IÄKKÄIDEN SYÖMISHÄIRIÖT

Laamanen Suvi

Kandidaatin tutkielma

Ravitsemustiede

Lääketieteen laitos

Terveystieteiden tiedekunta

Itä-Suomen yliopisto

maaliskuu 2021

Itä-Suomen yliopisto, Terveystieteiden tiedekunta
Kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen yksikkö
Ravitsemustiede
Laamanen Suvi E.: Iäkkäiden syömishäiriöt
Kandidaatin tutkielma, 38 sivua
Ohjaaja(t): FT Leila Karhunen
maaliskuu 2021

TIIVISTELMÄ

Tässä kirjallisuuskatsauksessa tarkasteltiin syömishäiriöiden esiintyvyyttä, taustatekijöitä ja seurauksia iäkkäällä väestöllä. Syömishäiriöihin lukeutuvat anoreksia nervosa, bulimia nervosa, ahmintahäiriö sekä epätyypilliset syömishäiriöt, joista jälkimmäiset eivät täytä edellä mainittujen syömishäiriöiden diagnostisia kriteereitä. Syömishäiriöt ovat vakavia mielenterveyden sairauksia, joiden oireet heijastuvat myös fyysiseen olemukseen. Siten ne aiheuttavat merkittävää sairaustaakkaa ja kuormittavat sairastuneiden elämänlaatua niin fyysisesti kuin henkisestikin.

Syömishäiriöitä tavataan eniten nuorella väestöllä, erityisesti nuorilla naisilla, joihin myös monet syömishäiriöitä koskevat tutkimukset ovat kohdistuneet. Iäkkäitä koskevia tutkimuksia on hyvin vähän ja nekin kohdistuvat useimmiten naispuolisiin henkilöihin. Useimmin iäkkäillä esiintyvä syömishäiriötyyppi on ahmintahäiriö. Ilmeisesti myös iäkkäillä syömishäiriöt ovat yleisempiä naisilla, mutta tutkimuksia iäkkäistä miehistä tarvitaan lisää. Miesten syömishäiriöiden diagnostiikkaa hankaloittaa kuitenkin mm. syömishäiriöiden mieltäminen naisten sairauksiksi.

Iäkkäiden syömishäiriöiden taustalla vaikuttavat esimerkiksi sosiokulttuuriset kehoihanteet, perfektionismi ja mahdolliset suuret elämäntapahtumat, joita iäkkäät kokevat enemmän kuin nuoret. Tällaisia ovat mm. lasten poismuutto ja eläköityminen. Syömishäiriöt aiheuttavat myös merkittävää haittaa fyysiselle terveydelle ja asettavat iäkkäät alttiiksi ennenaikaiselle kuolemalle. Ahmintahäiriölle tyypillistä on ylipaino ja sen terveydelliset seuraukset, anoreksialle alipainon seuraukset ja bulimialle mm. elektrolyyttitasapainon häiriöt oksentamisen tai laksatiivien käytön seurauksena. Iäkkäiden syömishäiriöiden diagnosointi tulisi tehdä nopeasti, jotta hoito voitaisiin aloittaa välittömästi diagnoosin jälkeen. Hoitomuodoiksi sopivat monet nuortenkin kohdalla käytössä olevat hoidot, kuten kognitiivis-behavioraalinenterapia. Hoidossa täytyy ottaa kuitenkin huomioon mm. iäkkään kognitiivinen kapasiteetti ja sovittaa hoito juuri iäkkään tarpeisiin sopivaksi.

Sisällys

1. JOHDANTO 4
2. SYÖMISHÄIRIÖT 5
2.1 Syömishäiriöiden diagnosointi käytännössä 6
3. SYÖMISHÄIRIÖT IÄKKÄILLÄ 8
4. SYÖMISHÄIRIÖIDEN KEHITTYMINEN IÄKKÄILLÄ 14
4.1 Syömishäiriöiden taustatekijät 15
4.2 Syömishäiriöiden terveydelliset seuraukset 18
4.2.1 Syömishäiriöt ja mielenterveys 21
5. IÄKKÄIDEN SYÖMISHÄIRIÖIDEN HOITO 23
6. POHDINTA 25
7. JOHTOPÄÄTÖKSET 28
LÄHTEET 29

1. JOHDANTO

Syömishäiriöt ovat vakavia mielen sairauksia, jotka kuormittavat niin sairastuneiden fyysistä kuin psyykkistäkin hyvinvointia. Syömishäiriöiden on ajateltu esiintyvän lähinnä nuorten sairauksina ja tutkimuksia koskien iäkkäiden syömishäiriöitä on vain vähän saatavilla (Podfigurna-Stopa 2015). Tutkimustulokset kuitenkin osoittavat syömishäiriöitä esiintyvän niin iäkkäillä naisilla kuin miehillä (esim. Lapid ym. 2010, Mangweth-Matzek ym. 2016, Thompson ja Bardone-Cone 2019). Iäkkäillä esiintyvät syömishäiriöt ovat usein elämän läpi jatkuneita, mutta sairaus voi kehittyä myös vasta aikuisiällä tai jopa iäkkäällä iällä (Lapid ym. 2010, Volpe ym. 2016).

Syömishäiriöt aiheuttavat monia terveydellisiä ongelmia ja voivat olla erityisen kohtalokkaita ikääntyneen väestön osalta (Luca ym. 2015, Hewitt ym. 2001). Esimerkiksi hyvin alhainen paino anoreksiassa ja toisaalta tyypillisesti liiallinen paino ahmintahäiriössä aiheuttavat monia terveydellisiä komplikaatioita (de Zwaan 2001, Yanovski 2000, Lewis ja Cachelin 2001). Somaattisen terveyden lisäksi syömishäiriöt kuormittavat myös mielenterveyttä ja ovat siksi erityisen raskaita sairauksia (Carta ym. 2014). Täten on olennaista, että syömishäiriöiden mahdollisuus iäkkäillä huomioidaan esimerkiksi terveydenhuollossa iäkkäiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi.

Iäkkäiden syömishäiriöiden taustasyitä on selvitetty yhtä vähän kuin niiden esiintyvyyttä. Muutamien tutkimusten valossa syyt ovat kuitenkin samankaltaisia kuin nuorilla, joskin iäkkäillä korostuu nimenomaan halu ylläpitää nuorekkaampana ja kauniimpana pidettyä kehonkuvaa, vaikka tämä ei olisi fyysisesti iäkkäille luontaista (Gupta 1995, Lewis ja Cachelin 2001, Peat ym. 2010). Lisäksi suuret elämäntapahtumat, kuten eläköityminen voivat horjuttaa iäkkäiden hyvinvointia (Hewitt ym. 2001).

Tässä kirjallisuuskatsauksessa tarkasteltiin iäkkäiden syömishäiriöiden esiintyvyyttä aiheesta tehtyihin vähäisiin poikkileikkaustutkimuksiin nojaten. Lisäksi on huomioon otettu myös muutamia tapausselosteita, jotka antavat tärkeää tietoa sairauksien olemassaolosta ja piirteistä iäkkäillä. Syömishäiriöiden ympärille koostuvaa monimutkaista taustasyiden ja seurausten verkkoa sekä mahdollisia hoitomuotoja tarkasteltiin myös muuta väestöä koskevan tiedon perusteella iäkkäitä koskevan tutkimustiedon vähäisyydestä johtuen.

2. SYÖMISHÄIRIÖT

Syömishäiriöiden kirjo on laaja, mutta Yhdysvaltojen psykiatrisen yhdistyksen APA:n (2013) sekä Maailman terveysjärjestön WHO:n (1992) mukaan yleisimmin esiintyvät syömishäiriöt ovat anoreksia nervosa, bulimia nervosa sekä ahmintahäiriö (binge eating disorder, BED). Syömishäiriöiden diagnosointi perustuu APA:n sekä WHO:n asettamiin diagnostisiin kriteereihin (Herpertz ym. 2011). APA:n kriteeristö on koottu DSM-5 luokituksiin, jotka julkaistiin vuonna 2013 (APA 2013). WHO:n ICD-10 tautiluokitukset julkaistiin vuonna 1992 ja syömishäiriöt lukeutuvat niissä mielenterveys- ja käyttäytymishäiriöihin (WHO 1992). Syömishäiriöiden yhteydessä esiintyy usein myös muita mielenterveyden ongelmia, kuten masentuneisuutta ja itsetuhoisuutta (APA 2016a). Esimerkiksi anoreksia nervosa ja siitä aiheutuvat itsemurhat sekä elinjärjestelmien pettäminen aiheuttavat eniten kuolleisuutta muihin mielenterveydellisiin ongelmiin verrattuna. Siten näihin sairauksiin tulisi suhtautua hyvin vakavasti. Syömishäiriöitä esiintyy maailmanlaajuisesti noin 8 %:lla väestöstä, naisilla miehiä enemmän (Galmiche ym. 2019). Esiintyvyys on kasvanut huomattavasti 2000-luvun alusta; arviolta noin 3,5 %:sta 7,8 %:iin.

Anoreksia nervosa

Anoreksia nervosa- potilailla kehonpaino on potilaan normaaliin terveydentilaan suhteutettuna merkittävästi normaalipainon alarajan alapuolella (APA 2016a). Usein alhaisen painon mittarina käytetään painoindeksiä (paino/pituus^2, yksikkö kg/m^2). Anoreksiaa sairastavilla nuorilla painoindeksin alarajana pidetään BMI:tä alle 17 kg/m^2 nuoremmilla ja aikuisilla alle 18,5 kg/m^2. Raju painonpudotus johtuu mm. vähentyneestä ja rajoittuneesta energiansaannista. Naispuolisilla henkilöillä anoreksian seurauksena kuukautiset voivat myös jäädä pois. Tämä oire kuitenkin puuttuu iäkkäiltä naispuolisilta anoreksiapotilailta (Lapid ym. 2010), joilla kuukautiset ovat loppuneet vaihdevuosien jälkeen (Sarri ym. 2015). Tällöin ikääntynyt nainen ei välttämättä täytä anoreksian virallisia diagnostisia kriteereitä. Anoreksiapotilaille on tyypillistä myös mm. kehonkuvan vääristyminen sekä voimakas lihomisen pelko (APA 2016a). Kompensaatiokeinoja, kuten oksentamista, laksatiivien käyttöä ja liiallista liikuntaa voi esiintyä, mutta ilman ruoan ahmintaa, joka on tyypillisempää bulimialle. Oman kehon mittasuhteiden tarkastelemisesta tulee usein pakkomielle ja painonpudotus tuo onnistumisen tunnetta. Anoreksiaan liittyy moninainen tunneskaala ja syömishäiriö toimii myös eräänlaisena elämänhallintakeinona, jotka voivat vaikeuttaa mm.

hoitoon sitoutumista (Halmi 2013). Anoreksian riskitekijöitä on listattu useita, geneettisistä syistä aina ympäristötekijöihin, kuten kulttuurillisiin ihanteisiin (APA 2016a).

Bulimia nervosa

Bulimia nervosaan sairastuneella esiintyy useita ahmimiskohtauksia ja suurien syötyjen ruokamäärien vaikutusta painoon yritetään kompensoida esimerkiksi oksentamalla, laksatiiveilla ja liikunnalla (APA 2016a). Usein bulimiaa sairastavat oksentavat joko itse aiheutetusti tai käyttämällä oksentamista aiheuttavia lääkkeitä tai käyttävät laksatiiveja suolen tyhjennykseen (Mehler 2011). Sairauden edetessä oksentaminen voi tapahtua jo refleksistä. Ahmintakohtaus tarkoittaa suurta, normaalista poikkeavaa ruokamäärää, joka syödään lyhyessä ajassa (noin 2 h sisällä) ja syömistä ei pystytä lopettamaan (APA 2016a). Ahminta tapahtuu usein salassa muilta siihen kohdistuvan häpeän vuoksi. APA:n kriteeristön mukaan bulimia nervosa -potilailla ahmimiskohtauksia ja siihen liittyvää kompensaatiota on ilmennyt vähintään kerran viikossa kolmen kuukauden ajan ennen diagnoosia. Niin kuin anoreksiaa sairastaville, myös bulimiaa sairastavilla oma itsetunto rakentuu usein kehon ulkomuodon ja painon ympärille.

Ahmintahäiriö

Ahmintahäiriö eli BED muistuttaa oireiltaan paljolti bulimiaa. Erotuksena bulimiasta, ahmintahäiriöstä kärsivät eivät kompensoi syömäänsä ruokamäärää ja ahmintahäiriöstä kärsivät ovat usein ylipainoisia (APA 2016a). Ahmintakohtauksien jälkeen syyllisyyden ja inhon tunne usein valtaa potilaan mielen. Bulimiaan ja anoreksiaan verrattuna oireiden lieventyminen esimerkiksi hoidon vaikutuksesta on BED-potilailla yleisempää. Ahmintahäiriöön liittyy myös useita terveydellisiä ongelmia, kuten ylipainoa ja masennusta.

