



## Patologiczne zbieractwo

### *Pathological collection*

AGNIESZKA KSIĘŻOPOLSKA, SŁAWOMIRA KOTAPKA-MINC

Z II Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

#### STRESZCZENIE

**Cel.** Przedstawiono przypadek patologicznego zbieractwa, które nasiliło się w wyniku naczyniopochodnego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego.

**Przypadek.** 73-letni mężczyzna z patologicznym zbieractwem, które rozwinęło się na podłożu osobowości anankastycznej, w przebiegu zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego i nasiliło się w wyniku naczyniopochodnego uszkodzenia płatów czołowych.

**Komentarz.** Podkreślono istotną rolę czynników psychospołecznych w przypadku patologicznego zbieractwa.

#### SUMMARY

**Objective.** A case is presented of pathological collecting exacerbated in consequence of a vascular CNS damage.

**Case.** A male patient aged 73, whose pathological collecting originated from his anankastic personality, developed in the course of obsessive-compulsive disorder, and exacerbated following vascular damage to the frontal lobes.

**Commentary.** A significant role of psychosocial factors in the case of pathological collecting was emphasized.

---

**Słowa kluczowe:** zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne / zbieractwo patologiczne

**Key words:** obsessive-compulsive disorder / pathological collecting

---

Problem zbieractwa budził zainteresowanie badaczy od wielu lat. W piśmiennictwie polskim w roku 1974 i 1984 ukazały się dwie prace kazuistyczne opisujące chorych z „zespołem zbieractwa”, czyli z syllogomanią [1, 2].

Zjawisko patologicznego zbieractwa definiowane jest jako nabywanie oraz trudności z pozbywaniem się rzeczy nieużytecznych lub o małej wartości dla innych osób. Tego typu aktywność powoduje obniżenie poziomu lub całkowitą dezorganizację funkcjonowania zawodowego i społecznego oraz ograniczanie przestrzeni życiowej. W konsekwencji osoba zbierająca nie może korzystać z pomieszczeń mieszkalnych zgodnie z ich przeznaczeniem. Patologiczne zbieractwo stanowi część zespołu objawów, do którego należą ponadto trudności w podejmowaniu decyzji i realizacji zamierzeń, perfekcjonizm oraz zachowania unikające [3]. Do najczęściej wymienianych motywów zbieractwa należy: (a) obawa przed wyrzuceniem czegoś użytecznego („jest jeszcze dobre”), (b) obawa przed wyrzuceniem czegoś, co może być przydatne w przyszłości („może się jeszcze przydać”), (c) poczucie bezpieczeństwa wynikające z posiadania różnych przedmiotów, (d) stosunek emocjonalny do własnych zbiorów [4]. Zdaniem Frosta i Grossa, patologiczne zbieractwo należy traktować jako przejaw potrzeby perfekcyjnej kontroli otoczenia w celu zapobiegania przykrym wydarzeniom życiowym. W znacznym stopniu spowodowane jest ono trudnościami w po-

dejmowaniu decyzji. U podstaw tych trudności leży antycypacja przykrych emocji, które mogłyby się pojawić w związku z pozbyciem się przedmiotów, ocenianych jako wartościowe. W starości zbieractwo stanowi może mechanizm obronny w reakcji na wydarzenia stresorodne charakterystyczne dla tego okresu życia: śmierć małżonka, emeryturę, utratę zdrowia, obniżenie poziomu procesów poznawczych [za 5].

Częstość występowania patologicznego zbieractwa w populacji ogólnej nie jest znana. Jedyne przeprowadzone dotychczas badanie epidemiologiczne wykazało, że na 1000 mieszkańców Massachusetts przypada 26 osób spełniających kryteria tego zaburzenia [6].

Zespół Diogenesa, który charakteryzuje się – oprócz zbieractwa – skrajnym zaniedbaniem higieny osobistej i nieprzestrzeganiem nawet podstawowych zasad sanitarnych w mieszkaniu, występuje u 0,05% osób powyżej 60 roku życia [7]. Należy przypuszczać, że zbieractwo jest częstsze u osób w wieku podeszłym, aczkolwiek trudno jest ocenić skalę rozpowszechnienia tego zaburzenia, gdyż osoby starsze stosunkowo rzadko szukają specjalistycznej pomocy. Brak jest jednak bardziej szczegółowych danych na ten temat w odniesieniu do tej grupy wiekowej, a istniejące badanie Clarka sprzed blisko trzydziestu lat nie jest porównywalne z badaniem Steketee, gdyż dotyczy jedynie osób starszych otrzymujących pomoc medyczną.

