

Das Diogenes-Syndrom: ein Phänomen der Vermüllung aus psychiatrischer Sicht

Dranghaftes Sammeln und Horten als morbusübergreifende Verhaltensstörungen

Thomas Knecht

Psychiatrische Klinik, Münsterlingen



Quintessenz

- Beim sogenannten Diogenes-Syndrom handelt es sich um eine ätiopathogenetisch heterogene diagnostische Kategorie von verwahrlosten, meist älteren Patienten, deren Hauptsymptomatik im Sammeln und/oder Horten nutzloser Objekte bzw. von Abfällen besteht.
- Das zugrundeliegende Problem ist in vielen Fällen eine Persönlichkeitsstörung, eine dementielle Entwicklung, eine endogene Psychose, eine Zwangs- oder Impulsneurose.
- Eine Zwangsäumung der Unterkunft und ein fürsorgerischer Freiheitsentzug (FFE), der zur Einweisung in eine psychiatrische Einrichtung führt, sind praktisch nur möglich, wenn eine psychiatrische Störung vorliegt, die nicht anders behandelt werden kann. Die Verwahrlosung als solche reicht als Einweisungsgrund gewöhnlich nicht aus.
- Die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung richtet sich nach dem Grundleiden und umfasst sowohl somatische als auch nichtsomatische Verfahren. Nur bei einer ausgesprochenen Zwangssymptomatik bieten sich störungsspezifische verhaltenstherapeutische Massnahmen an.

Summary

Diogenes syndrome: rubbish hoarding from the psychiatric viewpoint

- *Diogenes syndrome is the diagnostic label for a heterogeneous group of usually elderly patients characterised by self-imposed neglect and whose main symptoms are collectionism and hoarding.*
- *The underlying problem is in many cases a personality disorder, any form of dementia, an endogenous psychosis, an obsessive-compulsive disorder or a disorder of impulse control.*
- *Compulsory removal to a psychiatric hospital is not legally possible if self-neglect is the only reason for the chaotic and squalid state of the patient's home. The grounds for committal must be a psychiatric disorder not treatable otherwise.*
- *Psychiatric and psychotherapeutic management is based on the underlying mental disorder and includes pharmacological and non-pharmacological interventions. Only in the case of an obsessive-compulsive disorder may specific cognitive-behavioural techniques be applied.*

Einleitung

Immer häufiger geraten Menschen in den Fokus der Aufmerksamkeit der Behörden und ihrer sozialen Umgebung, weil sie offensichtlich die Kontrolle über den Ordnungszustand ihrer Unterkunft verloren haben. Das Resultat dieser Unterlassungen punkto Ordnung und Reinlichkeit ist nicht selten eine extreme und gesundheitsgefährdende «Vermüllung», die bis zur Unbewohnbarkeit des entsprechenden Wohnumfeldes geht. Die Laienpresse schreibt mit Vorliebe vom «Messie-Syndrom», das vom englischen Wort «mess» für Unordnung, Durcheinander oder Dreck abgeleitet ist. Fachleute – insbesondere im englischen Sprachraum – ziehen demgegenüber den Ausdruck «Diogenes-Syndrom» vor. Diese Bezeichnung wiederum geht auf den griechischen Philosophen Diogenes von Sinope (399 bis 323 v. Chr.) zurück. Der Hauptvertreter des sogenannten «Kynismus» soll sein sich selbst auferlegtes Askeseprinzip derart radikal gelebt haben, dass er in einer Hundehütte bzw. in einer Tonne wohnte.

Für dieses Phänomen und artverwandte Verhaltensmuster finden sich in Laien- und Fachmedien noch folgende deutsche und englische Bezeichnungen:

- Vermüllungssyndrom;
- Sammelwut;
- obsessiv-kompulsives Horten;
- compulsive hoarding behaviour;
- (forced) collectionism;
- domestic squalor;
- senile squalor syndrome;
- chronic saving behaviour;
- litter cluttering syndrome;
- Plyushkin's syndrome.

Eine kurze, wenn auch nicht allumfassende Beschreibung dieses unscharf umrissenen Störungsbildes liefert Peters [1]: «Extreme Vernachlässigung bei älteren, vormals aktiven und im Leben erfolgreichen Menschen. Sie hören auf, sich zu pflegen, sauber zu halten und sinnvoll zu ernähren. Häufen in ihrer Wohnung allerlei Plunder

an. Leben allein und weigern sich, Hilfe anzunehmen. Meist im Wesen einzelgängerische, misstrauische, unrealistische und früher von anderen abhängige Menschen. Durch unordentliche Ernährung entsteht Mangel an Serumproteinen, Vitaminen, Eisen und Flüssigkeit.»

Auch wenn es sich hier nicht um eine kriterien-gestützte Definition im Stil der heute gängigen diagnostischen Manuale handelt, wird bereits deutlich, dass es sich beim sogenannten Diogenes-Syndrom um ein eher inhomogenes und komplexes Störungsbild handelt, werden hier doch Aspekte einer Persönlichkeitsstörung, einer lebensaltergebundenen Entwicklungsstörung, einer Verwahrlosungsentwicklung, einer Ernährungs- und weiterer Verhaltensstörungen angesprochen.

