

Michael Stefan Metzner

Mein Köpfchen sagt: »Ich muss erbrechen!«
Mit Achtsamkeit aus der Emetophobie

Zum Autor



Dr. phil. Michael Stefan Metzner wurde 1974 in Rosenheim geboren, studierte Psychologie, Philosophie und Pädagogik an der Ludwig-Maximilians-Universität München mit Promotion zum Thema »Zeiterleben«.

Mehrjährige Tätigkeit als Tutor und Dozent im Bereich »Quantitative Methoden der Psychologie« am Lehrstuhl für Methodenlehre und Psychologische Diagnostik. Approbation als Psychologischer Psychotherapeut, Fachrichtung Kognitive Verhaltenstherapie. Ausbildung zum Biofeedback-Therapeuten bei der Deutschen Gesellschaft für Biofeedback e.V. (DGBfb). Seit 2003 Psychotherapeut in der Schön Klinik Roseneck in Prien am Chiemsee, zunächst auf verschiedenen Stationen für Depression, Angst, Zwang und Schmerz, Tinnitus, Traumafolgeerkrankungen, Borderline und Essstörungen, seit 2010 in der Abteilung Biofeedback. Michael Metzner engagiert sich dort für die Entwicklung und Durchführung achtsamkeitsbasierter Therapiekonzepte. Als Dozent und Supervisor am Schön Klinik Institut für Psychotherapie (SKIP) sowie anderen Ausbildungsstätten ist er Vertreter eines von Humor geprägten Therapiestils. Seit der Jugend gilt sein besonderes Interesse der Lehre und Praxis des Buddhismus. Auf dem Gebiet der Meditation versteht er sich als »ewiger Anfänger«.

Michael Stefan Metzner

Mein Köpfchen sagt: »Ich muss erbrechen!«

Mit Achtsamkeit aus der Emetophobie

Ein Leitfaden für Betroffene und Therapeuten



RHOMBOS

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind abrufbar im Internet: <http://dnb.d-nb.de>

RHOMBOS-VERLAG
Postfach 67 02 17, D-10207 Berlin
www.rhombos.de, verlag@rhombos.de
Verkehrsnummer: 13597

Dr. phil. Michael S. Metzner
Am Roseneck 6
D-83209 Prien am Chiemsee
www.michaelmetzner.de

© 2020 RHOMBOS-VERLAG, Berlin
ISBN 978-3-944101-87-3 (Hardcover-Ausgabe)
© 2022 RHOMBOS-VERLAG, Berlin
ISBN 978-3-949314-03-2 (Softcover-Ausgabe)

Alle in diesem Buch enthaltenen Angaben, Daten und Ergebnisse wurden nach bestem Wissen und Gewissen und unter Berücksichtigung der jeweils aktuellen medizinischen Entwicklungen erstellt und mit größtmöglicher Sorgfalt überprüft. Trotz sorgfältiger Prüfung können Verlag und Autor jedoch für die Aktualität und Vollständigkeit der veröffentlichten Informationen oder für eventuell verbliebene fehlerhafte Angaben und deren Folgen weder eine juristische Verantwortung noch irgendeine Haftung übernehmen. Die zur Verfügung gestellten Informationen dienen rein informativen Zwecken und können nicht die ärztliche Beratung ersetzen. Die Informationen in diesem Buch sollten niemals als alleinige Quelle für gesundheitsbezogene Entscheidungen verwandt werden. Fragen Sie bei gesundheitlichen Beschwerden Ihren Arzt oder Apotheker. Medikamente (Heilkräuter eingeschlossen) sollten niemals ohne Absprache mit einem Arzt oder Apotheker eingenommen werden.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmung und das Speichern und Verarbeiten in elektronischen Systemen.

Umschlaggestaltung: Rhombos-Verlag, Bernhard Reiser, Berlin
Satz: Dr. Michael S. Metzner
Umschlagzeichnung: © Dr. Michael S. Metzner

Druck: PRINT GROUP Sp. z o.o.
Printed in Poland

Gedruckt auf Munken Print White, alterungsbeständig und säurefrei gemäß ISO 9706, mit dem EU Ecolabel ausgezeichnet und FSC™ sowie PEFC zertifiziert.

ISBN 978-3-949314-03-2

Für alle, denen das Bäuchlein zu schaffen macht.

Inhalt

Vorwort	XIII
1 Emetophobie: Die Angst vor dem Erbrechen	1
1.1 Phänomenologie der Emetophobie: Facetten der Angst.....	3
1.2 Diagnostisches: Knapp daneben ist auch vorbei!	11
1.3 Zur Prävalenz: Bin ich die Einzige auf diesem Planeten?.....	22
1.4 Psychometrisches: Wie schlimm ist es bei mir?	24
1.5 Übung: Was würde ich meiner besten Freundin raten?	30
2 Wie die Erkrankung entsteht und aufrechterhalten wird: Verhaltens- und Bedingungsanalyse	33
2.1 Die Verhaltensanalyse nach dem SORKC-Schema.....	34
2.2 Das Problem im Kleinen und im Großen betrachtet: Die Mikro- und die Makroperspektive	40
2.3 Das Störungsmodell der Emetophobie	48
2.4 Ableitung der Behandlungsstrategie	52
2.5 Übung: Das Modell meiner Emetophobie	58
3 Ein Kraut gegen die Emetophobie: Achtsamkeit	62
3.1 Achtsamkeit: Im Hier-und-Jetzt zu Hause sein	62
3.2 Die Vier Grundlagen der Achtsamkeit.....	67

3.3	Achtsamkeit und Meditation	72
3.4	Meditation und Gehirn	77
3.5	Achtsamkeitsbasierte Therapieansätze	85
3.6	Übung: »Formlose« Meditation	96
3.7	Übung: Gehmeditation	100
4	Achtsamer Umgang mit Körperreaktionen: Erlauben, Fokus weiten und tief atmen	103
4.1	Stress und Regeneration	104
4.2	Bauchweh, Übelkeit und Erbrechen: Ein Erklärungsmodell	107
4.3	Biofeedback: Erleben und Sichtbarmachen psychophysiologischer Zusammenhänge	111
4.4	Die Atmung und der Bauch.....	116
4.5	Das Herz in Schwingung bringen: Atemtraining mit Feedback der Herzratenvariabilität (HRV)	122
4.6	Achtung! Nabelschau vermeiden – raus mit der Aufmerksamkeit!	129
4.7	Übung: Tief in den Bauch atmen – die Zwerchfellatmung	130
4.8	Übung: Bodyscan	134
5	Achtsamer Umgang mit Gedanken – Abstand gewinnen: Die kognitive Defusion	140
5.1	Kopfkino: Die kognitive Fusion	141
5.2	Die Sinne, das »Spürmännchen« und die kognitive Defusion	143

5.3	Strategien zur kognitiven Defusion	147
5.4	Imagery Rescripting	154
5.5	Übung: 3-2-1-Übung	157
5.6	Übung: Sitzmeditation	158
6	Achtsamer Umgang mit Gefühlen: Radikale Akzeptanz	162
6.1	Kreative Hoffnungslosigkeit: Was hat bisher gegen die Angst wirklich geholfen?.....	164
6.2	Sauberes und schmutziges Leid.....	167
6.3	Akzeptanz: Freundschaft schließen mit den Gefühlen	169
6.4	Über Gefühle und Bedürfnisse	171
6.5	Übung: Auf Gefühle gerichtete Achtsamkeit	180
6.6	Übung: Primär- und Sekundäremotionen unterscheiden	183
7	Dem Leben eine Richtung geben: Werte	186
7.1	Werte und Ziele: Der Weg ist das Ziel!.....	186
7.2	Engagiertes Handeln: Smarties für alle!	191
7.3	Übung: Der eigene Grabstein	195
7.4	Übung: Was spricht mich an?	198
7.5	Übung: Imagination zum wertorientierten Handeln	199
8	Sich der Angst aussetzen, um sie zu überwinden:	
	Exposition	201
8.1	Achtsamkeit ist »Exposition ans Leben«	202

8.2	Herangehensweisen an die Angst: Systematische Desensibilisierung, Reizüberflutung und graduierte Exposition	204
8.3	Die Angsthierarchie.....	217
8.4	Exposition in vivo	220
8.5	Exposition in sensu: »Horrorfilm schauen«	227
8.6	Sorgentagebuch: Tausend Tode gestorben?	229
8.7	Ist Sport wirklich Mord?.....	231
8.8	Übung: Wie möchte ich ins Schwitzen kommen?	233
8.9	Übung: Achtsame Bewegungen – Yoga	234
8.10	Übung: Dem erbrechenden Kind helfen – Imagery Rescripting.....	238
9	Was hat das Ganze mit mir zu tun?	241
9.1	Über Persönlichkeit, Überlebensregeln, Grundannahmen und Antreiber	241
9.2	Funktionalität: Die positiven Seiten des Problems – oder: Wozu »Emi« gut war	245
9.3	Wer oder was bin ich?	250
9.4	Übung: Meine Antreiber	253
9.5	Übung: Abschiedsbrief an »Emi«	254
9.6	Übung: Alles auf Reset	256
10	Und wie geht es weiter? Maintenance und Rückfallprophylaxe	258
10.1	Dranbleiben!	258

