

2. ERNÄHRUNGSPSYCHOLOGIE UND ESSSTÖRUNG

2.1. ERNÄHRUNGSPSYCHOLOGIE VON VOLKER PUDEL UND JOACHIM WESTERHÖFER

2.1.1. DER BEGINN DER ERNÄHRUNGSPSYCHOLOGIE

Erst 1975 beginnt die Geschichte der Ernährungspsychologie. Bei einem Workshop der Dahlem-Konferenzen in Berlin werden drei Fragen gestellt.

- 1.) „Why do we start eating?“ (Warum beginnen wir zu essen?)
- 2.) „Why do we stop eating?“ (Warum beenden wir das Essen?)
- 3.) „Why do we eat, what we eat?“ (Warum essen wir genau das, was wir essen?)

Diese Fragen können als Leitfragen gelten, die auch für geistig normal entwickelte Menschen heute noch nicht als geklärt angenommen werden können. Um so schwieriger sind Betrachtungen und Untersuchungen bei geistig behinderten oder autistischen Menschen einzuschätzen und zu erklären.

Bei der Psychologie des Essens müssen zwei grundverschiedene Aspekte in Einklang gebracht werden. Isst man eine Tafel Schokolade, so nimmt man 530 kcal mit einem hohen Fett- und Disaccharidgehalt auf, gleichzeitig ist es aber auch ein lustvolles Erlebnis, sich dem süßen Geschmack hinzugeben. (Pudel & Westerhöfer 1998, 1.5.)

2.1.2. GRÜNDE FÜR UNSER ESSEN

Die Verhaltenswissenschaft unterscheidet zwischen Primär- und Sekundärbedürfnissen. Die ursprüngliche Motivation des Neugeborenen, Nahrung aufzunehmen, ist geprägt durch das starke Körpergefühl des Hungers und der Sättigung.

Das weitere Verhalten im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme und der Nahrungswahl vergleicht Pudell mit dem Erlernen der Muttersprache. Hier sind ebenfalls die Grundvoraussetzungen genetisch gelegt worden, die spezielle kulturelle Differenzierung wird vom Säugling/ Kleinkind erlernt.

Auch A. W. Logue hebt das Lernen als wichtigen Unterschied menschlichen Handelns im Gegensatz zum Essverhalten einer Schmeißfliege heraus.

Menschliches Handeln sei variabler und verändere sich von einem Zeitpunkt zum nächsten. (A. W. Logue, 1995)

An dieser Stelle sei das wohl bekannteste Experiment auf diesem Gebiete genannt.

Clara Davis untersuchte mehrere Kleinkinder, die genau protokolliert aus einem reichhaltigen Angebot sich ihre Speisen selbst auswählen durften. Das Ergebnis war einigermaßen verblüffend; alle Kinder hatten sich jeweils für ihre Bedürfnisse die idealen Speisen gewählt. So belegt das Experiment, dass eine biologische Disposition vorhanden ist, eine bedarfsgerechte Ernährung zu sichern, die nicht von Lernprozessen abhängt. (Davis 1928)

Infolge entwickelte sich die Theorie, die Mutter-Kind-Beziehung spiele die entscheidene Rolle (Bruch 1973 und Selvin-Palazzoli 1982). Diese Theorie konnte aber bisher in keinen Repräsentativerhebungen bestätigt werden (Pudell, 1998).

Auf der Suche nach den Gründen für unser Essen wird man ständig auf das wohl stabilste Motiv, die Beseitigung des unangenehmen *Hungergefühls* kommen (eine Definition von 1735 lautet: „Hunger ist eine Empfindung, welche uns zu dem Genusse der Speisen antreibt...“), ein zweites ist der *Geschmack*.

Da die Nahrungsaufnahme in erster Linie dem Zwecke dient, den Organismus zu versorgen, entstand zunächst die Homöostasethorie. Ihr zur Folge füllt der Organismus seine Verluste wieder auf und beendet diesen Vorgang, wenn ihm über Rückkopplung das Signal dazu gegeben wird.

