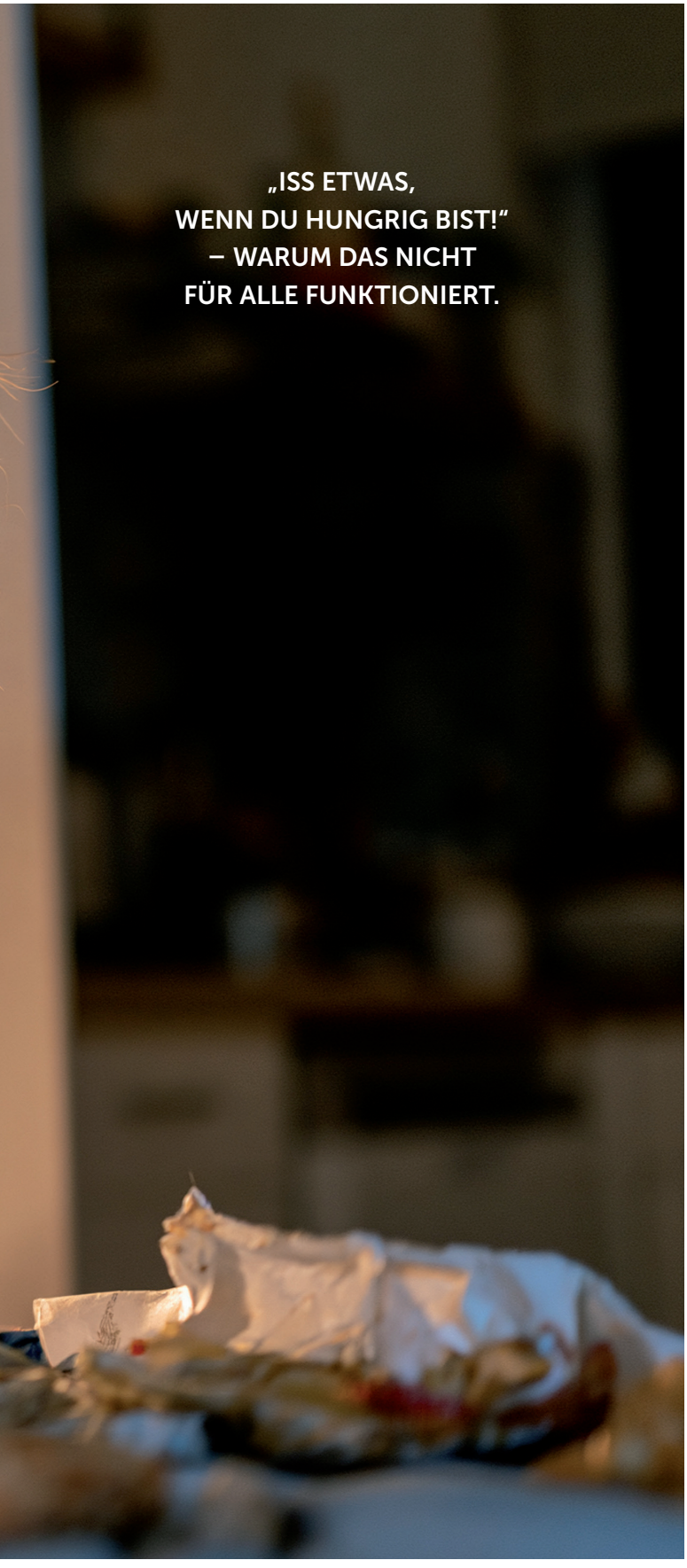


© Maksym Tereshchenko | adobestock.com | KI-generiert



Hungerwahrnehmung bei Neurodivergenz

Die meisten Menschen kennen jemanden, der mit regelmäßigem Essen nicht zurechtkommt. Der am späten Nachmittag blass-zittrig wirkt, und auf die besorgte Nachfrage hin erstaunt antwortet: „Richtig – ich habe heute noch nichts gegessen. Ich merke das einfach nicht.“

Was so wie mangelnde Selbstfürsorge aussieht, hat bei vielen Betroffenen eine neurobiologische Ursache: Ihr Körper übermittelt Hunger nicht als klares Signal, sondern in Form einer verwirrenden Mischung anderer Empfindungen, oder schlicht gar nicht. Besonders häufig betrifft dieses Phänomen neurodivergente Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung, ADHS oder verwandten Verarbeitungsprofilen.

