

Essstörungen bei älteren Menschen

Rebecca Ott, Stefanie Grolimund*

Anorexia nervosa gilt als Krankheit des jungen Menschen. Aufgrund der Chronifizierung sind allerdings zunehmend ältere Menschen betroffen. Bei Wiederauftreten oder verstärkter Manifestation im Alter stellt die Anorexia nervosa sogar eine erhebliche gesundheitliche Gefährdung dar. Eine möglichst frühzeitige Diagnose und der Zugang zu einer adäquaten Behandlung ermöglichen auch älteren betroffenen Menschen wieder mehr Lebensqualität.

Dem Thema Essstörungen begegnet man mehrheitlich im Zusammenhang mit Kindheit und Adoleszenz. Die Vulnerabilität hinsichtlich Essstörungen ist in diesen Entwicklungsphasen gesteigert. Entsprechend findet sich bei dieser Altersgruppe, verglichen mit den anderen Lebensaltern, die höchste Inzidenz für Essstörungen. Bekannt ist neben einer möglichen Heilung von Essstörungen auch die Entwicklung von chronischen Formen, Residualzuständen oder das Auftreten von Rezidiven im weiteren Verlauf.

Entsprechend betrifft die Problematik zunehmend Menschen im mittleren und höheren Erwachsenenalter, denen wir auch in unserem Klinikalltag auf einer Abteilung für Psychosomatik für Erwachsene am Universitätsspital Bern begegnen.

In der Entwicklungspsychologie wird das Erwachsenenalter unterteilt in Altersgruppen von frühem (18–35), mittlerem (35–65), höherem (65–80) und hohem Lebensalter (ab 80 Jahren). Der Begriff der «älteren Patienten» in unserem Artikel entsteht aus dem Vergleich zu der Population von Jugendlichen und jungen Erwachsenen und bezieht sich problemorientiert hauptsächlich auf das mittlere und höhere Alter.

Zur Illustration berichten wir über eine Patientin, die nach interner Zuweisung auf unserer Abteilung für Psychosomatik behandelt wurde:

Die viel älter und ängstlich wirkende 60-jährige Frau ist bei Eintritt stark kachektisch. Die Diagnose lautet schwere Protein-Energie-Mangelernährung bei chronifizierter Anorexia nervosa. Weiter liegen eine normochrome Anämie und eine Niereninsuffizienz Stadium II vor. Im Verlauf kommt es zu einer passageren Erhöhung der Leberwerte, am ehesten im Rahmen des Re-feedings vor dem Hintergrund der chronischen Malnutrition. Kreislaufmässig ist die Patientin bradykard und hypoton ohne echografischen Nachweis einer strukturellen Pathologie. Eine Osteoporose ist seit Jahren vorbekannt.

Die Patientin selbst negiert das Vorliegen einer Essstörung, berichtet über einen unerklärlichen allmählichen Gewichtsverlust im Laufe der vergangenen Monate, wobei das Gewicht bis auf 29 kg abgesunken sei. Bei einer

Körpergrösse von 169 cm entspricht das einem Body-Mass-Index (BMI) von 10,2 kg/m².