Da erstaunt es nicht, dass Begriffe wie «Diogenes-Syndrom», «Vermüllungsyndrom», geschweige denn «Messie-Syndrom» nicht einmal im Schlagwortverzeichnis von Diagnosehandbüchern wie dem ICD-10 [2] und dem DSM-IV [3] erscheinen.

Ethologische Aspekte

Die insbesondere im englischen Sprachraum gebräuchlichen Symptombezeichnungen «collectionism» und «hoarding» verweisen darauf, dass es beim Diogenes-Syndrom zum exzessiven, dranghaften Einsatz umschriebener Verhaltensmuster kommt, die unter verhaltenswissenschaftlichen Gesichtspunkten höchst bedeutsam sind. Die Kernsyndrome Sammeln und Horten haben naturgemäss einen sehr engen Bezug zu extrakorporalen Objekten, Gegenständen also, die im wesentlichen die menschliche Kultur hervor-gebracht hat. So ist intuitiv kaum zu erwarten, solche Phänomene bereits im vormenschlichen Bereich, das heisst im Tierreich, anzutreffen; der Schluss liegt nahe, dass es sich beim Diogenes-Syndrom um eine humanspezifische Verhaltensstörung handelt, die erst durch die menschliche Zivilisation hervorgebracht worden ist. Trotzdem könnte sich ein kurzer Rundblick im Tierreich lohnen, um abzuklären, ob nicht allenfalls Ansätze zu homologen Verhaltensweisen bestehen, wie wir das von anderen psychopathologischen Syndromen her kennen (z.B. Pica, Phobien, Suchtverhalten, sexuelle Deviationen).

Es stellt sich also die Frage, ob es Tierarten gibt, die bestimmte Gegenstände zu irgendeinem Zweck sammeln und horten und, falls es solche gibt, in welche Funktionskreise (Ernährung, Paarung, Behausung, Brutpflege usw.) die entsprechenden Verhaltensmuster eingebettet sind. Auch wenn es bei solchen Vergleichen – wie immer bei ethologischen Betrachtungen – sicher nicht darum gehen kann, direkt vom Tier auf den Menschen zu schliessen, können solche Beobachtungen am Tier wertvolle Erkenntnishilfen

sein. Gut bekannt ist das Anlegen von Nahrungsvorräten bei Eichhörnchen (*Sciurus vulgaris*) und verwandten Arten; geradezu sprichwörtlich ist der Hamster (*Cricetus cricetus*) geworden, der bis zu 30 kg Pflanzensamen (z.B. Getreidekörner, Eicheln, Bucheckern) in seiner Erdhöhle einlagern kann. Aber auch mit dem Ziel, eine Behausung (Nest, Hütte) zu bauen, können unbelebte Objekte gesammelt und nach einer definierten Ordnung eingesetzt werden (vgl. das Gehäuse der Köcherfliegenlarve oder die primitiven Hütten aus Blättern und Ästen bei grossen Menschenaffen). Der Nestbau vieler Vogelarten ist ein bekanntes Phänomen; nicht nur Elstern sammeln dafür zum Teil höchst bizarre Objekte.

Auch zum Zweck der Brautwerbung werden diverse Gegenstände gesucht; bei männlichen Laubenvögeln, die ihre Geschlechtspartnerin mit dem Bau einer möglichst eindrucksvollen, farbenprächtigen Laube beeindrucken wollen, ist der Bezug zum Fortpflanzungsgeschäft unübersehbar [4]. Weniger offensichtlich ist dies bei den Adelle-Pinguinen, die auf der Ross-Insel in der Antarktis leben und Kieselsteine herbeischaffen, um ihr Liebesobjekt zu umwerben.

Dawkins [5] spricht vom «erweiterten Phänotyp» (extended phenotype), wenn er das Lebewesen und die von ihm auf instinktiver Basis errichteten Artefakte als Ganzheit zusammenfasst, also die Köcherfliegenlarve samt ihrer Behausung aus Steinchen und Zement, den Biber inklusive des von ihm aus Hölzern errichteten Damms, zwei Gebilde mit Urhebern sehr unterschiedlicher Art, die aber beide einer Optimierung des Selbstschutzes dienen.

Es ist also festzustellen, dass die Beschaffung und Bewahrung extrakorporaler Objekte im Tierreich sehr unterschiedliche Funktionen erfüllen können, was vom Gefahrenschutz über das Anlegen von Vorräten bis hin zur Brautwerbung und Brutpflege reicht.

Im Gegensatz zum Menschen ist jedoch keine Tierart bekannt, die extrakorporale Objekte benutzt, um ihr Territorium abzugrenzen, werden hierfür doch durchgehend Körperausscheidungen (Urin, Kot, spezielle Duftsekrete) verwendet.