2.1 Syömishäiriöiden diagnosointi käytännössä

Suomalaisissa syömishäiriöiden Käypä hoito -suosituksissa (2014) syömishäiriöiden diagnostiikka perustuu APA:n (2013) ja WHO:n (1992) laatimiin tautiluokituksiin. Erotusdiagnostiikkaan on kiinnitettävä huomiota, sillä monet muut sairaudet saattavat aiheuttaa syömishäiriöille tyypillisiä oireita. Syömishäiriön varmistamiseksi suositellaan myös psykiatrista arviointia. APA (2013) ja WHO (1992) luokittelevat erikseen myös

epätyypilliset syömishäiriöt, joissa yksilön syömiskäyttäytyminen muistuttaa selvästi syömishäiriötyyppistä käyttäytymistä ja aiheuttaa siltä osin haittaa tämän elämässä, mutta ei täytä varsinaisia diagnostisia kriteereitä. Tässä kirjallisuuskatsauksessa keskityin tarkastelemaan tarkemmin yleisimpiä syömishäiriöitä iäkkäillä, mutta ottaen huomioon myös syömishäiriökäyttäytymiseen viittaavat tutkimustulokset, joissa havaittu syömishäiriötyyppi luokitellaan epätyypilliseksi syömishäiriöksi. Useat katsauksessa käsittelemäni tutkimukset ovat määritelleet yleisimmät syömishäiriöt APA:n kriteeristön mukaisesti, mutta esimerkiksi ahmintahäiriö on joissakin tutkimuksissa luokiteltu epätyypilliseksi syömishäiriöksi. Tämä lienee johtuvan siitä, että ennen APA:n uusia DSM-5 tautiluokituksia käytössä olleissa DSM-IV luokituksissa ahmintahäiriötä ei ollut eritelty vielä omaksi sairaudekseen (APA 2016a).

Iäkkäitä koskevat tutkimukset käyttävät syömishäiriöiden tunnistuksessa erilaisia seulontakyselyitä, jotka tutkittavat itse täyttävät (esim. Mangweth-Matzek ym. 2016, Conceição ym. 2017, Thompson ja Bardone-Cone 2019). Conceição kollegoineen (2017) käytti tutkimuksessaan kaksivaiheista menetelmää, joissa ensimmäisessä syömishäiriöt seulottiin itsetäytettävillä kyselyillä. Toisessa vaiheessa suoritettiin lisäksi kliinisiä haastatteluita, joiden perusteella koulutettu psykologi antoi lopullisen syömishäiriödiagnoosin. Yleisimmät tutkimuksissa käytetyt kyselyt ovat olleet EDE-Q (Eating Disorder Examination Questionnaire), EAT-26 (Eating Attitudes Test) sekä SCOFF-kysely. Kyselyiden avulla syömishäiriöt havaitaan hyvin ja siten ne on todettu luotettaviksi ja helpoiksi syömishäiriöiden seulontamenetelmiksi (Garner ym. 1982, Morgan ym. 1999, Isomaa ym. 2016). SCOFF-kysely koostuu vain viidestä syömiseen, kehonkuvaan ja kehonpainoon liittyvästä kysymyksestä, joilla voidaan seuloa erityisesti anoreksiaa ja bulimiaa (Morgan ym. 1999). Muut kyselyt mahdollisesti parantavat SCOFF-kyselyn luotettavuutta seulonnassa (Siervo ym. 2005). EDE-Q kysely sisältää lähes 30 kysymystä syömishäiriötyypeille ominaisista käyttäytymispiirteistä, kuten ruoan rajoittamisesta, laksatiivien käytöstä ja omaan kehoon suhtautumisesta (Fairburn ja Beglin 2008). EAT-26 on hyvin samankaltainen kysely kuin EDE-Q, sisältäen kysymyksiä esimerkiksi suhtautumisesta omaan kehonkuvaan, syömiskäyttäytymisestä ja -asenteista (Garner ym. 1982). Kyselyt pisteytetään vastausten perusteella ja korkeat pisteet viittaavat mahdolliseen syömishäiriöön.

3. SYÖMISHÄIRIÖT IÄKKÄILLÄ

Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee iäkkääksi yli 65-vuotiaat ja Yhdistyneet kansakunnat puolestaan jo yli 60-vuotiaat (WHO 1999, YK 2013). Suomen lain mukaan iäkkäällä väestöllä tarkoitetaan vanhuuseläkkeeseen oikeutettuja henkilöitä, joka riippuu kuitenkin mm. henkilön syntymävuodesta, mutta alkaa usein 63 vuoden iästä (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvystä sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012, Kansaneläkelaki 568/2007). Iäkkäiden syömishäiriöitä tarkastelevissa tutkimuksissa iäkkäiksi luokitellaan vaihtelevasti yli 60- tai 65-vuotiaita. Tässä katsauksessa tarkasteltiin lisäksi niitä tutkimuksia, joissa on asetettu iän alarajaksi 50 vuotta, mutta ylärajaa ei ole asetettu. Kyseisiin ryhmiin kuuluu myös iäkkäitä (jopa yli 90-vuotiaita), eikä tällaista ryhmää koskevaa tutkimustietoa tulisi jättää huomiotta varsinkin, kun tutkimustietoa aiheesta on varsin vähän. Keskeisimmät tutkimustulokset on koottu taulukkoon 1.

Syömishäiriöt on tyypillisesti luokiteltu nuorten, erityisesti naispuolisten henkilöiden sairauksiksi (Podfigurna-Stopa ym. 2015). Tämän vuoksi syömishäiriöitä koskevat tutkimukset ovat pääasiassa keskittyneet nuoriin, ja tutkimustiedon määrä ikääntyneillä esiintyvistä syömishäiriöistä on hyvin rajallista. Vähäiset tutkimustulokset kuitenkin osoittavat, että näitä vaikeita sairauksia esiintyy iäkkäilläkin. Syömishäiriöt koskevat iäkkäidenkin joukossa erityisesti naisia, kuten nuorillakin (Carta ym. 2014, Podfigurna-Stopa ym. 2015) Syömishäiriöt kuormittavat niitä sairastavien elämänlaatua huomattavasti (Carta ym. 2014). Carta kollegoineen havaitsi tutkiessaan syömishäiriöitä niin nuorilla kuin vanhemmilla henkilöillä, ettei syömishäiriöiden aiheuttama haitta merkitsevästi eronnut mm. kaksisuuntaisen mielenhäiriön ja masennuksen tuottamasta taakasta. Iäkkäillä elämänlaatu saattaa olla muutoinkin huonompaa kuin muulla väestöllä, sillä psyykkiset ja fyysiset toiminnot heikkenevät ja voivat jo osaltaan johtaa erilaisiin terveysongelmiin (Khaje-Bishak ym. 2014). Näin ollen syömishäiriöiden kuorma heikentää elämänlaatua entisestään eikä niihin tulisi suhtautua kevyesti iäkkäänkään väestön kohdalla. Suomessa, niin kuin muuallakin maailmassa, ikääntyneiden määrä on suuri ja sen oletetaan yhä kasvavan (Tilastokeskus 2018, WHO 2018).

Ahmintahäiriö ja bulimia

Guerdjikova kollegoineen (2012) tutki ahmintahäiriöitä ikääntyneillä tarkoituksena luonnehtia sairautta kyseisessä ikäryhmässä. Ikääntyneiksi luokiteltiin yli 65-vuotiaat ja tutkimukseen otettiin mukaan vain ne, jotka täyttivät APA:n vanhemmat, DSM-4-kriteerit ahmintahäiriöstä. Vapaaehtoiseen tutkimukseen osallistuneita oli 27, mutta lopulliseen tutkimukseen osallistuneita, kriteerit täyttäneitä oli 20, joista osa oli naisia ja osa miehiä. Tutkimuksiin osallistuneiden määrä osoittaa ahmintahäiriön olevan myös ikääntyneillä tavattava sairaus sukupuolesta riippumatta, joskin naisosallistujia tutkimuksessa oli eniten (80 %). Ahmintahäiriötä on havaittu iäkkäillä myös muissa poikkileikkaustutkimuksissa (esim. Mangweth-Matzek ym. 2006, Gagne ym. 2012, Mangweth-Matzek ym. 2016, Conceição ym. 2017, Thompson ja Bardone-Cone 2019).

Gagne ym. (2012) havaitsi ahmintakäyttäytymisen olevan yleisintä syömishäiriöön viittaavista käyttäytymispiirteistä lähes 2000 naista tarkastelleessa tutkimuksessa, jossa naiset olivat iältään 50 vuotiaista aina yli 86 ikävuoteen saakka. Tutkimuksessa selvitettiin ahmintakäyttäytymisen lisäksi mm. laksatiivien ja muiden kompensaatiokeinojen ilmentymistä. Tukittavista 3,5 % raportoi ahmintakohtauksia esiintyvän vähintään kerran viikossa. Kompensaatiokeinojen harjoittaminen ahminnan ohessa oli harvinaista, joka poissulkee mahdollisesti bulimian. Kompensaatiokäyttäytymistä (ilman ahmintaa) raportoi kuitenkin 7,8 % tutkittavista. Herättävä tutkimustulos oli myös se, että jopa noin 70 % tutkittavista kertoi yrittävänsä laihduttaa tutkimusaineiston keruun aikana. Syömishäiriökäyttäytymistä havaittiin kaikenikäisillä, mutta se oli yleisempää nuoremmilla (lähellä keski-ikää olevilla naisilla) kuin vanhemmilla naisilla.

Thompson ja Bardone-Conen (2019) toteuttaman, tuoreen tutkimuksen tulokset vahvistavat yhä Gagnen ja kollegojen (2012) havaintoja. Lähes sadan (n=97), 65-90-vuotiaiden ikääntyneiden naisten joukosta 6 % sai syömishäiriöiden seulontakyselyistä tulokset, joita tutkijat pitivät merkkinä mahdollisesta syömishäiriöstä (Thompson ja Bardone-Cone 2019). Thompson ja Bardone-Cone havaitsivat tutkittavilla esiintyvän ahmintakäyttäytymisen lisäksi myös bulimian käyttäytymispiirteitä, kuten liiallista liikuntaa ja laksatiivien käyttöä. Vaikka kaikki tutkimuksessa mukana olleet eivät saaneet kyselyistä tuloksia, jotka viittaisivat suoraan syömishäiriöön, kertoi silti jopa yli neljännes yrittäneensä laihduttaa tutkimusvuoden aikana ja yli puolet punnitsevansa itseään vähintään kerran viikossa. Kyseisiä Gagnen ym. (2012) ja

Thompson ja Bardone-Conen (2019) havaitsemia, samanlaisia häiriintyneitä syömiskäyttäytymisen piirteitä on raportoitu myös nuorilta (Jones ym. 2001, Nunes ym. 2003). Tämä mahdollisesti tarkoittaa sitä, että nuorilla tavattavia syömishäiriöpiirteitä voi yhtä lailla esiintyä iäkkäämmälläkin väestöllä, vaikka ilmiö kyseisessä ikäryhmässä olisi harvinaisempi. Perkins ym. (1997) mukaan esimerkiksi vanhempien naisten osalta tietoisuus syömishäiriöiden terveysriskeistä saattaa vaikuttaa kuitenkin sen vähäisempään esiintyvyyteen iäkkäämmillä.

Mangweth-Matzek kollegoineen (2006) havaitsi lähes 500 iäkkään naisen (60-70-vuotiaat) joukosta syömishäiriöitä esiintyvän 3,8 %:lla tutkittavista. Yleisin syömishäiriötyyppi tutkittavien joukossa diagnosoitiin epätyypilliseksi syömishäiriöksi, joita esiintyi 15:llä tutkittavista. Tutkijat luokittelivat myös ahmintahäiriön kuuluvan tähän luokkaan, mutta selvensivät 5:n henkilön sairastavan mahdollisesti ahmintahäiriötä. Lisäksi muutamilla tutkittavilla esiintyi anoreksiaa (N=1), bulimiaa (N=2) sekä yksittäisiä syömishäiriöille tyypillisiä käyttäytymispiirteitä ilman muita oireita, jotka viittaisivat varsinaiseen syömishäiriöön, kuten pelkkää ahmintaa tai laksatiivien käyttöä.

