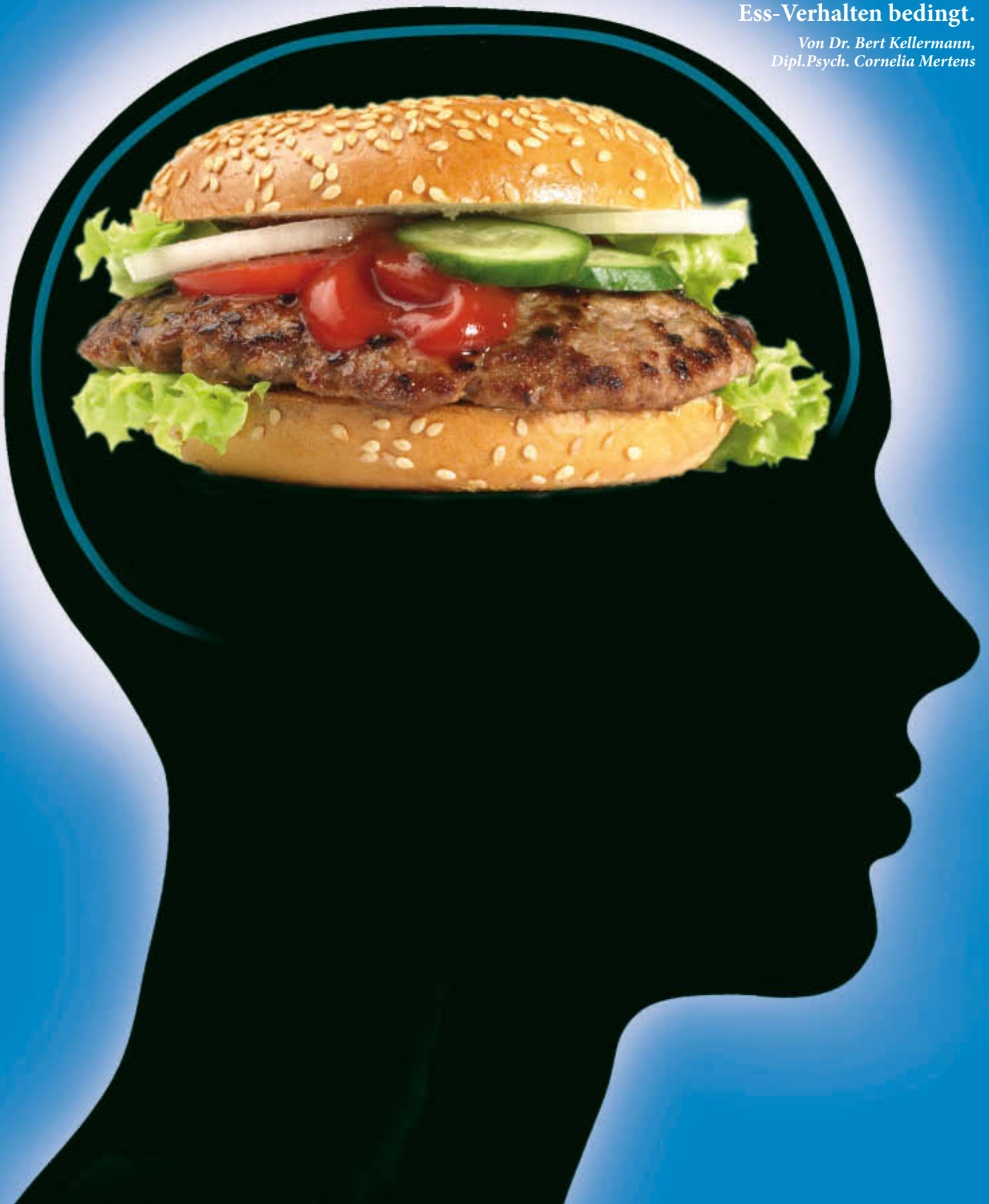


## Ess-Sucht

Nicht Substanzen, sondern Emotionen machen süchtig. Die derzeitige „Adipositas-Epidemie“ ist überwiegend durch zunehmende Verbreitung von süchtigem Ess-Verhalten bedingt.