Vermüllung: zur Konzeptgeschichte

Trotz der landläufigen Charakterisierung des Homo sapiens als «Jäger und Sammler» wurde der Pathologie der menschlichen Sammeltätigkeit lange Zeit wenig Aufmerksamkeit von Seiten der Wissenschaft zuteil. Dabei verrieten sich schon altsteinzeitliche menschliche Siedlungen durch ihre Deponien von roh zugehauenen Geröllwerkzeugen und Ansammlungen von Tierknochen [6]. Die pathologische «Sammelwut» kann indessen nur sehr partiell auf die Nahrungssuche zurückgeführt werden, wenn man

einmal vom Horten von Nahrungsmitteln absieht, das gelegentlich zu einem ernststen pflegerischen und hygienischen Problem werden kann. Die Mehrzahl der Fälle von krankhaftem Sammelverhalten dürfte demnach im Zusammenhang mit anderen Funktionskreisen stehen.

Eine Affinität zu selbstgefertigten Ausrüstungsgegenständen (Kleidern, Waffen, Geräten usw.) bildete sich schon beim Homo habilis heraus, so dass nun erstmals im Stammbaum des Lebens unbelebte Gegenstände über weitere Strecken vom Individuum mitgeführt wurden. Damals begann die Akkumulation von Besitztümern, die auch für die moderne Kultur noch höchst bedeutsam ist, zumal die Fähigkeit, materielle Ressourcen anzuhäufen, bald einmal zu einem Merkmal der Erfolgreichen wurde und sich somit zu einem Selektionsvorteil im Überlebenskampf und bei der Partnersuche entwickelte.

Die starke emotionale Bindung an bestimmte unbelebte Objekte wurde in der Psychiatriegeschichte schon früh bei autistischen Kindern festgestellt [7, 8].

Dass Sammeln und Horten auch ein Problem alter Menschen sein kann, entdeckten dagegen Macmillan et al. [9] im Jahr 1966. Sie studierten während vier Jahren 72 Individuen mit hochgradigen Verwahrlosungserscheinungen und fanden dabei folgende Risikofaktoren: Isolation, Alkoholismus, Psychosen (bei gut der Hälfte!), ausserdem spezifische Persönlichkeitszüge: Kontaktarmut, Eigensinn, Streitsucht, oft renitent gegen Hilfsangebote. Das Resultat nannten sie «senile breakdown in standards of personal and environmental cleanliness». Die Autoren gaben bei den über 65jährigen eine Inzidenz von 0,05% an.

Die namensgebende Arbeit erschien jedoch erst 1975: Clark, Mankikar und Gray [10] publizierten im «Lancet» ihr Paper mit dem Titel «Diogenes' syndrome: a clinical study of gross neglect». Hier wurden 14 Männer und 16 Frauen untersucht, von denen 28 allein lebten. Sie litten des öfteren an Mangelzuständen, etwa bezüglich Folsäure, Vitamin B₁₂, Vitamin D und E sowie Kalzium, Eisen und Flüssigkeit. Allerdings liess sich bei ungefähr der Hälfte von ihnen keine psychiatrische Diagnose stellen; etliche waren sogar überdurchschnittlich intelligent. Das Abfallhorten (= Sylligomanie) wurde von diesen Autoren als fakultativeres Merkmal bezeichnet.

Clark et al boten zwei Erklärungsmodelle für dieses Phänomen an: Entweder handle es sich um die altersbedingte Intensivierung eines bereits vorbestehenden Lebensstils, wobei Ordnung und Reinlichkeit immer schon eine geringe Priorität hatten, oder es handle sich um eine spezifische Stressreaktion älterer Menschen mit bestimmten psychischen Charakteristika. In jedem Fall resultiere aus dieser Dynamik eine Überforderungssituation mit negativer Rückwirkung auf die psychische Verfassung der Betroffenen.

Erst Mitte der 1980er Jahre erschienen deutschsprachige Arbeiten zu diesem Thema: Klosterkötter et al. [11] verwendeten bereits 1985 den Fachterminus «Diogenes-Syndrom», während Dettmering [12] ungefähr gleichzeitig den Ausdruck «Vermüllungsyndrom» prägte. Alle genannten Autoren sahen Sammeltrieb, sozialen Rückzug und Abwehr von Hilfe als Leitsymptome, stellten daneben aber auch noch den Einfluss einer fehlgeleiteten Trauerreaktion zur Diskussion.

Den Versuch einer Optimierung der Namensgebung unternahm Cybulska 1998 [13]: Er schlug vor, den Begriff «Diogenes-Syndrom» zugunsten von «Pljuschkin-Syndrom» fallenzulassen. Pljuschkin, eine Figur aus Nikolaj Gogols Roman «Die toten Seelen», war ein verwitweter russischer Aristokrat, der sein Dasein in einem arg vermüllten Haus fristete, die Gegend auf der Suche nach allerlei Plunder durchstreifte und die Fundstücke in seinen Räumlichkeiten anhäuften.

Klinische Phänomene

Das Diogenes-Syndrom und seine Spielarten bilden keine monolithische Einheit von Phänomenen; vielmehr besteht hier ein ganzes Spektrum von Erscheinungsformen, welche die Wohnsituation eines Patienten verschlechtern oder gar gefährden. Ebenso kann aufgrund des heutigen Erkenntnisstandes auch nicht eine einzige psychiatrisch-nosologische Entität genannt werden, welche diesen Störungen zugrunde liegt; es ist eine Reihe von psychopathologischen Auffälligkeiten und Syndromen bekannt, die mit dieser Form der Verwahrlosungsentwicklung einhergehen kann.