Conceição ym. (2017) toteuttamassa tutkimuksessa syömishäiriöitä esiintyi 338 tutkittavan joukosta 3,25 %:lla. Tutkittavat olivat 65-94-vuotiaita naisia. Myös tässä tutkimuksessa ahmintakäyttäytyminen oli yleistä ja ahmintahäiriödiagnoosin sai noin 1,7 % tutkittavista. Epätyypillinen syömishäiriö oli toiseksi yleisin tutkittavilla esiintynyt syömishäiriötyyppi. Bulimiaa havaittiin lisäksi yhdellä tutkittavalla naisella. Tutkimuksessa syömishäiriöitä seulottiin erilaisilla kyselyillä, mutta varsinaisen syömishäiriödiagnoosin antoi psykologi kliinisen haastattelun perusteella. Naisilta testattiin lisäksi mahdolliset muistisairaudet, ja psykologin arvioitavaksi otettiin vain ne, jotka osoittivat viitteitä syömishäiriöistä ja joilla ei ollut vaikeita muistisairauksia tai muita kognitiivisia häiriötiloja. Muistisairaiden seulonta sekä seulonnan jälkeen käytetty terveydenhuollon ammattilaisen toteuttama diagnoosi antaa varmuutta syömishäiriöiden oikeasta esiintyvyydestä. Tulokset ovat kuitenkin hyvin samankaltaiset kuin Gagnen ym. (2012), Thompsonin ja Bardone-Conen (2019) sekä Mangweth-Matzek ym. (2006) toteuttamissa tutkimuksissa, joissa saatiin seulontakyselyitä käyttäen vain vahvoja viitteitä syömishäiriöistä.

Edellä mainitut tutkimukset koskivat siis vain naisia. Miehistä, erityisesti iäkkäistä, saatava tutkimustieto syömishäiriöistä on hyvin vähäistä. Mangweth-Matzek ym. (2016) tutki kuitenkin miesten syömishäiriöitä 40-75-vuotiaita miehillä, joista lähes 7 % raportoi syömishäiriöihin viittaavaa käyttäytymistä kyselyiden perusteella. Tutkimukseen osallistuneita oli yhteensä 470. Tutkittavat raportoivat eniten ahmintakäyttäytymistä, siihen liittyvää kompensointia, joka antaa mahdollisesti viitteitä bulimiasta, sekä kompensointia ilman ahmintakäyttäytymistä. Vaikka tutkimuksessa ei tarkasteltu erikseen iäkkäitä ja nuorempia, tutkijat pitivät tuloksia merkkinä siitä, että häiriintynyttä syömiskäyttäytymistä esiintyy myös vanhemmilla miehillä. Lisäksi tulokset viittaavat samanlaisiin syömishäiriöiden ilmentymismuotoihin kuin iäkkäillä naisilla.

Anoreksia nervosa

Anoreksia nervosan esiintyvyys ikääntyneillä perustuu pitkälti yksittäisiin havaintoihin ja tapausselosteisiin, joista osa on suhteellisen vanhoja raportteja (Hall ja Driscoll 1993, Riemann ym. 1993, Mangweth-Matzek ym. 2006, Malik ym. 2014). Ikääntyneillä tavataan usein ikääntymiseen liittyvää anoreksiaa, joka johtuu riittämättömästä ravinnon saannista tarpeisiin nähden (Landi ym. 2013). Ikääntyneiden anoreksian taustasyyt ovat enimmäkseen fysiologisia, kuten lääkkeistä tai muista sairaustiloista johtuvaa ruokahaluttomuutta, joka johtaa vähentyneeseen energiansaantiin (Di Francesco ym. 2007, Podfigurna-Stopa ym. 2015). Syömishäiriöksi luokiteltava anoreksia nervosa on henkeä uhkaava tila iäkkäillä, joiden kehot käyvät läpi ikääntymiseen liittyviä muutoksia (Stanculete ym. 2019). Anoreksia nervosa aiheuttaa iäkkäille henkilöille korkeamman ennenaikaisen kuoleman riskin (Podfigurna-Stopa 2015). Sairauden hoitoa vaikeuttaa mm. potilaiden vastahakoisuus hoitoon erityisesti painonnostotavoitteiden vuoksi tai sairauden vakavuuden kieltäminen. Täten se on mahdollisesti vakavampi tila kuin ikääntyneiden anoreksia. Edellä mainitut sairauksien erilaiset piirteet erottelevat näitä kahta tilaa toisistaan.

Syömishäiriöihin luokiteltavaa anoreksia nervosaa on tavattu sekä iäkkäämmillä miehillä että naisilla. Miehillä anoreksiaa esiintyy harvemmin kuin naisilla (Riemann ym. 1993). Hall ja Driscoll (1993) esittivät tapausselosteessaan, että miesten anoreksiaa saattaa esiintyä kuitenkin enemmän kuin mitä on diagnosoitu. Ajatus siitä, että anoreksia on naisia koskeva sairaus, vähentää mahdollisesti miesten hakeutumista hoitoon ja hankaloittaa sairauden tunnistamista terveydenhuollossa (Zanetti 2011). Iäkkäillä harvinaisen ilmiön maineesta

huolimatta anoreksia nervosa oli yleisin diagnosoitu syömishäiriö Lapidin ym. (2010) toteuttamassa, miesten ja naisten tapausselosteista kootussa katsausartikkelissa ja sekundäärisessä analyysissä. Tämä voi mahdollisesti johtua suuremmasta hoitoon hakeutumisen määrästä anoreksian aiheuttamien vakavien komplikaatioiden vuoksi. Tutkijat huomauttivat myös itse syömishäiriöiden havaitsemisen ja diagnosoinnin olevan haasteellista. Tällöin mahdollisesti osa diagnosoiduista anoreksioista johtui muista syistä, kuten jostakin muusta sairaudesta, joka aiheuttaa painonlaskua. Iäkkäiden miesten ja naisten anoreksian oireiden on raportoitu olevan myös hyvin samantyyppisiä (Hall ja Driscoll 1993, Riemann ym. 1993). Esimerkiksi mies- ja nais-anoreksiatapauksilla on esiintynyt äärimmäistä lihavuuden pelkoa ja ruoan rajoittamista.

Iäkkäiden syömishäiriöistä oteutetut tutkimukset ovat koskeneet lähes ainoastaan iäkkäitä naispuolisia henkilöitä eikä siten miesten sairastavuudesta ole tarpeeksi tietoa. Yksittäiset tapausselosteet eivät anna kattavaa kuvaa syömishäiriöiden yleisyydestä, mutta ne toimivat mahdollisesti tärkeinä havaintoina, joiden perusteella voidaan asettaa hypoteeseja laajemmille tutkimuksille aivan kuten muussakin lääketieteellisessä tutkimuksessa (Nissen ja Wynn 2014). Tapausselosteiden ongelmana on se, ettei kausaalisia päätelmiä esimerkiksi sairauksien syistä voida tehdä. Syömishäiriöiden ennaltaehkäisyn, hoidon ja ymmärtämisen vuoksi on kuitenkin olennaista tunnistaa myös taustalla vaikuttavia tekijöitä.

Taulukko 1. Keskeisimmät iäkkäiden syömishäiriöitä käsitelleet tutkimukset.

Viite (maa)	Tutkimusasetelma	N	Tutkimusmenetelmät ja käytetyt diagnostiset kriteerit	Tärkeimmät tulokset
Guerdjikova ym. (2012)	Poikkileikkaustutkimus	20 (16 naista, 4 miestä)	Haastattelut tarkasteltavista ilmiöistä, syömiskäyttäytyminen selvitettiin EDE-kyselyllä[1] Diagnostiikka: DSM-IV (APA)	Yli 65-vuotiailla ahmintahäiriötä sairastavilla potilailla esiintyi noin 4,5 ahmintakohtausta viikoittain.
Gagne ym. (2012) (Yhdysvallat)	Poikkileikkaustutkimus	1849 naista	Internet-kysely, pohjautuen kliiniseen haastatteluun DSM-IV kriteerien pohjalta[2] Diagnostiikka: DSM-IV (APA)	Ahmintakohtauksia esiintyi 3,5 % tutkittavista, 50-vuotiailla ja sitä vanhemmilla naisilla.
Mangweth-Matzek ym. (2006) (Itävalta)	Poikkileikkaustutkimus	475 naista	Seulontakyselyt mm.; DSM-IV[2] muokattu kliininen haastattelu, EDI[3] Diagnostiikka: DSM-IV (APA)	60-70-vuotiailla naisilla 3,8 % esiintyi syömishäiriöitä. Yleisimpiä olivat epätyypilliset syömishäiriöt (mukaan lukien ahmintahäiriö). Myös bulimiaa ja anoreksiaa havaittiin.
Thompson ja Bardone-Cone (2019) (Yhdysvallat)	Poikkileikkaustutkimus	97 naista	Seulontakysely, EAT-26[4], EDE-Q-4[5], EDI[3] Diagnostiikka: Ei mainintaa	Mahdollisia syömishäiriöitä esiintyi n. 6 % tutkittavista. Ahmintakäyttäytyminen sekä siihen liittyvä kompensointi oli yleistä oireilevilla.
Conceição ym. (2017) (Portugali)	Poikkileikkaustutkimus	338 naista	Seulontakyselyt syömishäiriöistä; SCOFF[6], EDE-Q[7], WCS [8], lisäksi psykologin diagnoosi kliinisen haastattelun pohjalta Diagnostiikka: DSM-5 (APA)	Ahmintahäiriön esiintyvyys tutkittavien joukossa oli 1,48 %, bulimian 0,30 %.
Mangweth-Matzek ym. (2016) (Itävalta)	Poikkileikkaustutkimus	470 miestä	Seulontakyselyt; mm. EDE-Q sekä EDE saksaksi käännetyt versiot Diagnostiikka: Ei mainintaa	Syömishäiriökäyttäytymistä raportoi 6,8 % tutkittavista miehistä.
Lapid ym. (2010)	Katsausartikkeli ja sekundäärinen analyysi tapausselosteista	48 (42 naista ja 6 miestä)	Tapausten haku tietokannoista tietyillä kriteereillä	Suurin osa tapauksista oli naisia (88%). Anoreksiaa esiintyi tapauksissa eniten (81 %), muita syömishäiriöitä alle 20 %.
Hall ja Driscoll (1993) (Iso-Britannia)	Tapausselostus	2 naista	Diagnostiikka: Ei mainintaa käytetystä diagnostisista kriteereistä, mutta maininta WHO:n ICD-luokituksista anoreksian kuvauksen yhteydessä	61- ja 64-vuotiaiden naisten anoreksia esiintyi mm. lihavuuden pelkona ja äärimmäisen alhaisena painona.
Riemann ym. (1993)	Tapausselostus	1 mies	Diagnostiikka: Ei mainintaa	72-vuotias, anoreksian kriteerit täyttänyt mies rajoitti mm. syömisiään ja hänellä oli historiaa myös kompensaatiokeinojen kanssa.

[1] Eating Disorder Examination (EDE), Fairburn ja Cooper 1993
[2] Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders (SCID), First ym. 2002
[3] Eating disorder inventory (EDI), Garner ym. 1983
[4] Eating Attitudes Test (EAT-26), Garner ym. 1982
[5] Eating disorder questionnaire-4 (EDE-Q-4), Fairburn ja Beglin 1994
[6] SCOFF, Morgan ym. 1999
[7] Eating Disorder Questionnaire (EDE-Q), Fairburn ja Beglin 2008
[8] Weight Concerns Scale, Killen ym. 1994

4. SYÖMISHÄIRIÖIDEN KEHITTYMINEN IÄKKÄILLÄ

Ovatko iäkkäiden syömishäiriöt vain jatkumoa jo nuorena kehittyneestä sairaudesta vai voivatko myös aiemmin terveet iäkkäät sairastua myöhemmässä elämässään? Syömishäiriöiden luokittelu iän mukaan varhaisiin ja myöhään alkaneisiin vaihtelee ja täysin selvää raja-arvoa iälle ei ole asetettu (Luca ym. 2015). Kuten aikaisemmin on mainittu, syömishäiriöitä esiintyy tyypillisemmin nuoremmalla väestöllä. Useimmiten syömishäiriöt kehittyvät jo alle 25 vuoden iässä ja useissa tutkimuksissa syömishäiriöiden on havaittu olevan vain kaikua menneisyyden sairaudesta (Keel ym. 2010, Bueno ym. 2014, Reas ja Stedal 2015, Volpe ym. 2016). Lapid ym. (2010) havaitsivat kuitenkin, että jopa yli 60 %:lla tarkasteltujen tapausselosteiden potilaista syömishäiriö (anoreksia, bulimia tai epätyypillinen) oli kehittynyt vasta vanhemmalla iällä. Enemmistö potilaista oli sairastunut 42-62-vuotiaina, mutta jopa 30 % oli sairastunut vasta yli 65 ikävuoden jälkeen. Vanhimmaksi sairastumisiäksi raportoitiin 81 vuotta naisella, jolla diagnosoitiin anoreksia (White ym. 1990).

Main kollegoineen (2011) kyseenalaisti voimakkaasti Lapidin ym. (2010) raportoimia tutkimustuloksia. He esittivät useita ongelmakohtia, joiden mukaan Lapidin kollegoineen saamiin tuloksiin tulee suhtautua kriittisesti. Esimerkiksi syömishäiriön todellinen oireilun alkamisajankohta on voinut jäädä huomioimatta johtuen iäkkäillä esiintyvistä haasteista muistamisen kanssa. Lisäksi tutkimuksessa runsaasti diagnosoitu, myöhemmällä iällä alkanut anoreksia on saattanut Mainin ym. (2011) mukaan olla vain muuntunut versio jostakin aiemmin sairastetusta syömishäiriöstä, jota ei ollut ehditty diagnosoida. He ehdottivat myös, että myöhemmällä iällä alkaneiden syömishäiriöiden tapausselosteita on voitu julkaista muihin verrattuna enemmän puhtaasti ilmiön mielenkiintoisuuden ja erikoisuuden vuoksi.

Lapidin ym. (2010) tutkimuksen tapausselosteet eivät kuitenkaan ole olleet ainoita myöhemmällä iällä kehittyneiden syömishäiriöiden kuvauksia. Esimerkiksi Beck kollegoineen (1996) kuvasi 11 naispotilaan syömishäiriöitä, joilla sairaus oli alkanut vasta 40 ikävuoden jälkeen. Vanhin potilas oli 80-vuotias, jonka syömishäiriökäyttäytyminen oli alkanut vasta 77 vuoden iässä. Toisella iäkkäällä potilaalla (77-vuotias) syömishäiriö oli alkanut puolison sydänlihastulehduksesta johtuneen ruokavaliomuutosten seurauksena vasta 73-vuotiaana. Riemannin ym. (1993) tapausselosteessa anoreksiaa sairastavan iäkkään miehen sairaus alkoi 53-vuotiaana, mitä tutkijat pitivät myös harvinaisena ilmiönä. Lisäksi mm.

iäkkäiden ahmintahäiriöpotilaiden piirteitä selvittävässä tutkimuksessa syömishäiriön alkamisikä oli keskimäärin 41 vuotta (hajonta 18 vuotta) (Guerdjikova ym. 2012). Täten myös muiden tutkimusten tulokset osoittavat sen mahdollisuuden, että syömishäiriöt voivat kehittyä vasta vanhemmalla ja jopa iäkkäällä iällä.

Syömishäiriöiden alkamisiällä saattaa olla vaikutusta mm. tyypillisten oireiden voimakkuuteen (Cumella ja Kally 2008, Bueno ym. 2014). Bueno kollegoineen sekä Cumella ja Kally havaitsivat myöhemmällä iällä sairastuneilla lievempiä syömishäiriöoireita verrattuna nuoremmalla iällä alkaneisiin. Esimerkiksi bulimialle tyypillistä oksentamista ja laihuuteen tähtäämistä esiintyi vähemmän. Cumella ja Kally (2008) havaitsivat toisaalta, että vanhemmat potilaat kielsivät sairautensa useammin, minkä he arvelivat heijastelevan myös potilaiden raportointiin oireiden vakavuudesta. Sairauden kieltäminen voi tuoda mukanaan suuria haasteita hoitoa ajatellen. Oireiden lisäksi syömishäiriöiden taustatekijät voivat poiketa myöhempään sairastuneilla, mikä tulee myös huomioida hoidossa (Bueno ym. 2014).

4.1 Syömishäiriöiden taustatekijät

Iäkkäiden syömishäiriöiden taustalla on usein sekoitus monesta eri tekijästä, jotka vaihtelevat sosiokulttuurisista yksilöllisiin, kuten geneettisiin ja psyykkisiin tekijöihin ja ovat hyvin samankaltaisia kuin nuorilla (Polivy ja Hermann 2002, Midlarsky ym. 2018). Joitakin poikkeavuuksia nuorten ja iäkkäiden välillä kuitenkin esiintyy. Nuoriin verrattuna ikääntyneet saattavat kokea enemmän suuria elämäntapahtumia, joiden vasteena syömishäiriöt kehittyvät tai pahenevat entisestään (Hewitt ym. 2001, Lapid ym. 2010, Maine ym. 2015). Tällaisia voivat olla esim. eläköityminen, avioero, läheisten menettäminen sekä naisilla vaihdevuodet.

Omaan kehoon suhtautuminen on syömishäiriöissä muuttunut (Rissanen 2012). Erityisesti naisten kohdalla omaan kehoon kohdistuva tyytymättömyys voi vaikuttaa koko iän läpi (Peat ym. 2010, Gagne ym. 2012, Runfola ym. 2013, Midlarsky ym. 2018). Iäkkäämmät henkilöt kokevat kehossaan luonnollisia muutoksia, jotka eivät vastaa yhteiskunnan kauneusstandardeja (Peat ym. 2010, Maine ym. 2015). Esimerkiksi painonnousu ja lihasten surkastuminen on tavallista (Stanculete ym. 2019). Painonnousua halutaan usein välttää esim. syömisen rajoittamisella, jota pidetään normaalina keinona ylläpitää tervettä kehoa

(Mangweth-Matzek ym. 2006). Pelko ikääntymisestä ja sen tuomista muutoksista onkin yksi syömishäiriöiden taustalla vaikuttavista tekijöistä ja erottaa usein näiden sairauksien syitä nuorten ja iäkkäämpien välillä (Gupta 1995, Lewis ja Cachelin 2001, Lapid ym. 2010). Medialla on myös mahdollisesti rooli laihojen ihannekehonkuvien markkinoinnissa (Polivy ja Herman 2002). Sosiokulttuurisesta näkökulmasta nimenomaan laihaa kehoa pidetään ihanteena, jonka ajatellaan vaikuttavan erityisesti kaikenikäisiin naispuolisiin henkilöihin aiheuttaen ulkonäköpaineita (Polivy ja Herman 2002, Peat ym. 2010). Miesten kehoihanteet liittyvät usein lihaksikkaan kehon tavoitteluun, joskin näitä piirteitä on havainnoitu vain nuorilla miehillä (McCabe ja Ricciardelli 2004). Hall ja Driscoll (1993) ehdottivat anoreksia nervosaa koskevassa tapausselosteessaan, että iäkkäät miehet kokevat mahdollisesti paineita fyysisen viehättävyyden säilyttämisestä vastakkaista sukupuolta ajatellen.

Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa iäkkäät naiset (yli 66-vuotiaat) ja vertailuryhmänä olevat keski-ikäiset naiset (50-65-vuotiaat) valitsivat ihannekehonsa siluettikuvista (Lewis ja Cachelin 2001). Kummatkin ryhmät valitsivat hoikkia kehoja ja niiden kuviteltiin olevan viehättäviä ajatellen vastakkaisen sukupuolen mielipiteitä. Tutkijat päättelivät siten, että sosiokulttuuristen tekijöiden vaikutukset ovat yhtäläisiä nuoremmilla ja iäkkäämmillä. Samankaltaisen tutkimuksen toteutti Runfola kollegoineen (2013). Tutkittavien naisten ikä vaihteli 25-89-vuoden välillä ja sekä nuoret että vanhemmat valitsivat kehon siluettikuvista omaa kehoaan hoikemmat vartalot. Kehoon tyytymättömyyttä havaittiin eniten ylipainoisilla ja keski-ikäisillä, joten mitä iäkkäämpää ryhmää tarkasteltiin, sitä enemmän kehoon oltiin tyytyväisiä. Mangweth-Matzekin tutkimuksessa (2006) jopa 90 % iäkkäistä naisosallistujista tunsi itsensä lihavaksi huolimatta siitä, olivatko he ylipainoisia tai alipainoisia. Kanadalainen tutkimus osoitti lihavuuden pelon ja laihuuteen pyrkimisen olevan yleistä puolestaan syömishäiriökäyttäytymistä omaavilla iäkkäillä naisilla (Gadalla ym. 2008). Myös vanhemmilla miehillä on havaittu tyytymättömyyttä ja itsearvon rakentamista oman ulkomuodon perusteella (Mangweth-Matzek ym. 2016). Syömishäiriöitä sairastavilla miehillä tyytymättömyyttä omaan kehoon esiintyi enemmän kuin terveillä. Tutkimukset osoittavat, että kehonkuvaan liittyvät haasteet ovat yleisiä ikääntyneillä, erityisesti syömishäiriöitä sairastavilla. Miesten kohdalla tutkimustieto jää kuitenkin tältä osin jälleen vähäiseksi.

Guerdijikova ym. (2012) tutkimuksessa ahmintakriteerit täyttäneitä ikääntyneitä haastateltiin taustalla vaikuttavien tekijöiden selvittämiseksi. Muistisairaudesta, muista psyykkisistä

sairauksista tai kommunikaatiovaikeuksista johtuvista syistä haastateltavia karsittiin. Näin ollen sairauden taustasyitä olivat todennäköisesti vain ne, joita tutkittavat raportoivat ja tunnistivat itse. Haastattelujen perusteella tutkimukseen osallistuneet iäkkäät naiset ja miehet raportoivat ahmintakohtausten johtuvan suurimmaksi osaksi tahdonvoiman puutteesta, tylsyydestä sekä ahmintatottumuksesta. Painoon liittyvät ongelmat olivat voimakkaasti BED-sairauden taustalla ja esimerkiksi jopa 65 % tutkimuksiin osallistuneista raportoivat yrittäneensä hallita painoaan vähintään viiden erilaisen laihdutuskuurin avulla elämänsä aikana. Suurella osalla BED-potilaista oli esiintynyt tai esiintyi tutkimuksen aikaan myös masennusta. Tunteiden vaikutus syömishäiriöihin on laaja ja erityisesti syömishäiriöissä esiintyvään masentuneisuuteen voi iäkkäillä liittyä jopa halu vahingoittaa itseään (Harris ja Cumella 2006).

Perfektionismin, täydellisyyteen pyrkimisen on havaittu olevan syömishäiriöiden taustalla (Hewitt ym. 1995, Halmi ym. 2000, Sherry ja Hall 2009). Thompsonin ja Bardone-Conen (2019) tutkimuksessa perfektionismin havaittiin olevan yksi iäkkäiden bulimian oireisiin merkitsevästi yhteydessä olevista tekijöistä, mutta muihin syömishäiriöihin perfektionismille ei löydetty yhteyttä. Perfektionismi on yhdistetty mm. henkilöiden mieltämään sosiaalisen hyväksynnän ylläpitämiseen ja sitä kautta itsearvon rakentamiseen muiden henkilöiden mielipiteiden ja odotusten ympärille (Bardone-Cone ym. 2007). Huonon itsetunnon ja perfektionismin ajatellaan yhdessä lisäävän bulimian riskiä (Vohs ym. 1999, Bardone ym. 2000). Perfektionismi esiintyy mm. negatiivisina ajatuksina omista epäonnistumisista ja voi johtaa bulimian oireisiin toimiessaan eräänlaisena pakokeinona omilta ajatuksilta (Bardone ym. 2000) Perfektionismia on havaittu myös erityisesti anoreksiaa sairastavilla (Hewitt ym. 1995, Halmi ym. 2000).

Perheen vaikutus syömishäiriöihin voi olla monimutkainen ja pahimmillaan negatiivinen (Polivy ja Herman 2002). Perheen vaikutuksen ei ajatella olevan kuitenkaan varsinaisesti syömishäiriöiden aiheuttajana, vaan pikemminkin niitä edistävänä tekijänä. Erityisesti lapsuudenperheellä on havaittu vaikutusta myös iäkkäiden naisten taipumukselle syömishäiriöihin (Perkins ym. 1997). Esimerkiksi tuen puute ja tunteiden vähäinen ilmaisu perheessä oli yhteydessä runsaampaan halukkuuteen olla laiha sekä painokeskeiseen ajatusmaailmaan. Vanhempien naisten osalta elämän läpi jatkuva syömishäiriöoireiluun saattaa vaikuttaa myös nykyisessä, omassa perheessä koetut, yllä kuvatut tekijät. Lisäksi se

voi liittyä perheessä koettuihin konflikteihin, jolloin syömishäiriökäyttäytymisestä tulee ikään kuin tunteiden, kuten vihan, välityskeino.

