

Wechselwirkungen zwischen Ernährung und Psyche

Einleitung

Dieser Beitrag untersucht die Wechselwirkungen zwischen Ernährung und Psyche und stellt dabei die materielle Praxis des Essens in den Mittelpunkt. Ausgangspunkt ist die Annahme, dass Ernährung nicht nur eine biologische Funktion erfüllt, sondern in komplexe psychische und soziale Zusammenhänge eingebettet ist. Eine zentrale Perspektive bietet das Konzept der Materialität, das die Bedeutungen und Beziehungen beschreibt, die im Zusammenspiel von Mensch, Umwelt und materiellen Gegebenheiten entstehen (Hochschule Luzern o. D.). Nahrung erscheint in diesem Sinne nicht lediglich als Nährstoffträger, sondern als materielles Element, das in individuelle Erfahrungen, soziale Interaktionen und psychische Prozesse eingebunden ist.

Unter Ernährungsverhalten wird das gesamte Spektrum an Handlungen und Entscheidungen rund um die Nahrungsaufnahme verstanden, einschließlich der Auswahl von Lebensmitteln, des Verzehrs unterschiedlicher Portionsgrößen und Lebensmittelgruppen, aber auch der zeitlichen und sozialen Strukturen des Essens. Ernährungsverhalten ist somit ein komplexes, kontextabhängiges Verhalten, das durch eine Vielzahl von Faktoren geprägt ist, u. a. biologische, psychische, soziale und politische Faktoren (Stok et al. 2017).

Vor diesem Hintergrund beleuchtet dieser Beitrag zunächst die bidirektionalen Beziehungen zwischen Ernährungsverhalten und psychischer Gesundheit bzw. psychischen Störungen. Einerseits beeinflusst die Ernährung psychische Prozesse wie Stimmung, Kognition und Wohlbefinden und steht mit der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen im Zusammenhang. Andererseits wirken sich psychische Zustände auf das Ernährungsverhalten aus, etwa über Motivation, Emotionsregulation und alltägliche Handlungsrouninen. Danach soll in diesem Beitrag die Rolle der Materie Nahrung bei den Essstörungen Anorexia nervosa und Bulimia nervosa näher beleuchtet werden.

Wie beeinflusst das Ernährungsverhalten psychische Störungen?

Ein zentraler Pfad betrifft die Wirkrichtung vom Ernährungsverhalten auf die psychische Gesundheit. Dabei liegt die Annahme zugrunde, dass die Art der konsumierten Nahrung maßgeblich beeinflusst, welche Nährstoffe dem Körper zugeführt werden und inwieweit Nährstoffdefizite entstehen. Diese Nährstoffversorgung (z. B. der Vitamin-D-Status) wiederum wirkt sich auf verschiedene biologische Systeme aus, darunter das Neurotransmittersystem, die Darmmikrobiota sowie gastrointestinale Hormone (Adan et al. 2019). Infolgedessen beeinflussen diese biologischen Prozesse grundlegende Funktionen, wie die Regulation von Hunger, die kognitive Leistungsfähigkeit und die Stimmung. Diese Mechanismen können auch zur Entstehung oder Aufrechterhaltung von psychischen Störungen beitragen, etwa zu Depressionen oder Angststörungen. Somit kann angenommen werden, dass Ernährung über physiologische und biochemische Prozesse einen indirekten und kleinen, aber signifikanten Einfluss auf die psychische Gesundheit ausübt (Adan et al. 2019; Firth et al. 2019; Kris-Etherton et al. 2021).

Empirische Befunde weisen konsistent auf eine Assoziation zwischen Ernährungsverhalten und depressiver Symptomatik hin. Insbesondere zeigt sich ein Zusammenhang mit dem Konsum von freiem Zucker, vor allem aus Getränken, sowie mit dem Verzehr ultraprozessierter Lebensmittel (Kaiser et al. 2023; Lane et al. 2022). Diese Befunde legen nahe, dass neben der reinen Nährstoffzusammensetzung auch die Qualität und der Verarbeitungsgrad der konsumierten Lebensmittel einen Einfluss auf die psychische Gesundheit haben. Zahlreiche Studien zeigen, dass eine geringe Ernährungsqualität – insbesondere ein niedriger Konsum von Obst, Gemüse und Olivenöl – mit einem erhöhten Risiko für depressive Symptome assoziiert ist (Marx et al. 2021). Entsprechende Ernährungsmuster stehen im Gegensatz zu Ernährungsweisen wie der mediterranen Diät, die wiederholt mit einer höheren psychischen Gesundheit in Verbindung gebracht wurde (Lassale et al. 2019). Es mehren sich zudem Hinweise darauf, dass eine geringe Ernährungsqualität nicht nur mit depressiven Symptomen assoziiert ist, sondern auch zu deren Entstehung beitragen kann (Jacka et al. 2017).