*Von Dr. Bert Kellermann,  
Dipl.Psych. Cornelia Mertens*



# Adipositas, eine Verhaltenssucht?

Dass es Ess-Sucht gibt, ist eine Jahrzehnte alte, derzeit weitgehend vergessene, nur scheinbar banale Erkenntnis, die jedoch wirksame präventive und therapeutische Ansätze eröffnen kann. Manche Erkenntnisse sind im Laufe der Zeit wieder verloren gegangen, obwohl sie für die Therapie und Prävention wesentlich sind. Ein Beispiel: Noch in der ICD-8 („Diagnosenschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten“ der WHO) von 1972 ist die Ess-Sucht (tatsächlich steht da „Freßsucht“) mit u. a. der Anorexie zusammen im Absatz „Ess-Störungen“ genannt. 1983 schrieben die Psychologen M. Bachmann und H.-P. Röhr in einer Psychotherapie-Zeitschrift zusammenfassend: „Bei dem Vergleich von Eß- und Magersucht mit der Alkoholsucht wurde herausgearbeitet, daß Essen und Hungern Suchtmittel sein können, die den Charakter harter Drogen haben.“ Noch 1992 gab es im „Jahrbuch Sucht“ der DHS das Kapitel „Eßstörungen“, in dem drei Formen (Anorexie, Bulimie und „Adipositas/Eßsucht“) beschrieben wurden. Aber das ist alles Vergangenheit.

Erst seit wenigen Jahren werden diese Erkenntnisse „reanimiert“ und ausgeweitet. Insbesondere in den USA sind mehrere wissenschaftliche Artikel über „food addiction“ erschienen, aber auch einige deutsche Wissenschaftler haben sich wieder mit diesem Thema befasst. 2005 wies die prominente US-Suchtforscherin Nora Volkow in ihrem Artikel „How can drug addiction help us understand obesity?“ auf zahlreiche Parallelen von Drogenabhängigkeit und Adipositas hin. 2008 referierte die Charité-Psychologin Jana Wrase ein Ergebnis neurobiologischer Forschung, nach dem das Suchtpotenzial von Essen etwa halb so hoch ist wie das von Sex und immerhin etwa ein Sechstel des Suchtpotenzials von Morphin beträgt. 2009 schrieben Kiefer & Grosshans von der Klinik für abhängiges Verhalten und Suchtmedizin in Mannheim in der Zeitschrift *Der Nervenarzt*: „Nahrungsaufnahme ist nicht allein durch ein intrinsisches, der Energiehomöostase dienendes Hungergefühl induzierbar, sondern auch vermittelt durch neuronale Prozesse, die durch die belohnenden, respektive positiv verstärkenden Eigenschaften von Nahrungsmitteln beeinflusst werden. (...)

## Erhebliche Gefahren für die Gesundheit und hohe Kosten

Zur Erklärung der Ätiopathogenese der Adipositas könnten also zukünftig Modelle hilfreich sein, die aus der Forschung zur Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen generiert wurden.“ 2010 wies der Psychiatrie-Professor Spitzer darauf hin, dass „krankhaftes Übergewicht und Drogensucht einen gemeinsamen zugrunde liegenden Mechanismus“ haben. „(...), dass pathologisches Essverhalten, das zu Dickleibigkeit führt, letztlich eine Form von Suchtverhalten darstellt und entsprechend zu bewerten und zu behandeln ist!“ Seit Jahren wird auf die gesundheitspolitische Bedeutung der sich ausweitenden „Adipositas-Epidemie“ hingewie-

sen; allerdings erfolgten bisher kaum wirkliche Konsequenzen. Die am 23. September 2010 veröffentlichten Ergebnisse der OECD-Studie „Obesity and the Economics of Prevention“ waren erschreckend. Gewarnt wurde durch sie (erneut) vor erheblichen Gesundheits-Gefahren und Kosten durch zunehmende Häufigkeit von Fettsucht bzw. Adipositas in den Industrieländern. Doch nur kurzzeitig wirkten sie alarmierend in der allgemeinen und in der Fach-Öffentlichkeit. Andererseits erscheinen in den öffentlichen Medien seit Jahrzehnten angeblich wirksame Rezepte für die Gewichtsabnahme, die alle mehr oder minder unwirksam, zumindest ohne nachhaltigen Effekt sind. Kaum ein adipös gewordener Mensch schafft es über längere Zeit, sich an das nur scheinbar simple Rezept „Weniger essen, mehr bewegen“ zu halten.

## Moralisierende Betrachtungsweise hat sich wenig bewährt

Statt „Adipositas“ sprach man noch vor wenigen Jahrzehnten von „Fettsucht“. Dies ist primär ein volkstümlicher Ausdruck, der diskriminierend und deshalb demotivierend wirkt, das Selbstwertgefühl verletzt und somit mehr schadet als hilft. Die traditionelle moralisierende Betrachtungsweise hat sich wenig bewährt, insbesondere wenn ein adipös gewordener Mensch sie im Sinne von Selbstverachtung verinnerlicht hat.