On tärkeää tunnistaa syömishäiriöiden taustalla vaikuttavia tekijöitä mm. yksilöllisen hoidon takaamiseksi. Lisäksi erityisesti vanhempien naisten kohdalla syömishäiriöiden vaikutus voi ulottua jopa heidän lastensa syömiskäyttäytymiseen edistäen lasten syömishäiriöiden kehittymistä (Polivy ja Herman 2002). Toisaalta iäkkäiden naisten lapset saattavat olla jo aikuisiässä, jolloin syömishäiriöt ovat jo mahdollisesti kehittyneet. On kuitenkin otettava huomioon, että myös aikuisiällä kehittyneitä syömishäiriöitä esiintyy (Beck ym. 1996, Lapid ym. 2010). Siten lasten ikä ei välttämättä poista syömishäiriötä sairastavan äidin vaikutusta lapseen.

4.2 Syömishäiriöiden terveydelliset seuraukset

Syömishäiriöihin liittyy monia terveydellisiä haasteita, jotka kuormittavat sairastuneiden elämää niin henkisesti kuin fyysisestikin (Carta ym. 2014, Podfigurna-Stopa ym. 2015). Ikääntyneillä syömishäiriöt voivat lisätä erilaisten komplikaatioiden riskiä aiheuttaen kuolemantapauksia enemmän kuin nuorilla (Hewitt ym. 2001, Luca ym. 2015). Esimerkiksi Lapid ym. (2010) raportoivat jopa 20 % tapausselosteiden potilaista menehtyneen syömishäiriönsä vuoksi. Näin ollen myös iäkkäiden kohdalla syömishäiriöihin suhtautumisen tulee olla vakavaa ja hoidon aloituksen mahdollisimman nopeaa. Alla on käsitelty yleisimpien syömishäiriöiden yhteydessä esiintyviä terveysongelmia.

Ahmintahäiriö

Ylipainon ja lihavuuden on havaittu olevan yleistä ahmintahäiriöitä sairastavilla (de Zwaan 2001, Guerdjikova ym. 2012). Vakavammasta lihavuudesta kärsivät ovat raportoineet tiheämpiä ahmintakohtauksia (Matos ym. 2002). Guerdjikova kollegoineen (2012) tarkasteli BED-potilaiden fyysistä terveydentilaa, joka oli pääsääntöisesti hyvä. BED-potilaiden keskimääräinen painoindeksi tutkimuksessa oli kuitenkin noin 36 kg/m2, joka määritellään mm. suomalaisen lihavuuden Käypä hoito -suosituksen mukaan vaikeaksi lihavuudeksi

(Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset): Käypä hoito- suositus 2020). Lihavuus on monien terveysongelmien, kuten tyypin 2 diabeteksen, maksasairauksien, syövän sekä sydän- ja verisuonisairauksien riskiä lisäävä tekijä (Yanovski 2000). Aineenvaihdunnalliset sairaudet voivat puolestaan lisätä kuolleisuutta (Faeh ym. 2011). Guerdjikova ym. (2012) epäili ennenaikaisen kuoleman olevan mahdollisesti yksi syy myös sille, miksi ahmintahäiriötä havaitaan tutkimuksissa iäkkäillä vähemmän.

Lihavuus on myös yksi metabolisen oireyhtymän syytekijöistä (Eckel ym. 2005). Metabolisessa oireyhtymässä lihavalla henkilöllä esiintyy monia aineenvaihdunnallisia häiriöitä samanaikaisesti, kuten korkeaa verenpainetta, rasva-aineenvaihdunnan poikkeavuuksia sekä glukoosiaineenvaihdunnan häiriöitä, jotka ilmenevät esim. tyypin 2 diabeteksena. Tyypin 2 diabeteksen, rasva-aineenvaihdunnan häiriöiden (dyslipidemia) sekä korkean verenpaineen riskin on havaittu olevan korkeampi ahmintahäiriötä sairastavilla verrattuna syömishäiriön osalta terveisiin, painoindeksin, sukupuolen ja iän suhteen kaltaistetuilla henkilöillä (Hudson ym. 2010). Täten ahmintahäiriöiden terveydelliset seuraukset voivat olla merkittävämpiä kuin esimerkiksi pelkästä lihavuudesta johtuvat. Kun otetaan huomioon vielä iäkkäät, joiden biologinen ikääntymisprosessi lisää monien sairauksien riskiä, on sairaustaakka jo suuri (WHO 2018). Vaikka lihavuutta on tärkeä hoitaa sen aiheuttamien terveysriskien vuoksi, on ahmintahäiriöpotilaiden osalta olennaisempaa keskittyä aluksi nimenomaan syömishäiriön hoitoon esimerkiksi laihdutukseen tähtäävän hoidon sijasta (de Zwaan 2001). Lisäksi esimerkiksi suomalaisissa lihavuuden Käypä Hoito -suosituksissa iäkkäiden laihdutuksen tulee olla tarkoin harkittua, sillä siihen liittyy monia terveysriskejä, kuten lihas- ja luumassan vähentyminen (Lihavuus (lapset, nuoret, aikuiset): Käypä Hoito -suositus 2020). Mahdollisiin ahmintahäiriön hoitomuotoihin sisältyy mm. psykoterapia, lääkitys sekä erilaiset itsehoito-oppaat (de Zwaan 2001).

Anoreksia nervosa

Samalla, kun lihavuus on merkittävä sairauksien riskitekijä, voi myös äärimmäinen laihuus aiheuttaa monia terveydellisiä ongelmia iäkkäillä (Lewis ja Cachelin 2001). Anoreksian aiheuttamia terveyshaittoja voivat olla esimerkiksi luuntiheyden vähentyminen, sydän- ja verenkiertoelimistön komplikaatiot, endokriinisten (hormonaalisten) toimintojen muutokset sekä jopa pysyvät aivojen rakenteen muutokset (Misra ja Klibanski 2014, Podfigurna-Stopa ym. 2015, Chidiac 2019). Ikääntyneillä luuntiheyden menetys on erityisen ongelmallista, sillä

se voi johtaa osteoporoosiin, joka lisää mm. luunmurtumien riskiä (Lamberg-Allardt ja Kröger 2012). Vanhuusiällä luun uusiutuminen on hitaampaa ja siten murtumista saattaa olla enemmän haittaa. Ikääntyneillä, vaihdevuodet läpikäyneillä naisilla osteoporoosin riskiä lisää entisestään estrogeenihormonin puute.

Landi kollegoineen (2013) havaitsi tutkimuksessaan ikääntyneiden anoreksian olevan yhteydessä sarkopeniaan. Sarkopenialla tarkoitetaan lihasmassan vähentymistä, mikä johtaa toimintakyvyn heikkenemiseen (Stranberg ym. 2006). Ikääntyneiden anoreksiasta kärsivillä potilailla oli lähes kaksinkertainen riski sarkopenian kehittymiselle verrattuna ravitsemustilaltaan terveisiin yksilöihin (Landi ym. 2013). Koska ikääntymiseen liittyvästä anoreksiasta kärsivien potilaiden fyysinen olemus, kuten hyvin alhainen paino ravinnon rajoittuneesta saannista johtuen, on samantyyppistä kuin anoreksia nervosassa, lisää myös anoreksia nervosa mahdollisesti sarkopenian riskiä.

Anoreksiasta aiheutuvia kuolemantapauksia on havaittu ikääntyneillä miehillä ja naisilla enemmän verrattuna nuoriin (Hewitt ym. 2001). Tutkijat arvelivat tämän johtuvan suuremmasta rasitteesta, jonka nälkiintyminen aiheuttaa esimerkiksi sydän- ja verenkiertoelimistölle. Anoreksian aiheuttamat terveysriskit vähentyvät, mikäli painoa saadaan nostettua (Podfigurna-Stopa ym. 2015). Suomalaisissa syömishäiriöiden Käypä Hoito -suosituksissa normaalipainon alaraja on 18,5 kg/m^2 (Syömishäiriöt: Käypä Hoito -suositus 2014). Toisaalta iäkkäille normaalipainon alarajaksi suositellaan painoindeksiä 23 kg/m^2 (Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset): Käypä hoito -suositus 2020). Painon normalisoitumisesta huolimatta anoreksiasta aiheutuvia ongelmia voi esiintyä erityisesti endokriinisten eli hormonaalisten järjestelmien osalta myös toipumisen jälkeen (Misra ja Klibanski 2014, Podfigurna-Stopa ym. 2015). Endokriininen järjestelmä reagoi vähentyneeseen energiansaantiin suojaten elinten toimintaa (Misra ja Klibanski 2014). Muutokset endokriinisessä järjestelmässä sairauden aikana ja sen jälkeen voivat osaltaan vaikuttaa myös edellä mainittuihin muihin tekijöihin, kuten luuntiheyteen heikentäen sitä.

Bulimia nervosa

Syömishäiriöiden vaikutukset yhdistyvät usein henkilön kehonpainoon, tarkemmin kehon rasvakudoksen määrään, joka on esimerkiksi lihavilla suurentunut (Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset): Käypä hoito -suositus 2020). Bulimian terveydellisten vaikutusten taustalla on usein kuitenkin itse aiheutettu oksentaminen ja mm. laksatiivien käyttö ja sairastuneet ovatkin usein normaalipainoisia (Mehler ja Rylander 2015, Castillo ja Weiselberg 2017). Normaalipainoisuus saattaa jopa vaikuttaa siihen, ettei bulimiaa helposti huomata (Castillo ja Weiselberg 2017).

Bulimiaan liittyy muiden sairauksien ja kuolleisuuden riski (APA 2016a). Oksentaminen ja laksatiivien käyttö voi johtaa laaja-alaisesti elimistön normaalin toiminnan poikkeavuuksiin (Mehler 2011, Mehler ja Rylander 2015, Castillo ja Weiselberg 2017). Tällaisia ovat esimerkiksi suun ja hampaiden vaurioituminen, verenvuodot, suolistoon kohdistuvat ongelmat sekä elektrolyyttitasapainon häiriöt. Elektrolyyteistä erityisesti kaliumin puute, hypokalemia, saattaa kehittyä oksentamisen ja laksatiivien käytön seurauksena ja on merkittävä muiden lisäsairauksien aiheuttaja (Mehler 2011, Castillo ja Weiselberg 2017). Hypokalemia voi johtaa esimerkiksi sydämen rytmihäiriöihin ja pahimmassa tapauksessa jopa kuolemaan (Weiner ja Wingo 1997, Mehler 2011). Iäkkäät ovat suuremmassa riskissä hypokalemian haitallisille vaikutuksille (Weiner ja Wingo 1997). Oksentamiseen liittyvä nesteen menetys voi edelleen lisätä sydämen rytmihäiriöitä ja aiheuttaa myös mm. verenpaineen haitallista alenemista (Mehler ja Rylander 2015). Ikääntyessä monet elimistön toiminnot heikkenevät luonnollisesti (Young 1997). Siksi bulimian, kuten muidenkin syömishäiriöiden osalta on kyseessä sairaus, jonka vakavuus korostuu iän myötä huomattavasti.

4.2.1 Syömishäiriöt ja mielenterveys

Yleisterveyden lisäksi on erityisen tärkeää huomioida mielenterveys syömishäiriöitä sairastavilla. Mielenterveydelliset ongelmat, kuten masennus ja ahdistuneisuus, ovat yleisiä syömishäiriöistä kärsivillä iäkkäillä (Striegel-Moore ym. 1999, Gadalla 2008, Guerdjikova ym. 2012). Mielenterveyden ongelmia on havaittu myös nuoremmilla syömishäiriöitä sairastavilla (Smith ym. 1998, Herpertz-Dahlmann ym. 2014).

Syömishäiriöoireita runsaasti raportoivilla, ikääntyvillä naisilla on huomattavasti suurempi riski mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöiden ilmentymiseen verrattuna niihin, joilla syömishäiriökäyttäytyminen on vähäisempää tai niillä, joilla sitä ei esiinny lainkaan (Gadalla 2008). Samanlaisia mielenterveydellisiä ongelmia on iäkkäillä raportoitu muissakin tutkimuksissa (Striegel-Moore ym. 1997, Guerdjikova ym. 2012, Reas ja Stedal 2015). Striegel-Moore kollegoineen (1997) tarkasteli mielenterveydellisten sairauksien ja syömishäiriöiden yhteyttä n. 38-72-vuotiailla sairaalahoidossa olevilla veteraanimiehillä. Tutkijat havaitsivat mm. ahdistuneisuushäiriön, skitsofrenian, mielialahäiriön ja persoonallisuushäiriöiden esiintyvän usein anoreksian, bulimian ja epätyypillisen syömishäiriön yhteydessä. Tuloksia tukevat myös Guerdjikovan ym. (2012) raportoimat tulokset, joissa ahmintahäiriöistä kärsivillä iäkkäillä esiintyi mm. masennusta ja ahdistuneisuutta. Lisäksi Reas ja Stedal (2015) havaitsivat tapausselosteita kokoavassa tutkimuksessaan masentuneisuuden ja ahdistuneisuuden olevan varsin yleistä syömishäiriöitä sairastavilla iäkkäillä. Vastaavanlaisia tuloksia on raportoitu myös nuorilta, mikä osoittaa jälleen iäkkäiden ja nuorten syömishäiriöiden samankaltaisuutta (Boujut ja Gana 2014, Fairweather-Schmidt ym. 2015).