Dies gilt insbesondere für das Horten, die eine, gleichsam passive Komponente des Diogenes-Syndroms, die nach Frost et al. [14] folgendermassen definiert wird: «hoarding» ist die Anhäufung von nutz- und wertlosen Gütern bzw. die Unfähigkeit, sich derselben zu entledigen.

Damecour et al. [15] nennen vier diagnostische Hauptgruppen, in denen mit solchen Phänomenen zu rechnen ist:

- kognitive Störungen: Demenz und geistige Behinderung;
- psychotische Störungen;
- Essstörungen;
- Zwangserkrankungen.

Es muss aber an dieser Stelle festgehalten werden, dass hier ein breites Übergangsfeld zwischen normal und pathologisch besteht: Viele Menschen, die keine psychiatrische Diagnose haben, stapeln Waren aller Art im Estrich, im Keller, in der Garage oder in Abstellräumen, von denen man nach menschlichem Ermessen annehmen könnte, dass sie nie mehr gebraucht werden. Es fällt aber

vielen naturgemäss schwer, sich von einer Habe unwiederbringlich zu trennen, worin ein prospektives Absicherungsverhalten für weit in der Zukunft liegende Zeiträume gesehen werden könnte und was eine weitgehend humanspezifische Fähigkeit darstellt. Ein solches Zerrbild von Vorsorgebemühungen kann insbesondere im Horten von Nahrungsmitteln gesehen werden, das jedoch seinen Zweck weit verfehlt, wenn es aufgrund der Tatsache, dass die Esswaren verderben, zu einer akuten Gefährdung der Gesundheit kommt. Die aktive Komponente, das pathologische Sammeln («collectionism»), wird unter pathognostischem Aspekt als eher hilfreicherer Schlüssel-symptom des Diogenes-Syndroms gewertet [16]. Sammlertum kann indessen ein präorbiter Charakterzug von späteren Diogenes-Syndrom-Betroffenen sein.

Die Natur der Sammelobjekte ist vielfältig, hat oftmals direkten Bezug zu Persönlichkeit und Geschichte des Betroffenen, wobei auch Geschlechtsunterschiede auszumachen sind: So sammeln Frauen mit Vorliebe Kleider und andere Textilien, Schuhe, Kosmetika, Zeitschriften und Zeitungen [17]. Männer neigen hingegen mehr zum Ramassieren technischer Gerätschaften bzw. entsprechender Bestandteile, Bau- und Verpackungsmaterial usw. In einigen Fällen verbindet sich damit der vage Gedanke, diese Teile instand stellen und dereinst mit Gewinn verkaufen zu können.

Interessant ist die häufige Beobachtung, dass Gegenstände und Materialien nach bestimmten Kriterien sortiert werden, wobei allerdings keineswegs der Verwendungszweck das ausschlaggebende Kriterium sein muss. Vielmehr kann es dann die äussere Struktur oder das Material sein, das den Ausschlag gibt. Dies erinnert an die entwicklungspsychologischen Erkenntnisse von Werner [18], der von der «Entwicklungsschichtung des Gedächtnisses» spricht. Als erstes reife in der Ontogenese das Material-, dann das Gestalt- und erst zuletzt das logische Sinn-gedächtnis. Beim Hirnabbau scheint es hier zu einer Prozessumkehr zu kommen: Werner weist darauf hin, dass Hirngeschädigte dazu neigen, Objekte unter Umständen nach Form oder Material, nicht aber nach Funktion zu sortieren. Damit ist bei einem solchen Verhalten stets der Verdacht auf eine hirnorganische Beeinträchtigung angezeigt. Allerdings kann «collectionism» auch im Zusammenhang mit weiteren psychischen Störungs-entitäten auftreten: bei Persönlichkeitsstörungen, insbesondere bei der anankastischen und paranoiden Form, bei Schizophrenien vom residualen Typus, bei zwangs- und impulsneurotischen Störungen sowie bei chronischem Alkoholismus.

Clark [19] hält fest, dass neben dem Sammeln/Horten gewöhnlich noch weitere konkomitierende Probleme bestehen, die unmittelbar in die Zuständigkeit des Arztes fallen: schlechte Körperhygiene, Befall mit Ungeziefer, schmutzige und


schadhafte Kleidung, Begleitkrankheiten (z.B. Infektionen der Haut und des Respirationstraktes), podologische Probleme sowie Verletzungen (z.B. vom Stolpern über den Sperrmüll). Des öfteren komme es zur Anämie aufgrund von Mangelernährung, Eisen-, Vitamin-B₁₂- oder Folsäuremangel, ebenso zu Osteomalazie und einem tiefen Serumalbumin. Ausserdem können natürlich unbehandelte Herzleiden oder Malignome bestehen.

Diagnostik

Angesichts der oben dargelegten vielgestaltigen und vielschichtigen Problemsituation fällt eine sachgerechte Diagnostik nicht leicht. Empfehlenswert ist eine multiaxiale Diagnostik, wie sie das DSM-IV [3] vorsieht. Das Diogenes-Syndrom käme dabei auf Achse 1, allerdings soweit möglich immer im Zusammenhang mit dem entsprechenden Grundleiden (z.B. Diogenes-Syndrom im Rahmen einer Multiinfarkt-demenz).