Nur langsam wird derzeit (wieder!) anerkannt, dass gewohnheitsmäßige Polyphagie als eine Suchtform angesehen und im Prinzip jeder Mensch süchtig (somit auch esssüchtig) werden kann. So erscheint es kennzeichnend, dass im Internet bei Eingabe von „food addiction“ bei *pubmed* zahlreiche Literaturstellen angezeigt werden. Die seit langem bestehende Praxiserfahrung, dass die „Adipositas-Epidemie“ hauptsächlich durch süchtiges Verhalten, d. h. durch Ess-Sucht, bedingt ist, wurde allerdings bisher kaum ernsthaft betrachtet, obwohl sie durch die neurobiologische Forschung bestätigt wird und eine wirksame Therapie und Prävention ermöglicht.

Professionelle, insbesondere psychologisch-psychotherapeutische Hilfe zentriert sich derzeit oft auf die psychische Hintergrundproblematik, kaum jedoch auf süchtiges Verhalten selbst. Therapeutische Hilfe im medizinischen Bereich ist derzeit recht radikal: Bei ausgeprägter Adipositas sind (im doppelten Sinn) einschneidende (genauer: verstümmelnde) Maßnahmen, nämlich die mehr oder minder intensive Adipositas-Chirurgie weitgehend die einzige Möglichkeit bei lebensgefährlicher Adipositas. Nachdem sich Magenballon und -band als nicht ausreichend wirksam erwiesen haben, wird derzeit bei extremer und therapieresistenter Adipositas eine ausgedehnte Operation zur Umgehung des Magens durchgeführt. Die Adipositas-Chirurgie bzw. bariatrische Chirurgie hat sich zum medizinischen Spezialgebiet entwickelt (eigentlich ein Hinweis auf das Versagen von Psychiatrie und Psychologie in diesem Bereich). Durch möglichst frühe Verhaltensänderung ließe sich dies vermeiden.

## Ess-Sucht und Substanzabhängigkeit

Die Beobachtung, dass auch Essen eine Droge sein kann, wurde früher anders gedeutet. Entsprechend der (unzutreffenden) Vorstellung, dass Sucht („Substanzabhängigkeit“) ausschließlich durch Konsum von bestimmten psychisch wirksamen Substanzen entstehe, wurde früher mehr als derzeit angenommen, dass süchtiges bzw. exzessives Essverhalten durch den exzessiven Konsum von Zucker bzw. Kohlehydraten oder von Fett entstehen könne.

1936 beschrieben die Wiener Psychiater Gabriel und Kratzmann in ihrer Sucht-Monografie – in der sie auf klinisch-empirischer Basis die Suchtformen in Drogensuchten und „Tätigkeitssuchten“ einteilten – die „Saccharomanie“ (Zuckersucht). Sie bezeichneten Zucker damals schon als „Suchtmittel“. „Die Saccharomanie ist viel weiter verbreitet, als man gemeinhin anzunehmen geneigt sein möchte.“ Sie sei insbesondere bei den Kindern im „Proletariat“ verbreitet; zudem hätten „Raucher und Trinker“ in der Entwöhnungsphase ein „außerordentlich starkes Süßigkeitsbedürfnis“, sie würden Zucker quasi als Ersatzdroge konsumieren.

Auch aus heutiger Sicht erscheint die Vorstellung von Gabriel und Kratzmann (1936) bemerkenswert, die Saccharomanie stelle „gewissermaßen einen Übergang dar“ zu den „Suchtformen, die ohne chemische Hilfsmittel“ entstehen. Damals wurde also nicht angenommen – wie durch das heutige ICD-10-Abhängigkeitssyndrom postuliert –, dass Sucht („Abhängigkeit“) ausschließlich durch Substanzkonsum entstehe: die Formen der Verhaltenssucht wie Glücksspielsucht wurden von Gabriel & Kratzmann 1936 als „Tätigkeitssüchte“ bezeichnet.

Diese Sichtweise ist für das Verständnis der „Fettsucht“ als Form von Verhaltenssucht wesentlich: Die Alltagserfahrung zeigt, dass Essen wie eine Droge beruhigend, aber auch euphorisierend wirken kann. Durch einen vollen Magen kann ein Gefühl von Harmonie, innerem Frieden oder Wohlbefinden entstehen. Die Tradition des „Totenmahls“ scheint durch die Erfahrung einer antidepressiven Wirkung von reichlichem Essen bedingt zu sein. Die Alltagserfahrung zeigt aber auch, dass es sich nicht um eine direkte pharmakologische Wirkung handeln kann, sondern dass auch Erwartungen an die Wirkung (bzw. Erwartung und Enttäuschung dieser Erwartung im spiralförmigen Wechsel) wirksam sind, mit anderen Worten: Essen kann wie ein Placebo wirken.