Mielenterveysongelmien vaikutuksia terveyteen on tutkittu sen monilla osa-alueilla, kuten somaattisen terveyden, sosiaalisen aktiivisuuden ja toimintakyvyn näkökulmasta (De Beurs ym. 1999, Marazziti ym. 2014). Masennuksen on havaittu lisäävän mm. sydän- ja verisuonisairauksien riskiä metabolisten häiriöiden kautta (Marazziti ym. 2014). Kun otetaan huomioon ahmintahäiriön aiheuttamat aineenvaihdunnalliset sairausriskit mm. ylipainosta johtuen, voi masennus olla merkittävä sairaustaakan lisä. Myös ahdistuneisuushäiriöillä voi olla heikentäviä vaikutuksia fyysiseen terveyteen, kuten masennuksen kohdalla sydänterveyteen (APA 2016b). Iäkkäillä ahdistuneisuuden on havaittu vaikuttavan mm. sosiaaliseen ja fyysiseen hyvinvointiin ja toimintakykyyn niitä heikentävästi ja elämänlaatua haittaavasti (De Beurs ym. 1999). Täten psyykkisten oireiden havaitseminen ja niiden hoito syömishäiriöiden ohella on tärkeää niin muun sairaustaakan vähentämiseksi kuin syömishäiriöiden helpottamiseksi.

5. IÄKKÄIDEN SYÖMISHÄIRIÖIDEN HOITO

Valitettavan usein lääkärit sivuuttavat syömishäiriöiden esiintyvyyden iäkkäillä (Podfigurna-Stopa ym. 2015). Erityisesti miesten osalla diagnosointiin saattaa vaikuttaa syömishäiriöiden leimautuminen naisten sairauksiksi ja esimerkiksi häiriintynyttä syömiskäyttäytymistä tunnistavia menetelmiä miehille on saatavilla vähemmän (Zanetti 2011). Iäkkäiden syömishäiriöiden hoito tulisi kuitenkin aloittaa erittäin nopeasti diagnoosin jälkeen johtuen syömishäiriöiden aiheuttamasta, suuresta sairaustaakasta (Lapid ym. 2010). Hoidossa voidaan käyttää useita hoitomuotoja, eivätkä ne poikkea suurelta osin nuorille tarkoitetuista hoidoista. Kognitiivis-behavioraalinen terapia on olennaista syömishäiriöiden hoidossa ja syömishäiriöajatusten haastamisessa sekä niiden voittamisessa (Bardone ym. 2000, Lapid ym. 2010). Lisäksi interpersoonallisella terapialla voidaan käsitellä mm. oireita aiheuttavien ja pahentavien sosiaalisten suhteiden ja ajatusten vaikutusta (Bardone ym. 2000). Tätä terapiamuotoa on yleisesti hyödynnetty bulimian hoidossa ja se on mahdollisesti tehokas lisä kognitiivisbehavioraalisen terapian ohelle.

Iäkkäiden syömishäiriöiden hoito ei poikkea suuresti nuorten syömishäiriöiden hoidosta, mutta siinä tulee kuitenkin huomioida muutamia erityispiirteitä (Lapid ym. 2010). Lääkityksen hyödyntämistä hoitomuotona voi rajoittaa muiden lääkkeiden samanaikainen käyttö. Lisäksi syömishäiriön taustat ja piirteet voivat olla erilaisia, mikä voi myös rajata mm. tiettyjen lääkehoitojen käyttöä (Bueno ym. 2014). Esimerkiksi lihavuuden pelko saattaa rajata painoa nostavien lääkkeiden käyttöä. Kognitiivis-behavioraalisen terapia tulee suunnata iäkkäälle yksilölle sopivalla tavalla, ja mahdollisuus kognitiivisten toimintojen heikentymiseen tulee ottaa huomioon (Lapid ym. 2010). Lisäksi perheen sisällyttäminen hoitoprosessiin voi olla tarpeellista (Stanculete ym. 2019). Iäkkäiden osalta perhe tarkoittaa omia lapsia ja puolisoa (Lapid ym. 2010, Stanculete ym. 2019).

Vakavasti alipainoisten hoidossa, kuten anoreksian tapauksessa, painon nostaminen ja ravitsemustilan eheyttäminen ovat olennainen ensiaskel sairaudesta toipumiseen (Lapid ym. 2010, Podfigurna-Stopa ym. 2015). Ravitsemustilan palauttamisessa tulee kuitenkin huomioida ns. refeeding-oireyhtymän riski, joka voi kehittyä erityisesti aliravitsemuksesta kärsivien iäkkäiden ravitsemustilan nopeasta palauttamisesta ravinnon avulla (Aubry ym.

2018). Refeeding-oireyhtymä aiheuttaa useita elimistön häiriöitä, kuten jo bulimian yhteydessä mainittuja poikkeavuuksia elektrolyyttien tasapainossa. Lisäksi refeeding-oireyhtymä voi aiheuttaa merkittävää nesteen kertymistä, joka puolestaan saattaa johtaa useiden elinten toimintahäiriöihin. Oireyhtymää voi välttää esimerkiksi antamalla potilaalle ravintoa niin, että sen sisältämää energiamäärää nostetaan vähitellen ja hitaasti (Rome ym. 2003).

Myös mielenterveysongelmat on huomioitava syömishäiriöiden hoidossa. Ei ole kuitenkaan selvää, edeltävätkö mielenterveyden ongelmat syömishäiriöitä vai toisin päin. Häiriintyneen syömiskäyttäytymisen ja masennuksen syy-seuraussuhdetta tarkasteltiin meta-analyysissä, joka pohjautui aiheesta tehtyihin pitkittäistutkimuksiin (Puccio ym. 2015). Meta-analyysin tulokset viittaavat siihen, että masentuneisuutta ilmenee ennen syömishäiriöitä ja toisaalta siihen, että syömishäiriöitä ilmenee ennen masennusta. Masennuslääkkeiden käyttö mm. ahmintahäiriöiden hoidossa on kuitenkin todettu toimivan kohtuullisesti (Vocks ym. 2010), mikä mahdollisesti kertoo siitä, että masennus on syömishäiriöitä edeltävä ja sitä pahentava tekijä. Lisäksi esimerkiksi ahmintahäiriöistä parantuneilla masennus on saattanut aiheuttaa sairauden uusiutumisen hoidon jälkeen (de Zwaan 2001). Siten mielenterveysongelmien seulonta voi olla syömishäiriöiden ennaltaehkäisyn kannalta olennaista.

6. POHDINTA

Tutkimustieto on valitettavan vähäistä iäkkäiden syömishäiriöiden osalta. Syömishäiriöiden on osoitettu olevan hyvin vakavia mielenterveydellisiä sairauksia, jotka kuormittavat sairastuneiden hyvinvointia niin henkisesti kuin fyysisestikin (Carta ym. 2014, APA 2016a). Vaikka syömishäiriöiden on ajateltu olevan pääasiassa nuorten sairauksia, käytettävissä oleva vähäinenkin iäkkäitä koskeva tutkimustieto osoittaa niiden koskettavan myös vanhempia ikäluokkia (esim. Jones ym. 2001, Mangweth-Matzek ym. 2016, Thompson ja Bardone-Cone 2019). Iäkkäitä miehiä koskevat tutkimukset ovat kuitenkin todella vähäisiä verrattuna naisilla tehtyihin. Tutkimustietoa tarvitaan lisää erityisesti myös syömishäiriöiden taustatekijöistä ja taustalla olevista ajatusmalleista. Ikääntyvän väestön lisääntyessä niin Suomessa kuin muualla maailmassa, tulisi ongelmaan kiinnittää huomiota huomattavasti enemmän (WHO 2018, Tilastokeskus 2020). Lisäksi mm. Suomen laki velvoittaa terveydenhuollon toiminnan toteutuvan iäkkäiden hyvinvointia edistävästi (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012). Jotta kokonaisvaltainen terveydenhuolto toimisi optimaalisesti iäkkäiden terveyden kannalta, tulisi syömishäiriöiden mahdollisuus ottaa huomioon iäkkäilläkin. Tiettävästi Suomessa ei ole tehty iäkkäiden syömishäiriöitä koskevia tutkimuksia.

Iäkkäillä on havaittu anoreksia nervosaa, bulimiaa, ahmintahäiriöitä sekä epätyypillisiä syömishäiriöitä eli kaikkia APA:n (2013) ja WHO:n (1992) luokittelemia syömishäiriötyyppejä (esim. Riemann ym. 1993, Hall ja Driscoll 1993, Lapid ym. 2010, Guerdjikova ym. 2012, Mangweth-Matzek ym. 2016, Conceição ym. 2017, Thompson ja Bardone-Cone 2019). Syömishäiriöt ovat usein nuorena alkaneiden sairauksien jatkoa, mutta myös varsinaisella vanhuusiällä kehittyneitä syömishäiriöitä on tavattu (White ym. 1990, Lapid ym. 2010). Myöhemmällä iällä alkaneet syömishäiriöt saattavat poiketa oireiltaan jo varhain alkaneista syömishäiriöistä, mikä on huomioitava myös niiden hoidossa (Bueno ym. 2014). Erityisesti sairauden kieltäminen tai vähättely voi olla tyypillistä aikuisiällä sairastuneille. Tämä korostaa syömishäiriöiden varhaisen tunnistuksen tarvetta terveydenhuollossa ja toisaalta sitä, että terveydenhuollossa olisi mahdollisesti hyödyllistä kehittää uusia seulontamenetelmiä myöhemmällä iällä alkaneiden syömishäiriöiden havaitsemiseksi, mikäli syömishäiriöiden oireet poikkeavat nuoremmalla iällä alkaneiden sairauksien oireista.

Ahmintahäiriön ja ahmintakäyttäytymisen on osoitettu olevan useammassa tutkimuksessa syömishäiriöistä yleisintä niin iäkkäiden naisten kuin miestenkin osalta (Mangweth-Matzek ym. 2006, Gagne ym. 2012, Mangweth-Matzek ym. 2016, Conceição ym. 2017, Thompson ja Bardone-Cone 2019). Tutkimuksissa on havaittu myös kompensaatiokäyttäytymistä (esim. Thompson ja Bardone-Cone ym. 2019), joka on tyypillistä bulimiasta kärsiville (APA 2016a). Varsinaisesti bulimiaa diagnosoitiin mm. Conceiçãon kollegoineen (2017) toteuttamassa tutkimuksessa, sillä Conceição ym. käytti tutkimuksessaan kaksivaiheista menetelmää. Llopullisen diagnoosin antoi tehtävään koulutettu psykologi, jolla saatiin vahvistus seulontakyselyiden tuloksiin. Conceiçãon ym. tulokset ovat kuitenkin hyvin linjassa muiden aiheesta tehtyjen poikkileikkaustutkimusten kanssa, joten mahdollisesti seulontakyselyt ovat havainneet syömishäiriöt hyvin, ja niitä voidaan soveltaa jatkossakin iäkkäiden syömishäiriöitä koskevissa tutkimuksissa.

Anoreksia nervosa näyttäisi tutkimustiedon perusteella olevan harvinaisempaa iäkkäillä (Mangweth-Matzek ym. 2006). Toisaalta tapausselosteiden pohjalta sitäkin esiintyy molemmilla sukupuolilla, joskin miehillä naisia vähemmän (Hall ja Driscoll 1993, Riemann ym. 1993, Lapid ym. 2010). Anoreksia aiheuttaa vakavia terveydellisiä komplikaatioita ja lisää kuolleisuutta (Hewitt ym. 2001, Lewis ja Cachelin 2001). Siksi anoreksian esiintyvyys voi ikääntyneiden joukossa olla vähäistä. Miesten anoreksian alidiagnosointi voi johtua esimerkiksi anoreksian mieltämisestä naisten sairaudeksi, jolloin miehet eivät hakeudu hoitoon yhtä paljon tai oikeat diagnoosit jäävät tekemättä (Zanetti 2011). Tämä ongelma tulisi ottaa huomioon terveydenhuollossa tarkasti, eikä sivuuttaa iäkkäiden miesten mahdollisuutta sairastaa anoreksiaan. Myös syömishäiriöistä avoimesti puhuminen ja tiedon levittäminen mahdollisesti poistaisivat niiden ympärillä olevaa stigmaa ja alentaisivat kynnystä hoitoon hakeutumiselle ja sairauden tunnistamiselle.