Eine Metaanalyse zu Ernährungsinterventionen zeigt, dass Veränderungen des Ernährungsverhaltens (insbesondere im Hinblick auf die mediterrane Diät) mit einer Reduktion depressiver Symptome einhergehen können. Ein Teil des Effekts wird möglicherweise über eine Gewichtsreduktion vermittelt (Firth et al. 2019). Die bei der Gewichtsreduktion beobachtete Verbesserung des Wohlbefindens könnte auf eine Verringerung der gewichtsbezogenen Stigmatisierung zurückzuführen sein, die Personen mit höherem Gewicht oft erleben und die zu

Stress bei den Betroffenen führen kann (Tomiyama 2014). Grundsätzlich scheint für den Zusammenhang zwischen Ernährung und Depression jedoch weniger die kurzfristige Auswahl einzelner Lebensmittel entscheidend zu sein, sondern vielmehr das langfristige Ernährungsmuster (über Wochen, Monate und Jahre hinweg). Denn in der ernährungspsychologischen Forschung muss berücksichtigt werden, dass im Ernährungsverhalten sowohl interpersonelle Unterschiede (zwischen Personen) als auch intrapersonelle Unterschiede (innerhalb einer Person) zu finden sind (Cheon & Mattes 2024; Smith et al. 2020). Menschen essen meist anders, wenn sie mit anderen zusammen essen, als wenn sie allein essen, und oft macht es auch einen Unterschied, ob sie an einem Wochentag oder am Wochenende essen.

Auch im Kontext von Angststörungen zeigen sich Zusammenhänge mit dem Ernährungsverhalten. Besonders relevant sind stimulierende Substanzen wie Koffein und Alkohol, die bei Personen mit erhöhter Ängstlichkeit eine verstärkende Wirkung auf die Symptomatik haben können. Während Koffein dosisabhängig anxiogene Effekte zeigt (Klevebrant & Frick 2022; Liu et al. 2024), besteht für Alkohol eine komplexe, bidirektionale Beziehung zu Angststörungen: Alkoholkonsum kann Angstsymptome langfristig verstärken, während eine bestehende Angstsymptomatik wiederum das Risiko für problematischen Alkoholkonsum erhöht (Kolonie et al. 2025; Ummels et al. 2022). Insgesamt finden sich ähnliche Muster wie bei Depressionen, jedoch konnte in Metaanalysen bisher kein klarer Hinweis darauf gefunden werden, dass Ernährungsinterventionen zu einer signifikanten Reduktion angstspezifischer Symptome führen (Firth et al. 2019; Kris-Etherton et al. 2021).

Wie beeinflussen psychische Störungen das Ernährungsverhalten?

Gleichzeitig sollte neben Effekten des Ernährungsverhaltens auf die psychische Gesundheit unbedingt auch die umgekehrte Wirkrichtung betrachtet werden. Aus psychotherapeutischer Perspektive stellt sich insbesondere die Frage, inwiefern psychische Störungen das Ernährungsverhalten beeinflussen. Psychische Störungen gehen typischerweise mit vielfältigen funktionalen Beeinträchtigungen einher, darunter Defizite in der Emotionsregulation, Antriebsstörungen – insbesondere im Kontext depressiver Erkrankungen – sowie interpersonelle Konflikte im beruflichen und privaten Umfeld (Hoyer & Knappe 2020). Diese Faktoren können die alltägliche Lebensführung erheblich erschweren. In der Folge können Einschränkungen in der Planung und Umsetzung gesundheitsrelevanter Verhal-

tensweisen auftreten, die nicht selten durch reduzierte finanzielle Ressourcen, etwa infolge einer eingeschränkten Erwerbstätigkeit, verstärkt werden. Zudem kann bei Betroffenen die Appetitregulation beeinträchtigt sein. Diese Faktoren können dazu führen, dass Betroffene körperlich weniger aktiv sind, Veränderungen im Schlafverhalten aufweisen, soziale Beziehungen weniger pflegen und sich die Ernährungsqualität insgesamt verschlechtert (Gibson-Smith et al. 2018; Lopresti et al. 2013).

Insbesondere im Kontext depressiver Störungen zeigen sich ausgeprägte Einschränkungen der Initiierungs- und Handlungsfähigkeit, die sich unmittelbar auf das Ernährungsverhalten auswirken können (Beesdo-Baum & Wittchen 2020). Die Planung, Beschaffung und Zubereitung von Mahlzeiten erfordern eine Vielzahl aufeinanderfolgender Handlungsschritte, deren Umsetzung durch einen verminderten Antrieb erheblich erschwert sein kann. So kann bereits die Durchführung grundlegender Alltagsaktivitäten – vom Aufstehen über den Einkauf bis hin zur Zubereitung einer Mahlzeit – für Betroffene eine erhebliche Hürde darstellen. Darüber hinaus können kognitive und affektive Faktoren, wie ein vermindertes Selbstwertgefühl und ausgeprägte Entscheidungsschwierigkeiten, dazu beitragen, dass gesundheitsförderliche Verhaltensweisen, etwa das Kochen ausgewogener Mahlzeiten, als nicht lohnend und/oder schwer umzusetzen erlebt werden. In Kombination mit Veränderungen der Appetitregulation kann dies zur Ausbildung unausgewogener Ernährungsmuster beitragen (Jacka et al. 2015).