Auf Achse 2 würde dann eine allfällige vorbestehende Persönlichkeitsstörung festgehalten und auf Achse 3 allfällige organmedizinische Faktoren (z.B. hypertensive Enzephalopathie, Anämie usw.).

Auf Achse 4 bietet sich die Möglichkeit, psychosoziale Belastungsfaktoren (Isolation, Armut, Verluste) abzubilden, währenddem Achse 5 für den sog. GAF (Global Assessment of Functioning) reserviert ist. Dabei ist auf den höchsten Punktwert im vorhergehenden Jahr abzustellen. Die körpermedizinischen Krankheiten ohne Bezug zur psychiatrischen Problematik müssten dann im Sinne einer vollständigen Bestandaufnahme – etwa nach ICD-10 [20] – festgehalten werden.

Des weiteren bietet sich die Möglichkeit, die angetroffene «Messy-House»-Situation in beschreibenden Termini zu typisieren, wobei sich in Anlehnung an Dettmering [21] eine Form der Schweregradabstufung ergibt (Tab. 1 .

Mit dieser systematisierten Diagnostik, welche grossenteils auf der deskriptiven Ebene bleibt und keine voreiligen Kausalattributionen vornimmt, kann ein solches komplexes Zustandsbild inkl. seiner selbstgestalteten Umwelt im Sinne einer pragmatischen Problemdefinition prägnant erfasst werden.

Pathophysiologie

Da das Diogenes-Syndrom ein ätiologisch recht uneinheitliches Phänomen ist, ist die Erforschung seiner Pathogenese naturgemäss ein äusserst schwieriges Unterfangen. Mithin darf nicht erstaunen, dass entsprechende wissenschaftliche Untersuchungen nur in bestimmten diagnostischen Subkategorien durchgeführt wurden.

Tabelle 1. Typologie der «Messy-House»-Situationen.

Typ 1	«Warenlager»	a) Mit Systematik b) Ohne Systematik
Typ 2	«Mülldeponie»	Abfall wird nicht mehr entsorgt (verpackt oder unverpackt)
Typ 3	«Hygienische Katastrophe»	Sanitäre Versorgung bricht zusammen: verstopfte Abläufe, unzugängliche Waschgelegenheiten, Ungezieferbefall

Am intensivsten wurde das Verhaltensmuster des compulsiven Hortens wohl im Rahmen von Zwangserkrankungen (OCD) untersucht. Gemäss Saxena et al. [22] ist das pathologische Horten oft integraler Bestandteil eines umschriebenen klinischen Syndromes, welches gewöhnlich noch folgende Komponenten aufweist:

- Entscheidungsschwäche;
- Perfektionismus;
- Zögern und Zaudern;
- Vermeidungsverhalten.

Erfahrungsgemäss spreche dieser Symptomkomplex eher schlecht auf Anti-Zwang-Medikamente (z.B. SSRI) sowie kognitive Verhaltenstherapie an.

Untersuchungen mit dem Positronenemissionstomographen (PET) zeigten, dass die Patienten mit Horteverhalten, welche im Schnitt auch älter waren, einen Glukosehypometabolismus im posterioren Gyrus cinguli sowie in Cuneus aufwiesen. Demgegenüber hatten nichthortende OCD-Patienten einen bilateralen Hypermetabolismus im Thalamus sowie im Caudatum.

Vergleicht man den Glukose-Umsatz im dorsalen Bereich des anterioren Gyrus cinguli, so stellt man bei den «Hortern» einen weniger aktiven Metabolismus fest als bei den «Nichthortern». Zudem war der Schweregrad des Hortens negativ mit der Glukosemetabolismusrate in diesem Areal korreliert. Mataix et al. [23] bedienten sich der funktionellen Magnetresonanztomographie, um die Hirnaktivität von 16 Zwangspatienten und 17 gesunden Freiwilligen unter Symptomprovokation zu vergleichen. Zu diesem Zwecke verwendeten sie 50 neutrale und 50 aversive Farbphotographien sowie 50 weitere, welche spezifisch-provokative Sujets für Zwangserkrankte zeigten und zwar verteilt auf drei Subtypen von Zwangsphänomenen: In bezug auf Waschzwang bedeutete dies: Abbildungen von öffentlichen Toiletten und Telefonkabinen usw. Bezüglich Kontrollzwang zeigten die Aufnahmen Dinge wie Kochherde, offene Türen, Portemonnaies und bezüglich Horten waren alte Zeitungen, ebensolche Kleider, Spielsachen, leere Flaschen und Dosen, etc. zu sehen. Nun zeigte sich, dass zum visualisierten Thema «Waschzwang» folgende Hirnareale bei den Zwangskranken überaktiviert wurden: ventromediale präfrontale Region bilateral sowie rechter Nucleus caudatus.

Beim Thema «Kontrollzwang» waren es: Putamen, Globus pallidus, Thalamus, dorsale kortikale Areale.

Ein wiederum anderes Aktivierungsmuster zeigte sich beim Thema Horten: Linker Gyrus praecentralis und rechter orbitofrontaler Kortex.