10.2	Orientiert bleiben: Bin ich in dieser Therapie richtig?	260
10.3	Wach bleiben!	263
10.4	Locker bleiben! Umgang mit »Vorfällen«	264
10.5	Übung: Der »Zukunftsblick« – mein Leben in fünf Jahren	266
10.6	Übung: »Bewältigungsfilme« – Imagination von Coping-Verhalten	267
10.7	Übung: Verliebt ins Leben – Hier-und-Jetzt!	269
11	Kontakte, Buchempfehlungen und Apps für Betroffene	270
11.1	Kontakte	270
11.2	Buchempfehlungen.....	271
11.3	Apps.....	271
12	Literatur	273
	Stichwortverzeichnis	288

Vorwort

Stellen Sie sich einmal vor, Sie säßen bei *Wer wird Millionär* auf dem heißen Stuhl und Günther Jauch stellte Ihnen folgende Frage:

Wie nennt man in der Fachsprache die krankhafte Angst vor dem Erbrechen?¹

A: Enetophobie

B: Enophobie

C: Emetophobie

D: Erythrophobie

Die allermeisten Menschen müssten an dieser Stelle passen oder den Telefonjoker anrufen. Sogar die Mehrheit der Betroffenen weiß lange Zeit nicht, dass ihr Problem einen Namen hat und gut zu behandeln ist. Möglicherweise ist das einer der Gründe, warum sich viele der an Emetophobie Erkrankten (über 83% sind weiblich) lange Zeit ohne angemessene Therapie durchquälen, obwohl ihr Leidensdruck extrem hoch ist. Immerhin betrifft die Krankheit viele verschiedene Lebensbereiche, die nicht leicht zu vermeiden sind (z.B. gewöhnliche Infekte) bzw. für viele Menschen eine Quelle von Genuss und Lebensqualität darstellen: Essen, Feiern, Reisen und das Eingehen von Schwangerschaften zur Gründung einer Familie. Darum sind einer Umfrage zufolge viele Therapeuten im Essstörungenbereich der Meinung, dass die krankhafte Angst vor dem Erbrechen mehr Aufmerksamkeit in Forschung und Therapie verdiene (Vandereycken, 2011). Wäre das Krankheitsbild bekannter,

¹ A: Enetophobie = Angst vor Nadeln, B: Enophobie = Angst vor Wein, C: Emetophobie = Angst vor dem Erbrechen, D: Erythrophobie = Angst vor dem Erröten.

erhielten Betroffene schneller die korrekte Diagnose und könnten mit einer wirksamen Therapie beginnen, die ihr Leben wieder lebenswert macht.

Dieses Buch soll hierzu einen kleinen Beitrag leisten. Es soll zunächst diejenigen, die selbst unter der klinischen Erbrechenangst leiden, über ihre Erkrankung aufklären: über die verschiedenen Ausprägungen und Facetten der Symptomatik, Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu anderen Angststörungen, ihre Verbreitung in der Gesamtbevölkerung bis hin zu den Bedingungen ihrer Entstehung und Aufrechterhaltung. Ferner möchte es Betroffene zu einer Psychotherapie ermutigen, egal ob sie in dieser Hinsicht noch völlig unbeleckt sind oder vielleicht schon enttäuschende Erfahrungen gemacht haben.

Dazu werden die bisher gewonnenen wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Behandlung der Emetophobie, wie sie in der Fachliteratur beschrieben sind, gemeinsam mit den Erfahrungen des Autors als ein therapeutisches Gesamtkonzept vorgestellt, das sich an der kognitiven Verhaltenstherapie in ihrer aktuellen Form orientiert. Diese verbindet ganz praktische, übende Elemente zur Symptombewältigung mit der Bearbeitung wichtiger Hintergrundthemen (z.B. Einstellungen, Persönlichkeitszüge etc.), die aus der Lebensgeschichte des einzelnen Menschen entstanden sind. Und sie betont eine innere Haltung von Achtsamkeit, wie sie in den spirituellen Traditionen seit jeher vermittelt und in diversen Formen der Meditation geübt wird.

Die Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) ist ein zeitgemäßer psychotherapeutischer Ansatz, der seelisches Wohlergehen mit der Ausrichtung auf persönliche Werte in Verbindung bringt und Achtsamkeit als diejenige Geisteshaltung nahelegt, die ein Ausbrechen aus dem Gefängnis einschränkender Gedanken ermöglicht. Das hier beschriebene

Konzept zur Behandlung der Emetophobie ist in der Sprache dieses Ansatzes abgefasst, wobei im Zusammenhang mit der Meditation auf ältere Quellen zurückgegriffen wird, die diesbezüglich eine höhere Autorität besitzen. Ferner fließen Methoden einer faszinierenden Therapieform ein, die sich »Biofeedback« nennt und vor allem auf die Linderung körperlicher Beschwerden abzielt, unter denen viele Betroffene leiden (z.B. Bauchschmerzen, Übelkeit). Insofern ist dieses Buch auch als Leitfaden und Anregung für Therapeuten gedacht, die bisher noch keine Erfahrung in der Behandlung von Menschen mit ausgeprägter Angst vor dem Erbrechen haben und sich in dieser Richtung informieren möchten. Für Betroffene dient es als Orientierung im Verlauf einer Therapie, als ermutigendes »Mitlese- und Arbeitsbuch«, das mit vielen praktischen Übungen vor allem zur Praxis der Achtsamkeit einlädt. Und als ein Angebot zur Selbsthilfe, falls sich die Ängste noch in einem annehmbaren Rahmen halten.

Sich mit den eigenen Ängsten auseinanderzusetzen, löst oft schon Angst aus. So wird denjenigen Lesern, die selbst unter einer Emetophobie leiden, spätestens bei Themen wie »Konfrontation« mulmig werden. In der Panik ist man nicht mehr aufnahmefähig und die Freude am Lesen ist sowieso dahin. Um den Gruselfaktor im Verlauf der Lektüre auf einem erträglichen Maß zu halten, ist der Text deshalb an vielen Stellen unterbrochen von kleinen Witzen, die den Leser hoffentlich ebenso zum Schmunzeln bringen werden wie den Autor. Und ein Lächeln lässt uns emotional so viel Distanz gewinnen, dass wir in eine spielerische Geisteshaltung kommen – die optimale Haltung zum Lernen und damit auch für eine Psychotherapie. Kinder erobern die ganze Welt im Spiel, ohne jede Anstrengung. Nehmen wir uns ein Vorbild an ihnen!

Michael S. Metzner

1 Emetophobie: Die Angst vor dem Erbrechen

Eine Giraffe und ein Häschen unterhalten sich.

Sagt die Giraffe: »Häschen, wenn du nur wüsstest, wie schön das ist, einen langen Hals zu haben. Das ist sooo toll! Jedes leckere Blatt, das ich esse, wandert langsam meinen langen Hals hinunter und ich genieße diese Köstlichkeit sooo lange.«

Das Häschen guckt die Giraffe ausdruckslos an.

Die Giraffe weiter: »Und erst im Sommer, Häschen, ich sag dir, das kühle Wasser ist so köstlich erfrischend, wenn es langsam meinen langen Hals hinuntergleitet. Das ist sooo schön, einfach toll, einen so langen Hals zu haben. Häschen, kannst du dir das vorstellen!?«

Darauf das Häschen: »Schon mal gekotzt?«

Übelkeit und Erbrechen gehören eindeutig zu den Erfahrungen, auf die die meisten Menschen gut verzichten könnten. Bereits als Kind machen wir Bekanntschaft mit ihnen – wenn uns ein Magen-Darm-Infekt erwischt hat oder wenn wir viel zu lange Autofahrten auf kurvigen Straßen mit den Eltern erdulden mussten. Als Jugendliche werden manche schon zu echten Experten auf dem Gebiet des Erbrechens. Besonders nach wilden Partys mit ausreichend Alkohol. Hat man sich das Essen nochmals durch den Kopf gehen lassen, geht es einem in aller Regel wieder besser. Darum schreckt die Vorstellung, sich übergeben zu müssen, den Großteil der Besucher eines Volksfestes auch weder vor Bierzelten noch vor Karussells dauerhaft ab. Der Spaß überwiegt einfach. Tatsächlich gibt es Enthusiasten, die für ein paar Momente in Schwerelosigkeit sogar schlappe 6000 Euro zahlen. Dazu lässt man sich mit speziellen Flugzeugen, wie sie die NASA verwendet (»Vomit Comet« oder Kotzkomet), im

Parabelflug durch die Luft katapultieren, um sich anschließend die Seele aus dem Leib zu kotzen. Andere erklären sich zu solch einem Abenteuer im Dienst der Wissenschaft bereit, die dem Phänomen von Übelkeit und Erbrechen unter anderem durch die gezielte Beeinflussung des Gleichgewichtssinnes auf die Spur zu kommen versucht. So fand im Jahr 2015 die zweite internationale Konferenz zur *Biologie und Kontrolle von Übelkeit und Erbrechen* in Pittsburgh (USA) statt (Horn & Yates, 2017), auf der sich Wissenschaftler aus aller Welt über die körperlichen Grundlagen von Übelkeit und Erbrechen austauschten. Ferner wurde erörtert, wie man Leuten helfen kann, die davon besonders hart betroffen sind: entweder infolge der Narkose nach Operationen oder als Nebenwirkung einer Chemotherapie, Patienten, die unter dem Syndrom des »zyklischen (d.h. anfallsartig wiederkehrenden) Erbrechens« (engl. cyclic vomiting syndrome, CVS) leiden, oder Schwangere mit Hyperemesis gravidarum, dem extremen, »unstillbaren« Schwangerschaftserbrechen.

