Störungsbilder kommen in der S3-Leitlinie nicht vor und kontrollierte Wirksamkeitsstudien zur VR-Exposition fehlen für alle drei. Was vorliegt, ist erste Pilotevidenz. Für die Emetophobie existiert eine app-basierte Einzelfallstudie an sechs Personen, die bei einem Teil der Stichprobe Symptomverbesserungen fand (Wallace, Lacey & Sargisson, 2025). Für die Paruresis liegt lediglich eine explorative Machbarkeitsstudie zu einem VR-Toilettenprototyp vor, die noch keinen Wirksamkeitsnachweis erbringt (Lewis, Paul & Brown, 2018). Der Einsatz folgt damit der allgemeinen Logik der Leitlinie, also einer VR-Exposition, wenn eine Konfrontation in vivo nicht verfügbar oder schwer realisierbar ist (Bandelow et al., 2021). Eine für diese Phobien spezifisch belegte Empfehlung gibt es nicht.

Tab. 2: Störungsspezifische Ausgestaltung der Konfrontation bei Emetophobie, Phagophobie und Paruresis

	Emetophobie	Phagophobie	Paruresis
Modalität und Stufung	in sensu → interozeptiv → Ekelreize → in virtuo → in vivo (riskante Speisen, Bewegung, Nähe zu Erkrankten)	in vivo; Konsistenzhierarchie (püriert → fest)	in vivo: Praxistoilette → zunehmend frequentierte öffentliche Anlagen
Materialien und Hilfsmittel	gestaffeltes Bild- und Videomaterial (ohne → mit Ton), Geruchsreize, VR-Szenario	Konsistenzleiter, ggf. logopädische Begleitung	Begleitung durch Vertrauensperson (Buddy-System), gezielte Flüssigkeitszufuhr, variierte Geräuschkulisse
Typische Fallstricke	Antiemetika und Kontrollrituale als Sicherheitsverhalten	Schlucktraining kippt in Sicherheitsverhalten; Mangelernährung übersehen	Spülung und Kopfhörer als Geräuschtarnung; Vermeidungstrinken bleibt unbearbeitet

Klinisch entfaltet die virtuelle Realität ihren Wert gerade dort, wo sich der gefürchtete Reiz real kaum herstellen lässt, also bei der Emetophobie. In einer eigens entwickelten Umgebung hält sich die betroffene Person in einer Sanitäranlage auf, während eine virtuelle Figur den Raum betritt und sich übergibt. Der Schwierigkeitsgrad lässt sich über Perspektive und Nähe zum Geschehen abstufen. Bei der Paruresis verhält es sich umgekehrt. Die entscheidende Verhaltenskomponente, die Miktion unter realer sozialer Beobachtung, lässt sich virtuell nicht abbilden und geeignete In-vivo-Situationen sind ohnehin überall verfügbar. Die Konfrontation erfolgt daher direkt in vivo. Bei der Phagophobie schließlich ist der Reiz interozeptiv an den Schluckakt gebunden, sodass virtuelle Verfahren naturgemäß nichts beitragen.

Ergänzend zur Einzelbehandlung hat sich ein störungsspezifisches Gruppensetting bewährt, etwa eine monatliche offene Emetophobie-Gruppe oder Paruresis-Gruppe. Sie wirkt der Tabuisierung entgegen und übt, ganz im Sinne des Kontrollparadoxons, gezielt das Abgeben von Kontrolle und den Umgang mit Unsicherheit ein. Das Gruppensetting ist zugleich eine effiziente Form der Schamkonfrontation, weil die Störung im geschützten Austausch gemeinsam normalisiert werden kann.

Drei übergeordnete Prinzipien gelten schließlich für alle drei Störungen: Die motivationale Arbeit ist zentral, weil die Ambivalenz gegenüber der Konfrontation hoch ist und viele Betroffene Expositionsverfahren zunächst ablehnen. Das Therapiebündnis muss aktiv stabil gehalten werden, da die Abbruchgefahr beträchtlich ist. Die durchgängige Scham verlangt schließlich eine konsequent schamsensible Gesprächsführung. Wo das Symptom selbst gegenüber der behandelnden Person verschwiegen wird, entscheidet die Qualität der Beziehung darüber, ob eine Behandlung überhaupt beginnen kann.

