



Dr. Adrian Meule

## Süchtig nach Essen: Substanzabhängigkeit oder Verhaltensproblem?

**Die Idee, dass bestimmte Nahrungsmittel ein Suchtpotenzial beinhalten und einige Formen des Überessens süchtiges Verhalten darstellen könnten, wird seit Jahrzehnten diskutiert. Wie ist der Stand der Dinge und welche Anwendungsmöglichkeiten bietet der neue Suchtansatz in der Therapie?**

In jüngerer Zeit finden sich immer wieder mediale Berichterstattungen über eine mögliche Sucht nach Nahrungsmitteln. Insbesondere über eine potenzielle „Zuckersucht“ informieren Fernsehen und große Printmedien – manchmal mehr, manchmal weniger kritisch. Tatsächlich wird die Idee, dass bestimmte Nahrungsmittel ein Suchtpotenzial haben könnten und dass Überessen, *binge eating* oder Adipositas eine Form süchtigen Verhaltens repräsentieren könnten, bereits seit vielen Jahrzehnten diskutiert. Der Begriff *food addiction* tauchte bereits im Jahr 1956 das erste Mal in der wissenschaftlichen Literatur auf (Randolph 1956). In den Folgejahrzehnten war das Suchtkonzept übermäßigen Essens allerdings nur sporadisch zu finden (Leon et al. 1979a,

Leon et al. 1979b, Swanson, Dinello 1970) und wurde nicht systematisch weiterverfolgt. In den 1980er-Jahren fanden wenige Studien zu Essstörungen aus der Suchtperspektive statt. So versuchte man *Anorexia nervosa* (AN) als Sucht zu beschreiben (starvation dependence; Szmukler, Tantom 1984). Befunde zur Rolle von endogenen Opioiden bei AN (auto-addiction opioid model; Marrazzi, Luby 1986; Marrazzi et al. 1990) stützten die These. Augenscheinlich lässt sich das Verhalten bei AN aber insofern schwer auf Substanzabhängigkeiten übertragen, da bei AN keine Substanz im Übermaß konsumiert wird. Entsprechend spielt das Suchtmodell der AN heute faktisch keine Rolle mehr in der wissenschaftlichen Literatur (Barbarich-Marsteller et al. 2011). Studien zu *Bulimia nervosa* (BN) unter dem Suchtaspekt stellten im Wesentlichen Untersuchungen aus der Persönlichkeitspsychologie dar. Man verglich Menschen mit BN und Menschen mit Substanzabhängigkeiten hinsichtlich ihrer Werte auf Persönlichkeitsfragebögen mit dem Ziel, eine „süchtige Persönlichkeit“ bei BN zu identifizieren (de Silva, Eysenck 1987; Feldman, Eysenck 1986; Hatsukami

et al. 1982; Kagan, Albertson 1986). Hier finden sich bereits Einzelfälle, in denen sich die Anwendung des Suchtkonzepts als nützlicher Therapiebaustein herausstellte (Slive, Young 1986).

Nach diesen ersten Ansätzen bewertete man das Suchtmodell der Essstörungen, insbesondere der BN, zu Beginn der 1990er-Jahre eher kritisch (Vandereycken 1990; Wilson 1991). Stattdessen ergab sich ein neuer Fokus möglichen süchtigen Essverhaltens: Schokolade. Studien zu Heißhunger (*food craving*) zeigten, dass sich dieser zwar ebenfalls auf herzhaftes Nahrungsmittel und andere Süßspeisen beziehen kann, Studienteilnehmer aber am häufigsten über Verlangen nach Schokolade berichteten (Hill, Heaton-Brown 1994; Weingarten, Elston 1991). Insbesondere die Kombination aus hohem Fett- und Zuckergehalt, aber auch andere Inhaltsstoffe, galten als mögliche Ursache (Bruinsma, Taren 1999). Einige Studien widmeten sich daher der Erforschung von *chocololics*. Einige Wissenschaftler verglichen diese hinsichtlich verschiedener Variablen wie habituellem oder Reiz-induziertem *craving* oder Schokoladenkonsum und Affekt mit „Nichtsüchtigen“ (Hetherington, Macdiarmid 1993; Macdiarmid, Hetherington 1995; Tuomisto et al. 1999) oder untersuchten Zusammenhänge zwischen Schokoladensucht und anderen Süchten (Greenberg et al. 1999). Eine wesentliche Schwäche dieser Studien bestand darin, dass die Klassifikation als „schokoladensüchtig“ auf Selbst-Identifikation beruhte.

Mit Beginn der 2000er-Jahre und weltweit steigender Adipositasprävalenzen verlagerte sich die Erforschung süchtigen Essverhaltens in Richtung Übergewicht, Adipositas und Binge-Eating-Störung (BES). Vor allem seit 2009 ist eine starke Zunahme der Publikationen, die den Begriff *food addiction* enthalten, zu beobachten (Gearhardt et al. 2011a).

Dieses steigende wissenschaftliche Interesse an diesem Thema steht in engem Zusammenhang mit der Zunahme neuroanatomischer und funktioneller Bildgebung. Wesentliche Ergebnisse in diesem Kontext umfassen beispielsweise Veränderungen in der Dopaminrezeptordichte und Essensreiz-induzierte Hyperaktivität belohnungs-assoziiierter Hirnareale bei Menschen mit Adipositas oder BES, die vergleichbar zu Prozessen bei Menschen mit Substanzabhängigkeit sind (Schienle et al. 2009; Wang et al. 2001). Über diese zentralnervösen Mechanismen hinaus mehrten sich in jüngster Zeit auch Hinweise auf die wichtige Rolle peripherphysiologischer Mechanismen wie appetit-regulierender Hormone und Peptide (Insulin, Leptin, Ghrelin oder Orexin) hinsichtlich *craving* und Belohnungserleben bei Adipositas und Substanzabhängigkeiten (Volkow et al. 2013a, 2013b).