Für einige Menschen ist das Erbrechen ein ganz besonderer Gräuel. Allerdings nicht, weil sie es besonders oft oder schmerzlich erleiden würden, sondern weil bereits die Vorstellung, sich übergeben zu müssen, ihnen schrecklicher erscheint als der eigene Tod. Diese Personen leiden unter einer extrem ausgeprägten, krankhaften Angst vor dem Erbrechen: einer Emetophobie. Das Wort leitet sich übrigens aus dem Griechischen ab von *emesis*, dem Erbrechen. Und Phobie kommt von *phóbos*. Das ist Altgriechisch und bedeutet so viel wie »Furcht« oder »Schrecken«.

Häufig beginnt die Erkrankung bereits im Kindesalter. Mehrere Studien kamen auf ein vergleichbares Durchschnittsalter, das im zehnten Lebensjahr angesiedelt ist (Höller, van Overveld, Jutglar & Trinka, 2013; Lipsitz, Fyer, Paterniti & Klein, 2001; Veale & Lambrou, 2006). Dabei scheinen Erinnerungen an

besonders negative Ereignisse im Zusammenhang mit eigenem oder beobachtetem Erbrechen in vielen, wenngleich nicht allen Fällen für die Entwicklung einer Emetophobie relevant zu sein (Lipsitz et al., 2001; Veale, Murphy, Ellison, Kanakam & Costa, 2013). Menschen, die sich schnell ekeln, sind wahrscheinlich eher gefährdet als solche mit einer höheren Ekeltoleranz (Overveld, de Jong, Peters, Hout & Bouman, 2008; Verwoerd, van Hout & de Jong, 2016). Ohne adäquate Behandlung bleiben die Ängste meist über viele Jahre bestehen und können chronifizieren. Interessanterweise legen die Daten nahe, dass an Emetophobie erkrankte Personen nicht öfter erbrechen als andere (Wu, Rudy, Arnold & Storch, 2015).

1.1 Phänomenologie der Emetophobie: Facetten der Angst

Den bei weitem besten Überblick über den aktuellen Forschungsstand zur Angst vor dem Erbrechen mit all ihren verschiedenen Facetten und Erscheinungsformen sowie zu den wichtigsten Ergebnissen der Therapieforschung vermitteln das inzwischen in dritter Auflage erschienene Buch von Yvonne Höller (2018) sowie ein sehr umfassender Überblicksartikel von Alexandra Keyes und Kollegen (Keyes, Gilpin & Veale, 2018).

Emetophobiker fürchten das Erbrechen. Aber macht es ihnen mehr aus, sich selbst zu übergeben, oder haben sie größere Angst davor, jemand anderen dabei beobachten zu müssen? Und ist es schlimmer, in der Öffentlichkeit zu erbrechen oder im privaten Rahmen? Natürlich kann man diese Fragen nicht pauschal beantworten, weil jeder Mensch anders fühlt. Aber die Ergebnisse mehrerer Studien zeigen in der Zusammenfassung, dass sich 47,3% der Befragten ausschließlich vor dem eigenen

Erbrechen fürchteten, wohingegen 12,7% angaben, sich nur zu ängstigen, dass andere in ihrer Nähe erbrechen könnten. Und 35,5% fanden beides gleich verlockend (Keyes et al., 2018). Ob diejenigen mit der Angst vor fremdem Erbrechen vielleicht unbewusst die Möglichkeit einer Ansteckung befürchteten mit der Folge, sich selbst übergeben zu müssen, ist ungewiss. Was den »Ort des Schreckens« anbelangt, so liegt der Anteil derer, denen lediglich das Erbrechen in der Öffentlichkeit zu schaffen macht, bei 47,9%. Nur 3% der Betroffenen fanden das Erbrechen ausschließlich im privaten Ambiente beängstigend. Gleiche Angst vor beidem gaben über mehrere Stichproben hinweg gemittelt 55,6% an (Keyes et al., 2018). Dem aufmerksamen Leser wird womöglich aufgefallen sein, dass die angegebenen Prozentwerte zusammengerechnet nicht hundert Prozent ergeben. Das liegt an der (gewichteten) Mittelung der gefundenen Anteile über die einbezogenen Untersuchungen hinweg.

Was genau das Schlimmste am Erbrechen ist, können viele Menschen mit Emetophobie gar nicht im Einzelnen benennen. Besonders abschreckend scheint das Würgen zu sein, das von 83,8% aller Befragten aus drei Studien angegeben wurde (Keyes et al., 2018). Etwas dahinter rangieren der Anblick (72,3%) des Erbrochenen, das Geräusch beim Brechen (71,5%) und der Geruch (66,1%). Etwa die Hälfte (50,5%) der Teilnehmer aller einbezogenen Studien gab die Befürchtung an, krank zu werden – vielleicht weil eine Erkrankung bedeuten könnte, wiederholt zu erbrechen. Die Angst zu ersticken (37,3%) und der Ekel vor sich selbst (33,6%) wurde als befürchtete Konsequenz des Erbrechens geringfügig häufiger genannt als Herzinfarkt (30,4%) und Panik (29,4%). Und der Kontrollverlust war immerhin für knapp ein Fünftel (19,1%) der befragten Teilnehmer ein besonders abschreckender Aspekt des Erbrechens. Irgendwie erstaunlich ist die Tatsache, dass sich nur 4,8% vor dem Geschmack des

Erbrochenen am meisten fürchteten. Dazu ein kleiner Scherz am Rande:

»Mami, Mami, im Brei sind Klümpchen.«

»Ja, meinst du, ich kotz' wegen dir durchs Sieb?«

Auf kognitiver, also gedanklicher Ebene werden Betroffene regelmäßig von einem fiesem Kopfkino geplagt. Dabei handelt es sich um sehr lebhaft Gedankens, die sich als sogenannte »Intrusionen« ins Bewusstsein drängen. Teilweise sind diese mentalen Szenen bzw. Erinnerungsbilder äußerst plastisch und umfassen mehrere Sinnesmodalitäten, wie Sehen, Hören, Riechen, Schmecken und Fühlen, und werden beinahe so real erlebt, als würden sie sich hier und jetzt ereignen. Man spricht dann von »Flashbacks«. In einer Studie von Price, Veale und Brewin (2012) gaben 81% der Teilnehmer an, unter solchen intrusiven Gedanken im Zusammenhang mit ihrer Angst zu leiden. Dabei handelte es sich in 52% der Fälle um negative Erinnerungen aus dem Erwachsenenalter, z.B. besonders dramatische oder schambesetzte Erfahrungen mit dem Erbrechen. Bei 31% waren es erinnerte Szenen aus der Kindheit – eine Ohnmacht beim Erbrechen in der Dusche oder eine Krankenhauseinlieferung. Und 17% malten sich mögliche zukünftige Horrorszenarien über das Erbrechen aus, sogenannte »Flashforwards«, etwa für Ewigkeiten strahlweise zu kotzen. Tatsächlich wurde in dieser Studie auch ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem Ausprägungsgrad der Emetophobie – gemessen über einen standardisierten Fragebogen (siehe Abschnitt 1.4) – und dem Umfang solcher intrusiven Bilder nachgewiesen.

In puncto Intrusionen könnte man eine Parallele zur Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) ziehen. Diese Angsterkrankung tritt bei manchen Personen als Folge einer Traumatisierung auf – seien es Erfahrungen von (sexueller) Gewalt,

Naturkatastrophen oder einem Zugunglück. Ein Kernsymptom stellt das Wiedererleben des Traumas dar, nicht selten in Form von Flashbacks. Die sinnesnahe Form der Erinnerungen wird in diesem Zusammenhang mit der Art des Trauma-Gedächtnisses erklärt: Dieses speichert die erlebten Inhalte bei überwältigenden Erfahrungen von Bedrohung in einer sprachlich wenig ausgearbeiteten Rohform, ohne sie in die hierarchische Struktur des autobiographischen Gedächtnisses einzuordnen. Somit ist der bewusste, sprachliche Abruf erschwert, die Erinnerungen weisen kein klares Davor und Danach auf (»Hier-und-Jetzt«-Qualität) und werden durch passende Hinweisreize – sog. »Trigger« – leicht wachgerufen (Ehlers, 1999, S. 15–18). Ob besonders unangenehme Erfahrungen mit dem Erbrechen bei Menschen mit Emetophobie auf ähnliche Weise traumatisch verarbeitet wurden, bleibt zu spekulieren. In jedem Fall erklärt es die heftige Angstreaktion bei einer tatsächlichen oder möglichen Konfrontation mit gefürchteten Situationen.

Typisch für die krankhafte Angst vor dem Erbrechen ist auch eine starke Fokussierung der Aufmerksamkeit auf Körperempfindungen, insbesondere solche, die mit Übelkeit oder Anzeichen von etwaigem Kranksein in Verbindung stehen. Darin sind große Ähnlichkeiten zur Panikstörung und zur Hypochondrie zu sehen, wie wir im nächsten Abschnitt sehen werden. Während sich bei letztgenannten alles um Gesundheit und Krankheit des Herzens bzw. des gesamten Körpers und seiner Funktionen dreht, ist es für Menschen mit Emetophobie vor allem der Bauch, der in besonderen Augenschein genommen wird. Gedanklich machen sich die Betroffenen viele Sorgen um das eigene Erkranken oder das von Angehörigen und investieren viel Kraft und Mühe, dies zu verhindern (Boschen, 2007; Veale, 2009). Nicht selten sind die Einstellungen gegenüber den eigenen Sorgen ähnlich ungünstig wie das bei Personen der Fall ist,

die unter einer Generalisierten Angststörung (GAS) leiden. Auch sie machen sich ständig Sorgen zu vielen verschiedenen Lebensbereichen und versäumen es damit, tatsächlich gut für sich zu sorgen. Schließlich kann man ja nicht einfach so unbedacht und sorglos durchs Leben gehen, oder?