Daraufhin wurden viele solcher möglichen Signale untersucht (Magenkontraktion und Magendehnung, sensorische Prozesse im Mundbereich, Blutglucosespiegel und die langfristige Kontrolle des Körperfettgehalts). (Pudel 1990)

Die Sättigungskaskade von Blundell (1985) bezieht in ihre Überlegung zur Sättigung mehrere Faktoren ein.

In einem ersten Schritt (1.) bekommen sensorische Effekte (lustvolle Wirkung von Geschmack, Geruch, Konsistenz und Temperatur) eine große Bedeutung, es folgen (2.) kognitiv-bedingte Sättigungserlebnisse (Nahrung als Sattmacher), (3.) post-ingestinale (Völlegefühl des Magens) und schließlich (4.) stoffwechselbedingte Satttheit (Glukostase, Lipostase und ähnliche).

Später suchte man nach einem übergeordneten Regulationsmechanismus im ventromedialen Hypothalamus.

All diese Modelle konnten aber nicht das Phänomen Hunger und Sättigung vollständig erklären.

So wurde diese physiologischen durch Verhaltensmodelle ergänzt. Hier spielt z. B. die Umgebung, die Situation und besonders der Geschmack eine bedeutende Rolle.

So spricht Pudel vom Notwendigkeitgeschmack (trotz Mangel an Lebensmitteln versuchten die Menschen immer Abwechslung in ihre Speisefolge zu bekommen, um so wenigstens eine Ahnung von geschmacklichem Genuss zu erreichen) im Gegensatz zum Luxusgeschmack, so sind in unseren Kochbüchern heute noch

mehr Rezepte für einfache Grundnahrungsmittel (Kartoffeln, Hülsenfrüchte, Getreide) enthalten, als für Kaviar oder Spargel (Pudel, 1998).

Logue (1995) erzählt die verblüffende Entdeckung, dass japanische Wissenschaftler 1952 einen Affenstamm beobachteten, der offensichtlich gelernt hatte, seine Speisen zu würzen.

GESCHMACKSPRÄFERENZEN

Dass unser Geschmackssinn äußerst sensibel ist, dokumentiert Geldard (1972) eindrucksvoll. Demnach kann der Mensch eine Konzentration von 0,000023 Mol Saccharin pro Liter feststellen.

Wo und wie schmecken wir überhaupt?

Auf der Zunge befinden sich , Papillae foliatae und Papillae vallatae, die Geschmacksknospen beinhalten und sich im hinteren Drittel der Zunge befinden, zusätzlich findet man zahlreiche Papillae fungiformes, die bei Kindern und Jugendlichen noch Geschmacksknospen tragen, sie sind an der Zungenspitze bzw. am Rand zu entdecken. Zusätzlich zählen zum Geschmacksorgan noch freie Nervenendigungen in der Zungenschleimhaut.

An der Zungenspitze wird in erster Linie „süß“ wahrgenommen, im zweiten Viertel „salzig“, im dritten Viertel „sauer“ und am Zungengrund „bitter“. Bis auf die Qualität „bitter“, die vom N. glossopharyngeus weitergeleitet wird, werden alle anderen Qualitäten von der Chorda Tympani, einem Ast des Nervus facialis, der im Knochen nahe dem Mittelohr verläuft, erfasst.

Die genaue Decodierung der Geschmacksstoffe ist noch nicht geklärt. (Schiebler, 1995)

Klar ist aber, dass die verschiedenen Geschmacksknospen auch verschiedene Geschmacksqualitäten entschlüsseln können. (Merker, 1995).

GESCHMACKSPRÄFERENZEN

Cowart (1981) legte sein besonderes Augenmerk auf die ursprünglichen Geschmackspräferenzen, und beschreibt, dass schon „beim Neugeborenen eine differenzierte Sensibilisierung auf verschiedenste Geschmacksstoffe besteht.“ (Pudel 1998 Seite 40, 2.3.2.)