Im Angehörigengespräch erfahren wir von einer Krankengeschichte, die sich bereits über 40 Jahre erstreckt: Dank Phasen von besserer Gesundheit war die Gründung einer Familie möglich gewesen, aber leider zeigte sich die Krankheit immer wieder sehr dominant und leidvoll für die ganze Familie. Nach Übertritt auf unsere Station behandeln wir die Patientin nach den Grundsätzen unseres Konzeptes. In der Anfangsphase ist sie schwer pflegebedürftig, der Nahrungsaufbau erfolgt primär enteral über eine Magensonde und nach den Richtlinien zur Prävention eines Refeeding-Syndroms. Bei Stabilisierung der Ernährungssituation und Gewichtszunahme verbessern sich Mobilität und Selbstständigkeit zusehends. Nach dreimonatiger Behandlung und einer Gewichtszunahme von 12 kg (BMI 14,5 kg/m²) wirkt die Patientin immer noch sehr fragil. Die anfangs kraftlose und depressive Frau hat aber nun viel Autonomie erreicht, und die Stimmungslage hat sich deutlich verbessert. Da aus subjektiver Sicht der Patientin trotz objektiv immer noch deutlichem Untergewicht praktisch ihr Normalgewicht erreicht war, stimmte sie einer Anschlussrehabilitation nur zögerlich zu. Ambulante Unterstützung für ihre spätere Rückkehr in einen Einpersonenhaushalt lehnte sie sogar ganz ab. In der Gesamtschau bleibt retrospektiv beeindruckend, wie diese Frau in ihrer Anorexie eine Identität gefunden hatte, diese zu ihrer eigenen Norm erhoben und selbst nach erlebter krankheitsbedingter Todesnähe sich nicht weiter von einer Krankheit entfernen konnte, die viel Leid in ihr Leben gebracht hatte.

Die Tatsache, dass Essstörungen als ein Problem junger Frauen gesehen werden, widerspiegelt auch die Forschung: Der grösste Teil der Wissenschaft widmet sich der Untersuchung junger weiblicher Kohorten. Erst in den letzten Jahren rückt auch das mittlere und höhere Lebensalter in den wissenschaftlichen Fokus. So wurde in mehreren Studien das Vorkommen von Essstörungen bei älteren Erwachsenen untersucht und die Aussage gemacht, dass sie in der Tat in ähnlichem Ausmass vorkommen wie bei jüngeren Menschen (2, 3, 5, 9).



Rebecca Ott



Stefanie Grolimund

Die Tatsache, dass Essstörungen als ein Problem junger Frauen gesehen werden, widerspiegelt auch die Forschung.

* Psychosomatische Medizin, Universitätsspital Bern

Anorexie als lebenslange Erkrankung

Dass Essstörungen früh auftretende und komplexe Erkrankungen sind, ist unumstritten. Es stellt sich die Frage: Können Menschen auch später im Leben an einer Anorexie erkranken? In der klinischen Praxis lassen sich hauptsächlich drei Kategorien von Menschen mit Essstörungen im mittleren und höheren Lebensalter unterscheiden:

- Menschen, die seit ihrer Jugend eine unbehandelte Essstörung aufweisen
 - Menschen, welche früher eine Essstörung hatten und später im Leben einen Rückfall erleiden
 - Betroffene mit neu aufgetretener Essproblematik.
- Deckungsgleich mit den genannten Forschungsergebnissen ist gemäss unserer Erfahrung Gruppe c die kleinste. Neuerkrankungen kommen sehr selten vor. Am häufigsten sehen wir Patienten nach Erstmanifestation einer Essstörung im Jugend- oder jungen Erwachsenenalter nach phasenweiser Remission und späterem Auftreten von Rezidiven oder chronischem Verlauf mit unterschiedlicher Ausprägung. Viele der Betroffenen erfüllen die Voraussetzung für eine erneute klinisch relevante Manifestation einer Essstörung im späteren Leben.

Diese klinischen Erfahrungen bestätigen sich auch aus wissenschaftlicher Sicht. Gemäss einer Studie von Scholtz et al. (3) an 32 über 50-jährigen Patienten war die Störung in keinem Fall erstmals im fortgeschrittenen Alter aufgetreten. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt eine kanadische Studie (4). In dieser Untersuchung zeigten sich bei älteren Kohorten ähnliche Prävalenzraten wie bei jüngeren Kohorten: 2,6 Prozent der Frauen zwischen 50 und 64 Jahren sowie 1,8 Prozent der Frauen über 65 Jahre wiesen eine Essstörung auf. Die älteren Frauen zeigten ein erhöhtes Vorkommen restriktiver Nahrungsaufnahme sowie ausgeprägte Sorgen um Gewicht und Figur. Ausserdem war ihre Essstörungssymptomatik positiv mit erhöhtem Stressempfinden sowie negativ mit physischer Gesundheit assoziiert (4). Eine Untersuchung an 475 Frauen aus der Normalbevölkerung zwischen 60 und 70 Jahren hinsichtlich Essverhalten, Körpergewicht und Einstellung zum eigenen Körper zeigte bei 4 Prozent der Befragten das Vorliegen einer Essstörung (5).