Eine weitere wesentliche Forschungslinie, die zur Popularität des *food-addiction*-Ansatzes beitrug, ist die Arbeit mit Tiermodellen, die suchtmäßige Verhaltensweisen und neuronale Veränderungen aufdeckte, nachdem Ratten mehrwöchige Phasen mit unterschiedlichem Zugang zu hochkalorischen Speisen oder Zucker durchlaufen hatten (Avena et al. 2008; Johnson, Kenny 2010; Ahmed et al. 2013; Avena et al. 2012b).

## Parallelen zwischen den DSM-IV-Substanzabhängigkeitskriterien und Überessen

Die diagnostischen Kriterien für Substanzabhängigkeit in der vierten Revision des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV*) umfassen

- (1) Toleranzentwicklung, definiert als ein Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um die gleichen Effekte zu erreichen oder deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetzter Einnahme derselben Dosis,
- (2) Entzugssymptome, wenn die Substanz nicht mehr konsumiert wird, oder Einnahme der Substanz, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden,
- (3) Einnahme der Substanz in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt,
- (4) anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzkonsum zu verringern oder zu kontrollieren,
- (5) Aufwendung von viel Zeit, um die Substanz zu beschaffen, sie zu sich zu nehmen oder sich von den Wirkungen zu erholen,
- (6) Aufgabe oder Einschränkung wichtiger sozialer, beruflicher oder Freizeitaktivitäten aufgrund des Substanzkonsums und
- (7) fortgesetzter Substanzkonsum trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das der Substanzkonsum verursacht oder verstärkt (**Übersicht 1; Saß et al. 2003**). Eine Substanzabhängigkeit lässt sich dann bei Vorliegen einer klinisch signifikanten Beeinträchtigung oder eines Leidens diagnostizieren, wenn mindestens drei Symptome innerhalb des letzten Jahres zutrafen.

Zahlreiche Übersichtsartikel diskutierten bereits die Übertragbarkeit dieser DSM-IV-Substanzabhängigkeitskriterien und weiterer suchtrelevanter Aspekte auf das Verhalten von Menschen mit BN, BES oder Adipositas (Albayrak et al. 2012; Allen et al. 2012; Barry et al. 2009; Corsica, Pelchat 2010; Davis 2013; Davis, Carter 2009; Drewnowski, Bellisle 2007; Gearhardt et al. 2009a; Ifland et al. 2009; Pelchat 2009; Umberg et al. 2012; Wilson 2010). Allerdings ist die Übersetzung dieser Suchtsymptome auf Essverhalten nicht immer eindeutig. Daher besteht eine gewisse Uneinigkeit unter Forschern bezüglich der präzisen Definitionen von Symptomen süchtigen Essverhaltens als Äquivalente der Substanzabhängigkeitskriterien (Avena et al. 2012a; Meule, Kübler 2012b; Ziauddeen et al. 2012a, 2012b). Obgleich empirische Belege für die Anwendbarkeit mancher DSM-IV-Suchtkriterien auf Essverhalten wie Toleranzentwicklung oder Entzugssymptome hauptsächlich auf Tierstudien basieren (Avena et al. 2008), sind theoretisch oder auf anekdotischen Berichten basierend alle sieben Symptome auch in Bezug auf Essverhalten beim Menschen beobachtbar (Gearhardt et al. 2009a). Stützen lässt sich diese These zum Beispiel durch Ergebnisse einer Studie von Cassin und von Ranson (2007). Bei fast allen Teilnehmenden mit BES ließ sich eine Substanzabhängigkeit nach DSM-IV diagnostizieren, nachdem die Wissenschaftler den Begriff *Substanz* durch *binge eating*

Übersicht 1: Diagnosekriterien für Substanzabhängigkeit nach DSM-5 und mögliche Äquivalente für süchtiges Essverhalten