7. Fazit

Emetophobie, Phagophobie und Paruresis sind unbekannte Ängste. Ihre Unbekanntheit hat nichts mit Seltenheit oder geringem Leidensdruck zu tun. Sie sind stark tabuisiert, werden häufig fehldiagnostiziert und kaum wissenschaftlich erforscht. Die geringe Sichtbarkeit dieser Störungen sagt nichts über ihre tatsächliche Häufigkeit aus.

Was die drei Störungen verbindet, ist mehr als die zufällige Zusammenstellung dreier kurioser Phobien. Sie betreffen halbautonome Körperfunktionen an der Schwelle willentlicher Kontrolle und illustrieren dasselbe Paradoxon. Damit verschiebt sich auch das therapeutische Ziel. Der Weg aus der Störung liegt in der behutsamen Aufgabe der Kontrolle und im Zulassen von Unsicherheit, Ekel und Körperempfindung.

Für die Praxis ergibt sich daraus ein klares Anforderungsprofil: erstens eine differenzierte Diagnostik, die die Abgrenzung gegenüber organischen Erkrankungen und Essstörungen ernst nimmt. Zweitens eine individualisierte Behandlungsplanung, die den spezifischen Therapiehindernissen Rechnung trägt. Drittens ein Fokus auf die zugrunde liegenden Kontroll- und Schamthemen. Viertens eine Haltung, die diese vermeintlich banalen Ängste so ernst nimmt, wie es ihr Leidensdruck verlangt.

Dass die Forschungslage dünn bleibt, sollte kein Grund zur Resignation sein. Es ist ein Auftrag, diesen unbekannten Ängsten die Aufmerksamkeit zu geben, die ihnen in der Versorgungsrealität längst zukommt.

Literatur

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Bandelow, B. et al. (2021). Deutsche S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen, Version 2 (AWMF-Registernummer 051-028). Verfügbar unter: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/051-028.

Boschen, M. J. (2007). Reconceptualizing emetophobia: A cognitive-behavioral formulation and research agenda. Journal of Anxiety Disorders, 21, 407-419.

Boschen, M. J. (2008). Paruresis (psychogenic inhibition of micturition): Cognitive behavioral formulation and treatment. Depression and Anxiety, 25, 903-912.

Boschen, M. J., Veale, D., Ellison, N. & Reddell, T. (2013). The emetophobia questionnaire (EmetQ-13): Psychometric validation of a measure of specific phobia of vomiting (emetophobia). Journal of Anxiety Disorders, 27, 670-677.

Davidson, A. L., Boyle, C. & Lauchlan, F. (2008). Scared to lose control? General and health locus of control in females with a phobia of vomiting. Journal of Clinical Psychology, 64, 30-39.

Deacon, B. J., Lickel, J. J., Abramowitz, J. S. & McGrath, P. B. (2012). Development and validation of the Shy Bladder Scale. Cognitive Behaviour Therapy, 41, 251-260.

de Lucas-Taracena, M. T. & Montañés-Rada, F. (2006). Fobia a tragar: clínica, diagnóstico y tratamiento. Actas Españolas de Psiquiatría, 34, 309-316.

Evans, I. M. & Pechtel, P. (2011). Phagophobia: Behavioral treatment of a complex case involving fear of fear. Clinical Case Studies, 10(1), 37-52.

Hammelstein, P. & Pietrowsky, R. (2005). Entwicklung und Überprüfung der Paruresis-Skala (PARS). Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 34(3), 215-222.

Hammelstein, P. & Soifer, S. (2006). Is "shy bladder syndrome" (paruresis) correctly classified as social phobia? Journal of Anxiety Disorders, 20, 296-311.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (2012). Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change (2. Aufl.). New York: Guilford Press.