Syömishäiriöiden aiheuttamat terveydelliset seuraukset muodostavat hyvin laajan kirjon erilaisia ja vakavia komplikaatioita, jotka voivat johtaa jopa kuolemaan (Lapid ym. 2010, APA 2016a). Iäkkäillä komplikaatioiden merkitys sairastuvuudessa korostuu, sillä he ovat jo lähtökohtaisesti alttiimpia monille sairauksille verrattuna nuoriin (Hewitt ym. 2001, Luca ym. 2015, WHO 2018). Ahmintahäiriö, joka on yleisin iäkkäillä tavattu syömishäiriö, voi johtaa lihavuuteen ja lihavuus puolestaan moniin aineenvaihdunnallisiin sairauksiin (Eckel ym. 2005, Guerdjikova ym. 2012). Ahmintahäiriö lisää mahdollisesti jopa enemmän

aineenvaihdunnan häiriöitä kuin pelkkä lihavuus (Hudson ym. 2010). Anoreksia nervosasta aiheutuvat komplikaatiot ovat suurelta osin merkittävän painonpudotuksen seurausta, josta parantuminen ei välttämättä edes korjaa kaikkia muutoksia, joita sairaus on kehossa aiheuttanut (Lewis ja Cachelin 2001, Misra ja Klibanski 2014, Podfigurna-Stopa 2015, Chidiac 2019). Bulimia voi aiheuttaa mm. sydän- ja suolistokomplikaatioita kompensaatiokäyttäytymisen vuoksi (Mehler 2011). Vakavat komplikaatiot ja suuri syömishäiriöiden sairaustaakka korostaa yhä entisestään iäkkäiden syömishäiriöiden esiintyvyyden seulonnan, hoidon ja sen kiireellisyyden tarvetta, jotta ikääntyneiden hyvinvointia voidaan edistää ja ennenaikaisia kuolemia estää. Täten sairauksien tunnistamisen diagnosoinnin tulee olla aktiivista ja nopeaa.

Syömishäiriöiden taustalla vaikuttavia tekijöitä on selvitetty lähinnä iäkkäiltä naispuolisilta henkilöiltä. Iäkkäät kokevat monia merkittäviä elämäntapahtumia, kuten eläköitymistä ja lasten poismuuttoa, jotka saattavat olla syömishäiriöiden taustalla (Hewitt ym. 2001, Maine ym. 2015). Yksilöllisen ja laadukkaan hoidon turvaamiseksi terveydenhuollon henkilöstöä olisi koulutettava nuorten ja iäkkäiden syömishäiriöiden tunnistamisesta ja eroavaisuuksista. Iäkkäät kokevat paljon fyysisiä muutoksia, mutta kehoihanteena säilyy nuorekas ja hoikka keho erityisesti naisilla (Gupta 1995, Lewis ja Cachelin 2001). Median on ajateltu ruokkivan yhä syömishäiriöitä hoikkien kehojen ihannoimisella (Polivy ja Hermann 2002). Median käyttö esimerkiksi Suomessa on kasvanut myös iäkkäiden keskuudessa (Tilastokeskus 2020). Lisäksi tällä hetkellä runsaasti eri medioita seuraavat nuoret henkilöt ikääntyvät ajan kuluessa. Täten median roolia syömishäiriöiden ”ruokkijana” tulee pohtia ja tarkastella myös jatkossa, jotta voidaan kehittää tehokkaita syömishäiriöiden ehkäisykeinoja.

7. JOHTOPÄÄTÖKSET

Syömishäiriöitä esiintyy iäkkäälläkin väestöllä. Vaikkei asiaa ole tiettävästi Suomessa tutkittu, voidaan kansainvälisten tutkimusten perusteella päätellä, että niitä tavataan myös Suomessa, ahmintahäiriön ollessa mahdollisesti yleisin syömishäiriötyyppi. Syömishäiriöihin liittyvien vakavien terveysriskien sekä sairauksien aiheuttaman mielenterveydellisen kuorman vuoksi syömishäiriöiden seulonta ja diagnosointi sekä niihin liittyvät tutkimukset ovat tärkeitä iäkkäiden elämänlaadun ja hyvinvoinnin kohentamiseksi. Erityisesti miesten osalta tutkimustietoa tarvitaan huomattavasti enemmän. Koska syömishäiriöt voivat kehittyä myös vanhemmalla iällä, terveydenhuollossa tulee huomioida tarkasti syömishäiriöihin viittaavat käyttäytymispiirteet, vaikka iäkkäällä ei olisi aiempaa taustaa syömishäiriöistä. Laadukkaan hoidon takaamiseksi tulee tunnistaa ja havaita myös syömishäiriöiden taustalla vaikuttavia tekijöitä, jotka osin poikkeavat nuorten keskuudessa havaituista tekijöistä. Muun muassa suuret elämänmuutokset, kuten eläköityminen ja lasten muutto pois kotoa saattavat horjuttaa iäkkäämpien elämän tasapainoa sekä altistaa syömishäiriön kehittymiselle. Syömishäiriöiden hoito tulee suunnitella myös yksilöllisesti juuri iäkkään tarpeisiin nähden, sillä hoitomuotoa saattaa rajata esimerkiksi heikentynyt kognitiivinen kapasiteetti.

LÄHTEET

Anxiety disorders : DSM-5 selections. Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing 2016b.

Aubry E, Friedli N, Schuetz P, Stanga Z. Refeeding syndrome in the frail elderly population: prevention, diagnosis and management. Clinical and experimental gastroenterology; Clin Exp Gastroenterol 2018;11:255-264.

Bardone AM, Vohs KD, Abramson LY, Heatherton TF, Joiner TE. The confluence of perfectionism, body dissatisfaction, and low self-esteem predicts bulimic symptoms: Clinical implications. Behavior therapy 2000;31:265-280.

Bardone-Cone A, Wonderlich SA, Frost RO, Bulik CM, Mitchell JE, Uppala S, Simonich H. Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. Clin Psychol Rev 2007;27:384-405.

Beck D, Casper R, Andersen A. Truly late onset of eating disorders: A study of 11 cases averaging 60 years of age at presentation. Int J Eat Disord 1996;20:389-395.

Boujut E, Gana K. Relationship between depressive mood and eating disorders in a non-clinical young female sample: A one-year longitudinal analysis of cross-lagged and simultaneous effects. Eating behaviors : an international journal; Eat Behav 2014;15:434-440.

Bueno B, Krug I, Bulik CM, Jiménez-Murcia S, Granero R, Thornton L, Penelo E, Menchón JM, Sánchez I, Tinahones FJ, Fernández-Aranda F. Late Onset Eating Disorders in Spain: Clinical Characteristics and Therapeutic Implications: LATE ONSET IN ED. J Clin Psychol 2014;70:1-17.

Carta MG, Preti A, Moro MF, Aguglia E, Balestrieri M, Caraci F, Dell'Osso L, Di Sciascio G, Drago F, Faravelli C, Hardoy MC, D'Aloja E, Cossu G, Calò S, Palumbo G, Bhugra D. Eating disorders as a public health issue: Prevalence and attributable impairment of quality of life in an Italian community sample. Int Rev Psychiatry 2014;26:486-492.

Castillo M, Weiselberg E. Bulimia Nervosa/Purging Disorder. Current problems in pediatric and adolescent health care; Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care 2017;47:85-94.

Chidiac CW. An update on the medical consequences of anorexia nervosa. Curr Opin Pediatr 2019;31:448-453.

Conceição EM, Gomes FVS, Vaz AR, Pinto-Bastos A, Machado PPP. Prevalence of eating disorders and picking/nibbling in elderly women. Int J Eating Disord 2017;50:793-800.

Cumella EJ, Kally Z. Profile of 50 Women with Midlife-Onset Eating Disorders. Eating disorders; Eat Disord 2008;16:193-203.

De Beurs E, Beekman ATF, Van Balkom, A. J. L. M., Deeg DJH, Van Dyck R, Van Tilburg W. Consequences of anxiety in older persons: Its effect on disability, well-being and use of health services. Psychol Med 1999;29:583-593.

de Zwaan M. Binge eating disorder and obesity. Int J Obes 2001;25:S51-S55.

Di Francesco V, Fantin F, Omizzolo F, Residori L, Bissoli L, Bosello O, Zamboni M. The anorexia of aging. Dig Dis 2007;25:129-137.

DSM-5. American Psychiatric Association (2013): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5 painos.

Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ. The metabolic syndrome. Lancet 2005;365:1415-1428.

FADGYAS STANCULETE M, DUMITRASCU DL, BABAN A, DUMITRASCU DI, CRACIUN C, POPA-WAGNER A. Eating disorders in elderly: clinical implications. Journal of evidence-based psychotherapies 2019;19:79-96.

Faeh D, Braun J, Tarnutzer S, Bopp M. Obesity but not overweight is associated with increased mortality risk. Eur J Epidemiol 2011;26:647-655.

Fairburn CG, Beglin SJ. Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? Int J Eat Disord 1994;16:363-370.

Fairburn CG, Cooper Z. The Eating Disorder Examination (12th edition). Kirjassa: New York, NY, US: Guilford Press 1993, s. 317-360.

Fairburn, C. G., & Beglin S. J. (2008). Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q 6.0). In C. G. Fairburn, Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders, New York: Guilford Press.

Fairweather-Schmidt A, Lee C, Wade TD. A Longitudinal Study of Midage Women With Indicators of Disordered Eating. Dev Psychol 2015;51:722-729.

Feeding and eating disorders : DSM-5 selections. Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing 2016a

Feeding and eating disorders : DSM-5 selections. Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing 2016.

First MB., Spitzer Robert L. Miriam Gibbon, Williams Janet B.W. Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition. (SCID-I/P). Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute; New York: Nov. 2002

Gadalla TM. Eating disorders and associated psychiatric comorbidity in elderly Canadian women. Arch Womens Ment Health 2008;11:357-362.

Gagne DA, Von Holle A, Brownley KA, Runfola CD, Hofmeier S, Branch KE, Bulik CM. Eating disorder symptoms and weight and shape concerns in a large web-based convenience sample of women ages 50 and above: Results of the gender and body image (GABI) study. Int J Eat Disord 2012;45:832-844.

Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavolacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. Am J Clin Nutr 2019;109:1402-1413.

Garner DM, Olmstead MP, Polivy J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. Int J Eat Disord 1983;2:15-34.

Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. Psychol Med 1982;12:871-878.

Geneva: World Health Organization 1992. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders : clinical descriptions and diagnostic guidelines.

Guerdjikova AI, Mori N, Casuto LS, McElroy SL. Binge Eating Disorder. Psychiatr Clin North Am 2017;40:255-266.

Guerdjikova AI, O'Melia AM, Mori N, McCoy J, McElroy SL. Binge eating disorder in elderly individuals. Int J Eat Disord 2012;45:905-908.

Gupta MA. Concerns about aging and a drive for thinness: A factor in the biopsychosocial model of eating disorders? Int J Eat Disord 1995;18:351-357.

Hall P, Driscoll R. Anorexia in the elderly—an annotation. Int J Eating Disord 1993;14:497-499.

Halmi KA, Sunday SR, Strober M, Kaplan A, Woodside DB, Fichter M, Treasure J, Berrettini WH, Kaye WH. Perfectionism in Anorexia Nervosa: Variation by Clinical Subtype, Obsessionality, and Pathological Eating Behavior. Am J Psychiatry 2000;157:1799-1805.

Halmi KA. Perplexities of treatment resistence in eating disorders. BMC Psychiatry 2013;13:292.

Harris M, Cumella EJ. Eating disorders across the life span. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 2006;44:20-26.

Herpertz S, Hagenah U, Vocks S, von Wietersheim J, Cuntz U, Zeeck A. The diagnosis and treatment of eating disorders. Deutsches Ärzteblatt international; Dtsch Arztebl Int 2011;108:678-685.

Herpertz-Dahlmann B, Herpertz-Dahlmann B, Dempfle A, Dempfle A, Konrad K, Konrad K, Klasen F, Klasen F, Ravens-Sieberer U, Ravens-Sieberer U. Eating disorder symptoms do not just disappear: the implications of adolescent eating-disordered behaviour for body weight and mental health in young adulthood. Eur Child Adolesc Psychiatry 2015;24:675-684.

Hewitt PL, Coren S, Steel GD. Death from anorexia nervosa: Age span and sex differences. Aging & mental health; Aging Ment Health 2001;5:41-46.

Hewitt PL, Flett GL, Ediger E. Perfectionism traits and perfectionistic self-presentation in eating disorder attitudes, characteristics, and symptoms. Int J Eat Disord 1995;18:317-326.