Diagnosekriterien Substanzabhängigkeit*	Mögliche Äquivalente für süchtiges Essverhalten	Beispielitems der Yale Food Addiction Scale	Kommentar
Die Substanz wird häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt eingenommen.	Nahrung wird häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt verzehrt.	„Ich ertappe mich dabei, bestimmte Nahrungsmittel weiter zu essen, obwohl ich nicht mehr hungrig bin.“	Empirisch gestützt
Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzkonsum zu verringern oder zu kontrollieren	Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Nahrungskonsum zu verringern oder zu kontrollieren	„Bestimmte Nahrungsmittel einzuschränken oder gar nicht mehr zu essen, ist etwas, worüber ich mich Sorge.“	Empirisch gestützt
Viel Zeit für Aktivitäten, um die Substanz zu beschaffen, sie zu sich zu nehmen oder sich von ihren Wirkungen zu erholen	Viel Zeit für Aktivitäten, um Nahrung zu beschaffen, sich daran zu überessen oder sich von Wirkungen des übermäßigen Nahrungskonsums zu erholen	„Ich finde, wenn ich bestimmte Nahrungsmittel nicht da habe, scheue ich keine Mühen, diese zu beschaffen. Zum Beispiel gehe ich in den Supermarkt, um bestimmte Nahrungsmittel zu kaufen, obwohl mir zu Hause Alternativen zur Verfügung stehen.“	Plausibel
<b>Craving, das heißt ein starkes Verlangen oder ein starker Drang, die Substanz zu konsumieren</b>	Craving, das heißt ein starkes Verlangen oder ein starker Drang, bestimmte Nahrungsmittel zu konsumieren	–	Empirisch gestützt
<b>Wiederholter Substanzgebrauch, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt</b>	Wiederholtes Überessen, das zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt	–	Plausibel
<b>Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch die Auswirkungen der Substanz verursacht oder verstärkt werden</b>	Fortgesetzter übermäßiger Nahrungskonsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch das Überessen verursacht oder verstärkt werden	–	Plausibel
Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Substanzkonsums aufgegeben oder eingeschränkt	Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des übermäßigen Nahrungskonsums aufgegeben oder eingeschränkt	„Es gab Zeiten, in denen ich bestimmte Nahrungsmittel so oft oder in solch großen Mengen konsumiert habe, dass ich begann zu essen, anstatt zu arbeiten, Zeit mit meiner Familie oder meinen Freunden zu verbringen oder mich mit anderen wichtigen Tätigkeiten oder Freizeitaktivitäten, die ich mag, zu befassen.“	Plausibel
<b>Wiederholter Substanzgebrauch in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann</b>	Wiederholter Nahrungskonsum in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann	–	Plausibel im Kontext bestimmter Gesundheitszustände, aber wahrscheinlich wenig relevant
Fortgesetzter Substanzkonsum trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch die Substanz verursacht oder verstärkt wurde	Fortgesetzter übermäßiger Nahrungskonsum trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch das Überessen verursacht oder verstärkt wurde	„Ich habe die gleichen Nahrungsmittel oder die gleiche Menge an Essen weiterhin konsumiert, obwohl ich emotionale und/oder körperliche Probleme hatte.“	Empirisch gestützt
Toleranzentwicklung: Notwendigkeit einer deutlichen Dosissteigerung, um eine Intoxikation oder den erwünschten Effekt herbeizuführen; deutlich verringerte Wirkung bei weiterer Einnahme derselben Dosis	Toleranzentwicklung: Notwendigkeit, größere Nahrungsmengen zu verzehren, um den erwünschten Effekt herbeizuführen; deutlich verringerte Wirkung bei Verzehr der gleichen Nahrungsmengen	„Ich habe bemerkt, dass die gleiche Menge an Essen meine negativen Emotionen nicht mehr so vermindert oder Wohlbefinden nicht mehr so erhöht wie früher.“	Plausibel
Entzugssymptome: negative körperliche und psychische Wirkungen (je nach Substanz) bei Unterbrechung des Konsums oder Verringerung der Menge; Substanz wird eingenommen, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden	Entzugssymptome: negative körperliche und psychische Wirkungen bei Verzicht auf bestimmte Nahrungsmittel oder Verringerung der Menge bestimmter Nahrungsmittel; bestimmte Nahrungsmittel werden verzehrt, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden	„Ich hatte Entzugssymptome wie körperliche Unruhe, Ängstlichkeit oder andere körperliche Symptome, wenn ich das Essen bestimmter Nahrungsmittel eingeschränkt oder vollständig darauf verzichtet habe.“	Plausibel, aber schwer abgrenzbar von einem Energiedefizit

**Anmerkungen:** Kriterien in Fettdruck sind im DSM-5 neu hinzugekommen. Empirisch gestützt bezieht auf Befunde basierend auf unterschiedlichen Messmethoden, die zeigen, dass dieses Symptom im Kontext menschlichen Essverhaltens zu beobachten ist. Plausibel bezieht sich auf Befunde aus Tiermodellen, anekdotische Hinweise im Humanbereich oder auf Selbstberichtsfragebögen wie der Yale Food Addiction Scale.  
\* Definiert als problematisches Muster von Substanzgebrauch, das zu einer klinisch signifikanten Beeinträchtigung oder Leiden führt. Die Symptome müssen innerhalb der vergangenen zwölf Monate aufgetreten sein. Der Schweregrad kann spezifiziert werden als: gering (2–3 Symptome), moderat (4–5 Symptome) oder schwer (6 oder mehr Symptome).

in einem diagnostischen Interview ersetzt hatten. Die Autoren führen jedoch auch an, dass die Antworten der Teilnehmenden eventuell durch einen Aufforderungscharakter der Studie beeinflusst sein könnten und dass sie die Reliabilität und Validität ihres Interviews nicht überprüft hatten (Cassin, von Ranson 2007).

## Die Yale Food Addiction Scale (YFAS)

Aufgrund unklarer Definitionen von Symptomen süchtigen Essverhaltens in der bisherigen Forschung entstand die YFAS als standardisiertes Messinstrument zur Erfassung von süchtigem Essverhalten (Gearhardt et al. 2009b). Es handelt sich um einen Fragebogen mit 25 Items, der sieben Symptome süchtigen Essverhaltens in Anlehnung an die Substanzabhängigkeitskriterien des DSM-IV erfasst (**Übersicht 1**). Zusätzlich messen zwei dieser Fragen das Vorliegen einer klinisch signifikanten Beeinträchtigung oder eines Leidens aufgrund des Essverhaltens. Wenn sowohl eine klinisch signifikante Beeinträchtigung oder ein Leiden vorliegt und mindestens drei Symptome erfüllt sind, ist süchtiges Essverhalten (*food addiction*) diagnostizierbar.

Prävalenzschätzungen dieser *food-addiction*-Diagnosen nach YFAS schwanken zwischen fünf und zehn Prozent in nichtklinischen Stichproben, 15 bis 25 Prozent bei Menschen mit Adipositas und 30 bis 50 Prozent bei extrem adipösen prä-bariatrischen Patienten oder adipösen Menschen mit BES (Meule, Gearhardt 2014). Das häufigste Symptom nach YFAS ist *ein andauernder Wunsch oder erfolglose Versuche, den Nahrungskonsum einzuschränken oder zu kontrollieren*. Fast 100 Prozent der adipösen Studienteilnehmer erfüllten dieses Diagnosekriterium (Meule, Gearhardt 2014). Weitere Symptome, die häufig erfüllt wurden, sind *ein fortgesetztes Überessen trotz körperlicher oder psychischer Probleme und Toleranzentwicklung*, insbesondere in Stichproben mit adipösen Teilnehmern. Die restlichen Symptome (*Konsum großer Mengen oder länger als beabsichtigt; großer Zeitaufwand, um Essen zu beschaffen, zu essen oder sich von der Wirkung zu erholen; Aufgeben wichtiger Aktivitäten; Entzugssymptome*) fanden sich zwar seltener, ein substanzieller Anteil adipöser Menschen erfüllte sie jedoch (Meule, Gearhardt 2014).