Hunter, P. V. & Antony, M. M. (2009). Cognitive-behavioral treatment of emetophobia: The role of interoceptive exposure. Cognitive and Behavioral Practice, 16, 84-91.

Keyes, A., Gilpin, H. R. & Veale, D. (2018). Phenomenology, epidemiology, co-morbidity and treatment of a specific phobia of vomiting: A systematic review of an understudied disorder. Clinical Psychology Review, 60, 15-31.

Kuoch, K. L. J., Meyer, D., Austin, D. W. & Knowles, S. R. (2017). A systematic review of paruresis: Clinical implications and future directions. Journal of Psychosomatic Research, 98, 122-129.

Lewis, J., Paul, A. & Brown, D. (2018). An exploratory investigation into the potential of mobile virtual reality for the treatment of paruresis – a social anxiety disorder. In Proceedings of the 12th International Conference on Disability, Virtual Reality and Associated Technologies (ICDVRAT), Nottingham.

Lipsitz, J. D., Fyer, A. J., Paterniti, A. & Klein, D. F. (2001). Emetophobia: Preliminary results of an internet survey. Depression and Anxiety, 14, 149-152.

Meule, A., Seufert, L. & Kolar, D. R. (2025). Emetophobia (fear of vomiting): A meta-analysis. Journal of Anxiety Disorders, 114, 103053.

Morschitzky, H. (2009). Angststörungen: Diagnostik, Konzepte, Therapie, Selbsthilfe (4. Aufl.). Wien: Springer.

Riddle-Walker, L., Veale, D., Chapman, C., Ogle, F., Rosko, D., Najmi, S., Walker, L. M., Maceachern, P. & Hicks, T. (2016). Cognitive behaviour therapy for specific phobia of vomiting (Emetophobia): A pilot randomized controlled trial. Journal of Anxiety Disorders, 43, 14-22.

Rijal, R. & Pokhrel, P. (2024). Conquering phagophobia: A journey to overcoming the fear of choking. Case Reports in Psychiatry, 2024, 8827460.

Soifer, S., Himle, J. & Walsh, K. (2010). Paruresis (shy bladder syndrome): A cognitive-behavioral treatment approach. Social Work in Health Care, 49, 494-507.

van Hout, W. J. P. J. & Bouman, T. K. (2012). Clinical features, prevalence and psychiatric complaints in subjects with fear of vomiting. Clinical Psychology & Psychotherapy, 19, 531-539.

Veale, D., Beeson, C. & Papageorgiou, A. (2025). Frequency of and sex distribution in specific phobia subtypes in a treatment-seeking sample. BJPsych Open, 11, e164.

Veale, D., Ellison, N., Boschen, M. J., Costa, A., Whelan, C., Muccio, F. & Henry, K. (2013). Development of an inventory to measure specific phobia of vomiting (emetophobia): The Specific Phobia of Vomiting Inventory (SPOVI). Cognitive Therapy and Research, 37, 595-604.

Veale, D. & Lambrou, C. (2006). The psychopathology of vomit phobia. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 34, 139-150.

Vythilingum, B., Stein, D. J. & Soifer, S. (2002). Is "shy bladder syndrome" a subtype of social anxiety disorder? A survey of people with paruresis. Depression and Anxiety, 16, 84-87.

Wallace, R., Lacey, C. & Sargisson, R. J. (2025). Can a virtual reality exposure therapy app improve symptoms of emetophobia? A single-subject experimental design study. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 89, 102056.

World Health Organization (2022). International classification of diseases (11th rev.). Geneva: WHO.

Autor

Johannes Rother, MSc

arbeitet als Psychologe bei Phobius, einer auf die Behandlung und Diagnostik von Angststörungen spezialisierten klinisch-psychologischen Einrichtung, und leitet dort die Schnittstelle zwischen klinischer Psychologie und digitaler Entwicklung.

Phobius – Zentrum für Angst, Panik & Phobie
Mariahilfer Straße 88a/2/6
A-1070 Wien
+43 1 944 7974
rother@phobius.at