Wydaje się, że u podłoża patologicznego zbieractwa leży szereg czynników patogenetycznych o charakterze neurobiologicznym i psychospołecznym. Zjawisko to opisywane jest u osób z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym (ZOK), z zaburzeniami osobowości, z zaburzeniami procesów poznawczych (zespół otępienny i upośledzenie umysłowe), z zaburzeniami psychotycznymi, zaburzeniami hipochondrycznymi oraz z zaburzeniami odżywiania się [5]. Najczęściej u osób patologicznie zbierających stwierdza się zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne. W grupie osób dorosłych z tym rozpoznaniem 18% stanowili chorzy zbierający. Zbieractwo jest szóstym co do częstości występowania objawem zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego po strachu przed zabrudzeniem/zachorowaniem, perfekcjonizmem i precyzją, przymusem czyszczenia, obsesją agresji i przesadami [5]. W grupie 20 chorych z ZOK i patologicznym zbieractwem stwierdzono ponadto liczne inne objawy o charakterze natręctw. Należały do nich m.in.: potrzeba symetrii, obawa przed zranieniem i zabrudzeniem, obsesje somatyczne i religijne oraz rytuały sprawdzania, powtarzania, porządkowania i liczenia [4]. Chorzy ci charakteryzowali się ogólnym złym funkcjonowaniem, ograniczonym wglądem, zaprzeczaniem zbieractwu oraz obwinianiem za nie inne osoby. Należy podkreślić, że wśród chorych patologicznie zbierających z ZOK częściej niż w grupie kontrolnej stwierdza się zaburzenia osobowości. Nestadt i wsp. opisali grupę 72 chorych, spośród których u 32,4% osób rozpoznano osobowość anankastyczną i u 15,3% – osobowość unikającą [5, 8].

Podkreśla się, że fenomenologia patologicznego zbieractwa jest odmienna w różnych zaburzeniach; przykładowo, u chorych z psychozą treść urojeń ma bezpośredni wpływ na dobór gromadzonych (przeważnie dziwacznych) przedmiotów, podczas gdy zbieractwo w przebiegu zespołu otępiennego może być przejawem trudności w ocenie wartości użytkowej przechowywanych rzeczy.

Z perspektywy neurobiologicznej szczególną rolę w powstawaniu patologicznego zbieractwa przypisuje się uszkodzeniom części przyśrodkowej płatów czołowych. Na uwagę zasługuje fakt, że uszkodzenia połączeń neuronalnych w obrębie kory przedczołowej, jąder podstawy i wzgórza opisywane są zarówno u chorych z rozpoznaniem zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego, jak i u osób patologicznie zbierających [9].

## OPIS PRZYPADKU

73-letni mężczyzna, wykształcenie podstawowe, emerytowany magazynier, mieszkający od kilku miesięcy (po śmierci żony) samotnie w 55-metrowym mieszkaniu, dość dobrze sytuowany finansowo.

*Bezpośrednia przyczyna hospitalizacji* w Oddziale Psychogeriatrycznym II Kliniki Psychiatrycznej IPiN: zbieractwo, które stwarzało znacznego stopnia zagrożenie sanitarne.

*Wywiad:* W ocenie syna pacjent od ok. 30 lat gromadził zbędne przedmioty, które ograniczały przestrzeń w domu; przy próbach ich usuwania reagował agresją. Od co najmniej kilkunastu lat wykonywał czynności kompulsyjne: pranie nawet lekko zabrudzonych ubrań oraz płukanie uszu (zapoczątkowane po zabiegach laryngologicznych, co w rezultacie doprowadziło do uszkodzenia słuchu). Całą aktywność życiową podporządkował zbieractwu, nie utrzymywał kontaktów z ludźmi, zbieractwo było też źródłem konfliktów z otoczeniem. Od czasu choroby, a następnie śmierci żony (tj. od ok. 3 lat) zbierał „już bez ograniczeń”, przestał dbać o higienę, jadł zepsutą żywność z robakami przynoszoną ze śmietników. Stamtąd przynosił również m.in. ubrania, gazety, różne opakowania, lodówki i aparaty radiowe. Z powodu silnego odoru i insektów sąsiedzi pacjenta wyprowadzili się przed rokiem po licznych, nieskutecznych interwencjach w administracji budynku.