Während diese Mechanismen insbesondere für depressive Störungen gut beschrieben sind, zeigen sich vergleichbare Zusammenhänge auch im Kontext einer Angstsymptomatik. Angststörungen gehen häufig mit Vermeidungsverhalten sowie ausgeprägten situativen Befürchtungen einher, die alltagspraktische Aktivitäten erheblich einschränken können (World Health Organization [WHO] 2019). Dazu kann beispielsweise der Einkauf von Lebensmitteln zählen. Befürchtungen, von anderen Personen beobachtet oder bewertet zu werden, sowie Ängste vor engen oder überfüllten Situationen in Supermärkten oder auf Wochenmärkten können dazu führen, dass Betroffene bestimmte Einkaufsumgebungen meiden oder nur eingeschränkt nutzen. Dies kann unmittelbare Konsequenzen für die Lebensmittelauswahl haben, da gewünschte oder gesundheitsförderliche Produkte unter Umständen nicht beschafft werden können und stattdessen leichter verfügbare Alternativen bevorzugt werden. Darüber hinaus treten bei Angststörungen häufig somatische Symptome (z. B. Übelkeit, gastrointestinale Beschwerden) auf, die ebenfalls die Nahrungsaufnahme und Lebensmittelauswahl beeinflussen können (Gibson-Smith et al. 2018). Ein weiterer relevanter Faktor ist das erhöhte Stressniveau bei Angststörungen. Hoher wahrgenommener Stress ist mit einem vermehr-

ten Konsum energiereicher und ultraprozessierter Lebensmittel assoziiert (Papier et al. 2015). Insgesamt können diese Mechanismen dazu beitragen, dass sich auch bei Angststörungen ungünstige Ernährungsmuster entwickeln oder verstärken.

Methodische Limitationen

Die dargestellten Zusammenhänge zwischen Ernährungsverhalten und psychischen Störungen sind jedoch vor dem Hintergrund methodischer Herausforderungen zu interpretieren. Insbesondere die Erfassung von Ernährungsverhalten ist komplex und störanfällig. Traditionell basieren viele Studien auf retrospektiven Selbstauskünften, bei denen Teilnehmende angeben sollen, wie häufig sie bestimmte Lebensmittel über längere Zeiträume konsumiert haben. Solche Angaben sind anfällig für Erinnerungsverzerrungen und Ungenauigkeiten, da selbst die kurzfristige Nahrungsaufnahme häufig nur unzureichend erinnert werden kann (Shim et al. 2014).

Neuere Ansätze der Ernährungspsychologie nutzen zunehmend digitale Datenerhebungstools, wie etwa die Erfassung von Daten über Ecological Momentary Assessments (EMA). Hier können die Studienteilnehmenden über Smartphone-Apps in Echtzeit eingeben, was, wie, warum, wie viel und in welcher Ernährungsumgebung gegessen wurde. Diese Verfahren ermöglichen zwar eine höhere ökologische Validität und reduzieren Erinnerungsbias, sind jedoch mit anderen Limitationen verbunden (Maugeri & Barchitta 2019). Dazu zählen insbesondere eine potenzielle Belastung der Teilnehmenden durch wiederholtes Abfragen, was die Compliance beeinträchtigen kann, sowie reaktive Effekte, bei denen die Erhebung selbst das Verhalten beeinflusst (Maugeri & Barchitta 2019). Festhalten lässt sich damit, dass das Ernährungsverhalten, so wie es im Alltag praktiziert wird, nur schwer vollständig zu erfassen ist.

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass psychische Störungen hochkomplexe Phänomene darstellen, deren Entstehung durch unterschiedliche ätiologische Perspektiven beschrieben wird, die biologische, psychologische und soziale Faktoren in unterschiedlicher Weise in den Fokus rücken. Diese Ansätze lassen sich im biopsychosozialen Modell als integrativem Rahmen zusammenführen, das psychische Störungen als Ergebnis eines dynamischen Zusammenspiels dieser Faktoren versteht (Kris-Etherton et al. 2021). Insbesondere aus psychotherapeutischer Perspektive lässt sich argumentieren, dass psychische Störungen stets im Kontext sozialer Beziehungen und Interaktionen zu verstehen sind. Psychische Symptome können demnach als Ausdruck von Konflikten in sozialen Beziehun-

gen interpretiert werden und sind nicht isoliert von ihrem interpersonellen Kontext zu betrachten.