Auf emotionaler Ebene spielt neben der Angst vor allem Ekel eine zentrale Rolle im Erscheinungsbild der Emetophobie. Overveld und Kollegen (Overveld et al., 2008) unterscheiden zwischen einer generellen Ekelneigung, also der Häufigkeit, mit der Ekel empfunden wird, und der Ekelempfindlichkeit (Ekelsensitivität), die sich darin widerspiegelt, wie negativ eine Person die Erfahrung von Ekel bewertet. In ihrer Untersuchung zeigte sich beides in der Gruppe der Emetophobie-Geplagten erhöht. Ekel wie auch Angst haben wiederum eine Auswirkung darauf, wie wir Situationen beurteilen. Man bezeichnet dieses Phänomen als emotionales Schlussfolgern bzw. emotionale Beweisführung. Quält uns ein flaues Gefühl im Magen nach dem Essen an einer ekligen, heruntergekommenen Imbissbude im Urlaub, gehen wir wahrscheinlich schneller von einer Lebensmittelvergiftung aus als nach dem Genuss eines leckeren Tiramisus bei Freunden. Die unbewusste Logik lautet: Weil ich Angst habe, bin ich in Gefahr. Oder: Weil ich mich ekele, drohe ich krank zu werden. Damit übereinstimmend überschätzten in einer Studie insbesondere diejenigen Teilnehmer mit hoher Angst vor dem Erbrechen, ausgehend von ihrem Ekel und ihrer Angst, die Gefahr, krank zu werden (Verwoerd et al., 2016).

Bei panischer Angst kommt es zu heftigen Körperreaktionen, die auch für die Abgrenzung einer diagnostizierbaren Angsterkrankung im Gegensatz zu weniger ausgeprägten, alltäglichen Ängsten zwingend erforderlich sind, wie wir später noch sehen werden. Neben vegetativen Symptomen wie Herzklopfen, Schwitzen oder Zittern sind das etwa Atembeschwerden,

Beklemmungsgefühle, Übelkeit, Schwindel, Benommenheit oder ein Gefühl von Unwirklichkeit. An Emetophobie erkrankte Personen scheinen auf Angstreize besonders intensiv mit gastrointestinalen, d.h. den Magen und Darm betreffenden Symptomen zu reagieren: mit Übelkeit, Bauchschmerzen, »Schmetterlingen« im Bauch oder Veränderungen der Verdauung (Boschen, 2007). Die Übelkeit scheint dabei eine ganz zentrale Rolle zu spielen, da sie im Katastrophendenken als »unmittelbarer Vorbote des Erbrechens« interpretiert wird und damit selbst als Auslöser von Angst fungiert (Veale & Lambrou, 2006).

Im Verhalten zeigt sich eine Emetophobie durch Sicherheits- und Vermeidungsverhalten. Vermieden werden möglichst alle Situationen, die Angst auslösen. Und unter Sicherheitsverhalten versteht man Verhaltensweisen, die entweder dem Zweck dienen, die Bedrohlichkeit von Situationen, denen man nicht ausweichen kann, zu minimieren, oder aber erwartete Konsequenzen – letztlich das Erbrechen – abzuwenden.

In der bereits erwähnten Überblicksarbeit von Keyes et al. (2018) werden unter Einbezug von sechs Studien folgende Formen von Sicherheitsverhalten berichtet: Überprüfen des Mindesthaltbarkeitsdatums von Lebensmitteln (64,9%), exzessives Händewaschen (42,1%), Überprüfen des eigenen Gesundheitszustandes (16%) oder das von anderen Personen (80,8%), Vermeiden oder Aufschieben einer Schwangerschaft (44,9%) bzw. Schwangerschaftsabbruch (5,3%), Vermeiden von Narkosen oder Operationen (34%), Verkochen von Lebensmitteln (62,4%), Ausüben von Essensritualen (40,3%), Rückversicherung durch sich selbst (52,7%) oder bei einer anderen Person suchen (30%).

Das Vermeidungsverhalten umfasst eine ebenso breite Palette von Lebensbereichen. Vier Untersuchungen belegten die Vermeidung von Menschen, die sich übergeben könnten, wie etwa Kranke (80,8%) und Betrunkene (85,9%), von fremden

Ländern (71,1%), Alkohol (65,6%), Lebensmitteln (84,6%), illegalen Substanzen (92,3%), Schifffahrten (89,3%), Flugreisen (68,7%) oder öffentlichen Verkehrsmitteln (64,4%) (Keyes et al., 2018). Drei Studien berichten speziell über Vermeidung in Bezug auf das Essverhalten: An Emetophobie Erkrankte vermeiden das Essen an Salatbars oder Buffets (63,1%) und in Restaurants (54,1%) oder den Besuch von Lokalen (55,7%). Vermieden werden außerdem kritische Nahrungsmittel wie ausländische Speisen (32,1%), Schalentiere (65,7%), Fleisch (45,6%), Fisch (14,4%), Milchprodukte (17,6%) und Eier (22,3%) (Keyes et al., 2018).

Wie man sieht, dreht sich ein Großteil des Vermeidungsverhaltens um das Thema Ernährung. Veale (2009, S. 278) unterscheidet dabei drei verschiedene Arten der Einschränkung des Essverhaltens:

1. Die im Magen ankommende Essensmenge wird eingeschränkt, damit im Fall des Falles weniger hochkommen würde. Oder man hat bereits bei kleineren Mengen den Eindruck »voll« zu sein, weil mehr zu essen die subjektive Gefahr zu erbrechen mit sich brächte.
2. Essen in bestimmten Situationen wird vermieden – wenn Gerichte etwa von einer anderen Person zubereitet wurden, ferner die Einnahme von Mahlzeiten in nicht vertrauten Restaurants.
3. Bestimmte Arten von Nahrungsmitteln werden vermieden, da sie ein etwas höheres Risiko für Übelkeit und Erbrechen mit sich bringen könnten, so z.B. Meeresfrüchte, Geflügel-Curry, Milchprodukte und frittiertes Fast Food, oder weil man sich nach deren Verzehr (aus welchen Gründen auch immer) schon einmal übergeben hatte. Sie kommen dann auf eine Art interne »Blacklist«. Daneben gibt es eine sehr eingeschränkte Auswahl an Nah-

ungsmitteln, die als sicher gelten und auf die »Whitelist« kommen.

Die Nahrungseinschränkung führt nicht selten ins Untergewicht – mit allen damit verbundenen Konsequenzen. Einige davon mögen verstärkend wirken, wie die Dämpfung von Angst, andere wiederum äußerst verstörend, so z.B. zunehmende Übelkeit durch einen leeren Magen.

Das gesamte Spektrum an Symptomen hat für viele Personen, die unter einer Emetophobie leiden, massive Einschränkungen in verschiedenen Lebensbereichen und damit einen erheblichen Verlust an Lebensqualität zur Folge. Auch dazu gibt der Review von Keyes et al. (2018) die Ergebnisse zweier Untersuchungen wieder. So führt die Erkrankung zur Beeinträchtigung des Soziallebens, wenn Betroffene beispielsweise den Besuch von Feierlichkeiten vermeiden, auf denen Alkohol getrunken wird (62%). Ausbildung und Beruf leiden, wenn der Unterricht geschwänzt wird (9%) oder der Arbeitsplatz häufig verlassen werden muss (19,6%). Ferner wird die Freizeit beeinträchtigt durch Probleme zu reisen bzw. fremde Orte zu besuchen (70%) sowie das Ehe- und Familienleben, weil Schwangerschaften hinausgezögert bzw. gänzlich vermieden werden. Auch mag die Angst den einen oder anderen davon abhalten, in Abwesenheit des Partners die alleinige Verantwortung für kleine Kinder zu übernehmen (34%) – die ja bekanntlich öfter mal spucken.

Angesichts der Tatsache, wie belastend und einschränkend eine Emetophobie sein kann, ist es tragisch, wie wenig beachtet und erforscht dieses Krankheitsbild ist und wie oft es nicht richtig erkannt wird.

1.2 Diagnostisches: Knapp daneben ist auch vorbei!

Die Bestimmung einer körperlichen oder psychischen Krankheit ist Grundlage für die Wahl der richtigen, d.h. erfolgversprechenden Behandlung. In der Medizin lautet die magische Formel entsprechend: Diagnose, Indikation, Therapie. So sind bei einem Durchfall, der von einer bakteriellen Infektion verursacht wurde, andere Maßnahmen erforderlich als bei einem Durchfall infolge sportlicher Überlastung. Im ersten Fall benötige ich vielleicht ein Antibiotikum, im zweiten Fall ein elektrolytreiches Getränk. Aber wie bestimmt man bei psychischen Problemen, ob es sich überhaupt um eine behandlungsbedürftige Krankheit handelt, und wenn ja, um welche? Viele Menschen haben noch immer das Bild des Psychotherapeuten im Kopf, der dem Patienten tief in die Augen und damit ins Innerste der Seele schaut und dann kraft seiner Weisheit erkennt, worunter dieser Mensch leidet und was er braucht, um wieder gesund und glücklich zu werden. Dem ist leider (oder Gott sei Dank) nicht so!