Jedoch wird auch in neueren Veröffentlichungen noch die These einer „sugar addiction“ vertreten. Andererseits wird kohlehydrat- und fettreiche Nahrung („Junkfood“) für die erhebliche Zunahme der Adipositas-Häufigkeit verantwortlich gemacht. Bezeichnenderweise konnten auch Laborratten durch eine solche Nahrung esssüchtig gemacht werden, worauf u. a. Johnson & Kenny (2010) hinwiesen („Common hedonic mechanisms may therefore underlie obesity and drug addiction“).

## Die Macht der Gewohnheiten

Der Unterschied zwischen Gourmet und Gourmand ist bekannt; manche Menschen genießen ihr Essen, andere schlingen es in sich hinein, als müssten sie möglichst rasch eine Pflicht erfüllen. Viele Menschen hören mit dem Essen erst auf, wenn sie satt sind, d. h. der Magen gefüllt ist, wo-

durch bestimmte Botensubstanzen ausgeschüttet werden. Diese Steuerung nimmt das Gehirn unbewusst vor. Das sind komplizierte Regelkreisläufe, bei denen viele Gehirnareale miteinander zusammenarbeiten müssen. Das Hungergefühl wird vom Zwischenhirn bzw. mesolimbischen System gesteuert. Die Regeln des Gehirns sind einfach, iss viel, fett und süß. Ein klarer Überlebensvorteil der Urmenschen und bei mangelhafter Kalorienzufuhr in der Savanne. Wenn dann noch die Biologie einer Suchterkrankung das Phänomen verstärkt, stecken Adipöse im Teufelskreislauf.

Das ist auch der Grund, warum Chronifizierung bei dieser Krankheit größer ist als bei substanzinduzierten Suchterkrankungen. Dort liegt diese Rate unter 17% bei Alkoholabhängigkeit, wie die Hamburger Basisdatendokumentation (Bado) 2009 ausweist. Zumal Abstinenz, wie beim Alkohol, als Behandlungsmodell nicht in Frage kommt.

Eine Möglichkeit zur Behandlung ist die gezielte Selbstexploration. Gefühle und Verhalten werden bewusst und können erst dann hinterfragt und auf ihren Realitätsgehalt überprüft werden.

Dass im Extremfall einschneidende chirurgische Verfahren durch mehr oder minder totale Ausschaltung des Magens lebensrettend sein können, zeigt die Bedeutung des „vollen Magens“ für das Ess-Verhalten. Das dadurch erzeugte Sättigungsgefühl hat jedoch nur in Notzeiten einen Sinn. Die Selbstindoktrination „ich muss so lange essen, bis ich wirklich satt bin“ bzw. „lieber zu viel als zu wenig“ ist derzeit im europäischen Regelfall schädlich.

## Psychofalle Selbsteinflüsterung

Gewohnheiten werden oft durch Selbsteinflüsterungen unterstützt. Diese können Psychofallen sein. Sie werden erst durch gezielte Selbstexploration bewusst und können dann hinterfragt und auf ihren Realitätsgehalt überprüft werden. Deshalb ist es in der kognitiven Psychotherapie von zentraler Bedeutung, eigene Gefühle und Gedanken sowohl vor als auch während und nach dem Konsum zu protokollieren, eine mühsame, jedoch wirksame Selbsttherapie, um durch häufige Wiederholung tief eingeschliffene Verhaltensweisen ändern zu können. Bekanntlich stand am Apollon-Tempel in Delphi der Spruch: „Erkenne dich selbst!“. Offenbar war bereits den alten Griechen die Bedeutung der Selbstexploration für Verhaltensänderung bekannt.

Bei gewohnheitsmäßig eingeschliffenem, automatisiertem Verhalten wird die eigene Verhaltenskontrolle zunehmend umgangen. Manchem Suchtkranken hat die Regel geholfen: „Frontalhirn einschalten!“

Früher mehr als heute wurde das Sättigungsgefühl durch Suppen, Getränke etc. als Volumenfüller bewirkt. Auch könnte es sein, dass traditionelle bzw. religiöse Gewohnheiten wie Fastenzeiten zur Unterbrechung von Verhaltensgewohnheiten sinnvoll waren bzw. sind.