Von daher konnte gefolgert werden, dass die verschiedenen Zwangssymptomatiken durch relativ gut unterscheidbare Komponenten des frontostriathalamischen Regelkreises vermittelt werden, wobei auch für das compulsive Horten klar umschriebene Hirnstrukturen eruierbar sind.

Moll et al. [24] studierten Horten als ein gehäuft vorkommendes zwangartiges Verhaltensmuster bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom, welche zusätzlich an Zwangsstörungen erkrankten. Hier stellten sie fest, dass Zwangsphänomene wie das Horten gegenüber anderen obsessiv-compulsiven Verhaltensweisen wie Schmutzvermeidung, Wiederholungszwang und Übergewissenhaftigkeit im Vordergrund standen. Sie leiteten davon die Vermutung ab, dass Horten ein bevorzugtes Zwangsverhalten bei Menschen mit eingeschränkter behavioraler Flexibilität sein könnte, was gewöhnlich frontallirnbedingt ist.

In dieselbe Richtung weist die Arbeit von Volle et al. [25], welche das Phänomen des «forced collectionism» bei bilateraler orbitofrontaler Hirnschädigung untersuchten. Hier zeigte sich, dass das compulsive Sammelverhalten zumindest initial spezifisch und zielgerichtet war, indem ein 40-jähriger Mann nach zweimaliger Operation eines Olfactorium-Meningeoms anfang, verschiedene Haushaltgeräte wie Kühlschränke, Waschmaschinen, TV-Geräte in der Stadt zu suchen und heimzubringen. Seine Funde stapelte er zunächst im Wohnzimmer, später in den Schlafzimmern, dann im Korridor, im Badezimmer, im Keller und schliesslich in den Ventilatorschächten. Dazu kamen später Altpapier, Tragtaschen, leere Flaschen und Schachteln. Eine PET-Untersuchung ergab einen orbitofrontalen Hypometabolismus. Im Diskussionsteil besprechen diese Autoren verschiedene Aspekte dieses organisch bedingten entdifferenzierten Sammelverhaltens: Enthemmte kaptative Tendenzen, Haftenbleiben an physischen Objekten, perseveratorisches Verhalten bis hin zum Automatismus, indem der Frontallappen nicht mehr imstande ist, Verhaltensmuster zu kontrollieren, welche von nachgeordneten Strukturen, zum Beispiel vom Parietallappen, getriggert werden.

Zum therapeutischen Management

Angesichts des Umstandes, dass es sich bei den Diogenes-Syndrom-Patienten um eine ätiopathogenetisch derart inhomogene diagnostische Kategorie handelt, fällt es natürlich schwer, therapeutische Leitlinien zu formulieren, welche

ohne Einschränkung für alle diese Patienten anwendbar sind. Von daher ist eine verfeinerte Diagnostik immer unumgänglich, damit eine möglichst sichere nosologische Zuteilung erfolgen kann.

Das erste gravierende Problem, das sich den professionellen Helfern in diesen Fällen stellt, ist jedoch die Frage, ob ein betroffenes Individuum in dieser schweren Verwahrlosungs- bzw. Vermüllungssituation belassen werden kann. Bereits die frühen Beschreiber dieses Syndroms [10] haben in ihrem Originalpapier festgehalten, dass es nicht statthaft sei, jemanden allein aufgrund des Ordnungszustandes in seinen Wohnräumlichkeiten gegen seinen Willen aus der Unterkunft zu entfernen und in eine Heilanstalt einzuweisen. Dies mag für behördliche und therapeutische Eingriffe gelten; für einen Vermieter, dessen Eigentum einer kontinuierlichen Wertverminderung ausgesetzt ist, mag sich die Lage anders darstellen. Hier ist mit Kündigung, nicht aber mit therapeutischen Konsequenzen zu rechnen.

Damit interessiert die Frage, wie es sich für schweizerische Verhältnisse mit den Bestimmungen zum fürsorglichen Freiheitsentzug (FFE) verhält. Immerhin erscheint der Rechtsbegriff der «schweren Verwahrlosung» unter den Eingangskriterien zu Artikel 397a ZGB. Allerdings verhindert die zeitgenössische Rechtssprechung, dass ausschliesslich auf dieses Kriterium abgestellt wird: Gemäss Bundesgerichtsentscheid BGE 128 III 12ff. bedarf es dafür eines Zustandes der «Verkommenheit, welcher mit der Menschenwürde schlechterdings nicht mehr vereinbar ist». Nur unter diesen Umständen kann der Verwahrlosungsbegriff jene Fälle abdecken, in welchen die europäische Menschenrechtskonvention (EMRK) eine Versorgung zulässt, ohne dass eine Geisteskrankheit, Geistesschwäche oder Suchterkrankung vorliegt. In allen andern Fällen kann die Verwahrlosung nur ein Nebenkriterium darstellen, welches allenfalls den Haupteinweisungsgrund (d.h. das psychiatrische Grundleiden) in seinen sozialen Auswirkungen unterstreicht und verstärkt.

Dies bedeutet nun, dass in vielen Vermüllungssituationen den Betroffenen die notwendige Hilfeleistung vor Ort und auf kooperativer Basis geleistet werden muss, derweil sie in ihrer Wohnung verbleiben. Nach eigener Erfahrung ist dies in vielen Fällen ein schwieriges Unterfangen, weil diese Patienten oftmals Widerstand gegen ein Eindringen in ihr Territorium leisten und sich auch nur widerstrebend von ihren gehorteten Gegenständen trennen.