Chory twierdził natomiast, że ok. 3 lata temu zaczął zbierać jedynie chleb dla gołębi i że obecnie ma w domu „ok. 30 torebek z chlebem i trochę ubrań w całkiem dobrym stanie”, które znalazł w śmietnikach. Uważał, że jest osobą lubiącą czystość i porządek. Główną motywacją do zbieractwa było uchronienie przed zmarowaniem przedmiotów, które pacjent oceniał jako „jeszcze dobre”. Zdaniem chorego, starał się on porządkować w śmietnikach różne przedmioty, aby ocalić je od zmarowania – układał w sterty makulaturę, puszki, butelki tak, żeby bezdomni mogli je zanieść do punktu skupu.

*Obserwacja chorego w trakcie pobytu w oddziale:* obserwowano zaburzenie krytycyzmu wobec problemu zbieractwa oraz istoty konfliktu z synami i miernego stopnia obniżenie nastroju. Chory był wycofany, nie zwracał na siebie uwagi personelu i innych pacjentów. Kontakt z nim był powierzchowny – wypowiedzi słowne charakteryzował brak spontaniczności i rozwlekłość. Nie przejawiał zachowań kompulsyjnych.

*Stan somatyczny:* poza schorzeniami, które były skutkiem zaniedbania higieny i niedożywienia (owrzodzenie podudzi i niedokrwistość), somatycznie nie chorował.

*Wyniki badania neuropsychologicznego:* miernego stopnia dysfunkcja okolic przedczołowych – zaburzenia myślenia abstrakcyjno-pojęciowego, plastyczności poznawczej i generowania pojęć oraz deficyty planowania przebiegu złożonych czynności poznawczych. Nie stwierdzono zaburzeń funkcji poznawczych osiagających głębokość otępienia. (*Mini-Mental State Examination* = 29 p., „Test rysowania zegara”: +, +, +).

Wyniki „Wielobjawowej skali diagnostycznej”: trudności w opisie własnej osoby (niemożność zrozumienia własnych emocji i zachowań, jak również ich kontekstu społecznego, powodujące trudności w kontaktach z ludźmi); znacznego stopnia introwersja; cechy osobowości anankastycznej oraz nadmierna koncentracja na dolegliwościach somatycznych.

*Wyniki badania neuroobrazowego:* rezonans magnetyczny mózgu uwidocznił drobne ogniska w istocie białej płatów czołowych i ciemieniowych, niesym-

tryczne poszerzenie przestrzeni płynowej nad płatami skroniowymi oraz niewielkie poszerzenie układu komorowego.

*Rozpoznanie kliniczne:* na podstawie powyższych danych ustalono trójczłonowe rozpoznanie:

- Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne. Za tym rozpoznaniem przemawia występujący od kilkadziesiąt lat przymus zbierania, czyszczenia oraz porządkowania. Z powodu braku wglądu trudno jest jednoznacznie stwierdzić obecność myśli natrętnych, jednakże na podstawie zachowań pacjenta można podejrzewać u niego obsesję symetrii i oszczędzania.
- Osobowość anankastyczna. Rozpoznanie to ustalono na podstawie występowania takich cech, jak: perfekcjonizm, skrupulatność, wyraźne trudności w podejmowaniu decyzji.
- Zespół czołowy o nasileniu umiarkowanym pochodzenia naczyniowego. Potwierdzeniem tego rozpoznania jest rozwlekłość wypowiedzi, objawy aspontaniczności, zniesiony krytycyzm chorobowy oraz wyniki badania neuropsychologicznego i neuroobrazowego.

Zastosowane leczenie: chory otrzymywał fluoksetaminę w dawce dobowej 100 mg przez 6 tygodni hospitalizacji. Uzyskano częściową poprawę nastroju; chory wyraził zgodę na zamieszkanie w prywatnym domu opieki do czasu zakończenia gruntownego remontu w jego mieszkaniu.

## KOMENTARZ

Liczni autorzy wskazują na związek pomiędzy występowaniem zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego, osobowością anankastyczną, uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego i zbieractwem [10, 11].

U omawianego chorego zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne rozwinęło się prawdopodobnie na podłożu osobowości anankastycznej. Badacze podkreślają fakt częstego współwystępowania obu powyższych zaburzeń. Z badań Damecoura wynika, że u ok. 32% osób z ZOK i przymusem zbierania stwierdzono obecność cech osobowości anankastycznej [5, 8]. Należy przypuszczać, że przyczyną nasilenia czynności zbieraczych był narastający stopniowo proces uszkadzający ośrodkowy układ nerwowy o etiologii naczyniowej. Uszkodzenie głównie płatów czołowych powodowało lub potęgowało objawy aspontaniczności, trudności z podejmowaniem decyzji, zaburzenia myślenia abstrakcyjnego, deficyty planowania, sztywność poznawczą, zaburzenia hamowania impulsywnych reakcji oraz zniesienie krytycyzmu. Konsekwencją powyższych objawów wynikających z uszkodzenia mózgu były: (1) tendencja do powtarzania zachowań zbieraczych, (2) niemożność powstrzymania się od wykonywania czynności przymusowej, (3) niezdolność planowania i realizowania innych sposobów funkcjonowania, (4) trudności z oceną wartości użytkowej gromadzonych przedmiotów i podjęciem decyzji o pozbyciu się części zbiorów, (5) brak krytycznej