## Substanzabhängigkeitskriterien im DSM-5

Die 2013 revidierte Version des DSM fasst die diagnostischen Kriterien für Substanzmissbrauch und -abhängigkeit zusammen. Sie enthält zusätzlich die Kriterien für die nun so genannten Substanzgebrauchsstörungen (*substance use disorders*):

- (1) Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause,
- (2) fortgesetzter Substanzkonsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch den Substanzkonsum verursacht oder verstärkt wurden und
- (3) wiederholter Substanzkonsum in Situationen, in de-

nen es zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann (American Psychiatric Association 2013). Außerdem entfällt das DSM-IV-Substanzmissbrauchskriterium „wiederholte Probleme mit dem Gesetz“, dafür gibt es

- (4) *starkes Verlangen oder ein starker Drang, die Substanz zu konsumieren (craving) (Übersicht 1)*.

Zusätzlich lässt sich die Substanzabhängigkeit nun in drei Schweregrade einteilen:

- (1) *gering* (Vorhandensein von 2–3 Symptomen),
- (2) *moderat* (Vorhandensein von 4–5 Symptomen) und
- (3) *schwer* (Vorhandensein von 6 oder mehr Symptomen).

## Parallelen zwischen den neuen DSM-5-Kriterien und Überessen

### ■ Craving

*Craving* ist ein intensives Verlangen, eine Substanz zu konsumieren. Häufiges Erleben von *craving* ist ein Hauptmerkmal von Substanzabhängigkeit (Tiffany, Wray 2012). Der Begriff bezieht sich jedoch nicht nur auf das Verlangen nach Drogen, sondern auch auf andere Substanzen wie Nahrungsmittel oder alkoholfreie Getränke (Hormes, Rozin 2010). Daher ist das Erleben von *craving* ein Paradebeispiel für die Parallelen zwischen übermäßigem Essen und Substanzgebrauch. Entsprechend ließ sich zeigen, dass sich die Aktivierungsmuster neuronaler Strukturen während des Erlebens von *craving* über verschiedene Substanzen (einschließlich Nahrung) hinweg stark überlappen (Kühn, Gallinat 2011; Naqui, Bechara 2009; Pelchat et al. 2004; Tang et al. 2012). Häufiges Überessen steht mit intensivem und häufigem Erleben von *craving* in Verbindung. So weisen Menschen mit BN, BES oder Adipositas erhöhte Werte auf Selbstberichtsfragebögen zur Erfassung von *craving* nach Nahrungsmitteln auf (Abilés et al. 2010; Van den Eynde et al. 2012). Ebenso geht süchtigem Essverhalten (nach YFAS) mit stärkerem und häufigerem selbstberichtetem *craving* nach Nahrungsmitteln einher (Davis et al. 2011; Davis et al. 2013; Meule, Kübler 2012a). Fazit: Das Kriterium *craving* lässt sich problemlos auf Essverhalten übertragen und stellt ein zentrales Symptom süchtigen Essverhaltens dar.

### ■ Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen

Bis dato existiert keine Studie, die spezifisch ein Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen aufgrund von suchartigem Essverhalten untersucht hat. Wie auch bei Tabakabhängigkeit ist dieses Symptom vermutlich kein essenzieller Aspekt süchtigen Essverhaltens aufgrund des Fehlens einer Intoxikation.

### ■ Soziale und zwischenmenschliche Probleme

Soziale und zwischenmenschliche Probleme lassen sich eindeutig mit übermäßigem Essverhalten in Verbindung bringen. Beispielsweise berichten Menschen mit Adipositas häufiger über soziale Isolation als normalgewichtige Menschen (Anderson et al. 2006). Während das wahr-

Manche Kriterien einer Glücksspielsucht aus dem DSM-5 lassen sich auch auf eine mögliche Esssucht übertragen.



Foto: © flarimages / fotolia.com

scheinlich eher eine Folge der Gewichtszunahme ist, sind zwischenmenschliche Probleme wie interpersonelles Misstrauen, soziale Unsicherheit oder Feindseligkeit auch mit *binge eating*, unabhängig von der Körpermasse, assoziiert (Fassino et al. 2003; Lo Coco et al. 2011). Der Zusammenhang zwischen *binge eating* und zwischenmenschlichen Problemen ist vermutlich bidirektional: Zwischenmenschliche Probleme könnten negativen Affekt verstärken und den Beginn einer BES fördern. *binge eating* könnte jedoch auch zwischenmenschliche Probleme verschlimmern und aufrechterhalten (Ansell et al. 2012; Blomquist et al. 2012). Entsprechend scheinen die kognitive Verhaltenstherapie (bei der eher das tatsächliche Essverhalten im Fokus steht) und die interpersonelle Psychotherapie (bei der zwischenmenschliche Beziehungen im Fokus stehen) gleichermaßen effektiv bei der Behandlung der BES zu sein (Hilbert et al. 2012; Wilson et al. 2010). Nichtsdestotrotz sind zukünftige Studien notwendig, die zeigen, dass süchtiges Essverhalten kausal an der Entstehung sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme beteiligt ist.

#### ■ Substanzgebrauch in körperlich gefährlichen Situationen

Dieses Symptom tritt im Wesentlichen aufgrund von Effekten einer Intoxikation auf, zum Beispiel beim Bedienen von Maschinen oder Autofahren nach Alkoholkonsum. Der Konsum von Nahrung führt nicht zu einer Intoxikation, kann jedoch durchaus zu einer gefährlichen Situation führen, zum Beispiel während des Autofahrens (Alosco et al. 2012; Stutts et al. 2005; Young et al. 2008). Auch übermäßiger Nahrungskonsum im Kontext bestimmter Gesundheitszustände, etwa erhöhter Zuckerkonsum trotz Vorliegen eines Diabetes mellitus oder übermäßiger Konsum ungeeigneter Nahrungsmittel nach bariatrisch-chirurgischer Behandlung kann zu einer körperlich gefährlichen Situation führen. Ob dieses Kriterium allerdings ein essenzielles Symptom suchtartigen Essens darstellt, müssen Studien noch nachweisen.