In Härtefällen wird man als beigezogener Arzt also vor allen Dingen prüfen, ob der psychopathologische Sachverhalt eines der andern Eingangskriterien von Artikel 397a ZGB erfüllt und ob die notwendige Unterstützung auf andere Weise, d.h. auf ambulanter Basis erbracht werden kann. Nur falls die erste Fragestellung klar bejaht und

die zweite klar verneint werden müssen, kann zum Mittel der Einweisung in eine geeignete Anstalt im Sinne eines FFE gegriffen werden, zumal das andere Nebenkriterium «Belastung für die Umwelt» im Fall eines Diogenes-Syndroms gewöhnlich nicht allzu hoch zu gewichten ist.

Die psychiatrisch-psychotherapeutische Therapie richtet sich nach dem Grundleiden, welches klinisch, labordiagnostisch und allenfalls testmässig möglichst präzise bestimmt werden muss. Wie immer wird zwischen somatischen und nicht-somatischen Behandlungsverfahren unterschieden.

In bezug auf somatische Methoden ist in erster Linie die Pharmakotherapie zu erwähnen. Hier besteht heutzutage bereits eine erfreuliche Auswahl von spezifischen Psychopharmaka: Antidementiva beim Morbus Alzheimer oder andersartig bedingter Demenz, atypische Neuroleptika bei Schizophrenen, vorab mit Negativsymptomatik, selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI) bei Zwangskranken, Opioidantagonisten bei Kleptomane und andere mehr. Atypische Neuroleptika können auch bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (z.B. paranoid oder Borderline) günstige Effekte haben, doch handelt es sich dabei um einen Off-Label-Einsatz, das heisst um eine Anwendung ausserhalb der zugelassenen Indikationsgebiete. Dasselbe gilt für SSRI, wenn keine Zwangserkrankung vorliegt.

Dazu kommen unter klinischen Bedingungen die verschiedensten Aktivierungstherapien, die dem Patienten ermöglichen, wieder eine sinnerfüllte Tagesstruktur aufzubauen, um von diesen Leerlaufaktivitäten des Sammels und Hortens wegzukommen.

Schliesslich ist auf der nichtsomatischen Seite auch noch auf die spezifischen psychotherapeutischen Interventionsmöglichkeiten hinzuweisen: Liegt ein kompulsives Horten im engeren Sinne vor, so können Methoden aus dem Repertoire der kognitiven Verhaltenstherapie zum Einsatz gelangen. Nach Frost et al. [14] sind diese Techniken auf vier Ebenen wirksam:

- Informationsverarbeitungsdefizit (Entscheidungsunfähigkeit, Wahrscheinlichkeitseinschätzung betreffend künftigen Bedarf an den involvierten Objekten);
- Probleme mit Lösen von emotionalen Bindungen (Objekte vermitteln Vertrautheit, helfen beim Stressabbau);
- Vermeidungsverhalten (Entsorgung wird verweigert, weil Veränderungsangst und Trennungsschmerz drohen);
- Verzerrte Vorstellungen über Natur und Wert der Besitztümer (z.T. bestehen magische Vorstellungen, z.B. bei Schizophrenen, die eine Beeinflussung befürchten, falls die Objekte in fremde Hände geraten).

Dabei bieten sich gemäss Hartl et al. [26] folgende spezifischen Techniken zur Anwendung an:

- decision-making training (Entscheidungsstraining);
- exposure (Expositionsversuche: gefürchtete Situationen aushalten lernen);
- response prevention (krankhafte Reaktionen verhindern, Alternativen einführen);
- cognitive restructuring (Entzerrung der pathologischen Fehlvorstellungen).

Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass diese störungsspezifischen Interventionsmöglichkeiten nur dann Erfolg versprechen, wenn dem Diogenes-Syndrom tatsächlich eine zwangsneurotische Problematik zugrunde liegt.

Empfohlene Literatur

- Peters U.H. Lexikon Psychiatrie. Psychotherapie, Medizinische Psychologie. 5. Aufl. München: Urban u. Fischer; 2000.
- Mac Millan D, Shaw P. Senile breakdown in standards of personal and environmental cleanliness. *BMJ*. 1966;2:1032–7.
- Clark ANG, Mankikar GD, Gray I. Diogenes Syndrome: a clinical study of gross neglect in old age. *Lancet*. 1975;366–8.
- Klosterkötter J, Peters U.H. Das Diogenes Syndrom. Fortschritte der Neurologie. *Psychiatrie*. 1985;53:427–34.
- Dettmering P. Das «Vermüllungssyndrom» – ein bisher unbekanntes Krankheitsbild. *Öff. Gesundheitswesen*. 1985;47: 17–9.
- Greenberg D. Compulsive hoarding. *Am J Psychother*. 1987; 41:409–16.
- Werner H. Einführung in die Entwicklungspsychologie. München: J. A. Barth; 1970.

