

# Verzamelzucht als hoofdsymptoom van het diogenessyndroom

A. KOECK, F. BOUCKAERT, J. PEUSKENS

**SAMENVATTING** Beschreven wordt een 69-jarige vrouw met het diogenessyndroom. Verzamelzucht, het belangrijkste symptoom, krijgt in de literatuur meer aandacht dan het syndroom zelf. Over de pathogenese bestaat nog geen overeenstemming. Selectieve serotonineheropnameremmers of antipsychotica kunnen, afhankelijk van de onderliggende etiologie, belangrijk zijn in de behandeling. Ook gedrags- en milieutherapeutische interventies worden beschreven. De beperkte gegevens omtrent de prognose zijn niet bemoedigend.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 49(2007)3, 195-199]

**TREFWOORDEN** diogenessyndroom, ouderen, verzamelzucht

In 1975 beschreven Clark e.a. een syndroom dat bestaat uit een combinatie van extreme zelfverwaarlozing, verwaarlozing van de leefomgeving, het verzamelen van grote hoeveelheden waardeloos materiaal, sociale terugtrekking, afwezigheid van ziekte-inzicht en weigering van hulp en behandeling. Dit beeld werd in 1966 ook al door Macmillan en Shaw beschreven (Maier 2004).

Clark e.a. (1975) noemden het syndroom naar de Griekse filosoof Diogenes, die in de vierde eeuw voor Christus in een ton leefde en pleitte voor een eenvoudig en teruggetrokken leven. Hij predikte een bescheiden monnikenbestaan van ascese, onthouding, voorziening in de eigen behoeften en een leven in armoede in de strijd tegen de hedonistische levensstijl in het toenmalige Griekenland. Naderhand bleek de naamkeuze wat ongelukkig omdat Diogenes dagelijks de markt bezocht en in tegenstelling tot patiënten met het naar hem genoemde syndroom wel sociale contacten onderhield.

## GEVALSBESCHRIJVING

Een 69-jarige alleenstaande vrouw wordt gedwongen opgenomen vanwege ernstige zelfverwaarlozing met lichamelijke complicaties. Door het excessief verzamelen van materiaal in haar appartement is ze volgens de verwijzer een gevaar voor anderen (brandgevaar) geworden. In het uitvoerige geneeskundig verslag worden tevens paranoïde symptomen en een gebrek aan ziekte-inzicht beschreven. Ze leeft al jaren geïsoleerd in haar appartement dat is volgestapeld met honderden kartonnen dozen met kranten, oud papier en kleding die ze nooit draagt. Ze weet hierin echter wel feilloos haar weg te vinden. De vrouw kan zich nauwelijks verplaatsen in haar woning en kan geen gebruik meer maken van haar meubilair. Ze beheert haar geld op een dwangmatige manier door lijsten bij te houden met nummers van de bankbiljetten die ze heeft uitgegeven. Het bizarre dwangmatige gedrag is eveneens merkbaar in het verzamelen van onder meer nietjes en touwtjes van gebruikte theezakjes alsook uitgetrokken lichaamsbehaaring in afzonderlijke potten. Er is

geen reukhinder in haar woning.

Uit de psychiatrische voorgeschiedenis blijkt dat patiënte psychisch en fysiek mishandeld werd door haar ouders en later door haar echtgenoot. Op 37-jarige leeftijd werd ze naar aanleiding van echtelijke problemen opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Patiënte scheidde op 41-jarige leeftijd. Ze heeft 3 kinderen waarmee het contact jaren geleden werd verbroken. Ze voltooide het lager onderwijs en was tot haar 37ste werkzaam als keukenhulp. Patiënte weigert al 10 jaar ieder lichamelijk onderzoek.

Bij opname zien we een onverzorgde dame met bilateraal malleolair oedeem. Het bewustzijn is helder en patiënte is goed georiënteerd. Haar denken is associatief, perseveratief en inconsistent. We signaleren wantrouwen, interpersoonlijke sensitiviteit en dwangmatige symptomen. Patiënte ontkent hallucinaties en betrekkingswanen. De stemming is normothym. Er zijn geen aanwijzingen voor een cognitieve beperkingen. Psychodiagnostisch onderzoek wijst uit dat patiënte functioneert op een zeer zwakbegaafd niveau (*Wechsler Adult Intelligence Scale* (WAIS III): totaal IQ 66, verbaal IQ 65, performaal IQ 74). Op basis van de observaties en het psychodiagnostisch onderzoek wordt de diagnose gesteld van een narcistische persoonlijkheidsstoornis met een zwak niveau van egofunctioneren.