## Glücksspielsucht und Überessen

Zusätzlich zu den revidierten Diagnosekriterien für Substanzabhängigkeit wurde nun auch die Glücksspielsucht als Verhaltenssucht in den DSM-5 aufgenommen (American Psychiatric Association 2013). Die diagnostischen Kriterien umfassen

- (1) die Notwendigkeit, um steigende Geldeinsätze zu spielen, um die gewünschte Erregung zu erreichen,
- (2) Unruhe oder Gereiztheit beim Versuch, das Glücksspiel einzuschränken oder aufzugeben,
- (3) wiederholte erfolglose Versuche, das Glücksspiel zu kontrollieren, einzuschränken oder aufzugeben,
- (4) ständige gedankliche Beschäftigung mit dem Glücksspiel,
- (5) Glücksspiel aufgrund von Gefühlen wie Anspannung oder Belastung,
- (6) Wiederaufnahme des Glücksspiels, um vorherige Geldverluste wieder auszugleichen,
- (7) Lügen, um das Ausmaß der Glücksspielproblematik zu verschleiern,
- (8) Gefährdung oder Verlust wichtiger Beziehungen, des Arbeitsplatzes oder schulischer/beruflicher Chancen aufgrund des Glücksspiels und
- (9) Abhängigkeit von der finanziellen Unterstützung anderer, um sich von finanziellen Notlagen entlasten zu können, die durch das Glücksspiel verursacht wurden (**Übersicht 2**). Glücksspielsucht liegt vor, wenn die Symptome innerhalb des vergangenen Jahres auftraten. Der Schweregrad lässt sich spezifizieren:
  - (1) gering (4–5 Symptome),
  - (2) moderat (6–7 Symptome) oder
  - (3) schwer (8–9 Symptome).

Manche dieser Kriterien lassen sich leicht auf süchtiges Essverhalten übertragen: *Wiederholte erfolglose Versuche, das Verhalten zu kontrollieren, einzuschränken oder aufzugeben*, ist ebenfalls ein Hauptmerkmal von BN, BES und süchtigem Essverhalten nach YFAS. Studien, in denen die YFAS verwendet wurde, zeigen zudem, dass süchtiges Essverhalten mit *ständiger gedanklicher Beschäftigung mit Nahrung und Essen* und mit Überessen aufgrund von emotionalen Zuständen wie Anspannung oder Belastung einhergeht (Meule, Gearhardt 2014). Wie beim Entzug von Substanzen scheint *Unruhe und Reizbarkeit bei Einschränkung des Nahrungskonsums oder Verzichtens auf bestimmte Nahrungsmittel* vorzuliegen. Allerdings lässt sich das schwer von einem vorliegenden generellen Energiedefizit abgrenzen.

Das Kriterium der *Notwendigkeit, mit steigenden Einsätzen zu spielen, um die gewünschte Erregung zu erreichen*, ließe sich in eine *Notwendigkeit, immer größere Nahrungsmengen essen zu müssen, um die gewünschte Befriedigung zu erreichen* übertragen. Diese Definition würde der Toleranzentwicklung bei Substanzabhängigkeiten entsprechen, die bei einem substanzialen Anteil adipöser Menschen unter Verwendung der YFAS vorliegt. Das Kriterium lässt sich allerdings nicht mehr auf Essverhalten übertragen, wenn es um das Gefühl der Erregung bei der Ausübung des Verhaltens geht.

Menschen mit BN oder BES erleben ausgeprägte Schamgefühle aufgrund ihres Essverhaltens und versu-

Übersicht 2: Diagnosekriterien für Glücksspielsucht nach DSM-5 und mögliche Äquivalente für süchtiges Essverhalten		
Diagnosekriterien Glücksspielsucht*	Mögliche Äquivalente für süchtiges Essverhalten	Kommentar
Notwendigkeit, um steigende Geldeinsätze zu spielen, um die gewünschte Erregung zu erreichen	Notwendigkeit, größere Nahrungsmengen zu verzehren, um die gewünschte Befriedigung zu erreichen	Plausibel, aber nicht anwendbar, wenn es sich auf Erregung bezieht
Unruhe oder Gereiztheit beim Versuch, das Glücksspiel einzuschränken oder aufzugeben	Unruhe oder Gereiztheit beim Versuch, den übermäßigen Nahrungskonsum einzuschränken oder auf bestimmte Nahrungsmittel ganz zu verzichten	Plausibel, aber schwer abgrenzbar von einem Energiedefizit
Wiederholte erfolglose Versuche, das Glücksspiel zu kontrollieren, einzuschränken oder aufzugeben	Wiederholte erfolglose Versuche, den übermäßigen Nahrungskonsum zu kontrollieren, einzuschränken oder auf bestimmte Nahrungsmittel ganz zu verzichten	Empirisch gestützt
Ständige gedankliche Beschäftigung mit Glücksspiel	Ständige gedankliche Beschäftigung mit Essen und Nahrung	Empirisch gestützt
Glücksspiel aufgrund von Gefühlen wie Anspannung oder Belastung	Überessen aufgrund von Gefühlen wie Anspannung oder Belastung	Empirisch gestützt
Wiederaufnahme des Glücksspiels, um vorherige Geldverluste wieder auszugleichen	-	Nicht anwendbar
Lügen, um das Ausmaß der Glücksspielproblematik zu verschleiern	Lügen, um das Ausmaß des Überessens zu verschleiern	Plausibel
Gefährdung oder Verlust wichtiger Beziehungen, des Arbeitsplatzes oder schulischer/beruflicher Chancen aufgrund des Glücksspiels	Gefährdung oder Verlust wichtiger Beziehungen, des Arbeitsplatzes, schulischer/beruflicher Chancen aufgrund des übermäßigen Nahrungskonsums	Plausibel
Auf die finanzielle Unterstützung anderer angewiesen sein, um sich von finanziellen Notlagen entlasten zu können, die durch das Glücksspiel verursacht wurden	Auf die finanzielle Unterstützung anderer angewiesen sein, um sich von finanziellen Notlagen entlasten zu können, die durch den übermäßigen Nahrungskonsum verursacht wurden	Plausibel, aber eher ungewöhnlich
<p><b>Anmerkungen:</b> Empirisch gestützt bezieht sich auf Befunde basierend auf unterschiedlichen Messmethoden, die zeigen, dass dieses Symptom im Kontext menschlichen Essverhaltens zu beobachten ist. Plausibel bezieht sich auf Befunde aus Tiermodellen, anekdotische Hinweise im Humanbereich oder basierend auf Selbstberichtsfragebögen wie beispielsweise der Yale Food Addiction Scale.</p> <p>* Definiert als anhaltendes oder wiederkehrendes problematisches Glücksspiel, das zu einer klinisch signifikanten Beeinträchtigung oder Leiden führt. Die Symptome müssen innerhalb der vergangenen zwölf Monate aufgetreten sein. Der Schweregrad kann spezifiziert werden als: gering (4–5 Symptome), moderat (6–7 Symptome) oder schwer (8–9 Symptome).</p>		