Es kann davon ausgegangen werden, dass bereits der Säugling eine Präferenz für Süßes und eine Aversion gegen Saures oder Bitteres besitzt.

Auch Kulturen, die keine süßen Speisen verzehren und mit Kulturen, in denen Süßigkeiten bevorzugt wurden, zusammentrafen, übernahmen diese Vorliebe. Als Beispiel seien die Eskimos genannt. (Jerome 1977 und Bell, Draper & Bergan 1973).

Allerdings sind Menschen, die z.B. eine Fructoseintoleranz besitzen, sehr wohl in der Lage, durch diese Umwelteinflüsse bedingt, zu lernen, auf Süßes zu verzichten. (Bell et al., 1973)

Nach Zellner (1983) senkt sich die Akzeptanzschwelle für Süßes jedoch im Laufe der Jahre. Positive Erfahrungen auf bittere oder salzige Speisen werden laut Cowart (1981) erst im Kleinkind- und Grundschulalter durch erfahrungsbedingtes Lernen erworben.

Welchen Einfluss das Lernen auf unser Essverhalten hat, zeigt auch, dass Kinder Speisen bevorzugen, die ihnen als Belohnung gegeben wurden. (Logue 1995)

Diese genetisch festgelegte Bevorzugung von süßen Speisen erklärt Rozin (1976) mit dem Vorteil in Süßem eine Energiequelle und in bitteren Speisen oft riskante Nahrung zu erkennen. (Pudel 1998) So besteht auch die höchste Empfindlichkeit für den bitteren Stoff Chinin, der sogar reflektorisch einen Würge- und Brechreiz auslösen kann (Merker, 1995).

In der Physiologie ist bekannt, dass Tryptophan – welches in Lebensmitteln enthalten ist – im Körper die Bildung des Neurotransmitters (= Hirnbotschaft) Serotonin anregt. Es wird ein Gefühl der Entspannung erlebt. Durch Kohlenhydrate steigt der Blutglucosespiegel; deshalb wird Insulin ausgeschüttet, und der Serotoninspiegel steigt. „Schokolade wirkt wie Sonne für die Seele.“ (Huether Okt. 1998)

„Martinius (1991) berichtet zusammenfassend, dass man davon ausgehen kann, dass bei etwa 40% aller autistischen Kinder das Serotonin im Blut erhöht ist,“ (Dzikowski 1996, S.57)

Dagegen wirken Proteine eher depressiv. (Gniech 1995)

Bei der Frage, ob es einen Unterschied in der Präferenz von Süßem unter den Geschlechtern gibt, sind sehr unterschiedliche Ergebnisse gewonnen worden. Bei einem Experiment gab es einen solchen Unterschied, bei anderen wieder nicht (Logue 1995).

SALZ

Auch für Salz scheinen wir eine genetisch bedingte Präferenz zu besitzen; wir mögen es, sowie wir es zum ersten Male gekostet haben (Denton 1982). Nach einer Studie von Beauchamp (1987) ziehen Säuglinge bei gleichzeitigem Angebot von Wasser und Salzlösung keines der beiden Getränke vor, erst im Alter von vier Monaten wird die Salzlösung präferiert. Die Schlußfolgerung war, dass Kinder erst in diesem Alter die Fähigkeit erlangen, Salzige zu schmecken. Weiter wird von den Säuglingen bis zum Alter von etwa 24 Monaten erlernt, welche Speisen wie nach Salz zu schmecken haben und sie deshalb ohne den „richtigen“ Salzgehalt abgelehnt werden.