Hier ist auch die Materialität von Bedeutung, denn psychische Störungen sind zugleich in materielle Lebensbedingungen eingebettet (Malafouris 2019). Soziale Beziehungen und Konflikte existieren nie unabhängig von materiellen Räumen. Dabei fungiert auch der Körper als materielle Dimension. Wie bereits aufgezeigt, ist die Materialität des Körpers für psychische Störungen relevant; darunter fallen neurobiologische Prozesse, hormonelle Veränderungen, chronischer Stress und eben auch das Ernährungsverhalten. Weiterhin verweist Materialität auch auf gesellschaftliche Machtstrukturen wie Diskriminierungserfahrungen oder mangelnder Zugang zu Bildung oder Psychotherapie, sodass psychische Symptome aggraviert werden können. Somit beeinflussen räumliche, körperliche, ökonomische und technologische Faktoren maßgeblich die sozialen Beziehungen wie auch das subjektive Erleben und wirken an der Entstehung, Aufrechterhaltung und Bewältigung psychischer Störungen mit (Malafouris & Röhrich 2024). Psychische Störungen können somit auch als ein soziomaterielles Phänomen begriffen werden. Diese Einbettung in komplexe soziale Systeme trägt zusätzlich zur Schwierigkeit bei, spezifische Wirkmechanismen eindeutig und monokausal zu identifizieren.

Insgesamt verdeutlichen diese Überlegungen, dass die Untersuchung der Wechselwirkungen zwischen Ernährung und psychischen Störungen empirisch komplex ist und die empirische Evidenz ausbaufähig ist. Es bedarf mehr methodisch hochwertiger Studien mit z. B. längeren Beobachtungszeiträumen, größeren Stichproben und dem Einschluss von Patient*innen mit diagnostizierten psychischen Störungen sowie weiterführende Analysen von Moderator- und Mediator-effekten. Die bestehenden Befunde liefern wichtige Hinweise auf Zusammenhänge, erlauben jedoch nur eingeschränkte Aussagen über eindeutige Kausalbeziehungen, zumal Drittvariablen wie Körperunzufriedenheit oder Gewichtsstigmatisierung hier nur sehr eingeschränkt berücksichtigt werden konnten.

Relevanz der Materie Nahrung bei Anorexia nervosa

Insbesondere bei der Essstörung Anorexia nervosa wird deutlich, dass das Ernährungsverhalten nicht primär funktional im Sinne der physiologischen Nährstoffaufnahme ist, sondern eine zentrale psychische und relationale Bedeutung hat. Die Anorexia nervosa ist durch ein signifikant niedriges Körpergewicht (BMI < 18,5) oder einen raschen Gewichtsverlust (mehr als 20 % des gesamten Körper-

gewichts innerhalb von 6 Monaten) gekennzeichnet (WHO 2019). Zudem zeigen Patient*innen Verhaltensweisen, die das Erreichen des Normalgewichts verhindern, beispielsweise eine eingeschränkte Nahrungsaufnahme, „Purging“-Verhalten (z. B. selbst herbeigeführtes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln) und Verhaltensweisen, die auf eine Erhöhung des Energieverbrauchs abzielen (z. B. exzessives Sporttreiben) (WHO 2019). Weiterhin ist Anorexia nervosa typischerweise durch eine Angst vor Gewichtszunahme sowie eine Körperschemastörung gekennzeichnet, bei der sich Betroffene trotz Untergewicht als „zu dick“ wahrnehmen (WHO 2019). Das restriktive Essverhalten bis hin zum vollständigen Auslassen von Mahlzeiten kann schwerwiegende somatische Folgen haben und in extremen Fällen lebensbedrohlich sein (Laessle 2018).

Aus psychodynamischer Perspektive kann das Verweigern von Nahrung als ein Versuch verstanden werden, innere Spannungszustände zu regulieren sowie Kontrolle über den eigenen Körper und das Erleben zurückzugewinnen (Reich 2003). Insbesondere in als unsicher oder unkontrollierbar erlebten Lebenskontexten kann die Kontrolle über die Materie Nahrung eine scheinbare Stabilisierung ermöglichen (Bruch 1980). Das Unterlassen der Nahrungsaufnahme dient dabei nicht nur der Gewichtsreduktion, sondern kann auch als Strategie interpretiert werden, äußere Einflüsse symbolisch abzuwehren und (Pseudo-)Autonomie herzustellen.