Een routinematig gemaakt electrocardiogram toont een volledige linkerbundeltakblok, een ventriculaire extrasystole, een verlengd QTc-interval en een oud anterolateraal infarct. Bloedonderzoek toont geen bijzonderheden. Gezien de cardiale voorgeschiedenis worden ter uitsluiting van cerebrovasculaire pathologie een CT- en SPECT-scan (*single-photon-emission computerized tomography*) van de hersenen uitgevoerd. Met uitzondering van een licht tot matig verhoogde perfusie orbitofrontaal (SPECT), waarbij wij geen gecorreleerde klinische verschijnselen hebben kunnen vinden, worden er geen bijzonderheden vastgesteld.

Vanwege de paranoïde symptomen en de formele denkstoornissen wordt gestart met een anti-

psychoticum (risperidon). Door de aanwezigheid van dwangmatige elementen wordt hier later een hoog gedoseerde selectieve serotonineheropnameremmer (SSRI) – namelijk sertraline – aan toegevoegd. De farmacologische behandeling heeft maar een gering effect op het klinisch beeld. In de loop van de klinische opname behandeling manifesteert de verzamelzucht zich ook op de afdeling en het ziekte-inzicht blijft bij patiënte afwezig. Nadat de woning van patiënte brandveilig is gemaakt wordt zij – na een opname van een aantal maanden – therapeutisch gevolgd in de dagkliniek en thuis optimaal ondersteund door familiehelp en psychiatrische thuiszorg.

## BESPREKING

Met behulp van PubMed werd naar literatuur gezocht uit de periode 1966 tot december 2005. Het literatuuronderzoek beperkte zich tot Engelstalige tijdschriften. Een combinatie van de zoektermen ‘*Diogenes syndrome*’, ‘*hoarding AND elderly*’, ‘*squalor AND elderly*’ leverde 108 artikelen op. Aanvullend werd gebruikgemaakt van referenties in de geselecteerde artikelen. Gevalsbeschrijvingen werden buiten beschouwing gelaten. Uit de verzamelde artikelen werden vervolgens 12 artikelen geselecteerd op basis van pathogenese, prevalentie en behandeling van het diogenessyndroom én verzamelzucht.

*Pathogenese* In de literatuur wordt het diogenessyndroom meer beschouwd als het ‘eindstadium’ van een persoonlijkheidsstoornis dan als een specifiek syndroom. Volgens Cooney & Hamid (1995) werd de meest overtuigende hypothese door Clark e.a. (1975) voorgesteld als ‘de ontwikkeling van een aandoening die afhankelijk is van een interactie tussen een kwetsbare persoonlijkheid en significante medische veranderingen of veranderingen in het sociale leven, met inbegrip van de ontwikkeling van dementie en een zwaar verlies of sterfgeval’. Het diogenessyndroom wordt vaak in verband gebracht met een aantal somatische klachten, namelijk con-

gestief hartfalen, cerebrovasculaire aandoeningen, bronchopneumonie, hypovitaminose en hypoproteïnemie (Gannon & O'Boyle 1992).

Tot nu toe is er nog maar weinig gesystematiseerd onderzoek naar het diogenessyndroom verricht. Verzamelzucht, het belangrijkste symptoom van het diogenessyndroom, werd uitgebreider onderzocht. Maier (2004) maakt een onderscheid tussen 'normaal verzamelgedrag' en 'verzamelzucht'. De eerste term verwijst naar een gedrag dat op alle leeftijden voorkomt en meestal niet interfereert met het dagelijks leven, het is met andere woorden een manier om sociale contacten uit te breiden bijvoorbeeld via een verzamelclub.

Verzamelzucht is niet expliciet opgenomen in de DSM-IV (American Psychiatric Association 1994), maar wordt er wel in beschreven als een mogelijk symptoom van een obsessieve compulsieve stoornis en wordt vermeld in de definitie van obsessieve compulsieve persoonlijkheidsstoornis (Maier 2004). Verzamelzucht wordt ook wel beschreven als 'een finaal, gemeenschappelijk verloop van verschillende processen met aan de ene kant van het spectrum obsessieve compulsieve stoornissen, in het midden schizofrenie en paranoïde aandoeningen en aan het andere uiteinde organische mentale aandoeningen' (Greenberg e.a. 1990).