chen daher, das *Ausmaß ihrer Essanfälle zu verschleiern* (Goss, Allan 2009). Eine *Gefährdung oder Verlust wichtiger Beziehungen, des Arbeitsplatzes oder schulischer oder beruflicher Chancen* tritt wahrscheinlich aufgrund der Tendenz zur sozialen Isolation und als Folge einer starken Gewichtszunahme auf. Experimentelle Studien belegen, dass Personalleiter die berufliche Qualifikation adipöser Menschen unterschätzen und diese seltener einstellen würden (Giel et al. 2012). Bezüglich des Kriteriums *finanzieller Notlagen* könnte der hohe Geldaufwand zum Einkauf von Nahrungsmitteln die Lebensqualität von Menschen mit BN oder BES beeinträchtigen und insbesondere letztere mit finanziellen Problemen belasten (Agras 2001; Johnson et al. 2001). Das Symptom der *Wiederaufnahme des Glücksspiels, um vorherige Geldverluste wieder auszugleichen*, scheint sich weder auf Substanzabhängigkeiten noch auf übermäßiges Essverhalten übertragen zu lassen.

## Offene Fragen und Diskussion

### Welche Nahrungsmittel machen „süchtig“?

Tiermodelle weisen darauf hin, dass vor allem Zucker suchthaftes Essverhalten auslösen kann (Avena et al. 2008). Hoher Zuckerkonsum allein führt jedoch bei

den Tieren nicht zu Übergewicht und Adipositas, erst in Kombination mit einem hohem Fettanteil der Nahrung (Avena et al. 2009; Lindberg et al. 2011; Zilberter 2012). Bei Menschen könnten Nahrungsmittel mit einem hohen glykämischen Index Suchtpotenzial haben (Thornley et al. 2008). Darüber hinaus diskutieren Wissenschaftler verarbeitete (Ifland et al. 2009) und besonders salzhaltige Lebensmittel (Cocores, Gold 2009) als potenziell suchtauslösend. Gearhardt und Mitarbeiter (2011a) schlagen vor, dass wahrscheinlich verarbeitete Nahrungsmittel mit hohem Zucker-, Fett- und Salzgehalt, die deshalb extrem schmackhaft (*hyperpalatable*) sind, Suchtpotenzial beinhalten. Folglich ist es unwahrscheinlich, dass sich süchtiges Essverhalten auf eine bestimmte Substanz zurückführen lässt. Im Kontext suchtartigen Essverhaltens spielen augenscheinlich vor allem energiedichte Lebensmittel eine Rolle.

### Welche Personen zeigen süchtiges Essverhalten und wie häufig kommt es vor?

Anhand der YFAS wiesen einige Studien eine Prävalenz von fünf bis zehn Prozent nach (Meule, Gearhardt 2014). Wahrscheinlich überschätzen diese Zahlen jedoch die Häufigkeit süchtigen Essverhaltens, da die verwendeten Onlinestudien einem Selektionsbias unterliegen. Eine erhöhte Prävalenz zeigte sich bei Menschen



Hochkalorische Nahrungsmittel entfalten vor allem dann ihr Suchtpotenzial, wenn Betroffene ihr Essverhalten rigoros kontrollieren.

mit Adipositas. Jedoch ließ sich nur ein Teil der Adipösen als esssüchtig klassifizieren. Adipositas ist also definitiv nicht mit „Esssucht“ gleichzusetzen. Die stärkste Überschneidung fand sich bei der BES. Hier erhielt etwa die Hälfte der Teilnehmer die Diagnose „esssüchtig“ (Meule, Gearhardt 2014).

Gleichzeitig gibt es Menschen mit Unter- oder Normalgewicht, die eine Diagnose nach YFAS erhalten. Während sich bei Menschen mit Adipositas kein Geschlechtsunterschied hinsichtlich der YFAS-Diagnosen zeigte, erfüllten bei nichtadipösen Menschen mehr Frauen als Männer die Kriterien süchtigen Essverhaltens (Meule et al. 2012b). Ein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß süchtigen Essverhaltens und der Körpermasse war nicht erkennbar (Meule 2012). Diese Befunde könnten darauf hinweisen, dass süchtiges Essverhalten bei nichtadipösen Menschen hauptsächlich mit bulimischer Symptomatik assoziiert ist. Tatsächlich erhielten in einer kürzlich veröffentlichten Studie alle Teilnehmerinnen mit einer BN die Diagnose *food addiction* nach YFAS (Meule et al. 2014). Obwohl es einen positiven Zusammenhang zwischen Körpermasse und süchtigem Essverhalten (nach YFAS) gibt, besteht der eindeutige Zusammenhang also mit der Art des Essverhaltens wie *binge eating*.