»Es ist nicht nötig, dass ich komme«, antwortet der Arzt dem besorgten Anrufer, »Ihr Vater bildet sich nur ein, dass er krank ist.«

Am nächsten Tag erkundigt sich der Arzt, ob seine Diagnose richtig war: »Wie geht es Ihrem Vater jetzt?«

»Eindeutig schlechter. Jetzt bildet er sich ein, er sei tot!«

Psychologische Diagnostik orientiert sich ganz genauso wie medizinische Diagnostik an klaren und objektiven Kriterien, die für das Vorliegen der einen oder anderen Erkrankung sprechen. Ausgeführt werden diese in weltweit anerkannten Diagnose-Handbüchern: dem »Diagnostischen und statistischen Manual

psychischer Störungen« (engl. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (APA) in seiner mittlerweile fünften Fassung (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013) und der »Internationalen Klassifikation der Krankheiten« (engl. International Classification of Diseases), herausgegeben von der Weltgesundheitsorganisation (WHO), aktuell in Ausgabe zehn (ICD-10) (Weltgesundheitsorganisation, 2000).

Während das DSM ausschließlich psychische Störungen klassifiziert, enthält das ICD sämtliche medizinischen Erkrankungen. Die psychischen Störungen werden darin in Kapitel V (F) aufgeführt. Im ICD wird außerdem für jede Störung eine Kodierung angegeben. Sie ist Voraussetzung für die Übernahme der ärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlungskosten durch die Krankenkassen. Das DSM hat zwar sein eigenes Verschlüsselungssystem, aber jeder Diagnose nach DSM kann ein ICD-Code zugeordnet werden. Für wissenschaftliche Untersuchungen wird gerne das DSM zurate gezogen, weil die darin aufgelisteten Kriterien noch etwas präziser und konkreter sind als die im ICD-10 beschriebenen. Für das ICD-10 gibt es jedoch entsprechende Forschungskriterien, die in etwa den gleichen Ansprüchen genügen.

Diese umfangreichen Werke lesen sich ähnlich wie Kochbücher – da gibt es für jede Krankheit Zutaten, also Symptome, die zwingend vorliegen müssen, und solche, von denen das eine oder andere dabei sein sollte. Meistens wird noch die Backzeit angegeben – die erforderliche Dauer der Symptomatik, um überhaupt von einer richtigen Erkrankung zu sprechen bzw. um die eine von der anderen Störung abzugrenzen. Ferner wird darauf hingewiesen, dass das Problem dann als krankhaft anzusehen ist, wenn es zu einer massiven Einschränkung im beruflichen, schulischen, privaten oder sozialen Bereich führt. Schließlich

stellt ein sogenannter »Ausschlussvorbehalt« sicher, dass die beschriebenen Symptome nicht etwa durch eine andere Störung besser zu erklären sind. Fertig ist die Diagnose!

Die Emetophobie versteckt sich im ICD-10 in Sektion F4 bei den »Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen«, genauer gesagt unter F40.2 – das sind die spezifischen (isolierten) Phobien. In der bereits verabschiedeten und 2019 zur Einführung in Deutschland anstehenden Revision 11 des selbigen Diagnostikums wird ihr »Codename« 6B03 lauten (World Health Organization, 2018). Spezifische Phobien sind panikartige Ängste, die auf eng umschriebene Situationen oder Objekte begrenzt sind, in unserem Fall eben das Erbrechen. Für die phobische Angst vor Spinnen, Höhe oder geschlossenen Räumen würden demnach – bis auf das gefürchtete Objekt bzw. die ängstigende Situation – die gleichen Kriterien gelten. Bezogen auf die Angst vor dem Erbrechen können diese folgendermaßen ausformuliert werden:

**F40.298 Spezifische (isolierte) Phobie, anderer Typus:
Emetophobie**

- A. Die Betroffenen erleben entweder:
1. deutliche Furcht vor dem Erbrechen oder
 2. vermeiden Situationen, in denen sie selbst oder andere Personen erbrechen könnten.

Die Ängste treten nicht in im Rahmen einer Agoraphobie (F40.0) oder einer sozialen Phobie (F40.1) auf.

- B. Wenigstens einmal seit Bestehen der Störung (mindestens 6 Monate nach DSM-5) müssen in den gefürchteten Situationen mindestens zwei der folgenden Angstsymptome (davon ein Symptom aus 1–4) gleichzeitig vorhanden gewesen sein:

Vegetative Symptome:

1. Herzstolpern, Herzklopfen oder erhöhte Herzfrequenz
2. Schweißausbrüche
3. fein- oder grobschlägiges Muskelzittern
4. Mundtrockenheit (nicht als Folge von Medikamenten oder aufgrund von Flüssigkeitsverlust).

Symptome in Brustkorb oder Bauch:

5. Atembeschwerden
6. Beklemmungsgefühl
7. Schmerzen oder Missempfindungen des Brustkorbs
8. Übelkeit oder Missempfindungen im Bauch (z.B. Unruhegefühl im Magen).

Psychische Symptome:

9. Gefühl von Schwindel, Unsicherheit, Schwäche oder Benommenheit
10. Gefühl, die Objekte sind unwirklich (Derealisation) oder man selbst ist weit entfernt oder »nicht wirklich hier« (Depersonalisation)
11. Angst vor Kontrollverlust, verrückt zu werden oder »auszuflippen«
12. Angst zu sterben.

Allgemeine Symptome:

13. Hitzewallungen oder Kälteschauer
 14. Gefühllosigkeit oder Kribbelgefühle.
- C. Deutliche emotionale Belastung durch die Symptome oder das Vermeidungsverhalten; Einsicht, dass diese übertrieben und unvernünftig sind (nach DSM-5 nicht erforderlich!).

- D. Die Symptome sind auf die gefürchteten Situationen oder Gedanken an diese beschränkt. (modifiziert aus Weltgesundheitsorganisation, 2000, S. 113–116)

Die spezifische Phobie vor dem Erbrechen – in der englischsprachigen Literatur oft als »SPOV« bezeichnet (specific phobia of vomiting) – wird auch im professionellen Behandlungskontext nicht immer richtig erkannt, weil sie zahlreiche Überschneidungen mit anderen, vielleicht prominenteren Störungsbildern aufweist, die schlichtweg besser bekannt und darum auch umfangreicher beforscht sind. Ihr Außenseiterstatus mag unter anderem daher rühren, dass sie in den gängigen Diagnosemanualen bei den spezifischen Phobien in der gemischten Restkategorie der »anderen Typen«, sozusagen unter ferner liefen eingeordnet wurde (Boschen, 2007). Um eine sichere Differentialdiagnose, d.h. die Abgrenzung zu anderen Diagnosen zu gewährleisten, sollte man sowohl die Gemeinsamkeiten mit als auch Unterschiede zu ihren engsten »Verwandten« (Höller, 2018, S. 57–66; vgl. Veale, 2009, S. 274f.) kennen.

Personen, die unter einer hypochondrischen Störung oder Hypochondrie (F45.2) leiden, haben ganz erhebliche Krankheitsängste. Sie machen sich ständig Sorgen darüber, an einer schweren Erkrankung zu leiden und konsultieren regelmäßig ihren Arzt für eine medizinische Abklärung des vermeintlichen Gesundheitsproblems. Eine Entwarnung ärztlicherseits führt jedoch zu keiner anhaltenden Beruhigung. Nicht selten wechselt einfach die Erkrankung, von der man glaubt betroffen zu sein. Unter SPOV Leidende machen sich ebenfalls Sorgen über mögliche Erkrankungen, die sie sich selbst oder Menschen in ihrem Umfeld eingefangen haben könnten, und wännen Zustände von Übelkeit nicht selten in einer körperlichen Ursache begründet, etwa irgendwelche Lebensmittelunverträglichkeiten oder ein Reizdarmsyndrom. Der wesentliche Unterschied besteht jedoch

darin, dass sie keine Angst vor der Erkrankung an sich haben, sondern vor deren Folge – dem Erbrechen.

Um Übelkeit und Erbrechen zu verhindern, zeigen Emetophobie-Betroffene wie oben ausgeführt ein breites Spektrum an Sicherheitsverhalten, das von Außenstehenden betrachtet sehr rigide und zwanghaft anmutet – sei es übertriebenes Händewaschen oder eingehendes Kontrollieren des Mindesthaltbarkeitsdatums von Lebensmitteln. Vielleicht mag es sich für den einen oder anderen auch besser anfühlen, im Supermarktgregal immer den dritten Jogurt von vorne zu nehmen, weil der immer der frischste ist und von den wenigsten Leuten angefasst wurde. Oder beim Essen nach jedem Bissen bis zehn zu zählen und nach links zu lehnen, weil man die Nahrung dann irgendwie besser verdaut. Solche stetig wiederkehrenden Verhaltensweisen und das damit häufig verbundene magische Denken sind ganz typisch für Zwangserkrankungen (F42). Menschen, die unter klinisch relevanten Zwängen leiden, benötigen täglich per Definition über eine Stunde (erst dann kann die Diagnose gestellt werden) für die Ausübung der vielen stereotypen Handlungen und Gedanken, die einzig und allein dem Zweck dienen, ein Gefühl von Angst oder Unbehagen zu neutralisieren. Und tatsächlich ist die Komorbidität mit der Zwangsstörung, d.h. das gemeinsame Vorliegen beider Krankheitsbilder bei ein und derselben Person, wie wir noch sehen werden, relativ hoch. Dementsprechend stellt sich die Frage, ob die Emetophobie folgerichtig in das Feld der »Zwangsspektrumstörungen« – einer Sammlung zwangsverwandter psychischer Erkrankungen – nach DSM-5 einzuordnen wäre (Veale, Hennig & Gledhill, 2015). Ein ganz wesentlicher Unterschied ist darin zu sehen, dass Menschen, die unter Zwängen leiden, die damit verbundenen Rituale als unsinnig oder übertrieben und störend wahrnehmen (man sagt dazu auch »ich-dyston«) und ihnen deshalb zumindest partiell

Widerstand zu leisten versuchen. Das magische Denken und die zwanghaften Kontrollen, wie sie im Rahmen einer Emetophobie vorkommen, werden hingegen viel mehr als stimmig und zur eigenen Person gehörig erlebt (»ich-synton«), insofern sie den Gegenstand der Angst, das Erbrechen, abzuhalten dienen. Nur wenn Zwänge auftreten, die nicht mit dem Bestreben verbunden sind, sich selbst oder andere Personen vor dem Erbrechen zu bewahren, ist die zusätzliche Vergabe einer entsprechenden Diagnose gerechtfertigt.