Darüber hinaus spielt die Dynamik der Abgrenzung eine zentrale Rolle. Die Verweigerung von Nahrung kann als Ausdruck eines (häufig unbewussten) Bedürfnisses nach Kontrolle über eigene Grenzen verstanden werden, insbesondere wenn diese Grenzen im zwischenmenschlichen Kontext als bedroht erlebt werden (Reich 2004). In diesem Sinne ist die Nahrungsverweigerung nicht nur als körperlicher Prozess, sondern auch als eine Form der Beziehungsregulation zu begreifen. Sie kann mit einem Rückzug aus sozialen Interaktionen einhergehen und steht häufig mit Gefühlen von Einsamkeit in Zusammenhang.

Ein weiterer wichtiger Aspekt betrifft Emotionen wie Ekel, die häufig eng mit frühen Beziehungserfahrungen im familiären Umfeld verknüpft sind. Im Kontext von Anorexie können sie dazu beitragen, Nähe und Distanz (innerhalb der Familie) zu regulieren, indem körperliche Prozesse wie die Nahrungsaufnahme kontrolliert oder abgewehrt werden. Darüber hinaus tritt die Anorexia nervosa häufig in der Pubertät auf, einer Entwicklungsphase, die durch tiefgreifende körperliche und psychosoziale Veränderungen gekennzeichnet ist. Die restriktive Nahrungsaufnahme kann hier als Versuch interpretiert werden, Kontrolle über körperliche Reifungsprozesse zu erlangen und diese zumindest temporär aufzuhalten (Reich 2005).

Zusammengefasst verdeutlichen die Symptome der Anorexia nervosa, dass das Ernährungsverhalten in bestimmten psychopathologischen Kontexten eine komplexe symbolische und soziale Bedeutung erhalten kann. Die Nahrungsverweigerung lässt sich dabei als Ausdruck der Art und Weise verstehen, wie Betroffene mit sich selbst, ihrem Körper und ihrer sozialen Umwelt in Beziehung treten. Dies ist im Einklang mit der Annahme, dass psychische Symptome eine Funktion erfüllen, die im psychotherapeutischen Kontext verstanden werden sollte.

Relevanz der Materie Nahrung bei Bulimia nervosa

Im Unterschied zur Anorexia nervosa zeigt sich bei der Bulimia nervosa ein anderes, jedoch ebenfalls dysfunktionales Muster im Umgang mit Nahrung. Charakteristisch sind wiederkehrende Episoden von Essanfällen, bei denen in kurzer Zeit große Mengen an Nahrung aufgenommen werden, gefolgt von kompensatorischen Maßnahmen wie selbstinduziertem Erbrechen (WHO 2019). Auch hier bestehen in der Regel ausgeprägte Sorgen hinsichtlich Gewicht, Figur und Gewichtszunahme (WHO 2019). Das Essverhalten von Patient*innen mit Bulimia nervosa ist häufig durch einen Wechsel zwischen restriktivem Essverhalten und Kontrollverlust geprägt (Laessle 2018). Restriktives Essverhalten kann dabei als prädisponierender Faktor für Essanfälle wirken. Diese Essanfälle treten oftmals im Zusammenhang mit belastenden emotionalen Zuständen oder interpersonellen Konflikten auf, etwa nach stressreichen Situationen im beruflichen oder privaten Kontext. In solchen Momenten dient die Nahrungsaufnahme als kurzfristige Strategie zur Regulation von Affektspannung (Reich 2003).

Aus psychodynamischer Perspektive kann die Nahrung im Rahmen eines Essanfalls als „gutes Objekt“ fungieren, das temporär Gefühle von Halt, Wärme und Fürsorge vermittelt (Hirsch 1989). Die rasche und exzessive Aufnahme von Nahrung lässt sich somit als Versuch verstehen, innere Spannungen zu reduzieren und emotionale Leere oder Überforderung zu kompensieren. Allerdings ist diese Regulation nur kurzfristig wirksam und löst häufig intensive Gefühle wie Schuld, Angst oder Kontrollverlust aus (Laessle 2018). Die anschließenden kompensatorischen Verhaltensweisen, insbesondere das Erbrechen, können in diesem Zusammenhang als Versuch interpretiert werden, die zuvor aufgenommene Nahrung – und damit symbolisch auch die damit verbundenen affektiven Inhalte – wieder aus dem Körper zu entfernen. In psychodynamischen Konzeptualisierungen wird dies mitunter als Abwehr einer als bedrohlich erlebten „Verschmelzung“ mit einem negativen Objekt beschrieben (Hirsch 1989). Es entsteht somit ein zykli-

scher Prozess aus Aufnahme und Ausstoßung, der nicht primär physiologischen, sondern psychischen Regulationsmechanismen folgt.