Hilbert A, Tuschen-Caffier B. Eating Disorder Examination-Questionnaire. Deutschsprachige Ubersetzung. PAG Institut f Psychologie AG, M € unster: € Verlag fur Psychotherapie 1. Auflage, 2006.

HUDSON JI, LALONDE JK, POPE HG, COIT CE, TSUANG MT, MCELROY SL, CROW SJ, BULIK CM, HUDSON MS, YANOVSKI JA, ROSENTHAL NR. Longitudinal study of the diagnosis of components of the metabolic syndrome in individuals with binge-eating disorder. Am J Clin Nutr 2010;91:1568-1573.

Isomaa R, Lukkarila I-, Ollila T, Nenonen H, Charpentier P, Sinikallio S, Karhunen L. Development and preliminary validation of a Finnish version of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). Nord J Psychiatry 2016;70:542-546.

Jaworski M, Panczyk M, Śliwczyński A, Brzozowska M, Janaszek K, Małkowski P, Gotlib J. Eating Disorders in Males: An 8-Year Population-Based Observational Study. American journal of men's health; Am J Mens Health 2019;13:1557988319860970.

Jones JM, Bennett S, Olmsted MP, Lawson ML, Rodin G. Disordered eating attitudes and behaviours in teenaged girls: a school-based study. CMAJ 2001;165:547-552.

Kansaneläkelaki 568/2007. Viitattu 15.3.2021. Saatavilla https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070568

Keel PK, Gravener JA, Joiner TE, Haedt AA. Twenty-year follow-up of bulimia nervosa and related eating disorders not otherwise specified. Int J Eat Disord 2010;43:492-497.

Khaje-Bishak Y, Payahoo L, Pourghasem B, Asghari Jafarabadi M. Assessing the quality of life in elderly people and related factors in tabriz, iran. J Caring Sci. 2014 Dec 1;3(4):257-63. doi: 10.5681/jcs.2014.028. PMID: 25717455; PMCID: PMC4334177.

Killen JD, Taylor CB, Hayward C, Wilson DM, Haydel KF, Hammer LD, Simmonds B, Robinson TN, Litt I, Varady A, Kraemer H. Pursuit of thinness and onset of eating disorder symptoms in a community sample of adolescent girls: A three-year prospective analysis. Int J Eat Disord 1994;16:227-238.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012. Viitattu 2.1.2021. Saatavilla https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980

Lamberg-Allardt C & Kröger H 2012. Luun rakenne ja aineenvaihdunta. Teoksessa Ravitsemustiede. Toim. Aro A, Mutanen M, Uusitupa M, Aantaa R. Ravitsemustiede. Helsinki: Duodecim 2012.

Lamberg-Allardt C & Kröger H 2012. Osteoporoosi. Teoksessa Ravitsemustiede. Toim. Aro A, Mutanen M, Uusitupa M, Aantaa R. Ravitsemustiede. Helsinki: Duodecim 2012.

Landi F, Landi F, Liperoti R, Liperoti R, Russo A, Russo A, Giovannini S, Giovannini S, Tosato M, Tosato M, Barillaro C, Barillaro C, Capoluongo E, Capoluongo E, Bernabei R, Bernabei R, Onder G, Onder G. Association of anorexia with sarcopenia in a community-dwelling elderly population: results from the ilSIRENTE study. Eur J Nutr 2013;52:1261-1268.

Lapid MI, Prom MC, Burton MC, McAlpine DE, Sutor B, Rummans TA. Eating disorders in the elderly. Int Psychogeriatr 2010;22:523-536.

Lewis DM, Cachelin FM. Body Image, Body Dissatisfaction, and Eating Attitudes in Midlife and Elderly Women. Eating disorders; Eat Disord 2001;9:29-39.

Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lihavuustutkijat ry:n ja Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry:n asettama

työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020 (viitattu 14.1.2021). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Luca A, Luca M, Calandra C. Eating Disorders in Late-life. Aging and disease; Aging Dis 2015;6:48-55.

Main J, Reddy L, Lazarevic M, Whelan PJ. Are late-onset eating disorders in the elderly really the more common variant? Concerns around publication bias. Int Psychogeriatr 2011;23:670-671.

Maine MD, Samuels KL, Tantillo M. Eating disorders in adult women: biopsychosocial, developmental, and clinical considerations. Advances in eating disorders (Abingdon, U.K.) 2015;3:133-143.

Malik F, Wijayatunga U, Bruxner GM. A case of anorexia nervosa in an elderly man. Australas Psychiatry 2014;22:285-287.

Mangweth-Matzek B, Kummer KK, Pope HG. Eating disorder symptoms in middle-aged and older men: Eating disorder symptoms in middle aged men. Int J Eat Disord 2016;49:953-957.

Mangweth-Matzek B, Rupp CI, Hausmann A, Assmayr K, Mariacher E, Kemmler G, Whitworth AB, Biebl W. Never too old for eating disorders or body dissatisfaction: A community study of elderly women. Int J Eat Disord 2006;39:583-586.

Marazziti D, Rutigliano G, Baroni S, Landi P, Dell'Osso L. Metabolic syndrome and major depression. CNS Spectr 2014;19:293-304.

Matos, Maria Isabel R, Aranha, Luciana S, Faria, Alessandra N, Ferreira, Sandra R G, Bacaltchuck, Josué, & Zanella, Maria Teresa. (2002). Binge eating disorder, anxiety, depression and body image in grade III obesity patients. *Brazilian Journal of Psychiatry*, *24*(4), 165-169. https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000400004

McCabe MP, Ricciardelli LA. Body image dissatisfaction among males across the lifespan: A review of past literature. J Psychosom Res 2004;56:675-685.

Mehler PS, Rylander M. Bulimia Nervosa - medical complications. Journal of eating disorders; J Eat Disord 2015;3:12.

Mehler PS. Medical complications of bulimia nervosa and their treatments. Int J Eat Disord 2011;44:95-104.

Midlarsky E, Marotta AK, Pirutinsky S, Morin RT, McGowan JC. Psychological predictors of eating pathology in older adult women. J Women Aging 2018;30:145-157.

Misra M, Dr, Klibanski A, Prof. Endocrine consequences of anorexia nervosa. The lancet.Diabetes & endocrinology; Lancet Diabetes Endocrinol 2014;2:581-592.

Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. BMJ 1999;319:1467-1468.

Nissen T, Wynn R. The clinical case report: a review of its merits and limitations. BMC research notes; BMC Res Notes 2014;7:264.

Nunes MA, Barros FC, Anselmo Olinto MT, Camey S, Mari JD. Prevalence of abnormal eating behaviours and inappropriate methods of weight control in young women from Brazil: a population-based study. Eat Weight Disord 2003;8:100-106.

Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: Psychometric Features and Clinical Correlates. Psychol Med 1982;12:871-878.

Peat CM, Peyerl NL, Muehlenkamp JJ. Body Image and Eating Disorders in Older Adults: A Review. J Gen Psychol 2008;135:343-358.

Perkins AJ, Fritz JJ, Barber CE, Turner JG. The Prevalence and Family Correlates of Eating Disorder Tendencies in Older Women. J Women Aging 1997;9:67-84.

Podfigurna-Stopa A, Czyzyk A, Katulski K, Smolarczyk R, Grymowicz M, MacIejewska-Jeske M, Meczekalski B. Eating disorders in older women. Maturitas 2015;82:146-152.

POLIVY J, HERMAN CP. Causes of eating disorders. Annu Rev Psychol 2002;53:187-213.

Puccio F, Fuller-Tyszkiewicz M, Ong D, Krug I. A systematic review and meta-analysis on the longitudinal relationship between eating pathology and depression. Int J Eat Disord 2016;49:439-454.

Reas DL, Stedal K. Eating disorders in men aged midlife and beyond. Maturitas 2015;81:248-255.

Riemann BC, McNally RJ, Meier A. Anorexia nervosa in an elderly man. Int J Eating Disord 1993;14:501-504.

Rissanen A 2012. Syömishäiriöt. Teoksessa Ravitsemustiede. Toim. Aro A, Mutanen M, Uusitupa M, Aantaa R. Ravitsemustiede. Helsinki: Duodecim 2012.

Runfola CD, Von Holle A, Trace SE, Brownley KA, Hofmeier SM, Gagne DA, Bulik CM. Body Dissatisfaction in Women Across the Lifespan: Results of the UNC-SELF and Gender and Body Image (GABI) Studies. European eating disorders review; Eur Eat Disord Rev 2013;21:52-59.

Runfola CD, Von Holle A, Trace SE, Brownley KA, Hofmeier SM, Gagne DA, Bulik CM. Body Dissatisfaction in Women Across the Lifespan: Results of the UNC-SELF and Gender and Body Image (GABI) Studies. European eating disorders review; Eur Eat Disord Rev 2013;21:52-59.

Sarri G, Davies M, Lumsden MA. Diagnosis and management of menopause: summary of NICE guidance. BMJ 2015;351:h5746.

Sherry SB, Hall PA. The Perfectionism Model of Binge Eating: Tests of an Integrative Model. J Pers Soc Psychol 2009;96:690-709.

Siervo M, Boschi V, Papa A, Bellini O, Falconi C. Application of the SCOFF, Eating Attitude Test 26 (EAT 26) and Eating Inventory (TFEQ) questionnaires in young women seeking diet-therapy. Eat Weight Disord 2005;10:76-82.

Smith DE, Marcus MD, Lewis CE, Fitzgibbon M, Schreiner P. Prevalence of binge eating disorder, obesity, and depression in a biracial cohort of young adults. Ann Behav Med 1998;20:227-232.

Strandberg T, Viitanen M, Rantanen T, Pitkälä K. Vanhuksen hauraus-raihnausoireyhtymä. Duodecim 2006;122:1495.

Striegel-Moore R,H., Garvin V, Dohm F, Rosenheck RA. Psychiatric comorbidity of eating disorders in men: A national study of hospitalized veterans. Int J Eat Disord 1999;25:399-404.

Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestöennuste [verkkojulkaisu]. ISSN=1798-5137. 2018. Helsinki: Tilastokeskus. Viitattu: 22.12.2020. Saatavilla: http://www.stat.fi/til/vaenn/2018/vaenn_2018_2018-11-16_tie_001_fi.html

Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestön tieto- ja viestintätekniikan käyttö [verkkojulkaisu]. ISSN=2341-8699. 2020. Helsinki: Tilastokeskus. Viitattu: 13.1.2021. Saatavilla: http://www.stat.fi/til/sutivi/2020/sutivi_2020_2020-11-10_tie_001_fi.html

Syömishäiriöt. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Psykiatriyhdistys Ry:n asettama työryhmä. Helsinki:

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 (viitattu 27.1.2021). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Thompson KA, Bardone-Cone AM. Disordered eating behaviors and attitudes and their correlates among a community sample of older women. Eating Behav 2019;34:.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). World Population Prospects: The 2012 Revision, Highlights and Advance Tables. Working Paper No. ESA/P/WP.228. Viitattu 22.12.2020. Saatavilla https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2012_HIGHLIGHTS.pdf. (Tekstissä viite YK 2013).

Vocks S, Tuschen-Caffier B, Pietrowsky R, Rustenbach SJ, Kersting A, Herpertz S. Meta-analysis of the effectiveness of psychological and pharmacological treatments for binge eating disorder. Int J Eat Disord 2010;43:205-217.

Vohs KD, Bardone AM, Joiner TE, Abramson LY, Heatherton TF. Perfectionism, Perceived Weight Status, and Self-Esteem Interact to Predict Bulimic Symptoms: A Model of Bulimic Symptom Development. J Abnorm Psychol 1999;108:695-700.

Volpe U, Tortorella A, Manchia M, Monteleone AM, Albert U, Monteleone P. Eating disorders: What age at onset? Psychiatry Res 2016;238:225-227.

WEINER ID, WINGO CS. Hypokalemia : Consequences, causes, and correction. J Am Soc Nephrol 1997;8:1179-1188.

White A, Harries D, Allen SC. Anorexia nervosa in the elderly: a case report and review of the literature. The British Journal of Clinical Practice. 1990 Dec;44(12):630-631.

World Health Organization (WHO). 2018. Ageing and health. Viitattu 14.1.2021. Saatavilla https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health

World Health Organization. Men, ageing and health: Achieving health across the life span. 1999. Viitattu 22.12.2020. Saatavilla https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66941/WHO_NMH_NPH_01.2.pdf?sequence=1

Yanovski SZ. Overweight, obesity, and health risk: National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity. Arch Intern Med 2000;160:898-904.

Young A. Ageing and physiological functions. Philos Trans R Soc Lond , B, Biol Sci 1997;352:1837-1843.

Zanetti T 2011. Epidemiological data. Teoksessa: Strumia R. Eating disorder in males. Hauppauge, N.Y: Nova Science Publishers 2011.