## Neue Sichtweisen

Durch den Wechsel der gewohnten Perspektive könnten sich neue therapeutische Ansätze ergeben, basierend auf Ergebnissen der Neurobiologie (Heinz & Mörsen 2010, Böning & Grüsser-Sinopoli 2009) und neueren Erfahrungen der Suchtprävention und -Therapie insbesondere mit den Glücksspiel-

Einer der Schlüssel zum Erfolg:  
Die eigene Verhaltenskontrolle

süchtigen, der Sucht-Frühintervention und des Selbstkontrolltrainings wie des Bundesmodellprojekts SKOLL (Böning und Kliche 2009).

Neurobiologische Erkenntnisse der letzten Zeit, insbesondere bildgebende Verfahren, die die Bedeutung des so genannten dopaminergen Belohnungs- bzw. Motivationssystem erkennen lassen, revolutionierten den Suchtbegriff. Der Psychiatrie-Professor Böning (1998) fasste anschaulich zusammen: „Dem Gehirn ist es egal, ob die süchtige Erregung von einem Suchtmittel oder einer Tätigkeit erzeugt wird.“

Aber noch glauben sogar Wissenschaftler, ausschließlich Substanzen könnten süchtig machen; dementsprechend kennt das hochoffizielle psychiatrische Diagnosenverzeichnis ICD-10 ausschließlich Formen von Substanzabhängigkeit.

Durch das seit den 80er Jahren übergroße Angebot an Glücksspielen stieg die Zahl der Glücksspielsüchtigen rapide an. Dies verdeutlicht: Nicht Substanzen, sondern Emotionen machen süchtig. Es sind die durch den Konsum bestimmter Substanzen, aber auch durch bestimmte Verhaltensarten ausgelösten Emotionen, die zur Suchtentwicklung führen. Manche Substanzen wie Heroin oder Kokain vermögen (vor allem anfangs) besonders intensive Gefühle zu provozieren, ihr Suchtpotenzial ist entsprechend hoch. Sucht ist psychische Abhängigkeit von bestimmten Emotionen (eine körperliche Abhängigkeit bei bestimmten Suchtformen ist eine eigenständige Störung).

## Nachteile des Begriffs „Ess-Sucht“

Früher mehr als heute wirkte der Suchtbegriff diskriminierend, weil er als Vorwurf („Du bist ein Willensschwächling! Hör doch einfach auf damit!“) und weil er im Sinne genetisch bedingter charakterlicher Minderwertigkeit gemeint war. Noch ist zu wenig bekannt, dass süchtiges Verhalten ein intensiv erlerntes Verhalten ist, das wie bei einer Dressur zunehmend automatisiert abläuft und dass auch psychisch stabile Menschen süchtig werden können.



Charité-Psychologin Sabine  
Miriam Grüsser-Sinopoli

Immer noch werden „die Gene“ verantwortlich gemacht. Es erscheint nicht ausgeschlossen, dass der eine Mensch eher als Gourmand, der andere eher als Gourmet geboren oder in der frühen Kindheit so geprägt wurde. Dies bedeutet jedoch lediglich, dass ein „geborener Gourmand“ es schwerer hat, sich den üblichen Verhaltensnormen anzupassen.

Früher mehr als heute wirkte der Suchtbegriff diskriminierend, weil er von den frühen, zum Teil immer noch populären Psychoanalytikern als Hinweis auf eine massive psychische Hintergrundproblematik angesehen wurde (Sucht sei lediglich die „Spitze eines Eisbergs“ etc.). Bei jeder Suchtform hat die individuelle Hintergrundproblematik eine mehr oder minder große Bedeutung. Sucht ist jedoch eine eigenständige psychische Störung, die durch optimale Bewältigung der individuellen Hintergrundproblematik nicht zu beseitigen ist.

Andererseits kann ein süchtig gewordener Mensch seine autonome Verhaltenskontrolle nur dadurch zurückgewinnen, dass er (am besten möglichst früh) seine Sucht als Realität akzeptiert. Menschen mit Bulimie haben bewiesen, dass dies zwar schwierig, jedoch möglich ist („kontrollierte Esser“)

## Ess-Sucht als Verhaltenssucht

Der Begriff „Verhaltenssucht“ ist ein neuerer und besserer Terminus für „nicht substanzgebundene Suchtformen“ und für den älteren Terminus „Tätigkeitssüchte“. Er wurde durch die Charité-Psychologin Sabine Miriam Grüsser-Sinopoli eingeführt. Süchtiges Verhalten (Sucht) ist intensiv erlerntes und nur schwer wieder verlernbares, automatisiertes Suchtmittel-

Konsumverhalten mit oft erheblichen Folgeschäden. Es basiert auf verinnerlichten Verhaltensnormen bzw. Überzeugungen, die dysfunktional geworden sind. Beim Konsum von Suchtmitteln mit hohem Suchtpotenzial (wie Opioide und Kokain) entwickelt sich besonders häufig eine Sucht. Die Verhaltenskontrolle beim Suchtmittelkonsum geht zunehmend verloren. Zudem verläuft sie durch Eigendynamik progredient und lässt sich zunehmend schwerer korrigieren. Jeder Mensch kann durch Suchtmittelkonsum in eine süchtige psychische Fehlentwicklung geraten; der eine ist mehr gefährdet, der andere weniger.