Zusätzlich konnte die Erkenntnis erlangt werden, dass Salz in Speisen intensiver erlebt wird, wenn dieses direkt vor dem Verzehr einfach darüber gestreut wird. Versuchspersonen streuten nur etwa 20% der zuvor von dem habituellen Salzgehalt entfernten Menge über ihr Essen. (Logue 1995)

Bartushuk erklärt dieses Verhalten damit, dass Salz für die Erhaltung der Homöostase unentbehrlich sei. (Logue 1995)

BITTERES

Bei der Untersuchung des „Bittergeschmacks“ stellte man fest, dass es nicht wie bei den anderen Qualitäten nur eine niedrigste Konzentration gab, die geschmeckt wurde, sondern zwei Gipfel in dieser Kurve auftraten. Das bedeutet, es gibt Populationen, die generell schon viel geringere Konzentrationen erfassen, und andere deren Sinn nicht so sensibel ausgeprägt ist. Die ersteren nennt man „Schmecker“.

Bei den Nordeuropäern macht der Anteil der „Nichtschmecker“ ein Drittel aus, in anderen Gruppen ist der Anteil weitaus geringer. Damit ist hier ein genetischer Faktor erkannt. (Bartoshuk 1979)

AVERSIONEN

Geschmackspräferenzen werden in der späteren Kindheit bis zur Frühadoleszenz ausgebildet. (Garb und Stunkard 1974) Die Geschmacksaversionen dagegen im Alter zwischen sechs und zwölf Jahren (Pudel 1998); so gut wie kein Ekelgefühl empfinden wir in den ersten Lebensjahren (Gniech 1995).

Gniech stellt vier Gründe zusammen, aus welchen wir Speisen ablehnen, erstens schlechter Geschmack, zweitens schädliche Substanzen, drittens ungeeignete Stoffe (Holz, Steine etc.) und viertens Ekel, als eine Mischung von sensorischen, affektiven Motiven und negativen Assoziationen.

Eine besondere Aversion stellt die krankheitsinduzierte Nahrungsmittelaversion dar, bei der aufgrund des Auftretens einer Krankheit nach dem Essen einer bestimmten Speise, Assoziationen geschlossen werden, die das Verzehren dieser Speise in der Zukunft mit Widerwillen besetzt.

Als Beispiel sei hier das „Sauce-Béarnaise-Phänomen“ von dem Psychologen Martin Seligman erzählt.

Zu seinen Leibspeisen gehörte Filet Mignon mit Sauce-Béarnaise. Nachdem er aber dieses Gericht eines Abends vor dem Opernbesuch in einem Restaurant genossen hatte und in der gleichen Nacht eine schwere Magenverstimmung

erlitt, wurde ihm gerade diese Sauce zu wider, obwohl er später erfuhr, dass ein Kollege einen Magen-Darm-Infekt gehabt hatte und seiner Frau das Essen im Restaurant gut bekommen war. (Gniech 1995)

Durch verhaltenstherapeutische Maßnahmen, ist dieses Vermeiden der Speise aber wieder zu lösen.

Bei dieser Untersuchung wurde aber bisher die Unterscheidung anderer sensorischer Empfindungen (Farbe, Temperatur, Geruch) außer Acht gelassen.

Im Allgemeinen sind ältere Menschen weniger geschmacksempfänglich, als junge Erwachsene (Logue 1995).

Der mere exposure effect (Diel 1991) beschreibt den Vorgang, dass Kinder, denen eine bestimmte Speise z.B. häufig vorgesetzt wird, diese später mehr oder weniger gern essen. Dieser Mechanismus würde auch erklären, dass Kinder auf der ganzen Welt die jeweils regionalen Geschmackspräferenzen verinnerlichen. Die spontan vorhandene Aversion z.B. gegen Spargel kann sich in eine Präferenz wandeln, wenn durch Beobachtungslernen und durch soziale Anerkennung ein angenehmes Erlebnis wahrgenommen werden kann.