Dieser Artikel erklärt, warum das so ist, welche Mechanismen dahinter stecken und was es für Ihre therapeutische Arbeit bedeutet, wenn Ernährungsberatung, Mahlzeitenplanung und der Appell an die Intuition („Hör auf deinen Körper!“) immer wieder ins Leere laufen.

NEURODIVERGENZ IST KEIN MODEBEGRIFF

Das Wort „Neurodivergenz“ beschreibt neurologische Entwicklungs- und Verarbeitungsvarianten, welche sich grundlegend von der statistischen Norm unterscheiden. Es wurde in den 1990er-Jahren von der Soziologin Judy Singer geprägt und hat sich seither sowohl in der Selbsthilfebewegung als auch zunehmend im klinischen Kontext etabliert. Im Grundkern beschreibt Neurodivergenz keine Erkrankung, sondern eine andere Art, Informationen zu verarbeiten, wahrzunehmen und auf die Welt zu reagieren.

Im Fokus stehen die Autismus-Spektrum-Störung (ASS) sowie die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Beide sind durch neurobiologische Unterschiede der sensorischen Verarbeitung, der Exekutivfunktion und der interozeptiven Wahrnehmung gekennzeichnet. Es sind „Systemvarianten“, die in einer auf Neurotypizität ausgelegten Welt zu erheblichen Einschränkungen führen können.

Scharfe „diagnostische Grenzen" werden der Realität selten gerecht. Viele Menschen kommen ohne Diagnose in die Praxis und zeigen dennoch ausgeprägte neurodivergente Verarbeitungsmuster, weil Symptome nie abgeklärt wurden oder durch Kompensationsstrategien länger unsichtbar blieben. Vor allem Frauen und Mädchen sind systematisch unterdiagnostiziert. Hinzu kommt die Hochsensibilität: Selbst ohne klinische Diagnose ist sie neurobiologisch nachvollziehbar. Hochsensible Menschen verarbeiten Reize tiefer, intensiver und länger als der Durchschnitt.

Für die Praxis bedeutet das: Die in diesem Artikel beschriebenen Mechanismen der Hungerwahrnehmung sind nicht auf Menschen mit formaler Diagnose beschränkt, sie gelten ebenso für das gesamte Kontinuum neurobiologischer Varianz.

LITERATUR

[1)] Quadt L et al.: The neurobiology of interoception in health and disease. Ann N Y Acad Sci. 2018;1428(1):112–128.

[2)] Scott SR et al.: Adipocytokine correlates of childhood and adolescent mental health – A systematic review. Dev Psychobiol. 2023;65(3):e22379.

[3)] Trevisan DA et al.: First-hand accounts of interoceptive difficulties in autistic adults. J Autism Dev Disord. 2021;51(10):3483–3491.

[4)] Pruccoli J et al.: Food and development – Children and adolescents with neurodevelopmental and comorbid eating disorders. Behav Sci (Basel). 2023;13(6):499.

[5)] Herle M et al.: Recommendations for advancing understanding of eating disorders in neurodivergent people. Int J Eat Disord. 2025;58(4):677–679.