Süchtig zu werden ist ein typisch menschliches Risiko, bei Tieren kann nur durch Dressur eine Sucht erzeugt werden. Von psychoanalytischer Seite werden Komorbidität und individuelle Hintergrundproblematik überbetont. Sucht als moralisches Versagen („Laster“) anzusehen, hat sich als Bewältigungsstrategie nicht bewährt.

Das problematische Ess-Verhalten schleift sich durch häufige Wiederholung als Verhaltens-Gewohnheit ein und läuft zunehmend unreflektiert ab. Es wird sozusagen nach und nach die autonome Verhaltenskontrolle im Frontalhirn abgeschaltet. Der Süchtige verlernt, selbstkritisch sein eigenes Verhalten zu reflektieren, das eingeschliffene Verhalten läuft eigengesetzlich nach einem Auslöserreiz ab. Eine Verhaltenskorrektur ist am einfachsten im Frühstadium zu erreichen.

## Suchtmedizinische Erfahrungen

Gemeinsamkeiten der Suchtformen sind für Diagnose, Therapie und Prävention wesentlicher als die Unterschiede. Für Sucht („Abhängigkeitssyndrom“) ist der zunehmende Verlust der autonomen Verhaltenskontrolle symptomatisch. Auch die Progredienz der Suchtentwicklung ist typisch; je früher sie gestoppt wird, desto eher gelingt dies. Die offenbar wirksamste Suchttherapie ist deshalb die Frühintervention. Bei Abhängigkeit von Substanzen wie Alkohol, Nikotin, Kokain oder Heroin ist das „konsequente Aufhören“ („Totalabstinenz“) einfachste und sicherste Methode zur Problembewältigung; dies ist auch bei Glücksspielsucht hilfreich. Bei Ess-Sucht ist sie lediglich im Sinne von zeitweiligem Fasten oder durch Essenszuteilung durch Mitmenschen denkbar. Die suchtmmedizinische Praxis, die im Qualifizierten Entzug und in der Opioidsstitution realisiert ist, wird derzeit noch stark geprägt durch das „Abhängigkeitssyndrom“ der ICD-10, durch das postuliert wird, Sucht entstehe ausschließlich durch den Konsum bestimmter psychotroper Substanzen. Frühere Erfahrungen, nach denen auch Tätigkeiten wie Glücksspielen psychotrop und suchterzeugend wirken, wurden dabei skotomisiert.

Die Ess-Sucht ist somit für die Suchtmedizin weitgehend Neuland. Andererseits haben sich – früher ausgeprägter als heute – auch bei Ess-Störungen wie Bulimie oder Ess-Sucht Selbsthilfegruppen wie die *Overeaters Anonymous* (OA) bewährt. Diese haben derzeit weniger Teilnehmer als vor einigen Jahrzehnten; zum Teil dürften sie etwas erstarrt sein, die Zugangsbarriere für neue Teilnehmer ist recht hoch.

Eine zentrale präventive Funktion könnte die Motivation zur Verhaltensänderung in jedem Arztgespräch einnehmen, wie bisher schon bei der – möglichst frühen – Intervention bei gesundheitsschädlichem Alkohol- oder Nikotinkonsum.

Die Umstellung des Suchthilfesystems auf Sucht-Frühintervention hat erst begonnen.

Zudem wird – der ICD-10 entsprechend – der diagnostische Blick mehr auf Unterschiede als auf Gemeinsamkeiten verschiedener Suchtformen gerichtet.

Von psychosomatischen Schulen wird die Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen (Kinzl & Biebl 2010) oft überbetont und teure Psychotherapie durchgeführt, ohne ausreichenden empirischen Wirksamkeitsnachweis.

## Selbstexploration und -management

Eine „Totalabstinenz“ („Entschluss zum alkoholfreien Leben“) wie bei Alkoholabhängigen kann sich bei der Ess-Sucht auf bestimmte Nahrungsmittel (bspw. „Junkfood“) beziehen. Hilfreich kann es auch sein, die Verhaltenskontrolle für einige Monate an andere abzugeben und nur das zu essen, was ein anderer kontrolliert (eine Verhaltensparallele: Glücksspiel- oder Kaufsüchtige geben die Geldverwaltung vorübergehend an andere ab).