Aus dieser Perspektive erscheint Nahrung nicht mehr primär als Materie zur physiologisch notwendigen Versorgung, sondern als psychisch und symbolisch aufgeladenes Objekt, das zur Regulation innerer Spannungen herangezogen wird (Hirsch 1989). Ebenso findet eine Distanzierung vom körperlichen Erleben statt, denn der Körper wird nicht mehr als „eigener Leib“ erfahren, sondern als etwas, das kontrolliert, manipuliert, bestraft und gereinigt werden muss (Mancini & Esposito 2021). Somit findet eine Distanzierung vom körperlichen Erleben statt, bei der die Materie Nahrung nicht mehr die physiologischen Bedürfnisse erfüllt und der Körper nicht als verlässliche Quelle von Bedürfnissen und Empfindungen wahrgenommen wird (Mancini & Esposito 2021). Diese Objektivierung des eigenen Körpers sowie die Verschiebung hin zu einer externen, insbesondere durch den Blick des Anderen vermittelten Körpererfahrung können als eine Form der Entfremdung von der unmittelbaren Leiblichkeit interpretiert werden (Hirsch 1989; Mancini & Esposito 2021).

Im Gegensatz zu einem adaptiven Stoffwechselprozess, bei dem Nahrung aufgenommen, verstoffwechselt und ausgeschieden wird, ist dieser Prozess bei der Bulimia nervosa folglich durch eine dysfunktionale Dynamik geprägt, in der die symbolische Bedeutung der Nahrung im Vordergrund steht (Hirsch 1989). Die affektregulierende Funktion bulimischer Episoden scheint jedoch an die leibliche Erfahrung des Einverleibens, Füllens und anschließenden Ausstoßens von Nahrung gebunden zu sein. Nahrung fungiert dabei nicht beliebig als austauschbares Objekt, sondern als konkrete Materie, die körperliche Erfahrungen erzeugt: Das Aufnehmen von Nahrung verändert den Körperzustand unmittelbar, erzeugt ggf. Schwere, Spannung und Fülle, während das Erbrechen mit einer ebenso körperlich erfahrenen Entlastung einhergeht.

Insgesamt verdeutlicht auch die Bulimia nervosa, dass die Nahrung in psychopathologischen Kontexten nicht nur als Symbol, sondern auch als materielles Medium der Affektregulation und Beziehungsgestaltung fungiert. Während bei der Anorexia nervosa jedoch die Verweigerung von Nahrung im Sinne von Kontrolle, Abgrenzung und Autarkie im Vordergrund steht, ist die Bulimia nervosa häufig durch eine zyklische Dynamik aus Aufnahme und Ausstoßung gekennzeichnet, in der Nahrung als Mittel zur kurzfristigen Affektregulation dient und zugleich als bedrohlich erlebt wird.

Fazit

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Ernährungsverhalten, psychische Störungen und materielle Umwelten in einem engen, wechselseitigen Zusammenhang stehen. Diese Prozesse verlaufen nicht isoliert und monokausal, sondern simultan und dynamisch, was ihre empirische Untersuchung erheblich erschwert. Die Komplexität ergibt sich insbesondere aus dem Zusammenspiel biologischer, psychischer und sozialer Einflussfaktoren, die sich gegenseitig bedingen und verstärken können.

Die in diesem Beitrag dargestellten Befunde verdeutlichen zudem, dass die materielle Natur der Nahrung durch andere Aspekte überlagert sein kann. Dabei ist die Materialität der Nahrung bei Essstörungen symbolisch aufgeladen und „entfremdet“. Weiterhin liegt eine Distanzierung vom eigenen Leib vor, wobei nicht mehr Körperlichkeit im Vordergrund steht, sondern moralische Bewertungen und Zuschreibungen. Daraus kann geschlossen werden, dass im Verlaufe einer „Heilung“ bzw. Besserung der Symptome wieder materielle Aspekte bedeutsamer werden, also die Nahrung als das, was sie ist, nämlich als Energie- und Geschmacksträger (ohne moralische Aufladung) verstanden wird. Zudem lässt sich vermuten, dass auch die körperliche Materialität an Bedeutung gewinnt und der Materie Körper mit ihren Bedürfnissen wieder Vertrauen geschenkt werden kann und darf. Dies unterstreicht, dass Nahrung nicht lediglich als physiologischer Energieträger zu verstehen ist, sondern – insbesondere im Kontext psychischer Störungen – wichtige Funktionen in der Regulation von Affekten, Beziehungen und inneren Konflikten übernimmt. Dies zeigt sich in besonderer Weise bei Essstörungen, bei denen der Umgang mit Nahrung eng mit Dynamiken von Kontrolle, Nähe, Abgrenzung und Affektregulation verknüpft ist. Insgesamt zeigen die dargestellten Zusammenhänge die Notwendigkeit, Ernährung und psychische Gesundheit nicht getrennt voneinander zu betrachten, sondern als Teil eines komplexen, relationalen Gefüges zu verstehen, das sowohl individuelle als auch gesellschaftliche Dimensionen umfasst. Ernährung ist damit nicht nur ein biologischer Prozess, sondern ein zentraler Ausdruck dessen, wie Menschen mit sich selbst, ihrem Körper und ihrer sozialen Umwelt in Beziehung stehen.