In Konkurrenz zu Lernvorgängen, die ein Ausprobieren, eine gewisse Neugierde voraussetzen, steht immer die Neophobie („Wat de Buur nich kennt, dat fred hey nich“) (Logue 1995).

Aber ohne den Wunsch nach dem anderen, dem Neuen, könnte der Notwendigkeitgeschmack (s.o.) nicht erklärt werden.

KULTUR & FAMILIE

Unser Essen wird zusätzlich durch ein kulturelles familiäres Konditionierungstraining über mehrere Generationen beeinflusst. So war es früher von großer Bedeutung, den schon angesprochenen Notwendigkeitgeschmack zu erlernen und das „Leeressenkönnen“ des Tellers zu beherrschen.

Kronl & Lau (1982) gehen noch einen Schritt weiter, und sagen, dass die Nahrungspräferenzen durch Schichtzugehörigkeit oder durch den Wunsch einer bestimmten Schicht zugehörig zu sein, mitbestimmt werden. Auch Religionen mit ihren „Essensvorschriften“ tragen zum Präferenzgeschmack ihrer Mitglieder bei (Logue 1995).

Ernährungspsychologisch spielt noch ein weiterer Faktor eine Rolle, der emotionale Überbau. Hiermit ist gemeint, dass man mit dem Backen oder Essen der Weihnachtsplätzchen z.B. eine ganz bestimmte Emotion oder Stimmung verbindet.

Pudel entwickelte das Drei-Komponenten-Modell als Erklärungsmuster für unsere Beweggründe zu essen. Danach hängt unser Essverhalten von 1) der Außensteuerung (konservative Komponente über Generationen hin), 2) Innensteuerung (biologische Regulation) und 3) die kognitive Steuerung (rationale oder pseudo-rationale Einstellung) ab.

Die Einflüsse der einzelnen Steuerungssysteme verändern sich im Laufe des Lebens.

Wie sehr die äußeren Einflüsse mit dem Alter zunehmen und auf die kognitive Steuerung wirken, zeigt indirekt eine Studie von Wardle und Beales (1986), deren Resultat war, dass bereits neunjährige Mädchen aus Schönheitsidealen gezügeltes Essverhalten zeigen und sich die Mehrzahl der zwölfjährigen als zu dick empfinden. (Pudel 1998)

Motive für die Lebensmittelwahl (Zitat)

- ➔ Geschmacksanspruch
(Erdbeeren mit Schlagsahne sind der höchste Genuß)
- ➔ Hungergefühl
(Ich habe einfach Hunger/ ich muß das jetzt essen)
- ➔ Ökonomische Bedingungen
(das ist im Sonderangebot, das kaufe ich)
- ➔ Kulturelle Einflüsse
(Morgens Brötchen mit Kaffee)
- ➔ Traditionelle Einflüsse
(Omas Plätzchen zu Weihnachten)
- ➔ Habituelle Bedingungen
(Ich esse immer eine Suppe vor der Mahlzeit)
- ➔ Emotionale Wirkung
(ein Stück Kuchen in der Streßsituation)
- ➔ Soziale Gründe
(bei Fondue läßt es sich gut unterhalten)

- ➔ Soziale Statusbedingungen
(Die Schulzes laden wir zu Hummer ein)
- ➔ Angebotslage
(man ißt das Mensaessen, weil es dies gerade gibt)
- ➔ Gesundheitsüberlegungen
(Soll gesund sein, also esse ich das)
- ➔ Fitnessüberlegungen
(Soll gut für's Joggen sein)
- ➔ Schönheitsansprüche
(Halte Diät, um schlank zu bleiben)
- ➔ Verträglichkeit
(Grünkohl esse ich nicht, vertrage ich nicht)
- ➔ Neugier
(mal sehen, wie das schmeckt)
- ➔ Angst vor Schaden
(Rindfleisch esse ich nicht mehr wegen BSE)
- ➔ Pädagogische Gründe
(wenn du Schularbeiten machst, bekommst du ein Bonbon)
- ➔ Krankheitserfordernisse
(Zucker darf ich nicht essen wegen meines Diabetes)
- ➔ Magische Zuweisungen
(Sellerie esse ich für die Potenz)

- Pseudowissenschaftlich
(10 harte Eier zum Abnehmen)

Pudel 1998, Seite 52

Unter den einzelnen Motiven herrscht eine unterschiedliche Gewichtung und einige werden auch erst im späteren Leben erlernt.