Menschen mit einer Panikstörung erleiden teilweise in Situationen, in denen die Flucht erschwert oder Hilfe kaum zugänglich ist (F40.01 Agoraphobie mit Panikstörung), oder auch »aus heiterem Himmel« (F41.0 Panikstörung) Zustände intensiver Angst, die sich in sehr heftigen körperlichen Symptomen wie Schweißausbrüchen, Schmerzen in der Brust, Beklemmung mit Atemnot, Zittern und massivem Herzklopfen äußern. Teilweise geben diese Symptome Anlass für eine Einlieferung in die Notaufnahme, weil sie für Anzeichen eines Herzinfarktes gehalten werden. Die Betroffenen machen sich in der Folge große Sorgen bezüglich der Gesundheit ihres Herzens und sind übermäßig aufmerksam, was die kleinsten, völlig normalen Unregelmäßigkeiten des Herzschlags anbelangt. Begleitet werden diese Angstanfälle häufig von Befürchtungen, zu sterben, die Kontrolle zu verlieren und verrückt zu werden oder auch zu erbrechen. Sowohl für die an bestimmte Orte und Situationen gebundene Agoraphobie als auch für die reine Panikstörung typisch ist jedoch die »Angst vor der Angst«, sodass mit dem Erbrechen verbundene Hinweisreize wie ein übevoller Bauch oder kranke Personen in der Regel nicht gemieden werden. Aber man könnte sagen: Was dem Panikkranken das Herz, ist der Emetophobikerin der Magen!

Im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen und sich peinlich oder erniedrigend zu verhalten ist Inhalt der Angst für Personen mit sozialer Phobie (F40.1). Leistungsbezogene Situationen (eine Rede halten), soziale Interaktionen (jemanden auf der Straße ansprechen) und solche, in denen man beobachtet werden kann (beim Trinken, Schreiben oder Urinieren), bringen die Gefahr mit sich, von anderen Leuten negativ bewertet zu werden. Die Vorstellung, sich vor Publikum zu übergeben, macht das Erbrechen für Menschen mit einer SPOV natürlich nicht unbedingt attraktiver. So leiden viele von ihnen in sozialen Situationen unter Übelkeit, die wiederum ihre Angst zu erbrechen anheizt, und verfangen sich in einem ähnlichen Teufelskreis wie reinrassige Sozialphobiker. Nur dass es bei sozialphobischen Personen vor allem die von außen erkennbaren Angstsymptome wie Zittern, Schwitzen oder Erröten sind, die den Fokus auf die eigene Person lenken und hierdurch die Befürchtung anschüren, andere Menschen könnten negativ über sie urteilen. Und darin besteht auch der wesentliche Unterschied zur Emetophobie, bei der die Angst primär auf das Erbrechen gerichtet ist und nicht auf die negative Bewertung durch andere Menschen, wenngleich dies natürlich auch ein begleitender Faktor sein kann. Dementsprechend fürchteten sich nach oben zitiertem Review die meisten SPOV-Betroffenen in privatem Rahmen genauso vor dem Erbrechen wie in der Öffentlichkeit.

Auch andere spezifische Phobien können der Emetophobie ähneln. So gibt es Menschen, die ebenfalls große Schwierigkeiten mit dem Essen haben und infolgedessen oftmals untergeordnet werden. Ebenso wie die an Emetophobie Erkrankten leiden auch sie unter keiner Essstörung im engeren Sinne. Vielmehr befürchten diese Personen sich beim Essen zu verschlucken und vermeiden deshalb bestimmte »kritische« Nahrungsmittel, die ihnen nicht gut runtergehen, wie etwa trockene Le-

bensmittel (Kekse) oder faseriges Essen (Fleisch). Im Extremfall ernähren sie sich nur noch von flüssiger Nahrung (Suppen, püriertes Essen etc.). Diese Angst vor dem Schlucken wird als Phagophobie (F40.2) bezeichnet und fristet in derselben Außenseiterkategorie des ICD-10 ein ähnliches Schattendasein wie die Emetophobie (Haberfellner, 2008). Als Auslöser finden sich meistens Ereignisse von akutem, mit Erstickungsangst verbundenen Verschlucken (mit Erbrechen), teilweise auch nur miterlebt bei einer anderen Person. Die Angst und das daraus resultierende Vermeidungsverhalten konzentrieren sich dabei primär auf den Akt des Schluckens, und Erbrechen als Folge von heftigem Verschlucken spielt dabei im Gegensatz zur Emetophobie eine untergeordnete Rolle. Auch werden keine Personen oder Situationen gemieden, die mit dem Erbrechen in Verbindung zu bringen sind (wie Schwangere oder Schifffahrten). Aus der Phagophobie resultiert oftmals eine psychogene Dysphagie, also psychisch bedingte Schluckstörung, die sich durch ein sehr unangenehmes Kloßgefühl im Hals oder auch durch Würgen während des Schluckaktes bemerkbar macht. Steht die Beschäftigung mit möglichen körperlichen Ursachen der Schluckstörung stärker im Vordergrund als die Angst vor dem Verschlucken, so ist diese Symptomatik im ICD-10 unter F45.8 bei den »Sonstigen somatoformen Störungen« – das sind körperliche Beschwerden mit unzureichendem organischen Befund – einzuordnen.

Sehr einfach gestaltet sich die Differentialdiagnose zur Anorexia nervosa (F50.0) – der Magersucht. Fragt man magersüchtige junge Frauen (meistens sind die Betroffenen weiblich), ob sie sich angesichts ihres offensichtlichen Untergewichts zu dünn fühlen und gerne zunehmen würden, so lautet die Antwort: »Nein!« Das liegt an der sogenannten »Körperschemastörung« – eine Art Knick in der Optik der Selbstwahrnehmung –,

aufgrund derer sich die Betroffenen selbst im lebensbedrohlichen Untergewicht oft noch als zu dick betrachten. Unter einer SPOV leidende Personen, die aufgrund der Vermeidung »suspekter« Lebensmittel nicht selten auch viele Pfunde verlieren, finden sich in aller Regel zu dünn und würden gerne wieder zunehmen, wenn ihnen ihre Angst vor dem Erbrechen dabei nicht einen Strich durch die Rechnung machte. Auch unterscheidet sich die Liste der »verbotenen Lebensmittel« einer an Anorexie erkrankten Frau sehr deutlich von derjenigen einer Person mit Emetophobie. Im ersten Falle geht es um Kalorien, die sich an Bauch und Po bemerkbar machen, im zweiten um Inhaltsstoffe oder Keime, die einem möglicherweise den Bauch umdrehen. Dennoch kommt es immer wieder vor, dass Patientinnen mit Emetophobie fehldiagnostiziert werden und eine Essstörungstherapie erhalten. Gerade im stationären Behandlungssetting, das eine sehr enge Führung mit vielen Essensregeln für anorektische und bulimische Patientinnen vorsieht, fühlen sich SPOV-Patientinnen mit ihrer Angst vor dem Erbrechen oft völlig deplatziert und unverstanden, wenngleich eine Gewichtszunahme und die Normalisierung des Essverhaltens auch für sie ein wichtiges Therapieziel darstellen mag – allerdings auf unterschiedlichem Wege. Immerhin kann das Untergewicht selbst zu körperlichen Folgeschäden, wie z.B. Osteoporose, Herzmuskelschwäche, Unfruchtbarkeit und dergleichen, führen (vgl. Sipos & Schweiger, 2003). Als normalgewichtig gilt man übrigens mit einem sogenannten Body-Mass-Index (BMI) zwischen 19 und 25 kg/m², ab dem 35. Lebensjahr zwischen 21 und 27 kg/m². Berechnet wird der BMI nach der Formel: Körpergewicht (kg) / Körpergröße (m)² (wobei man die Einheit kg/m² gerne weglässt). Damit läge der Normalgewichtsbereich für eine junge Frau von 1,70 m Körpergröße grob zwischen 55 und 72 kg. Mit einem BMI $\leq 17,5$ kg/m² (bzw. 15% unter dem zu erwartenden

Gewicht), oder in unserem Beispiel unter 50,6 kg Körpergewicht, kann eine Anorexie diagnostiziert werden. Gemeinsam ist beiden Erkrankungen das oftmals auffällig langsame Essenstempo, ferner dass durch die Gewichtsabnahme ein Gefühl von Kontrolle – auch in Bezug auf die eigenen Ängste – erzeugt wird.

