

Abschlussvortrag Zertifikatskurs Klinische Ernährung

Ernährungstherapie bei Frühkindlichen Essstörungen

30. Juni 2017

Susanne Schupp
dipl. Ernährungsberaterin HF

Spitalregion Luzern/Nidwalden

Kompetenz, die lächelt.



Quelle: Coop-Kampagne

Nomenklatur

(Frühkindliche) Fütterstörung/
Fütterungsstörung

Infantile Anorexie



Frühkindliche
Essstörung

.....
(Frühkindliche)
Nahrungsverweigerung

Prävalenz

- Fütterprobleme bei
 - 25% der sich gesund entwickelnden Säuglingen
 - 80% aller Säuglinge mit Entwicklungsstörung
- 1-2% aller Säuglinge haben schwerwiegende Fütterschwierigkeiten, mit zu geringer Gewichtszunahme
- Erhöhte Prävalenz bekannt beispielweise bei Kindern mit Nahrungsmittelallergien

Formen von Fütterstörungen

1. Fütterstörung mit Beeinträchtigung der homöostatischen Regulation
2. Fütterstörung mit unzureichender Eltern-Säuglings-Reziprozität
3. Infantile Anorexie
4. Sensorische Nahrungsverweigerung
5. Posttraumatische Fütterstörung
6. Fütterstörung im Zusammenhang mit einer medizinischen Erkrankung

→ Kombinationen mehrerer Formen häufig

Chatoor I. Washington DC, 2009
 Kerzner B et al. Pediatrics. 2015 Feb;135(2):344-53

Fütterstörung mit Beeinträchtigung der homöostatischen Regulation

Schwierigkeiten den Wachheitszustand während dem Füttern aufrecht zu erhalten

- **BEGINN: tritt in den ersten Lebensmonaten auf;** problematische Primäradaption
- **ESSVERHALTEN:** unangemessener Wachheitszustand (Schläfrigkeit oder Erregung) während Nahrungsangebot
- **NÄHRSTOFFZUFUHR: zu geringe Nahrungsaufnahme; Gedeihstörung**
- **AUSSCHLUSS:** Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung

Chatoor I. Washington DC, 2009

Fütterstörung mit unzureichender Eltern-Säuglings-Reziprozität

Mangel an entwicklungsangemessenen Signalen sozialer Reziprozität gegenüber primärer Bezugsperson

- **BEGINN:** tritt im Säuglingsalter auf; wird oftmals bei akuter Erkrankung entdeckt
- **ESSVERHALTEN:** **Säugling zeigt bei Nahrungsangebot Mangel an entwicklungsangemessenen Signalen sozialer Reziprozität gegenüber primärer Bezugsperson**
- **NÄHRSTOFFZUFUHR:** **zu geringe Nahrungsaufnahme; Gedeihstörung**
- **BEGLEITSYMPTOME:** Entwicklungsrückstand; fehlendes Bewusstsein/Verleugnen der Problematik seitens der primären Bezugsperson
- **AUSSCHLUSS:** tiefergreifende Entwicklungsstörung

Chatoor I. Washington DC, 2009

Infantile Anorexie

Schwache Hungersignale und wenig Interesse am Essen, hingegen grosses Interesse an Exploration und Interaktion

- **BEGINN:** Nahrungsverweigerung tritt bei Übergang zu Brei/fester Nahrung auf
- **NAHRUNGS AUSWAHL:** inkonsequente Verweigerung von Nahrungsmittel
- **ESSVERHALTEN:** **Verweigert bestimmte Nahrungsmittel am einen, akzeptiert sie aber an einem anderen Tag; ist/wird beim Essen abgelenkt; bleibt beim Essen nicht sitzen**
- **NÄHRSTOFFZUFUHR:** zu geringe Nahrungsaufnahme; Gedeihstörung
- **BEGLEITSYMPTOME:** **grosse elterliche Sorge; Schlafstörungen**
- **AUSSCHLUSS:** nicht nach traumatischem Erlebnis im Mund-Rachenbereich oder Magendarmtrakt; kein Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung

Chatoor I. Washington DC, 2009

Sensorische Nahrungsverweigerung

Konsequente und anhaltende Verweigerung bestimmter Nahrungsmittel

- **BEGINN:** Nahrungsverweigerung tritt bei Einführung einer neuen Speise auf
- **NAHRUNGS AUSWAHL:** **Verweigerung von bestimmten Nahrungsmittel/-gruppen (Geschmack/Konsistenz/Temperatur/Geruch); kleines Spektrum von Nahrungsmitteln**
- **ESSVERHALTEN:** Verzieht das Gesicht, spuckt Nahrung aus, **würgt oder erbricht vor/während/nach dem Nahrungsangebot**; probiert abgelehnte Speisen widerwillig oder verweigert sie, isst aber bevorzugte Speisen problemlos; überträgt Ablehnung einer Speise auf eine andere, ähnliche Speise
- **NÄHRSTOFFZUFUHR:** zu geringe Nährstoffaufnahme (qualitativ); angemessenes Gewicht oder übergewichtig
- **BEGLEITSYMPTOME:** **verzögerte Mundmotorik und Sprache**; ab Vorschulalter zudem Angst während der Mahlzeit und vermeiden von Essen in Gesellschaft; taktile Hypersensibilität; Lärmempfindlichkeit
- **AUSSCHLUSS:** nicht nach traumatischem Erlebnis im Mund-Rachenbereich oder Magendarmtrakt; kein Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung

Chatoor I. Washington DC, 2009

Posttraumatische Fütterstörung

akut einsetzende, schwere und anhaltende Nahrungsverweigerung

- **BEGINN:** Nahrungsverweigerung tritt nach traumatischem Erlebnis im Mund-Rachen-Bereich oder Magendarmtrakt auf (Säuglingszeit bis Erwachsenenalter)
- **NAHRUNGS AUSWAHL:** **Verweigerung des Schoppens und/oder Brei und/oder fester Speisen** (in Kontext zu traumatischem Erlebnis)
- **ESSVERHALTEN:** **Angst vor Füttern oder heftiger Widerstand gegen essensbezogene Gegenstände/Handlungen; Widerstand gegen Schlucken von Nahrung (Essen in Backen); Trinken von Schoppen ausschliesslich im Schlaf**
- **NÄHRSTOFFZUFUHR:** zu geringe Nahrungsaufnahme; Gedeihstörung

Chatoor I. Washington DC, 2009

Fütterstörung im Zusammenhang mit einer medizinischen Erkrankung

Bestehende und inadäquate Nahrungsaufnahme mit Nahrungsverweigerung

- **BEGINN:** Nahrungsverweigerung in jedem Alter möglich; je nach Erkrankung wechselnde Intensität
- **ESSVERHALTEN:** ist **zunächst für Nahrungsaufnahme bereit, weigert sich aber im Laufe der Mahlzeit weiter zu essen**
- **NÄHRSTOFFZUFUHR:** zu geringe Nahrungsaufnahme; Gedeihstörung
- **BEGLEITSYMPTOME:** gleichzeitig bestehende, ursächliche Erkrankung; die krankheitsbezogene Therapie verbessert die Fütterproblematik, beseitigt sie aber nicht vollständig

Chatoor I. Washington DC, 2009

Basis-Anamnese

- Essentwicklung
- Beginn Fütterschwierigkeit
- Manipulationen im Mund-/Rachen-/Halsbereich
- Medikamentengabe/Zahnpflege

Anamnese-Ergänzung

- Nahrungsangebot/Mahlzeitenabstände/Essensdauer
- Essenssituation/Bezugsperson(en)
- Kindliches Interesse am Essen
- Kindliche Reaktion auf Nahrungsangebot
- Elterliche Reaktion auf Nahrungsverweigerung
- Speien/Würgen/Erbrechen/Überstrecken/Speisen in Backen behalten
- Nahrungsauswahl: Konsistenz/Geschmack/Farbe
- Nährstoffaufnahme (qualitativ/quantitativ)

Feeding-Guidelines

- Regelmässigen Mahlzeiten mit Essenspausen
- Gemeinsame Mahlzeiten am Familientisch
- Keine Ablenkung bei den Mahlzeiten
- Kleine Portionen und Möglichkeit für Nachschlag anbieten
- Essensmenge nicht beurteilen
- Essen nicht als Erziehungsmittel einsetzen
- Lebensmittel nicht werten
- «Ungesundes» begrenzen



Interdisziplinarität


- Pädiatrische Beurteilung und Behandlung
- Ernährungstherapie
- Psychotherapie
- Schlucktherapie

Chatoor I. Washington DC, 2009

Danke für die Aufmerksamkeit!



Susanne Schupp | dipl. Ernährungsberaterin HF | Luzerner Kantonsspital | susanne.schupp@luks.ch

Mitglied der  ERNÄHRUNGS
FACHGRUPPE
PEDIATRIE