### Handelt es sich bei süchtigem Essverhalten um eine Substanzabhängigkeit oder um eine Verhaltenssucht?

Da das DSM-5 auch die Glücksspielsucht als Verhaltenssucht erfasst, stellt sich die Frage, ob süchtiges Essverhalten eher mit den Kriterien für Substanzabhängigkeit oder für Glücksspielsucht übereinstimmt. Der im englischsprachigen Raum verwendete Begriff *food addiction* impliziert bereits, dass der Konsum einer Substanz (Nahrungsmittel) essenziell für diese Art von Sucht ist. Allerdings weisen einige Studien darauf hin, dass ein spezifisches Essverhalten (Esstopografie) essenziell ist, damit bestimmte Nahrungsmittel ihr Suchtpotenzial entfalten. Suchtsymptome ließen sich vor allem dann beobachten, wenn hochkalorische Nahrungsmittel in alternierenden Phasen von Restriktion und übermäßigem Konsum verzehrt werden (Avena et al. 2008; Corsica, Pelchat 2010).

Entsprechend lassen sich sowohl zu Substanzabhängigkeiten als auch zur Glücksspielsucht Parallelen erkennen. Trotzdem scheinen die Substanzabhängigkeitskriterien eindeutiger auf Nahrung und Essverhalten übertragbar zu sein. Zukünftige Forschung zu *food addiction* sollte sich daher bevorzugt an den Diagnosekriterien für Substanzabhängigkeiten orientieren.

### Welche Implikationen hat die Revision der Substanzabhängigkeitskriterien für die weitere Erforschung süchtigen Essverhaltens?

Nach DSM-IV war Substanzabhängigkeit diagnostizierbar, wenn mindestens drei Suchtsymptome erfüllt waren. Diesen Schwellenwert ersetzt nun die Spezifikation verschiedener Schweregrade, wobei Substanzabhängigkeit mit einem geringen Schweregrad jetzt schon bei Vorliegen von zwei Symptomen diagnostizierbar ist. Die Adaptation dieser Kriterien würde dementsprechend auch zu einer Zunahme der Diagnosen süchtigen Essverhaltens führen. Curtis und Davis (2014) verwendeten in einer kürzlich erschienenen Studie ein halbstrukturiertes Interview bei adipösen Teilnehmern mit oder ohne BES, um zu erfassen, wie diese ihr Überessen oder *binge eating* erleben. Sie fanden heraus, dass 100 Prozent der Teilnehmer mit BES ( $n = 12$ ) und 42 Prozent (5 von 12) der Teilnehmer ohne BES die neuen DSM-5-Kriterien mit geringem Schweregrad erfüllten, was die Prävalenzschätzungen nach YFAS übersteigt (Meule, Gearhardt 2014). Die Teilnehmer beurteilten drei der vier neuen Kriterien nicht als Spiegel wesentlicher Aspekte ihres Essverhaltens. Stattdessen waren die am häufigsten erfüllten Kriterien (egal ob eine BES vorlag oder nicht) der Konsum großer Mengen/längere Mahlzeiten als beabsichtigt und erfolglose Versuche, den Konsum einzuschränken. Das deckt sich mit den Ergebnissen nach YFAS. Zusätzlich erfüllten insbesondere die Teilnehmer mit BES häufig die Kriterien des fortgesetzten Konsums trotz körperlicher oder psychischer Probleme sowie des *craving* (Curtis, Davis 2014).

Die Anwendung von Diagnosekriterien mit geringem Schweregrad wird also höchstwahrscheinlich zu einer Überschätzung der Prävalenz süchtigen Essverhaltens führen, da die meisten Menschen mit Adipositas, aber auch viele Menschen ohne Adipositas, die Schwierigkeiten mit Überessen und Übergewicht haben, mindestens zwei Symptome erfüllen werden. Außerdem werden Menschen mit klinisch relevantem *binge eating* leicht eine Diagnose mit moderatem Schweregrad (4–5 Symptome) erhalten, was unter anderem mit der Aufnahme des *craving*-Kriteriums zusammenhängt.

Die Studie von Curtis und Davis (2014) deutet an, dass bis auf das *craving*-Kriterium die anderen drei im DSM-5 neu hinzugekommenen Symptome im Kontext von Nahrung und Essen weniger relevant sein könnten (Curtis, Davis 2014). Allerdings beinhaltete diese Studie nur eine sehr kleine Stichprobe und basierte auf einer qualitativen Analyse der Themen, die die Teilnehmer spontan während eines halbstrukturierten Interviews nannten. Zukünftige Studien unter Verwendung von standardisierten Maßen, wie beispielsweise eine revidierte Version der YFAS, sind notwendig, um die Relevanz der neuen

Substanzabhängigkeitskriterien für süchtiges Essverhaltens adäquat beurteilen zu können.

Selbst wenn sich herausstellen sollte, dass die neu eingearbeiteten Symptome (mit Ausnahme von *craving*) in Bezug auf Nahrung und Essen nicht auftreten, bleibt der Ansatz süchtigen Essverhaltens erhalten. Die diagnostischen Kriterien des DSM-5 treffen nicht auf alle Substanzen gleichermaßen zu. Bei manchen Substanzen fehlen Symptome (Koffein, Halluzinogene, Inhalantien) oder ein Intoxikationssyndrom (Tabak). Insbesondere bei Tabak wurde die Nützlichkeit der DSM-Kriterien infrage gestellt (Baker et al. 2012). Entsprechend ließe sich argumentieren, dass es sich bei gewissen Formen des Überessens um eine substanzgebundene Sucht handelt, auch wenn nicht alle der vorhandenen Diagnosekriterien zutreffen.