Um die ganze Sache mit der Differentialdiagnostik noch komplizierter zu machen, kann man – zum Leidwesen von sowohl Patienten wie auch Behandlern – Läuse und Flöhe zugleich haben, also mehrere Diagnosen auf einmal erfüllen. Wie bereits erwähnt, spricht man dann von komorbiden Störungen oder einfach von »Komorbidität«. Das können sowohl körperliche (z.B. eine Gastritis oder ein Reizmagen bzw. -darm) als auch weitere psychische Erkrankungen sein. Tatsächlich leiden 27,7% der an Emetophobie erkrankten Personen unter einer, 15,9% an zwei oder mehr zusätzlichen psychischen Störungen, wie der Überblick von Keyes et al. (2018) zeigt. Unter den psychischen Erkrankungen, die in mehreren der vier einbezogenen Studien untersucht wurden, wird die Liste angeführt von der Generalisierten Angststörung (GAS) mit 14,1%. Bei der GAS stehen ein hohes Maß an innerer Anspannung sowie zahlreiche Sorgen über viele verschiedene Lebensbereiche im Zentrum der Beschwerden. Gefolgt wird die Rangreihe der Komorbiditätsraten mit 13,6% von der Depressiven Episode, einer ausgeprägten und andauernden Niedergeschlagenheit oder Antriebslosigkeit, bei der die Freude an vormals angenehmen Aktivitäten verloren geht. Auf Platz drei steht die Panikstörung mit 10,2%, dicht gefolgt von der Sozialen Phobie (10,1%). Danach kommen die Zwangsstörung, bei der sich die Prävalenzrate auf 9,6% beläuft (in der Studie von Veale et al. (2015) sogar auf 12,04%), und die Somatisierungsstörung (7,3%). An einer Somatisierungsstörung erkrankte Menschen leiden unter zahlreichen körperlichen Beschwerden, wie etwa Missempfindungen, Übelkeit und

Schmerzen, für die es keine ausreichende medizinische Erklärung gibt. Erwähnenswert ist noch die auffällig hohe Komorbidität mit der Trennungsangst im Kindesalter, von der in einer Untersuchung berichtet wird (Lipsitz et al., 2001). Hier lag die Komorbiditätsrate bei sage und schreibe 57%! Die Trennungsangst ist eine Erkrankung, die mit andauernder Angst und Besorgnis darüber verbunden ist, von einer Hauptbezugsperson (meistens Mutter oder Vater) getrennt zu werden – sei es nur räumlich, wie etwa beim Besuch der Schule, oder aufgrund von Kidnapping oder Tod der Eltern. Man könnte an dieser Stelle spekulieren, ob vielleicht kindliche Trennungsängste, die einem auf den Magen schlagen, eine Rolle bei der Entstehung der Emetophobie spielen könnten.

Doch zunächst soll es um die Frage gehen, wie verbreitet die Angst vor dem Erbrechen eigentlich ist.

1.3 Zur Prävalenz: Bin ich die Einzige auf diesem Planeten?

Ein Großteil des Leides bei psychischen Erkrankungen besteht in dem Gefühl, irgendwie »anders« oder komisch zu sein – wie ein Alien unter den Menschen und ganz allein auf dem Planeten. So berichtete eine Patientin in der stationären Behandlung, dass sie das Problem ihrer Emetophobie in der ambulanten Psychotherapie nie angesprochen hatte, weil sie sich damit so abartig fühlte und schämte, dass sie es lieber für sich behielt. In der Tat ist man mit der Angst vor dem Erbrechen jedoch in guter Gesellschaft. Der Dresden Mental Health Study zufolge – einer Studie zur psychischen Gesundheit junger Frauen in Dresden mit einer repräsentativen Stichprobe von 2064 Teilnehmerinnen – liegt die Prävalenz, d.h. die Anzahl der Erkrankten in der

Allgemeinbevölkerung, bei ca. 0,1%, über die gesamte Lebensspanne hinweg gerechnet (Lebenszeitprävalenz) sogar bei 0,2% (Becker et al., 2007). Das bedeutet eine respektive zwei Personen von tausend. Bei einer Stadt wie München mit 1,5 Millionen Einwohnern sind das 1500 Menschen, die sich in diesem Moment mit den gleichen emetophobischen Ängsten herumschlagen. Vielleicht möchten Sie das mal für Ihren Wohnort ausrechnen? Ist das nun viel oder wenig, verglichen mit anderen Erkrankungen? Zum Vergleich: In Deutschland lag die HIV-Prävalenz im Jahr 2009 ebenfalls bei ca. 0,1% (UNAIDS, 2010). Es ist anzunehmen, dass die tatsächliche Quote der an Emetophobie erkrankten Personen noch höher liegt, wenn man bedenkt, dass zum einen viele davon keine professionelle Hilfe in Anspruch nehmen und somit auch keine offizielle Diagnose gestellt wird (Rink, 2006). Und dass zum anderen die gestellten Diagnosen häufig unzutreffend sind (Vandereycken, 2011; Veale, 2009). Wie eine Untersuchung von Vandereycken (2011) belegt, hatten ganze 48,6% der Kliniker im Essstörungsbereich schon mit Fällen von Emetophobie zu tun, und nur wenige von ihnen waren der Ansicht, dass diese Erkrankung ein Geschöpf der modernen Medien und des Internets sei (4,5%), sondern eher mehr Aufmerksamkeit in Forschung und Therapie verdiene (61,3%).

In Untersuchungen zur Verbreitung von Krankheiten, den sogenannten »epidemiologischen« Studien, wird nicht nur erforscht, wie häufig eine Störung auftritt, sondern auch, ob mehr Männer oder Frauen davon betroffen sind. Für die Geschlechterverteilung wurde unter Einbezug mehrerer Studien ein Anteil von 83,2% weiblicher Betroffener ermittelt, was einem Verhältnis von knapp 5:1 entspricht (Keyes et al., 2018). Das ist auffällig hoch angesichts der Tatsache, dass die meisten Angststörungen »nur« etwa doppelt so häufig bei Frauen auftreten wie bei Männern (American Psychiatric Association, 2013, S. 189).

Eine Frau sucht Rat beim Psychiater: »Mein Mann ist so komisch. Jeden Morgen trinkt er Kaffee und anschließend isst er die Tasse. Nur den Henkel lässt er übrig.«
Antwortet der Psychiater: »Ja, das ist komisch. Der Henkel ist doch das Beste!«

Es wäre interessant zu untersuchen, ob dieser extreme Frauenanteil an der höheren Ekelempfindlichkeit beim weiblichen Geschlecht liegt. Diese ist vielfach belegt und zeigt sich zumindest ansatzweise auch in objektiv messbaren Körperreaktionen wie der Schweißdrüsenaktivität (Druschel & Sherman, 1999; Rohrmann, Hopp & Quirin, 2008). In den hierzu durchgeführten Experimenten beschreibt man den Versuchsteilnehmern z.B. ekelerregende Situationen oder präsentiert entsprechende Bilder bzw. Filme und lässt die Probanden anschließend auf einer Skala einschätzen, wie sehr sie sich dabei geekelt haben. Das Ganze vergleicht man danach mit der Reaktion auf neutrale Bild- und Filmvorlagen.

Wichtiger als die statistische Häufigkeit und Verteilung einer Erkrankung ist für den einzelnen Menschen natürlich das Ausmaß der persönlichen Belastung und Beeinträchtigung durch dieselbe sowie die Linderung der Beschwerden durch eine geeignete Therapie.

1.4 Psychometrisches: Wie schlimm ist es bei mir?

Angst ist ein sehr persönliches, subjektives Phänomen. Es ist schwer, anderen Menschen in objektiven Maßeinheiten anzugeben, wie sehr man sich vor einer Sache fürchtet. Genau das ist aber erforderlich, wenn man beurteilen möchte, ob eine Therapie

wirkt. Natürlich könnte man auch lediglich nach solchen Maßstäben urteilen, die von außen beobachtbar sind – ob eine Person, die unter Emetophobie litt, sich nun wieder traut, kleine (oftmals spuckende) Kinder zu versorgen, Krabbensalat zu essen und Alkohol zu trinken, mit einem Schiff zu reisen oder in ein Karussell zu steigen. Damit würde man allerdings nicht erfassen, wie sich diese Person dabei fühlt, was sie denkt und worauf ihre Aufmerksamkeit gerichtet ist. Dazu ist es nötig, diese subjektiv erlebten Dimensionen über Selbstauskünfte zu objektivieren. Genau das ist die Idee von Fragebögen, die man in allen Varianten zu allen möglichen Fragestellungen und Themengebieten in der psychologischen Forschung verwendet. Um sicherzustellen, dass solch ein Fragebogen auch aussagekräftig ist, muss er bestimmte Gütekriterien erfüllen.

Die wichtigsten Gütekriterien psychodiagnostischer Verfahren sind Objektivität, Reliabilität (Zuverlässigkeit bzw. Genauigkeit) und Validität (Gültigkeit). Ein Messverfahren ist dann objektiv, wenn es unabhängig vom Untersucher und der Untersuchungssituation stets gleich durchgeführt, ausgewertet und interpretiert wird. Ein Fragebogen, auf dem man mehr oder weniger zutreffende Aussagen ankreuzen muss, kann auf stets die gleiche Weise durchgeführt werden. Da spielt weder das Geschlecht noch der Dialekt des Untersuchers, sein freundliches Auftreten oder das Ambiente der Räumlichkeiten, in dem der Fragebogen beantwortet wird, eine Rolle. Etwas komplizierter wird es schon bei der Genauigkeit eines Messinstruments. Eine Atomuhr ist genauer als eine Sonnenuhr. Das ist klar. Aber was unterscheidet einen seriösen Fragebogen, wie man ihn für wissenschaftliche Zwecke verwendet, von einem Fragebogen aus der Frauenzeitschrift, den man zum persönlichen Amüsement in der Badewanne ankreuzt? Er ist genauer und zuverlässiger (reliabler). Nun gibt es verschiedene Möglichkeiten, wie man die Reliabilität

eines Testverfahrens verbessern und schließlich berechnen kann. Man darf z.B. nur trennscharfe Fragen (Items) einbeziehen, die nicht von jeder Person gleich beantwortet werden und die mit dem Gesamtwert des Tests variieren. Sonst könnte es nämlich sein, dass eine Frage etwas komplett anderes misst als der Rest des Fragebogens. In einem Emetophobie-Fragebogen wäre die Aussage: »Ich höre gerne Gitarrenmusik« (anzukreuzen mit »nie, selten, manchmal, oft, immer«) sicherlich fehl am Platze. Das eine hat mit dem anderen einfach nichts zu tun. Hat man die besten Items gefunden, kann man nun verschiedene mathematische Kennwerte für die Höhe der Reliabilität berechnen (vgl. Magnusson, 1969). Das würde hier aber zu weit ins Detail führen. Und zu guter Letzt sollte man den Test noch mit anderen Verfahren zur Bestimmung der gleichen Eigenschaft bzw. mit anderen Kriterien in Beziehung setzen. Damit kann man überprüfen, ob der Test auch tatsächlich das misst, was er messen sollte, d.h. die Validität sicherstellen. So ist die Atomuhr als Messverfahren zwar sehr genau, aber man kann mit ihr trotzdem nicht die Intelligenz einer Person bestimmen.

Zur Bestimmung des Ausprägungsgrades emetophobischer Ängste und des damit verbundenen Vermeidungsverhaltens einer Person sind diverse Fragebögen entwickelt worden, von denen sich insbesondere zwei in der Forschung bewährt haben: der Emetophobie-Fragebogen (Emetophobia Questionnaire) EmetQ-13 von Mark Boschen (Boschen, Veale, Ellison & Reddell, 2013) und das Inventar zur Erfassung der Angst vor dem Erbrechen (Specific Phobia of Vomiting Inventory, ursprünglich Vomit Phobia Inventory), kurz SPOVI, von David Veale (Veale, Ellison, et al., 2013). Beide Fragebögen zeichnen sich neben hervorragenden Hauptgütekriterien durch eine hohe Sensitivität und Spezifität aus, d.h. man kann mit ihnen recht korrekt Menschen mit

Emetophobie erkennen (Sensitivität) und von denen unterscheiden, die diese Diagnose nicht aufweisen (Spezifität).

Vor allem der SPOVI eignet sich nicht nur für hoch wissenschaftliche Therapiestudien. Man kann diesen Fragebogen auch hervorragend in der Therapie als praktisches Instrument zur Exploration der individuellen Symptomatik nutzen und anhand der angekreuzten Antwortalternativen nachvollziehen, wie diese sich im Verlauf der Behandlung verändert und schrittweise bessert. In der Untersuchung von Veale und Kollegen (2013) hat er sich als veränderungssensitiv – also fähig, Veränderungen anzuzeigen – erwiesen. Für Patienten ist das ein anschauliches Maß der Zielerreichung, für Therapeuten eine Möglichkeit zur Evaluation der durchgeführten Therapie. Der SPOVI umfasst in seiner 2013 validierten Form 14 Aussagen zur Auswirkung der Angst vor dem Erbrechen, bezogen auf die letzte Woche, einschließlich heute. Auf einer Skala von 0–4 (nie, selten, manchmal, oft, immer) soll jeweils eingeschätzt werden, in welchem Umfang sie zutreffen. Der Summenwert liegt entsprechend zwischen 0 und 56, wobei ein höherer Wert auf eine größere Anzahl emetophobischer Symptome hinweist. Bis zu einem Grenzwert (Cut-off-Wert) von 10 reicht der Normbereich, Werte über 10 sind klinisch bedeutsam und deuten auf das Vorliegen einer Emetophobie hin. Für diesen Cut-off-Wert wird eine Sensitivität von 0,97 und eine Spezifität von 0,96 erreicht (Veale, Ellison, et al., 2013). Das bedeutet: Legt man einem Pool von 100 Personen mit Emetophobie und 100 Personen ohne Emetophobie (Kontrollgruppe) diesen Fragebogen vor, würde man 97 derjenigen, die die Diagnose erfüllen, korrekt identifizieren und 96 aus der Kontrollgruppe. Nur 7 Leute würde man fälschlicherweise als Emetophobie-Betroffene respektive Nicht-Betroffene zuordnen. Damit eignet sich der SPOVI, um eine Emetophobie-Diagnose in der klinischen Praxis zusätzlich testpsychologisch zu untermauern.

Leider liegt der Fragebogen noch nicht in einer offiziell anerkannten deutschen Fassung vor. Dennoch sei er dem Leser hier nicht vorenthalten – allerdings mit dem Hinweis, dass er in dieser Form bisher an keiner klinischen Normstichprobe validiert wurde. Der von Veale und seinem Team (2013) angegebene Cut-off-Wert von 10 könnte also prinzipiell etwas größer oder kleiner ausfallen. Die bisherigen Erfahrungen des Autors der vorliegenden Schrift im stationären Setting in Deutschland deuten zumindest an, dass er in der nachfolgend wiedergegebenen Version für therapeutische Zwecke äußerst nützlich ist. Sollte sich diese Fassung im Deutschen bewähren, wäre als Titel »Fragebogen zur Erfassung der Angst vorm Reihern« denkbar – daraus könnte man das Akronym FEAR (engl. für Angst) bilden.

Inventar zur Erfassung der Angst vor dem Erbrechen

»Specific Phobia of Vomiting Inventory«, © 2008 by D. Veale
(übersetzt aus Veale, Ellison, et al., 2013)

Bitte kreuzen Sie das Kästchen an, das am besten beschreibt, wie sich Ihre Angst vor dem Erbrechen IN DER LETZTEN WOCHE, EINSCHLIESSLICH HEUTE, auf Sie ausgewirkt hat.

Name _____ Datum _____

	nie (0)	selten (1)	manchmal (2)	oft (3)	immer (4)
1) Ich mache mir Sorgen darüber, ob ich oder andere vielleicht erbrechen müssen.					
2) Ich vermeide Kontakte zu Erwachsenen und Kindern wegen meiner Angst vor dem Erbrechen.					

3)	Ich vermeide Situationen oder Aktivitäten wegen meiner Angst vor dem Erbrechen.					
4)	Ich versuche Gründe zu finden, um zu erklären, warum mir übel ist.					
5)	Wegen meiner Angst vor dem Erbrechen vermeide ich Gegenstände, die andere Menschen angefasst haben.					
6)	Statt auf mein Umfeld lenke ich meine Aufmerksamkeit darauf, ob ich mich krank fühle und mich vielleicht erbrechen muss.					
7)	Ich überprüfe das Aussehen anderer Personen, ob sie vielleicht krank sein könnten und erbrechen müssen.					
8)	Wenn ich meine, mich übergeben zu müssen, versuche ich das aktiv zu verhindern.					
9)	Ich versuche, jegliche Gedanken oder Bilder zum Thema Erbrechen zu vermeiden oder unter Kontrolle zu bringen.					
10)	Ich schränke meine Essensmengen oder meinen Alkoholkonsum aufgrund meiner Angst vor dem Erbrechen ein.					
11)	Ich leide unter Übelkeit.					
12)	Ich denke darüber nach, wie ich mich selbst oder andere davon abhalten kann zu erbrechen.					
13)	Ich versuche mich abzusichern, dass ich nicht krank bin und erbrechen muss und dass dies bei anderen auch nicht der Fall ist.					

14) Ich fliehe aus Situationen, weil ich befürchte, dass ich oder andere erbrechen könnten.					
GESAMT					

Vielleicht haben Sie es ja als Betroffener gewagt und den Fragebogen ausgefüllt. Das ist schon mal sehr mutig! Liegen Ihre Werte nun deutlich über 10, so deutet das auf eine recht ausgeprägte Angst vor dem Erbrechen hin. Sollten Sie bisher noch keine Psychotherapie in Anspruch genommen haben, wäre das eine gute Gelegenheit, mal darüber nachzudenken. Schließlich muss man nicht mit jedem Problem alleine fertig werden!

1.5 Übung: Was würde ich meiner besten Freundin raten?

Nun haben Sie sich schon sehr weit durchgekämpft und so einiges über die Angst vor dem Erbrechen, die sogenannte Emetophobie, erfahren. Damit möchte ich Sie zu einer ersten praktischen Übung einladen.

Sie können diese Übung im Sitzen oder Liegen durchführen – wie auch immer es für Sie am angenehmsten ist. Vielleicht möchten Sie dabei Ihre Augen für ein paar Momente schließen und zunächst einmal wahrnehmen, wie es sich gerade jetzt in Ihrem Körper anfühlt – in den Armen, Beinen, im Rumpf und im Kopfbereich samt Schultern und Nacken ... Wie Sie den Untergrund unter den Füßen spüren. Und Ihren Atem, der ganz von selbst ein- und ausströmt.

Erlauben Sie Ihrer Aufmerksamkeit ruhig, sich mehr und mehr nach innen auszurichten, so dass Sie nun vor Ihrem