Hilfreich bei der Verhaltensänderung sind selbst verfasste (und dadurch akzeptable) Regeln. Bekanntlich schaffen manche Menschen durch striktes Einhalten von Konsumregeln es sogar, kontrolliert Substanzen mit hohem Suchtpotenzial wie Kokain zu konsumieren, ohne süchtig zu werden. Je früher man beginnt, sich an das Einhalten von Konsumregeln zu gewöhnen, desto besser erlernt man es.

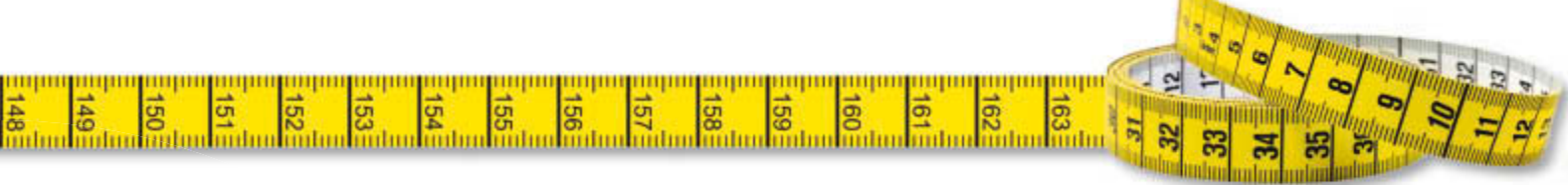
Symptomatisch für Sucht ist die hohe Rückfallgefahr ins gewohnte Konsumverhalten. Nach einem Rückfall ist es von großer Bedeutung, möglichst rasch wieder mit der bewussten Verhaltensregelung zu beginnen.

Selbstexploration bzw. -reflexion kann zur Verbesserung des Selbstmanagement führen, auch im Hinblick auf das eigene Ess-Verhalten. Unter den suchtttherapeutischen Methoden hat sich das Verhaltensprotokoll besonders bewährt: Die Patienten protokollieren ihren Konsum mit Art und Uhrzeit, optimalerweise auch ihre Gedanken und Gefühle vor, während und nach dem Konsum. Selbstexploration kann gefördert werden durch das Gespräch mit anderen Menschen, die unter der gleichen Problematik leiden.

Die Erfahrung zeigt: Je mehr Menschen Suchtmittel konsumieren, desto mehr Menschen werden süchtig. Dies gilt



*Selbstexploration kann durch das Gespräch mit anderen Menschen, die unter der gleichen Problematik leiden, gefördert werden ...*



besonders für Suchtmittel („Drogen“) mit hohem Suchtpotenzial wie Heroin oder Kokain, aber auch für die Quasi-Drogen wie Essen, Kaufen, Glücksspielen etc. Es ist sicherlich kein Zufall, dass die Adipositas-Problematik unserer Epoche zeitgleich ist mit der derzeit verbreiteten und offiziell geförderten Konsum- und Eventkultur („Wirtschaftswachstum durch Konsum“), durch die die öffentliche Meinung geprägt wird und deren Folgeschäden (auch für spätere Generationen) offiziell ausgeblendet werden. Durch diese extrem kurzsichtige Konsum-Ideologie hat auch die Prävalenz „nichtstoffgebundener“ Suchtformen erheblich zugenommen.

## Zeitgeistbedingte Konsum-Ideologie

Der Blick zurück macht deutlich: Bis vor 30 Jahren war die Suchttherapie hauptsächlich Aufgabe der Sozialpädagogen. Die relativ junge Wissenschaft Psychiatrie fühlte sich fast ausschließlich für Sucht-Diagnostik und hirnrnorganische Sucht-Folgeschäden wie Rausch, Delir oder Demenz/Korsakow zuständig. Die noch jüngere Wissenschaft Psychologie beschäftigte sich hauptsächlich mit Test-Diagnostik und Statistik (Epidemiologie); allerdings waren die Erkenntnisse einiger Psychologen (Beck, Ellis, Grawe, Kanfer, Rogers, Skinner) für die Suchttherapie von größter Bedeutung. In den 70er bis 90er Jahren leisteten insbesondere die Sucht-Selbsthilfegruppen nach dem Muster der Anonymen Alkoholiker, Guttempler, Freundeskreise etc. die eigentliche Suchttherapie; die früheren Trinker-Heilstätten wandelten sich um zu Fachkliniken. Seit dem Psychotherapeutengesetz von 1999 wird Suchttherapie hauptsächlich von Psychologischen Psychotherapeuten geleistet, obwohl die psychotherapeutischen Schulen noch stark von Dogmen geprägt sind. Hingegen ist der in der Suchttherapie erfahrungsgemäß effiziente Selbsthilfe-Gedanke in den Hintergrund gedrängt worden. Gleichzeitig wurde nicht mehr die Sucht selbst, sondern die individuelle Hintergrundproblematik („Komorbidität“) in den Mittelpunkt der Suchttherapie gestellt. Dies lässt sich nicht unbedingt als Fortschritt bezeichnen. Paradoxerweise sind wesentlich mehr Mitarbeiterstellen im Suchtbereich geschaffen wor-