### Welche therapeutischen und gesellschaftlichen Implikationen hat der Ansatz süchtigen Essverhaltens?

Befürworter des *food addiction*-Ansatzes führen häufig an, dass dieser bedeutende therapeutische und gesellschaftliche Implikationen nach sich zieht. Diese sind jedoch kritisch zu hinterfragen. Tatsächlich war süchtiges Essverhalten nach YFAS in einer Studie zu einem Gewichtsreduktionsprogramm bei Menschen mit Adipositas mit einem geringen Therapieerfolg assoziiert (Burmester et al. 2013). Eine neuere Studie konnte das jedoch nicht bestätigen (Lent et al. 2014).

Viele Vorschläge, die als neue Implikationen des Suchtmodells propagiert werden, stellen sich bei näherer Betrachtung nicht als solche heraus. Beispielsweise ließe sich Reizkonfrontation und Reaktionsverhinderung – abgeleitet aus der Suchttherapie – bei suchtigem Essverhalten anwenden. Dieser Ansatz ist allerdings schon seit Jahrzehnten in der Diskussion und folglich nicht neu (Jansen 1998). Andererseits kann es sinnvoll sein, sich von Therapieansätzen bei Substanzabhängigkeiten inspirieren zu lassen wie neue computerisierte Verhaltenstrainings, die suchtrelevante oder essensbezogene Stimuli beinhalten, zeigen (Wiers et al. 2013). Außerdem könnte man Psychopharmaka, die in der Suchttherapie zum Einsatz kommen, auf ihre Wirksamkeit zur Gewichtsreduktion oder Verminderung der Häufigkeit von *binge eating* hin prüfen (Avena et al. 2013).

Ein häufiger Kritikpunkt am Suchtmodell ist, dass eine konsequente Übertragung von Therapiebausteinen der Suchttherapie die Abstinenz von der süchtig machenden Substanz erfordert. Die Vermeidung bestimmter Nahrungsmittel gilt bei der Therapie von BN und BES jedoch als kontraindiziert (Wilson 2010). Andererseits findet der Abstinenzansatz auch Befürworter. So orientieren sich Selbsthilfegruppen wie die *overeaters anonymous* am Zwölf-Punkte-Programm der Anonymen Alkoholiker. Der Abstinenzbegriff ist hier zwar nicht eindeutig definiert, dennoch finden es manche Teilnehmer hilfreich, auf beispielsweise Einfachzucker zu verzichten (Russell-Mayhew et al. 2010). Randomisierte, kontrollierte Studien zur Wirksamkeit der Teilnahme an solchen Selbsthilfegruppen fehlen jedoch.

Neben den therapeutischen Implikationen könnte ein Suchtmodell auch Auswirkungen auf gesellschaftlicher Ebene haben. Vorschläge zur politischen Einflussnahme

bei der Prävention von Übergewicht und Adipositas waren von Regulationen des Tabakmarktes inspiriert und umfassen etwa die Besteuerung von zuckerhaltigen Softdrinks, die stärkere Regulation von Werbung oder die Einführung von Ernährungsstandards an Schulen (Allen et al. 2012; Brownell, Frieden 2009; Gearhardt et al. 2012a; Gearhardt, Brownell 2013; Gearhardt et al. 2011b).

Da in den bisherigen Studien nur eine bestimmte Untergruppe von adipösen Personen als „esssüchtig“ identifiziert wurden, könnte andererseits die Nahrungsmittelindustrie süchtiges Essverhalten als seltene Störung präsentieren, die ein politisches Eingreifen entbehrlich macht (Lee et al. 2012). Weitere Bedenken gründen darauf, dass die Identifizierung als „esssüchtig“ zwar das Stigma des Versagens vom Individuum hin zu Einflussfaktoren der Umwelt lenken könnte, aber zu einem neuen Stigma führen und die Wichtigkeit körperlicher Aktivität zur Gewichtsabnahme reduzieren könnte (Lee et al. 2012). Das Suchtkonzept übermäßigen Essverhaltens kann also sowohl auf therapeutischer als auch auf gesellschaftlicher Ebene von Nutzen sein, birgt aber auch Gefahren. Zum derzeitigen Zeitpunkt kann die Nutzenbewertung des *food addiction*-Ansatzes nicht eindeutig ausfallen.

### Fazit

Obwohl eine mögliche Sucht nach Essen bereits seit vielen Jahrzehnten in der wissenschaftlichen Literatur diskutiert wird, befindet sich deren systematische Erforschung noch in der Anfangsphase. Suchtartigessverhalten zeigt viele Parallelen zu Substanzabhängigkeiten und Verhaltenssuchten. Hinweise auf eine Abhängigkeit nach einem ganz bestimmten Nährstoff zeigten sich im Humanbereich bisher allerdings nicht. Obwohl der Suchtansatz bei Menschen mit BN, BES oder Adipositas häufig positiv aufgenommen wird und dessen psychoedukativer Einsatz sich daher als hilfreich in der Psychotherapie dieser Erkrankungen erweisen kann, bleiben die Notwendigkeit und Auswirkungen auf therapeutischer und gesellschaftlicher Ebene kritisch zu hinterfragen.

Die Literaturliste finden Sie im Internet unter „Literaturverzeichnisse“ als kostenfreie pdf-Datei.

#### Der Autor

Dr. Adrian Meule studierte Psychologie und promovierte an der Universität Würzburg. Er ist derzeit wissenschaftlicher Mitarbeiter in der LWL-Universitätsklinik Hamm der Ruhr-Universität Bochum. Seit 2013 ist er Hauptherausgeber der Fachzeitschrift *Frontiers in Eating Behavior*.



Dr. Adrian Meule, Dipl.-Psych.  
LWL-Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum  
Heithofer Allee 64, 59071 Hamm  
adrian.meule@rub.de  
www.adrianmeule.wordpress.com  
www.frontiersin.org/eating\_behavior