Er bestaat nog steeds onduidelijkheid over de pathogenese van verzamelzucht. Neurobiologische factoren en psychosociale determinanten zouden aan de basis liggen (Damecour & Charron 1998).

**Prevalentie** Exacte cijfers over de prevalentie van het diogenessyndroom zijn schaars. Wel bestaat er epidemiologisch onderzoek naar de aard van het verzamelen (Damecour & Charron 1998; Frost e.a. 2000). De hoogste prevalenties werden in de voorsteden gevonden en de laagste op het platteland. Van de patiënten verzamelt 88% nieuwsbladen, 86% verpakkingen, 80% flessen, 75% etenswaren en -resten en 48% afval van derden. Opbergplaatsen die de voorkeur hebben, zijn de huiskamer (90%) en de keuken of slaapkamer (79%). Verzamelzucht kan patiënten belemmeren om thuis goed te functioneren: ongeveer

70% kan geen gebruik meer maken van meubilair (bed/sofa), meer dan 50% kan geen eten meer bereiden. Bij 81% zorgt het hamsteren voor een bedreiging van de fysieke gezondheid. Verder bleken er geen geslachtsgebonden verschillen te zijn, is het fenomeen terug te vinden in alle sociale klassen, zijn er minder personen met verzamelzucht gehuwd en ontvangt 91% van hen minstens één vorm van maatschappelijke hulp.

In 44% van de gevallen gaat verzamelzucht gepaard met een psychiatrische aandoening. De meest voorkomende aandoeningen zijn unipolaire depressie, persoonlijkheidsstoornissen, paranoïde psychose, angststoornis of alcoholabusus. Bij 76% is er geen cognitieve problematiek aanwezig. Bij personen met verzamelzucht die ouder zijn dan 65 jaar wordt minder vaak een mentale aandoening gediagnosticeerd (Halliday e.a. 2000).

**Interventies** Uit onderzoek blijkt dat er meestal door de omgeving van de betrokkene (buren, huiseigenaar, officiële instanties) een klacht wordt ingediend vanwege een onhoudbare situatie met brandgevaar, reukhinder of opstapeling van rommel (Cooney & Hamid 1995; Frost e.a. 2000). Een belangrijke beperkende factor bij de interventies van verzamelzucht bij ouderen is de zeer beperkte aanwezigheid of de totale afwezigheid van ziekte-inzicht. De meeste auteurs zijn het eens over de farmacologische behandeling die, afhankelijk van de onderliggende etiologie, bestaat uit SSRI's of antipsychotica.

De belangrijkste pijlers in de niet-farmacologische behandeling zijn gedrags- en milieutherapeutische interventies zoals het beperken van opslagruimte, het wegnemen van potentieel gevaarlijke voorwerpen, het zorgen voor een daginvulling en het op geregelde tijdstippen verwijderen van de collecties (Damecour & Charron 1998; Hwang e.a. 1998). Vanuit het medisch-juridisch denkkader moet men steeds het respect en de wensen van een individu afwegen tegen de bedreiging van de individuele en maatschappelijke gezondheid. Gedwongen behandeling is een laatste optie (Cooney & Hamid 1995).

**Prognose** De weinig beschikbare gegevens over de prognose zijn niet bemoedigend. Uit observaties blijkt dat de meeste interventies niet efficiënt zijn: in 43% van de gevallen ziet men geen verandering, in 15% is er een achteruitgang, in 8% eerst een verbetering met daarna een terugval en in slechts 15% van de gevallen kan men spreken van een duidelijke verbetering (Kim e.a. 2001).

Ook de prognose van een klinische behandeling is niet goed. Rehabilitatie met voldoende ondersteuning wordt onvermijdelijk gevolgd door terugval. En met dagbehandeling kan de patiënt zich voor langere periode handhaven, maar vaak is een vorm van blijvende klinische verzorging noodzakelijk (Bergmann 2002). Het is onduidelijk of dit te wijten is aan de gevolgen van de verzamelzuchtproblematiek dan wel aan somatische of psychische problemen.