den (der bürokratische Aufwand ist allerdings auch erheblich angestiegen, insbesondere im Reha-Bereich). Wichtige suchttherapeutische Aspekte wie „safer use“, „harm reduction“ und insbesondere Sucht-Frühintervention sind teilweise wieder verloren gegangen. Bei der Ess-Sucht scheint die Sucht-Frühintervention besonders wichtig zu sein. Dies wird deutlich, wenn Ess-Sucht als Verhaltenssucht gesehen wird. Erlerntes Verhalten kann nicht ohne weiteres verlernt werden. Je länger und intensiver ein Verhalten ausgeführt und damit gelernt wird, desto stärker wird es in der Psyche bzw. im Gehirn fixiert. Die frühere Tiefpunkt-Ideologie („Kapitulation“ durch Leidensdruck) mit der Konsequenz der Totalabstinenz ist bei Ess-Sucht selbstverständlich nicht realisierbar. Resignation im fortgeschrittenen Stadium („zu spät!“) wäre allerdings fatal, zudem würde dies ein Versagen professioneller suchtmmedizinischer und psychotherapeutischer Arbeit bedeuten. Durch ein von den Krankenkassen finanziertes suchttherapeutisches Frühinterventionsgespräch könnte die Möglichkeit genutzt werden, neben anderen Suchtformen auch das Problem Adipositas als Verhaltenssucht mit motivierender Gesprächsführung zu thematisieren. Vorrangig sollte versucht werden, die Progression der Suchtentwicklung durch motivierende Gesprächskontakte in größeren zeitlichen Abständen früh genug zu bremsen oder nach Möglichkeit zu stoppen. Dabei sollte die Provokation paradoxer Reaktionen möglichst vermieden werden.

Vorgeschlagen wird deshalb eine (möglichst krankenkassenfinanzierte) suchtmmedizinische bzw. suchttherapeutische Vorsorgeuntersuchung der 30 – 50-Jährigen, insbesondere zur Sucht-Prävention und Sucht-Frühintervention für alle Suchtformen, auch für Ess-Sucht/Adipositas. Hierzu ist es notwendig, dass die Sucht-Diagnose wieder realitätsadäquater definiert wird. Das ICD-10-Abhängigkeitsyndrom hat sich in der suchttherapeutischen Praxis nicht bewährt. Wie bereits 1968 höchststrichlerlich in Bezug auf die Alkoholabhängigkeit festgelegt (jedoch nur partiell realisiert) wurde, ist die Suchtkrankheit auch im frühen Stadium eine Krankheit, die zu schweren Folgeschäden führen und deren Progression verhindert werden kann. Im vergangenen Jahrhundert waren die Sucht-Selbsthilfegruppen therapeutisch am wirksamsten. Derzeit haben sich einige professionell begleitete und bei Bedarf unterstützte Selbsthilfegruppen bewährt; dieses System ist jedoch noch im Anfangsstadium und sollte ausgebaut werden. Allerdings: Angesichts der wegen der Staatsverschuldung zu erwartenden Sparmaßnahmen wird vermutlich das Suchthilfesystem nicht ausgebaut werden können, so dass nur eine realitätsadäquate Umgestaltung möglich sein wird. Im Hinblick auf kommende Jahre ist die suchtmmedizinische (bzw. suchttherapeutische) Frühintervention kostensparend. Zudem müssen für die teure Langzeit-Opioid-Substitution neue Überlegungen angestellt werden; stationäre Maßnahmen („Rehabilitation“) müssen weiter verkürzt, in teilstationäre Hilfen (Tageskliniken, Wochenend-Seminare) umgewandelt und zielgerichteter auf die Suchtproblematik zentriert werden.

*Literatur beim Verfasser.*

**Bert Kellermann** ist Facharzt für Nervenheilkunde im Ruhestand mit Fachkunde Suchtmmedizinische Grundversorgung, E-Mail: [bertkellermann@gmx.de](mailto:bertkellermann@gmx.de)