HUNGER ALS INTERPRETATIONSLEISTUNG DES GEHIRNS

Wenn der Magen knurrt, denken die meisten Menschen: Da ist Hunger. Doch diese Gleichung stimmt neurologisch nicht. Was wir als Hunger erleben, ist das Ergebnis eines komplexen Verarbeitungsprozesses, der schon früher als im Magen beginnt und weit über diesen hinausgeht. Das Schlüsselwort hierfür ist „Interozeption": die Fähigkeit des Nervensystems, interne Körperzustände wahrzunehmen, zu verarbeiten und einzuordnen. Signale aus Herz, Darm, Lunge sowie Gefäßsystem werden über afferente Bahnen und das vegetative Nervensystem an unser Gehirn übermittelt – dort integriert und in bewusste Empfindungen übersetzt. Was als „Hunger" oder „Sättigung" ankommt, ist demnach keine direkte Körperinformation, sondern das Ergebnis einer Interpretation.[1)] Das Gehirn arbeitet dabei aktiv vorhersagend: Es gleicht die eingehenden Informationen ständig mit gespeicherten Erwartungen ab und gewichtet sie. Weichen sie stark von der Erwartung ab – zu leise, zu uneindeutig, zu ungewohnt – werden sie nicht weitergeleitet oder falsch verknüpft. Eine interozeptive Dysfunktion bedeutet also nicht zwingend, dass keine Signale gesendet werden. Eher kommen sie gar nicht oder falsch an.

Hormonelle Ebene

Auf biochemischer Ebene ist Hunger v.a. das Werk zweier Hormone: Ghrelin, das im Magen produziert wird und Hunger signalisiert, und Leptin, das aus dem Fettgewebe stammt und Sättigung anzeigt. Bei neurodivergenten Menschen ist dieser Regelkreis messbar verändert. In einem systematischen Review wurden Fettzell-Hormone bei Kindern und Jugendlichen mit entwicklungsneurologischen Störungen untersucht. Man fand erhöhte Leptin- und Ghrelin-Spiegel bei ASS sowie eine veränderte Hormonbalance bei ADHS. Diese Muster weisen auf eine Dysregulation des Hunger-Sättigungs-Systems bereits auf hormoneller Ebene hin, bevor ein Signal das Gehirn überhaupt erreicht.[2)]

Interozeptive Dysfunktion als Querschnittsthema

Während neurotypische Menschen interne Körperzustände mit ausreichender Präzision identifizieren und benennen können, zeigen viele neurodivergente Menschen hier systematische Schwierigkeiten. Manche erleben eine generelle Dämpfung aller interozeptiven Signale – andere eine Überflutung, bei der viele Körpersignale gleichzeitig und undifferenziert ankommen. Wieder andere berichten von einer fehlenden Verbindung zwischen dem, was der Körper sendet, und dem, was das Bewusstsein empfängt.

Interozeptive Dysfunktion gilt als einer der zentralen neurobiologischen Faktoren der ASS und wird vermehrt auch für ADHS beschrieben.[1)] Sie erklärt, warum Ernährungsempfehlungen, z.B. „Hör auf deinen Körper", für einen relevanten Teil der Bevölkerung keine handlungsleitende Information sind.

FOLGEN FALSCHER ODER FEHLENDER SIGNALE

Für viele neurodivergente Menschen ist dies neurologische Realität: Der Körper hat „Hunger" gesendet, aber es ist nicht als Hunger angekommen. Das kann sich täglich in verschiedenen konkreten Mustern zeigen.

Zu viel oder zu wenig

Eine qualitative Studie der Yale University (USA) analysierte Berichte autistischer Erwachsener über ihre interozeptiven Schwierigkeiten. Am häufigsten wurde eingeschränkte Wahrnehmung von Hunger und Sättigung thematisiert, und zwar bis zu jenem Punkt, wo Betroffene gar nicht mehr merkten, wann sie essen oder damit aufhören sollten. Einige berichteten, dass die fehlende Körperwahrnehmung direkt zu essstörungsähnlichem Verhalten geführt habe, weil das Signal „Ich bin satt" oder „Ich habe Hunger" für sie keine verlässliche Information sei.[3)]

Bei ADHS liegt ein verwandter, aber eigenständiger Mechanismus vor. In Phasen des Hyperfokus werden periphere Signale systematisch ausgeblendet – Hunger gehört dazu. Dopamin, das sowohl Aufmerksamkeit als auch die Verarbeitung von Körpersignalen reguliert, ist bei ADHS dysreguliert. Ihr Hungersignal kommt zu spät, zu schwach oder zum falschen Zeitpunkt an. Zusätzlich wirkt ein praktisch relevanter externer Faktor: Stimulanzien-Medikation unterdrückt den Appetit. Betroffene essen u.U. den ganzen Tag kaum etwas, weil das Hungersignal pharmakologisch gedämpft wird.

Getarnter Hunger

Es gibt eine Gruppe von Patienten, bei denen das Signal nicht fehlt, sondern anders „übersetzt" wird. Sinkender Blutzucker, zunehmende Magenazidität, absinkender Energiestoffwechsel – sämtliche Anzeichen sind vorhanden, nur ordnet das Gehirn sie nicht dem „Hunger" zu. Dafür interpretiert es diese z.B. als Schmerz, Übelkeit, Erschöpfung, Unruhe oder Reizbarkeit.

Menschen, die von Kindheit an Hunger nicht als Hunger erfahren haben, haben nie gelernt, ihn als solchen zu benennen. Ihr innerer Kompass funktioniert anders: „Mir ist schlecht, also bin ich krank." „Wenn ich Kopfschmerzen habe, brauche ich Ruhe." Dass beides manchmal nur bedeutet, dass man etwas zu essen braucht, ist eine Erfahrung, die viele erst im Erwachsenenalter machen, wenn überhaupt.

In die Praxis kommen diese Menschen mit wiederkehrenden Kopfschmerzen ohne klare organische Ursache, mit chronischer Übelkeit am Vormittag, mit Reizbarkeit, die scheinbar aus dem Nichts entsteht. Gemeinsam ist ihnen, dass sie keine Verbindung zwischen ihren Symptomen und ihrem Essverhalten sehen. Wer seinen Hunger als Hunger kennt, isst. Wer ihn als Kopfschmerz erfährt, greift zur Tablette.

8 wirklich gute Gründe für eine gesunde Welt.

Carl Spengler.



Dr. Carl Spengler (*1860; †1937)

SPENGLERSAN MECKEL

Seit über 120 Jahren bewährt.

Die von Dr. Carl Spengler entwickelten Spenglersan® Kolloide sind ein einzigartiger Ansatz der Immunmodulation, die bis heute eines der wichtigsten Prinzipien der Naturheilkunde ist. Denn ein stabiles und funktionierendes Immunsystem ist die Basis unserer Gesundheit. Seit über 120 Jahren erfolgreich und bewährt im Einsatz.

Spenglersan® Kolloide.
Die Medizin
für eine gesunde Welt.



info@spenglersan.de – www.spenglersan.de


© dedy | adobestock.com | KI-generiert

Eine Fallserie, die Kinder sowie Jugendliche mit Essstörung und entwicklungsneurologischer Störung beschreibt, illustriert das klinisch eindrücklich: In mehreren Fällen blieb die Essproblematik lange unsichtbar, weil andere Symptome das klinische Bild dominierten. Die Diagnosestellung verzögerte sich dadurch um Jahre.[4)]

Tipp: Wer auffälliges Essverhalten bemerkt oder dokumentiert, sollte auch an ein entwicklungsneurologisch verändertes Verarbeitungsprofil denken, und umgekehrt.

Für hochsensible Menschen gilt ein spezifischer Mechanismus: Ihr Nervensystem nimmt interne Reize insgesamt intensiver wahr. Tatsächlich kann gerade diese Überflutung mit interozeptiven Informationen dazu führen, dass einzelne Signale (u.a. Hunger) im Hintergrundrauschen untergehen. Das Signal ist zwar da, wird aber nicht herausgehört.

Für Heilpraktiker und andere Therapeuten bedeutet das, die Anamnese zu vertiefen. Es reicht nicht aus, zu fragen: „Wann haben Sie zuletzt gegessen?". Wichtige weiterführende Fragen lauten: „Merken Sie, wenn Sie Hunger haben?" und: „Wie fühlt sich Hunger bei Ihnen an?".

FOLGEN FÜR DIE THERAPEUTISCHE PRAXIS

Ein erheblicher Teil dessen, was in der Ernährungsberatung als Standard gilt, setzt Fähigkeiten voraus, die neurodivergente Menschen strukturell nicht oder nur eingeschränkt mitbringen. Hier besteht ein blinder Fleck, der in der Fachwelt bislang zu wenig adressiert wurde.