In der Sichtweise der Ernährungspsychologie stellt die Ernährungsentscheidung immer eine individuell optimierte Entscheidung dar, die jeweils die Vor- und Nachteile – entsprechend der subjektiven Situation unter Gewichtung der einzelnen Motive – abwägt.

Entsprechend dieses Modells wurde eine GLEICHUNG formuliert:

EE stehe für Ernährungsentscheidung, F_1, F_2, \dots, F_n für die Motive, g für die Gewichtung der einzelnen Motive und schließlich s für die unterschiedlichen Situationen.

$$EE(s_1) = f(s_1g_1F_1, s_1g_2F_2, \dots, s_1g_nF_n)$$

$$EE(s_2) = f(s_2g_1F_1, s_2g_2F_2, \dots, s_2g_nF_n)$$

...

$$EE(s_i) = f(s_i g_1 F_1, s_i g_2 F_2, \dots, s_i g_n F_n)$$

So kompliziert und unübersichtlich diese Gleichung wirkt, so spiegelt sie doch genau unseren ebenso komplizierten und unübersichtlichen Entscheidungsprozess bei der Wahl unserer Nahrung wider.

Allerdings weisen Pudiel und Westerhöfer auch darauf hin, dass unser Essverhalten trotzdem nur sehr wenig mit rationalem oder kognitivem Denken zusammenhängt. Veränderungen in der Zusammensetzung der Lebensmittel in den letzten Jahrzehnten seien erst durch Produktinnovationen erreicht worden und nicht durch Aufklärung. So erfüllten erst die Fischstäbchen den Ruf nach mehr Fischverzehr.

Auch Leitzmann (1979) beschreibt eine Studie in Gießen, bei der festgehalten wurde, dass sich Ökotoxikologiestudenten auch nicht anders ernährten, als Studenten anderer Fakultäten.

DURST

Ähnlich wie die Erklärungen zum Hunger fasst Logue auch die für den Durst zusammen.

Hier scheinen die physiologischen Modelle zunächst recht klar und einleuchtend zu sein.

Die Niere reguliert unseren Wasser- und Elektrolythaushalt, da wir aber ständig Flüssigkeit über diese verlieren, muss eben diese Flüssigkeit auch wieder aufgenommen werden (Homöostaseprinzip). (Hierholzer, Fromm, 1995)

Wieder suchte man nach übergeordneten Zentren im ZNS (Zentrales Nervensystem = Rückenmark und Gehirn) und fand die Region des lateralen Hypothalamus.

Aber auch hier bleibt zu bedenken, dass wir auch trinken, wenn wir keinen Durst haben (antizipatorisch, um dem Durst zu entgehen) und, wie der Motivationstheoretiker Toates (1979) anregt, auch aus z.B. sozialen Gründen, das Gläschen Wein in geselliger Runde oder die Cola, wenn man noch Auto fährt. Dies beschreibt John S. Falk (1971) als adjunktives Verhalten. Trinken tritt hier als „Anhängsel zu einem anderen motivationalen System hinzu.

Eine besondere Anforderung an die Esspsychologie stellt die Therapieentwicklung dar, die auf die verschiedenen Formen der Essstörungen eingehen muss und Therapieelemente entwickeln muss, die über den üblichen Rahmen psychotherapeutischer Verfahren hinaus für essgestörte Patienten spezifisch sind und darum als notwendige Ergänzung in das psychotherapeutische Angebot aufgenommen werden müssen (...), dass die Verhaltensstörungen (...) ihrerseits somatische und psychische Rückwirkungen haben kann. (Pudel & Westerhöfer Ernährungspsychologie S. 25, Kapitel 1.3.3.)