- Clark ANG. Diogenes Syndrome – How to assess severe, self-imposed neglect. *Geriatr Med*. 1980:65–67.
- Mataix-Cols D, Wooderson S, Lawrence N, Brammer MJ, Speckens A., Philips ML. Distinct neural correlates of washing, checking and hoarding symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2004; 61: 564–74.
- Hartl TL, Frost RO. Cognitive-behavioral treatment of compulsive hoarding: a multiple baseline experimental case study. *Behav Res Ther*. 1999:451–61.

Das vollständige Literaturverzeichnis [1–26] finden Sie in der Onlineausgabe dieses Artikels unter www.medicalforum.ch.

Korrespondenz:
Dr. med. Thomas Knecht
Leitender Arzt
Psychiatrische Klinik
Postfach 154
CH-8596 Münsterlingen
thomas.knecht@stgag.ch

Das Diogenes-Syndrom: ein Phänomen der Vermüllung aus psychiatrischer Sicht

Dranghaftes Sammeln und Horten als morbusübergreifende Verhaltensstörungen

Thomas Knecht

Psychiatrische Klinik, Münsterlingen

Literatur

- 1 Peters UH. Lexikon Psychiatrie, Psychotherapie, Medizinische Psychologie 5. Auflage. Urban u.Fischer, München 2000.
- 2 Dilling H, Monbour W, Schmidt M.H.. Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10. Huber, Bern 2000.
- 3 Sass H, Wittchen HU, Zaudig M. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Hogrefe, Göttingen 1996.
- 4 Miersch M. Das bizarre Sexualeben der Tiere Eichborn, Frankfurt a.M. 1999.
- 5 Dawkins R.. Das egoistische Gen Spektrum. Akademischer Verlag, Heidelberg 1994
- 6 Kuckenbug M. Als der Mensch zum Schöpfer wurde – An den Wurzeln der Kultur. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt 2001. S. 31ff, S. 107 ff.
- 7 Kanner L. Autistic disturbance of affective contact. *Nerv Child* 1943;2:2–7.
- 8 Asperger H. Die «Autistischen Psychopathen» im Kindesalter. *Arch Psych Nervenkr.* 1944;117:76–136.
- 9 Mac Millan D, Shaw P. Senile breakdown in standards of personal and environmental cleanliness. *Br Med J.* 1966;1032–7.
- 10 Clark ANG, Mankikar GD, Gray I. Diogenes Syndrome: a clinical study of gross neglect in old age. *Lancet*, 1975;1:366–8.
- 11 Klosterkötter J, Peters U.H. Das Diogenes Syndrom. *Fortschr – Neurol – Psychiatr.* 1985;53:427–34.
- 12 Dettmering P. Das «Vermüllungs-syndrom» – ein bisher unbekanntes Krankheitsbild. *Öff. Gesundheitswesen.* 1985;47:17–9.
- 13 Cybulska E. Senile squalor: Plyushkin's not Diogenes' Syndrome. *Psychiatr Bull.* 1998; 22: 319–20.
- 14 Frost RO, Hartl TL. A cognitive behavioral mode of compulsive hoarding. *Behav Res Ther.* 1996;34:341–50.
- 15 Damecour C.L., Charron M.. Hoarding: a symptom, not a syndrome. *J Clin Psychiatry.* 1998;59:267–272.
- 16 Montero-Odasso M., Schapira M., Duque G., Chercovsky M. et al. Is collectionism a diagnostic clue for Diogenes syndrome? *Int J Geriatr Psychiatry* 2005;20:709–11.
- 17 Greenberg D. Compulsive hoarding. *Am J Psychother* 1987;41:409–16.
- 18 Werner H. Einführung in die Entwicklungspsychologie. J. A. Barth, München 1970.
- 19 Clark ANG. Diogenes Syndrome – How to assess severe, self-imposed neglect. *Geriatr Med*, 1980;10(2): 65–7.
- 20 Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information: Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision. Urban & Schwarzenberg, München 1994.
- 21 Dettmering P, Pastinacci R. Das Vermüllungssyndrom – Theorie und Praxis. 4. Auflage, Klotz, Eschborn 2004.
- 22 Saxena S, Brody AL, Maidment Km, Smith EC et al. Cerebral glucose metabolism in obsessive-compulsive hoarding. *Am J Psychiatry.* 2004;161:1038–48.
- 23 Mataix-Cols D, Wooderson S, Lawrence N, Brammer MJ et al. Distinct neural correlates of washing, checking and hoarding symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2004;61:564–74.
- 24 Moll GH, Eysenbach K, Banaschewski T, Schmidt MH, Rothenberger A. Quantitative and qualitative aspects of obsessive-compulsive behavior in children with attention-deficit hyperactivity disorder compared with tic disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2002;101:389–94.
- 25 Volle E, Beato R, Dubois B. Forced collectionism after orbitofrontal damage. *Neurology* 2002;12:488–90.
- 26 Hartl TL, Frost RO. Cognitive-behavioral treatment of compulsive hoarding: a multiple baseline experimental case study. *Behav Res Ther* 1999; 37: 451–61.

Korrespondenz:
Dr. med. Thomas Knecht
Leitender Arzt
Psychiatrische Klinik
Postfach 154
CH-8596 Münsterlingen
thomas.knecht@stgag.ch