Intuitive Ernährung als Primärstrategie zu empfehlen und an Disziplin sowie Eigenverantwortung zu appellieren, erreicht jemanden, der Hunger nicht spürt, genauso wenig wie das Schwärmen von einer Farbe, die man farbenblind nicht sehen kann. Forschende betonen zudem, dass gruppenbasierte Therapiesettings für autistische Menschen häufig hinderlich sind, weil sie soziale Flexibilität voraussetzen, die strukturell nicht gegeben ist.[5)]

THERAPEUTISCH SINNVOLLE UND EFFEKTIVE MITTEL

Externe Struktur statt interner Signale: Feste Essenszeiten als Tagesanker ersetzen das fehlende Signal durch eine verlässliche Routine. Alarme, Erinnerungen, ritualisierte Abläufe

– was im neurotypischen Kontext unnötig erscheint, ist hier therapeutisch notwendig.

Interozeptionstraining: Übungen, welche die Aufmerksamkeit schrittweise auf Körpersignale lenken (z.B. Atemwahrnehmung, Herzschlag, Magenempfindungen), können jene Verbindung von Körper und Bewusstsein stärken. Ziel ist, zu lernen, Hunger zu erkennen, wenn er da ist, egal in welcher Form sich dieser zeigt.

Hunger-Äquivalente benennen: Ein wirksamer Schritt ist die gemeinsame Erkundung, wie sich Hunger bei dieser Person konkret anfühlt. Kopfschmerz? Übelkeit? Reizbarkeit? Diese individuellen Hunger-Äquivalente zu dokumentieren, eröffnet Betroffenen Handlungsspielräume, die sie vorher nicht kannten, denn sie können nun deuten, was sie fühlen.

Psychoedukation im Umfeld: Familienmitglieder, Freunde, Kollegen sowie Arbeitgeber interpretieren neurodivergente Essmuster oftmals als Desinteresse oder Sturheit. Eine verständliche Erklärung, was Interozeption ist und warum Hunger nicht immer im Bewusstsein ankommt, kann dazu führen, dass sich sozialer Druck in Unterstützung verwandelt.

Differenzialdiagnostik: Wenn Ernährungsberatung wiederholt nicht greift und Essprobleme therapieresistent wirken, dann lohnt sich die Frage, ob im Hintergrund ein neurodivergentes Verarbeitungsprofil wirken könnte. Tiefergehende Fragen wie: „Wie merken Sie, dass Sie Hunger haben?“ und: „Was passiert in Ihrem Körper, kurz bevor Sie essen?“ können Türen öffnen, die bisher verschlossen waren.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit: Bei enormen Essschwierigkeiten im neurodivergenten Kontext ist der heilpraktische Blick wertvoll, jedoch selten allein ausreichend. Die Zusammenarbeit mit Psycho- und Ergotherapeuten ist ein Zeichen fachlicher Reife.

FAZIT

Neurodivergente Menschen erleben Hunger, Sättigung und Körpersignale auf eine Art, die sich von der neurotypischen Norm grundlegend unterscheidet. Dies ist neurobiologisch verankert und weder Charakterfehler, noch Willensschwäche oder Therapieversagen.

Interozeptive Dysfunktion ist bei ASS und ADHS gut belegt und klinisch relevant. Was die Forschung noch schuldet, sind Interventionskonzepte mit ausreichender Evidenzbasis. Das betonen aktuelle Übersichtsarbeiten mit Nachdruck.[5)] Bis diese vorliegen, ist das Wichtigste, was wir tun können: Neurodivergenz als differenzialdiagnostischen Gedanken in die Praxis zu integrieren und Beratungsinstrumente zu hinterfragen, die voraussetzen, was nicht vorhanden ist.

Hunger ist keine universell gleiche Erfahrung. Wer das versteht, verändert sein Beratungskonzept und begreift – und das ist viel wichtiger – was es für Betroffene bedeutet, endlich verstanden zu werden.



ELFI RODATOS
Dipl.-Biologin, Heilpraktikerin und Fachautorin
mit Schwerpunkten Genetik/Epigenetik,
modifiziertes Fasten und Neurodivergenz
kontakt@elfi-rodatos.de