2.2. ESSSTÖRUNGEN UND GEISTIGE BEHINDERUNG

Unter Essstörungen fallen laut Remschmidt Verweigerung des Essens, Ablehnen oder Bevorzugen bestimmter Speisen, endlose Hindehnung des Essvorganges und Bestehen auf bestimmter Nahrungskonsistenz (z.B. nur flüssige Nahrung). Gehäuft treten Essstörungen bei geistig behinderten, hirngeschädigten und autistischen Kindern auf. (Remschmidt 1997)

Die besonderen Formen der Essstörungen Anorexia nervosa, Bulimie und die Adipositas sollen in dieser Arbeit nicht weiter untersucht werden.

Allgemein ist es schwer normale Essverhalten zu charakterisieren, da nicht immer die Normalität im Sinne der Statistik (Mehrheitsprinzip) als wünschenswert anzusehen ist (Laessle, 1994).

Bei geistig nicht behinderten Kindern zeigen sich Essstörungen meist im Säuglingsalter- und Kleinkindalter. Bis zu 30% der Vierjährigen und noch etwa 20% der Schulanfänger haben ein unregelmäßiges und wählerisches Essverhalten (Remschmidt 1997).

In Zusammenhang mit vielen geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen tritt gestörtes Essverhalten auf, z.B.:

- Alkoholembryopathie
- Frühkindliche Gedeihstörung
- Psychosozialer Minderwuchs

Häufig ist es dann mit Schlafstörungen vergesellschaftet. Insbesondere das Wiederheraufwürgen und Wiederkäuen von Speisen (= Ruminatio) bzw. das Essen von Nichtessbarem (= Pica) tritt bei geistig Behinderten, hirngeschädigten Kindern oder Autisten auf. Zuverlässige Zahlen liegen allerdings nicht vor. (Steinhausen, 1996 und M. H. Schmidt 1997)

Burde und Reams (1973) berichten für gesunde Kinder eine Prävalenz von neun Prozent im Alter von acht Monaten bis vier Jahre.

Das Phänomen des Pica ist von Kinnel (1985) an 70 Autisten untersucht worden. (Definition: „Pica refers to the eating of non-nutritive or inappropriate substances“, (Albin, 1977 zit. N. autism 1997); teils wird der Begriff auch noch erweitert, so dass auch Menschen, die Lebensmittel vom Boden oder Komposthaufen nehmen und verzehren als Pica bezeichnet werden. (Vergleiche auch DSM-IV: American Psychiatric Association, 1994). Dabei stellte sich heraus, dass 60% dieser Menschen Nichtessbares aufnahmen, allerdings merkt Kehrer an, dass die Gruppe vorwiegend aus Autisten mit geistiger Behinderung bestand.

Für die Gruppe von Kindern – im Durchschnitt acht Jahre – mit Cerebralparese untersuchten die skandinavischen Wissenschaftler M. Dahl, M. Thommessen und T. Selberg die Fütterungs- und Ernährungscharakteristika. Dabei stellte sich heraus, dass von ihnen 60% ständig Fütterungsprobleme aufwiesen, 43% unterernährt und neun Prozent überernährt waren. Für die Unterernährung und die Schwierigkeiten beim Füttern konnten oft besondere oral-motorische Dysfunktionen gefunden werden. Ebenfalls traten schlechtes Kauen und Erbrechen auf.

Könnten ähnliche Ergebnisse bei Autisten gefunden werden und sind diese mit einer Hirnschädigung in Einklang zu bringen?

Kehrer beschreibt (1995) für Autisten mangelndes Kauen, eigentümliche Vorlieben, viel Trinken, sowie unmäßiges Essen und Verschlingen.