Désordres alimentaires chez les personnes âgées

Mots-clés: âge – anorexie liée à l'âge – défi thérapeutique

L'anorexie mentale est considérée comme une maladie des personnes jeunes. Du fait du passage à la chronicité, de plus en plus de personnes âgées en sont atteintes. En cas de récurrence ou d'aggravation des manifestations avec l'âge, elle constitue même un risque grave pour la santé. Un diagnostic aussi précoce que possible et l'accès à un traitement adéquat permettent aux personnes âgées de retrouver davantage de qualité de vie.

Essstörungen bei Männern

Generell erkranken Männer weniger häufig an Essstörungen als Frauen. Zahlen des Bundesamtes für Gesundheit Schweiz, die auf einer Studie aus den Jahren 2009 bis 2012 basieren, zeigen allerdings deutlich, dass der Anteil der betroffenen Männer erheblich ist (10). Für die Schweizer Bevölkerung wurde eine Lebenszeitprävalenz für Anorexia nervosa von 1,2 Prozent für

Frauen und von 0,2 Prozent für Männer erhoben. Wahrscheinlich tragen Männer im Alter das höchste Risiko der Verkennung einer Essstörung, da sich die Störung häufig atypisch manifestiert und Untersucher und Therapeuten nicht auf das Vorkommen von Essstörungen bei älteren männlichen Patienten sensibilisiert sind.

Gemeinsamkeiten mit jungen Patienten

Wie bei jüngeren Patienten sind gewisse Kernmerkmale wie eine restriktive Nahrungsaufnahme, ein verzerrtes Körperbild und der Wunsch nach Gewichtsabnahme beziehungsweise die Angst vor Gewichtszunahme, welche als typisch für Essstörungen zu erachten sind, auch bei älteren Patienten zentral. In einer Studie von Lewis et al. (7) wurde beobachtet, dass Patienten der älteren Kohorte über ähnliche Gewichtspräferenzen und Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper berichteten wie junge Frauen. Bei älteren Frauen bestand zudem ein positiver Zusammenhang zwischen Angst vor dem Älterwerden und gestörtem Essverhalten. Ältere Frauen waren ebenfalls von soziokulturellen Standards bezüglich Körperbild und dem Anspruch, dünn sein zu müssen, betroffen (7). Ältere Menschen mit Essstörungen leiden so wie jüngere typischerweise unter Begleiterscheinungen wie affektiven Störungen, Angsterkrankungen und/oder Beeinträchtigungen bezüglich Alltag und sozialen Lebens (3, 4).

Altersassoziierte Unterschiede bei Essstörungen

Essstörungen können im Leben eines Patienten über lange Zeit verdeckt bleiben und wieder zum Vorschein kommen, wenn altersassoziierte Stressoren wie beispielsweise einschneidende Veränderungen des Soziallebens auftreten, die einen drohenden Verlust von Autonomie bedeuten. Die Anorexie tritt dann im Sinne eines Versuchs zur Kontrollwahrung auf. Biologische und funktionelle Veränderungen im Alter wie zum Beispiel Schluckbeschwerden, Geschmacksverlust, kognitive Einschränkungen und verminderte Mobilität können Essstörungen zusätzlich begünstigen.

Es ist davon auszugehen, dass sich altersabhängige psychologische Faktoren und ein Mangel an Lebensperspektiven negativ auf die Behandlungsmotivation und die Bereitschaft, Hilfe anzunehmen, auswirken. Die Folgen von Mangelernährung sind gravierend. So werden ein beschleunigter kognitiver Abbau, ein erhöhtes Sturzrisiko und eine Verschlechterung der Immunitätslage in diesem Kontext gesehen. Erbrechen und der übermässige Gebrauch von Laxanzien und Diuretika führen zu Exsikkose und Elektrolytentgleisungen mit den damit verbundenen kardialen Risiken. Im Zusammenhang mit bereits vorliegenden Einschränkungen oder Erkrankungen bei älteren Menschen besteht ein erhöhtes Risiko von irreversibler Schädigung von Organen.

Altersbedingte Anorexie

Bei vielen älteren Menschen werden eine reduzierte Nahrungsaufnahme sowie ein Verlust der Motivation, zu essen, beobachtet (6). So kommt zusätzlich zur Perspektive der Essstörung als möglicherweise lebenslanger Erkrankung bei älteren Menschen ein weiterer spezifischer Typ von Essstörung hinzu. Obwohl bekannt ist, dass die altersassoziierte reduzierte Nahrungsaufnahme ein physiologischer Effekt des normalen Alterns ist, scheint dies ebenfalls ein Risikofaktor für eine altersspezifische Essstörung oder das Auftreten eines Rezidivs zu sein, dies aufgrund physiologischer, psychologischer wie auch sozialer Faktoren. Physiologisch gesehen ist die reduzierte Nahrungsaufnahme möglicherweise mit verringertem Hungergefühl, geringerem Energieumsatz oder schneller wirkenden Sättigungssignalen assoziiert (6). Letzteres könnte durch eine verringerte adaptive Entspannung des Magens bedingt sein, die mit einem schnelleren Völlegefühl einhergeht. Weiter wird postuliert, dass der zentrale Ernährungsinstinkt im Alter abnimmt und so zur altersspezifischen Anorexie beitragen könnte. In einem systematischen Review sind die Ausschüttung und die Regulation von zentralen sowie peripheren Hormonen für einen verminderten Appetit im Alter mitverantwortlich (1). Weiter weisen Forschungsergebnisse darauf hin, dass physiologische Alterungsprozesse sowie möglicherweise vorhandene somatische oder psychische Komorbiditäten sowie polypharmazeutische Medikation die Gewichtsabnahme im Alter begünstigen (1, 6). Armut, Einsamkeit und soziale Isolation wurden als dominierende soziale Faktoren identifiziert, welche die rückläufige Nahrungsaufnahme von älteren Menschen begünstigen (6).

Regulationsmechanismen der Nahrungsaufnahme im Alter sind zurzeit Gegenstand weiterer Forschung in der geriatrischen Wissenschaft.

Klinische Praxis

Die Herausforderung in der klinischen Praxis liegt sowohl im diagnostischen als auch im therapeutischen Bereich. Gerade wegen der erhöhten Vulnerabilität im Alter gilt es bei Warnsignalen wie Appetitverlust, Verhaltensänderungen bei den Mahlzeiten, Übelkeit und abdominalen Beschwerden ohne korrelierenden Befund, an das Vorliegen einer Essstörung zu denken. In der Tat ist die diagnostische Differenzierung bei zunächst unspezifischen Symptomen anspruchsvoll. Zentral ist, dass Essstörungen in der Fachwelt als Erkrankungen erkannt werden, die sich in jedem Lebensalter manifestieren können und nicht ausschliesslich als Problem von Pubertät und Adoleszenz gesehen werden.

Therapie und Behandlung

Gleich wie bei jungen Menschen können die dort wirksamen Behandlungsmodalitäten auch bei älteren Erwachsenen angewendet werden.

Grundlage stellen die somatische Versorgung nach medizinischen Gesichtspunkten und ein Nahrungsaufbau je nach Ausgangslage unter Berücksichtigung der Risiken eines Refeeding-Syndroms dar. Die korrekte Erfassung und Evaluation des Nährstoffbedarfs bei älteren Patienten ist dabei äusserst zentral (1). Ist die entsprechende körperliche Ausgangslage vorhanden oder erreicht, kommen psychotherapeutische Angebote zum Einsatz. Zusätzliche medikamentöse Interventionen, um die komorbide Angst- oder Depressionssymptomatik zu behandeln, sind aus unserer klinischen Praxis gesehen äusserst wirksam.