Literatur

- Adan, R. A. H., van der Beek, E. M., Buitelaar, J. K., Cryan, J. F., Hebebrand, J., Higgs, S., Schellekens, H., & Dickson, S. L. (2019). Nutritional psychiatry: Towards improving mental health by what you eat. *European Neuropsychopharmacology*, 29 (12), 1321–1332. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2019.10.011>.
- Beesdo-Baum, K., & Wittchen, H.-U. (2020). Depressive Störungen: Major Depression und Persistierende Depressive Störung (Dysthymie). In J. Hoyer & S. Knappe (Hrsg.): *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 1027–1072). Berlin: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61814-1_46.
- Bruch, H. (1980). *Der goldene Käfig. Das Rätsel der Magersucht*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Cheon, E., & Mattes, R. D. (2024). Interindividual variability in appetitive sensations and relationships between appetitive sensations and energy intake. *International Journal of Obesity*, 48 (4), 477–485. <https://doi.org/10.1038/s41366-023-01436-9>.
- Firth, J., Marx, W., Dash, S., Carney, R., Teasdale, S. B., Solmi, M., Stubbs, B., Schuch, F. B., Carvalho, A. F., Jacka, F., & Sarris, J. (2019). The Effects of Dietary Improvement on Symptoms of Depression and Anxiety: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Psychosomatic Medicine*, 81 (3), 265–280. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000673>.
- Gibson-Smith, D., Bot, M., Brouwer, I. A., Visser, M., & Penninx, B. W. J. H. (2018). Diet quality in persons with and without depressive and anxiety disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 106, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.09.006>.
- Herpertz, S., Fichter, M., Herpertz-Dahlmann, B., Hilbert, A., Tuschen-Caffier, B., Vocks, S., & Zeeck, A. (Hrsg.) (2019). *S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen*. Berlin/Heidelberg: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-59606-7>.
- Hirsch, M. (1989). *Körper und Nahrung als Objekte bei Anorexie und Bulimie*. <https://www.psycharchives.org/en/item/b2f9ca21-ble0-4893-b519-741c6421221a>.
- Hochschule Luzern (o. D.). *Materialität*. <https://www.hslu.ch/de-ch/design-film-kunst/forschung/labor-materialitaet-und-ressourcen/materialitaet/>.
- Hoyer, J., & Knappe, S. (Hrsg.) (2020). *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Berlin: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-61814-1>.
- Jacka, F. N., Cherbuin, N., Anstey, K. J., & Butterworth, P. (2015). Does reverse causality explain the relationship between diet and depression? *Journal of Affective Disorders*, 175, 248–250. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.007>.
- Jacka, F. N., O'Neil, A., Opie, R., Itsiopoulos, C., Cotton, S., Mohebbi, M., Castle, D., Dash, S., Mihalopoulos, C., Chatterton, M. L., Brazionis, L., Dean, O. M., Hodge, A. M., & Berk, M. (2017). A randomised controlled trial of dietary improvement for adults with major depression (the „SMILES“ trial). *BMC Medicine*, 15 (1), 23. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0791-y>.
- Kaiser, A., Schaefer, S. M., Behrendt, I., Eichner, G., & Fasshauer, M. (2023). Association of sugar intake from different sources with incident depression in the prospective cohort of UK Biobank participants. *European Journal of Nutrition*, 62 (2), 727–738. <https://doi.org/10.1007/s00394-022-03022-7>.