## CONCLUSIE

Het diogenessyndroom bestaat uit een combinatie van extreme zelfverwaarlozing, verwaarlozing van de leefomgeving, verzamelen van grote hoeveelheden waardeloos materiaal, sociale terugtrekking, afwezigheid van ziekte-inzicht en weigering van hulp en behandeling.

Verzamelzucht, het belangrijkste symptoom van dit syndroom, werd in de literatuur uitgebreider onderzocht. Samenhangende psychiatrische aandoeningen die het meest voorkomen zijn unipolaire depressie, persoonlijkheidsstoornissen, paranoïde psychose, angststoornis of alcoholabusus.

Naast gedrags- en milieutherapeutische interventies bestaat de behandeling, afhankelijk van de onderliggende etiologie, uit SSRI's of antipsychotica. Omdat er nog geen overeenstemming bestaat over de etiologie van het diogenessyndroom en verzamelzucht, kan er weinig gezegd worden over de prognose. De beperkt beschikbare gegevens zijn echter niet bemoedigend. Verder onderzoek naar etiologie en behandeling kan hierover meer duidelijkheid brengen.

## LITERATUUR

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4de versie). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Bergmann, K. (2002). Senile self-neglect or squalor (Diogenes syndrome). In R. Jacoby & C. Oppenheimer (Red.), *Psychiatry in the elderly* (pp. 730-731). Oxford: Oxford University Press.
- Clark, A.N., Mankikar, G.D., & Gray, I. (1975). Diogenes syndrome. A clinical study of gross neglect in old age. *Lancet*, 1, 366-368.
- Cooney, C., & Hamid, W. (1995). Review: diogenes syndrome. *Age and Ageing*, 24, 451-453.
- Damecour, C.L., & Charron, M. (1998). Hoarding: a symptom, not a syndrome. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 267-272.
- Frost, R.O., Steketee, G., & Williams, L. (2000). Hoarding: a community health problem. *Health & Social Care in the Community*, 8, 229-234.
- Gannon, M., & O'Boyle, J. (1992). Diogenes syndrome. *Irish Medical Journal*, 85, 124.
- Greenberg, D., Witztum, E., & Levy, A. (1990). Hoarding as a psychiatric symptom. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 417-421.
- Halliday, G., Banerjee, S., Philpot, M., e.a. (2000). Community study of people who live in squalor. *Lancet*, 355, 882-886.
- Hwang, J.P., Tsai, S.J., Yang, C.H., e.a. (1998). Hoarding behavior in dementia. A preliminary report. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 6, 285-289.
- Kim, H.J., Steketee, G., & Frost, R.O. (2001). Hoarding by elderly people. *Health & Social Work*, 26, 176-184.
- Maier, T. (2004). On phenomenology and classification of hoarding: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 323-337.

## AUTEURS

A. KOECK was ten tijde van het schrijven van dit artikel arts in opleiding tot psychiater in het Universitair Centrum Sint-Jozef te Kortenberg, afdeling ouderenpsychiatrie.

F. BOUCKAERT is als ouderenpsychiater verbonden aan het Universitair Psychiatrisch Centrum KU Leuven, campus Kortenberg en het Centrum Geestelijke Gezondheidszorg te Brussel.

J. PEUSKENS is psychiater en hoofdgeneesheer van het Universitair Psychiatrisch Centrum KU Leuven, campus Kortenberg en is als hoogleraar verbonden aan de Katholieke Universiteit Leuven.

Correspondentieadres: dr. F. Bouckaert, Universitair Psychiatrisch

Centrum KU Leuven, campus Kortenberg, Leuvensesteenweg  
517, 3070 Kortenberg, België.  
E-mail: filip.bouckaert@uc-kortenberg.be.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 20-6-2006.

## SUMMARY

Hoarding as the core symptom of the Diogenes Syndrome. A case study – A. Koeck, F. Bouckaert, J. Peuskens –

*The subject of this case study is a 69-year-old woman with the Diogenes syndrome. Hoarding, the major symptom of this syndrome, has been investigated more thoroughly in the literature than the syndrome itself. However, so far no consensus has been reached about the pathogenesis. Selective serotonin reuptake inhibitors or antipsychotics can be useful as treatment, depending on the underlying aetiology. Non-pharmacological forms of treatment such as behavioural and environmental interventions may also be required. The limited information about the prognosis is not encouraging.*

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 49(2007)3, 195-199]

**KEY WORDS** aged, diogenes syndrome, hoarding