Die Bearbeitung psychologischer Themen und psychotherapeutische Unterstützung sind gemäss unserer Erfahrung effektiver, als lediglich gegen Gewichtsverlust oder Mangelernährung anzukämpfen.

Zusätzlich zu den üblichen Behandlungsansätzen können ältere Menschen ermutigt werden, Tagesprogramme zu besuchen und wieder sozial aktiver zu werden.

Die Teilnahme an einem Rehabilitationsprogramm zur Verbesserung von Ausdauer, Mobilität und Gleichgewicht als indirekte Massnahme kann das allgemeine Wohlbefinden erhöhen, die Selbstständigkeit fördern und auch Appetit und Nahrungsaufnahme steigern.

Fazit

Wie die Darstellung zeigt, ist der Umgang mit Essstörungen bei älteren Menschen in der klinischen Praxis sowohl eine diagnostische als auch eine therapeutische Herausforderung. Essstörungen sind oft lebenslange Erkrankungen. Bei Wiederauftreten oder verstärkter Manifestation im Alter stellen sie eine erhebliche gesundheitliche Gefährdung dar. Deshalb ist es umso wichtiger, sowohl der Prävalenz von Essstörungen als auch der spezifischen Behandlung von älteren Menschen mit Essstörungen genügend Aufmerksamkeit zu schenken. Die Schwierigkeiten im Zusammenhang mit Essstörungen bei älteren Menschen bestehen sowohl im Erkennen der Diagnose als auch in der Berücksichtigung von physischen und psychischen Begleiterkrankungen. Eine möglichst frühzeitige Diagnose und der Zugang zu einer adäquaten Behandlung ermöglichen auch älteren betroffenen Menschen wieder mehr Lebensqualität.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Rebecca Ott
Stv. Leiterin Psychosomatische Medizin
Lory-Haus
Universitätsspital Bern
3010 Bern
E-Mail: Rebecca.Ott@insel.ch

Literatur:

1. Malafarina V, Uriz-Otano F, Gil-Guerrero L, Iniasta R: The anorexia of ageing: physiopathology, prevalence, associated comorbidity and mortality. A systematic review. *Maturitas* 2013; 74(4): 293–302.
2. Guerdjikova AI, O'Melia AM, Mori N, McCoy J, McElroy SL: Binge eating disorder in elderly individuals. *Int J Eat Disord* 2012; 45(7): 905–908.
3. Scholtz S, Hill LS, Lacey H: Eating disorders in older women: does late onset anorexia nervosa exist? *Int J Eat Disord* 2010; 43(5): 393–397.
4. Gadalla TM: *Arch Womens Ment Health* (2008) 11: 357. <https://doi.org/10.1007/s00737-008-0031-8>
5. Mangweth-Matzek B, Rupp CI, Hausmann A, Assmayr K, Mariacher E, Kemmler G, Whithworth AB, Biebl W: Never too old for eating disorders or body dissatisfaction: a community study of elderly women. *Int J Eat Disord* 2006; 39(7): 583–586.
6. Domini LM, Savina C, Cannella C: Eating habits and appetite control in the elderly: the anorexia of aging. *Int Psychogeriatr* 2003;15(1): 73–87.
7. Lewis DM, Cachelin FM: Body Image, Body Dissatisfaction, and Eating Attitudes in midlife and elderly women. *Eat Disord* 2001; 9(1), 29–39.
8. Berry EM, Marcus EL: Disorders of Eating in the Elderly. *Journal of Adult Development* 2000, 7: 87. https://www.researchgate.net/publication/257818810_Disorders_of_Eating_in_the_Elderly
9. Mangweth-Matzek B et al: Never too old for eating disorders or body dissatisfaction: a community study of elderly women. *Int J Eat Disord* 2006; 39 (7): 583–586.
10. Schnyder U, Milos G et al: Schlussbericht «Prävalenz von Essstörungen in der Schweiz 2009–2012», Bundesamt für Gesundheit.