- Klevebrant, L., & Frick, A. (2022). Effects of caffeine on anxiety and panic attacks in patients with panic disorder: A systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 74, 22–31. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2021.11.005>.
- Kolonne, T., Mudalige, K., Dissanayaka, G., Rathnayake, K., Jayathilaka, R., Rajamanthri, L., & Wickramaarachchi, C. (2025). Investigating the Associations Between Alcohol Consumption and Prevalence of Anxiety Using Multiple Correspondence Analysis. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-025-01561-8>.
- Kris-Etherton, P. M., Petersen, K. S., Hibbeln, J. R., Hurley, D., Kolick, V., Peoples, S., Rodriguez, N., & Woodward-Lopez, G. (2021). Nutrition and behavioral health disorders: Depression and anxiety. *Nutrition Reviews*, 79 (3), 247–260. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuaa025>.
- Laessle, R. (2018). Anorexia nervosa und Bulimia nervosa. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Bd. 2: Psychologische Therapie bei Indikationen im Erwachsenenalter* (S. 277–290). Berlin: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-54909-4_14.
- Lane, M. M., Gamage, E., Travica, N., Dissanayaka, T., Ashtree, D. N., Gauci, S., Lottfaliany, M., O’Neil, A., Jacka, F. N., & Marx, W. (2022). Ultra-Processed Food Consumption and Mental Health: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *Nutrients*, 14 (13), 2568. <https://doi.org/10.3390/nu14132568>.
- Lassale, C., Batty, G. D., Baghdadli, A., Jacka, F., Sánchez-Villegas, A., Kivimäki, M., & Akbaraly, T. (2019). Healthy dietary indices and risk of depressive outcomes: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Molecular Psychiatry*, 24 (7), 965–986. <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0237-8>.
- Liu, C., Wang, L., Zhang, C., Hu, Z., Tang, J., Xue, J., & Lu, W. (2024). Caffeine intake and anxiety: A meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1270246>.
- Lopresti, A. L., Hood, S. D., & Drummond, P. D. (2013). A review of lifestyle factors that contribute to important pathways associated with major depression: Diet, sleep and exercise. *Journal of Affective Disorders*, 148 (1), 12–27. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.014>.
- Malafouris, L. (2019). Understanding the effects of materiality on mental health. *BJPsych Bulletin*, 43 (5), 195–200. <https://doi.org/10.1192/bjb.2019.7>.
- Malafouris, L., & Röhrich, F. (2024). Re-thinging Embodied and Enactive Psychiatry: A Material Engagement Approach. *Culture Medicine and Psychiatry*, 48 (4), 816–839. <https://doi.org/10.1007/s11013-024-09872-6>.
- Mancini, M., & Esposito, C. M. (2021). Lived body and the Other’s gaze: a phenomenological perspective on feeding and eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 26 (8), 2523–2529. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-01103-2>.
- Marx, W., Lane, M., Hockey, M., Aslam, H., Berk, M., Walder, K., Borsini, A., Firth, J., Pariente, C. M., Berding, K., Cryan, J. F., Clarke, G., Craig, J. M., Su, K.-P., Mischoulon, D., Gomez-Pinilla, F., Foster, J. A., Cani, P. D., Thuret, S., ... Jacka, F. N. (2021). Diet and depression: Exploring the biological mechanisms of action. *Molecular Psychiatry*, 26 (1), 134–150. <https://doi.org/10.1038/s41380-020-00925-x>.
- Maugeri, A., & Barchitta, M. (2019). A Systematic Review of Ecological Momentary Assessment of Diet: Implications and Perspectives for Nutritional Epidemiology. *Nutrients*, 11 (11), 2696. <https://doi.org/10.3390/nu11112696>.

- Papier, K., Ahmed, F., Lee, P., & Wiseman, J. (2015). Stress and dietary behaviour among first-year university students in Australia: Sex differences. *Nutrition*, 31 (2), 324–330. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2014.08.004>.
- Reich, G. (2003). *Familietherapie der Essstörungen*. Göttingen et al.: Hogrefe.
- Reich, G. (2004). Psychodynamische Psychotherapie einer Patientin mit Anorexie. *PiD – Psychotherapie im Dialog*, 5 (1), 32–39. <https://doi.org/10.1055/s-2003-814815>.
- Reich, G. (2005). *Familienbeziehungen und Familientherapie bei Essstörungen*. <https://www.psycharchives.org/en/item/f5298697-7400-4ca8-81b6-2503a60dc02c>.
- Shim, J.-S., Oh, K., & Kim, H. C. (2014). Dietary assessment methods in epidemiologic studies. *Epidemiology and Health*, 36, e2014009. <https://doi.org/10.4178/epih/e2014009>.
- Smith, K. E., Mason, T. B., Schaefer, L. M., Juarascio, A., Dvorak, R., Weinbach, N., Crosby, R. D., & Wonderlich, S. A. (2020). Examining intra-individual variability in food-related inhibitory control and negative affect as predictors of binge eating using ecological momentary assessment. *Journal of Psychiatric Research*, 120, 137–143. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.10.017>.
- Stok, F. M., Hoffmann, S., Volkert, D., Boeing, H., Ensenaue, R., Stelmach-Mardas, M., Kiesswetter, E., Weber, A., Rohm, H., Lien, N., Brug, J., Holdsworth, M., & Renner, B. (2017). The DONE framework: Creation, evaluation, and updating of an interdisciplinary, dynamic framework 2.0 of determinants of nutrition and eating. *PLOS ONE*, 12 (2), e0171077. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171077>.
- Tomiyama, A. J. (2014). Weight stigma is stressful. A review of evidence for the Cyclic Obesity/Weight-Based Stigma model. *Appetite*, 82, 8–15. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.06.108>.
- Ummels, S. A., Seldenrijk, A., Bos, E. H., de Graaf, R., Batelaan, N. M., & ten Have, M. (2022). The bidirectional relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders in adults: Findings from a longitudinal population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 314, 126–132. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.06.091>.
- World Health Organization (WHO) (2019). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision)*. <https://icd.who.int/>.