oceny sytuacji oraz (6) trudności w przewidywaniu bliskich i odległych konsekwencji zbieractwa.

Należy zauważyć, że zachodzi wyraźne podobieństwo objawów klinicznych charakterystycznych dla ZOK i zespołu czołowego. Zdaniem Nielena u podłoża tych samych objawów leżą odmienne patomechanizmy: w ZO-K są one konsekwencją hiperaktywności kory przedczołowej, natomiast w zespole czołowym (niezależnie od jego etiologii) wynikają one ze strukturalnego uszkodzenia płatów czołowych [za 8].

Istotną rolę w nasileniu się zbieractwa u opisywanego pacjenta odegrały również uwarunkowania psychospołeczne. Wysoki poziom introwersji, izolacja społeczna wynikająca z pogłębiających się konfliktów z członkami najbliższej rodziny i sąsiadami oraz przewlekła choroba i śmierć żony spowodowały zniesienie jakiegokolwiek zewnętrznej kontroli nad jego zbieractwem. Na rolę czynników natury psychologicznej i społecznej zwraca uwagę m.in. Steketee. Z badań przeprowadzonych w populacji osób zbierających w wieku podeszłym wynika, że ponad połowa badanych nigdy nie była w związku małżeńskim. Osoby samotne charakteryzowały się większym nasileniem zbieractwa i gromadzeniem większej liczby przedmiotów, niż pozostające w związku małżeńskim. Autorzy podkreślają znaczenie sprawowania zewnętrznej kontroli przez innych nad zbieractwem [6].

Opisywany przypadek pacjenta potwierdza hipotezę wieloczynnikowego uwarunkowania zbieractwa. W patomechanizmie tego zaburzenia istotną rolę odegrało zarówno zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne, zaburzenia osobowości typu anankastycznego oraz proces uszkadzający płaty czołowe pochodzenia naczyniowego. Nie bez znaczenia pozostawały tu także czynniki natury psychologicznej i społecznej. Bez odpowiedzi pozostaje nadal pytanie o udział poszczególnych czynników w rozwoju zbieractwa.

## PIŚMIENNICTWO

1. Majczak A, Marmurowska-Michałowska H. Zespół „zbieractwa”. *Psychiatr Pol* 1974; 8 (4).
2. Giziński W. Syllogomania – zespół zbieractwa na podłożu patologicznym. *Psychiatr Pol* 1984, 18 (1): 65.
3. Frost RO, Show DL. The nature and measurement of compulsive indecisiveness. *Behav Res Ther* 1993; 31: 683–92.
4. Winsberg M, Cassic K, Koran L. Hoarding in obsessive-compulsive disorder: A report of 20 cases. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (9): 591–7.
5. Damecour C, Charron M. Hoarding: a symptom, not a syndrome. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (5): 267–72.
6. Steketee G, Frost R, Kim H. Hoarding by elderly people. *Health Soc Work* 2001; 26 (3): 176–84.
7. Clark A, Manhikar G, Gray I. Diogenes syndrome. A clinical study of gross neglect in old age. *Lancet* 1975; 2: 366–8.
8. Nestadt J, Bienvenue O, Costa P, Riddle M, Liang K, Cullen B. Personality disorders and normal personality dimension in obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 457–62.

9. Stein D. Neurobiology of the obsessive-compulsive spectrum disorders. *Biol Psychiatry* 2000; 2: 296–304.
10. Orrell M, Sahakian J. Dementia of frontal lobe type. *Psychol Med* 1991; 21: 553–6.
11. Saxena S, Maidment K, Vapnik T, Golden G, Rishwain T, Rosen R, Tarlow G, Bystritsky A. Obsessive-compulsive hoarding: Symptome severity and response to multimodal treatment. *J Clin Psychiatry* 2002; 63 (1): 21–7.

*Adres: Dr Agnieszka Księżopolska, II Klinika Psychiatryczna Instytutu Psychiatrii i Neurologii,  
ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa*