

Anna Gutowska¹ 

Zbieractwo, czyli zespół Diogenesa u starszej osoby – opis przypadku

Hoarding disorder, also known as Diogenes syndrome, in an older adult – a case study

Streszczenie:

Celem artykułu jest przedstawienie przypadku 72-letniej kobiety z rozpoznanym pierwotnym zaburzeniem zbieractwa, określanym w literaturze jako zespół Diogenesa, oraz analiza możliwości wsparcia osoby dotkniętej tym schorzeniem z perspektywy społeczno-pedagogicznej. Zagadnienie to pozostaje stosunkowo rzadko eksplorowane w polskich badaniach pozamedycznych, mimo istotnych konsekwencji, jakie niesie dla funkcjonowania jednostki oraz jej otoczenia. W artykule zaprezentowano teoretyczne podstawy zespołu Diogenesa, jego historię, objawy oraz wieloaspektowe uwarunkowania, ze szczególnym uwzględnieniem czynników psychospołecznych i biograficznych typowych dla późnej dorosłości. Empiryczną część pracy stanowi jakościowe studium przypadku, oparte na wywiadzie narracyjno-biograficznym z osobą badaną, analizie dokumentacji medycznej oraz rozmowach z przedstawicielami zespołu terapeutycznego i członkami jej rodziny. Analiza przypadku ukazuje złożoność funkcjonowania osoby starszej z zespołem Diogenesa oraz znaczenie długofalowego, relacyjnego i interdyscyplinarnego wsparcia środowiskowego. Wnioski wskazują na konieczność odejścia od działań przymusowych na rzecz podejścia respektującego autonomię, biografię i subiektywne doświadczenie osoby starszej, a także podkreślają rolę pedagogiki społecznej w przeciwdziałaniu wykluczaniu i stygmatyzacji seniorów dotkniętych patologicznym zbieractwem.

Słowa kluczowe:

zespół Diogenesa, zbieractwo, starość, opis przypadku

Summary:

This article aims to present the case of a 72-year-old woman diagnosed with primary hoarding disorder – referred to in the literature as Diogenes syndrome – and to explore possibilities

1 Uniwersytet Łódzki, anna.gutowska@uni.lodz.pl

for supporting older adults from a socio-pedagogical perspective. This issue remains relatively underexamined in Polish non-medical research, despite its significant consequences for the individual's functioning and their immediate environment. The article outlines the theoretical foundations of Diogenes syndrome, including its historical background, symptomatology, and multifactorial determinants, with particular emphasis on psychosocial and biographical factors typical of late adulthood. The empirical part of the study consists of a qualitative case study based on a narrative-biographical interview with the participant, analysis of medical records, and conversations with members of the therapeutic team and the family. The case analysis demonstrates the complexity of older adults' functioning in the context of Diogenes syndrome and highlights the importance of long-term, relationship-based, interdisciplinary community support. The conclusions highlight the need to shift away from coercive measures toward approaches that respect older people's autonomy, biography, and subjective experience, while underscoring the role of social pedagogy in preventing exclusion and reducing the stigmatization of older adults affected by pathological hoarding.

Keywords:

Diogenes syndrome, hoarding disorder, old age, case study

Wstęp

Celem artykułu jest opis przypadku 72-letniej kobiety z zespołem Diogenesa. Podstawowym założeniem skłaniającym do podjęcia tego tematu było przekonanie o potrzebie zwrócenia uwagi na życie osób starszych z mniej znanym obciążeniem, jakim jest zbieractwo, czyli zespół Diogenesa². Jest to zagadnienie stosunkowo rzadko podejmowane w rozważaniach nauk pozamedycznych i bez wątpienia wymaga nie tylko zainteresowania, ale i eksploracji. W niniejszym opracowaniu zwrócono uwagę na specyfikę funkcjonowania w starości osób dotkniętych patologicznym zbieractwem oraz ukazano możliwości udzielenia im wsparcia. W omawianych badaniach wybór przypadku wynikał z dostępności i zgody osoby z diagnozą zespołu Diogenesa na udział w nich. Możliwość pozyskania do badań osób starszych z takim rozpoznaniem jest bardzo ograniczona, zarówno ze względu na niski odsetek osób ze zdiagnozowanym zaburzeniem, jak i – przede wszystkim – ze względu na specyficzne funkcjonowanie tych osób oraz unikanie przez nie relacji społecznych. Kontakt do osoby z rozpoznaniem zespołem Diogenesa uzyskano z polecenia, a materiał badawczy udało się zebrać

2 W literaturze przedmiotu można również znaleźć inne określenia tego problemu, takie jak: patologiczne zbieractwo, syndrom patologicznego zbieractwa, *hoarding disorder*, zespół zbieractwa, me-sy syndrome, zespół Pluszki, syllogomania. W latach 60. ubiegłego wieku D. MacMillan wprowadził także pojęcie „starczego niechlujstwa”, rzadko dziś używane (MacMillan, Shaw, 1966). Ponadto niektórzy autorzy wyróżniają jeszcze zbieractwo zwierząt – syndrom Noego (Mamzer, 2022, pp. 649–654). W klasyfikacji DSM-5 zaburzenie zbieractwa występuje pod kodem 300.3 (F42), a w klasyfikacji ICD-11 – pod kodem 6B24.

w ciągu dwóch spotkań z seniorką, jednego z pielęgniarką środowiskową i jednego z córką badanej. Dane pozyskano także w wyniku analizy dokumentacji medycznej (za zgodą badanej). Głównym założeniem podjętej analizy było uzyskanie obrazu funkcjonowania oraz możliwości wsparcia osób starszych z zespołem Diogenesa. Opisany przypadek może być traktowany jako badanie pilotażowe i przygotowanie gruntu pod kolejne eksploracje o szerszym zakresie.

Teoretyczne podstawy badań

Zespół Diogenesa to zaburzenie, które charakteryzuje się nadmiernym, kompulsywnym pozyskiwaniem (zbieraniem) rzeczy – najczęściej bezwartościowych lub wręcz śmieci – i/lub żywności oraz utrwalonymi trudnościami w ich wyrzucaniu, mimo że dla otoczenia nie mają one żadnej lub mają jedynie niewielką wartość. Cechą charakterystyczną jest także skrajne zaniedbywanie higieny osobistej oraz nieprzestrzeganie zasad sanitarnych w mieszkaniu. W miarę upływu czasu nagromadzenie przedmiotów osiąga taki poziom, że znacząco ogranicza możliwość funkcjonalnego korzystania z zamieszkiwanej przestrzeni, zarówno przez osobę dotkniętą zaburzeniem, jak i jej bliskich. Co ważne, proces zbierania nie ma określonego momentu zamknięcia, czyli właściwie się nie kończy (Kruszewski, 2017, p. 73). Konsekwencją tego stanu są liczne trudności w relacjach rodzinnych, a także w sferze społecznej, ekonomicznej i nierzadko również prawnej. Stan ten stwarza także zagrożenie zdrowotne oraz sanitarno-epidemiologiczne, co w efekcie prowadzi do istotnego obniżenia jakości życia i ogólnego poziomu funkcjonowania jednostki. W Polsce brakuje badań w tym zakresie, zwłaszcza w obszarze nauk niemedycznych. Choroba ta często staje się problemem społecznym – nadmiar przedmiotów dotyka nie tylko osoby zbierającej, lecz także staje się uciążliwy dla otoczenia: sąsiadów zmęczonych bałaganem, przykrymi zapachami oraz często szybko rozprzestrzeniającym się robactwem (Guzy-Steinke, 2024, p. 48). Dlatego istotne wydaje się eksplorowanie tego zagadnienia również w obszarze nauk społecznych. Ponadto skala zjawiska nie jest niewielka. Z analiz amerykańskich wynika, że częstość występowania zaburzenia zbieractwa w populacjach Stanów Zjednoczonych oraz krajów europejskich mieści się w przedziale od 2 do 6% (Senger et al., 2022, p. 51).

Historia zespołu Diogenesa

Zespół Diogenesa jest terminem stosowanym w literaturze medycznej i psychologicznej na określenie zespołu objawów występujących głównie u osób w wieku podeszłym, obejmujących skrajne zaniedbanie higieny osobistej i warunków

bytowych, patologiczne gromadzenie przedmiotów, wycofanie społeczne oraz brak krytycyzmu wobec własnego funkcjonowania (Halliday et al., 2000, p. 882). Choć zjawisko to było obserwowane znacznie wcześniej, jego konceptualizacja jako odrębnego zespołu klinicznego nastąpiła dopiero w drugiej połowie XX wieku.

Pierwsze systematyczne opisy zachowań odpowiadających współczesnemu rozumieniu zespołu Diogenesa pojawiły się w literaturze medycznej w latach 60. XX wieku. W 1966 roku Duncan MacMillan i Patricia Shaw opisali przypadki osób starszych żyjących w skrajnie zaniedbanych warunkach, przejawiających kompulsywne gromadzenie przedmiotów, izolację społeczną oraz opór wobec wszelkich form pomocy zewnętrznej (MacMillan & Shaw, 1966). Autorzy ci zwrócili uwagę na fakt, że opisywane osoby często nie spełniały kryteriów klasycznych psychoz, co utrudniało ich jednoznaczną diagnozę psychiatryczną.

Termin „zespół Diogenesa” został wprowadzony w 1975 roku przez Anthony’ego Clarke’a, Gopala Mankikara i Iana Graya, którzy zaproponowali go na określenie specyficznego wzorca zachowań obserwowanego głównie u osób w podeszłym wieku (Clarke, Mankikar & Gray, 1975, p. 366). Nazwa zespołu nawiązuje do postaci Diogenesa z Synopy – starożytnego filozofa cynickiego, znanego z ascetycznego stylu życia, demonstracyjnego odrzucenia norm społecznych oraz manifestowanej niezależności – mieszkał w beczce, chodził w łachmanach i nawoływał do rezygnacji z dóbr materialnych. Wybór tej metafory miał podkreślać pozorną dobrowolność izolacji i rezygnacji z powszechnie przyjętych standardów życia. Współcześnie jednak podkreśla się, że określenie to jest w pewnym stopniu nieadekwatne i może mieć charakter stygmatyzujący, gdyż historyczny Diogenes nie przejawiał patologicznego zbieractwa ani zaniedbań wynikających z zaburzeń psychicznych.

W kolejnych dekadach w literaturze naukowej funkcjonowały różne określenia opisujące podobne zjawiska, takie jak *sylllogomania*, zespół zbieractwa, *messy syndrome* czy zespół Pliuszkina (Zych, 2011, p. 20). Różnorodność terminologiczna odzwierciedlała brak jednoznacznej pozycji nozologicznej oraz trudności w rozróżnieniu zespołu Diogenesa od innych zaburzeń psychicznych, w szczególności zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych, zaburzeń osobowości oraz otępień.

Przez wiele lat zespół Diogenesa był traktowany przede wszystkim jako opis kliniczny lub syndrom behawioralny, a nie jako samodzielna jednostka diagnostyczna. Wraz z rozwojem badań nad psychopatologią starości zaczęto jednak zwracać uwagę na jego częste współwystępowanie z zaburzeniami osobowości (zwłaszcza paranoidalnymi, schizoidalnymi i anankastycznymi), depresją, zaburzeniami lękowymi oraz zespołami otępiennymi (Snowdon, 1987). Podkreślano również znaczenie czynników psychospołecznych, takich jak długotrwała samotność, utrata bliskich, izolacja społeczna oraz brak sieci wsparcia.

Istotnym momentem w rozwoju koncepcji zespołu Diogenesa było wprowadzenie w klasyfikacji DSM-5 (2013) zaburzenia zbieractwa (*hoarding disorder*) jako odrębnej jednostki diagnostycznej (American Psychiatric Association, 2013). Zmiana ta pozwoliła na wyraźniejsze odróżnienie pierwotnego zaburzenia zbieractwa od zachowań gromadzenia występujących wtórnie w przebiegu innych zaburzeń psychicznych lub chorób neurologicznych. Analogiczne zmiany wprowadzono w klasyfikacji ICD-11, w której pojawiło się rozpoznanie *sylogomanii*, zaliczane do grupy zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych i pokrewnych (World Health Organization, 2019).

Współcześnie termin „zespół Diogenesa” jest stosowany głównie jako pojęcie opisowe w literaturze geriatrycznej, psychiatrycznej i psychologicznej. Służy on do określania skrajnych form zaniedbania, izolacji i dezorganizacji życia osób starszych, wymagających interdyscyplinarnej interwencji obejmującej działania medyczne, psychologiczne, z zakresu pracy socjalnej, a nawet interwencje prawne. Historia zespołu Diogenesa odzwierciedla tym samym ewolucję podejścia do zaburzeń psychicznych w starości – od opisów klinicznych i etykiet syndromowych do bardziej złożonych, wielowymiarowych analiz uwzględniających biopsychosocjalny kontekst funkcjonowania człowieka w późnej dorosłości.

Zespół Diogenesa – objawy

Zaburzenie nazywane zespołem Diogenesa dotyczy najczęściej osoby powyżej 60. roku życia. Główne objawy to, oprócz patologicznego zbieractwa, także izolacja społeczna. Senior ogranicza lub wręcz wycofuje się z życia społecznego, zrywa kontakty z innymi ludźmi – izoluje się z własnej inicjatywy albo reaguje w ten sposób na brak zainteresowania ze strony rodziny czy znajomych. Do istotnych objawów tego zaburzenia zalicza się także zaniedbanie, niekiedy o skrajnym nasileniu. Obok bałaganu i brudu w mieszkaniu diagnozuje się także brak higieny osobistej. Senior nie myje się, chodzi w brudnej odzieży i nie dba o wygląd zewnętrzny. Osoba chorująca na zespół Diogenesa zazwyczaj nie widzi w tym problemu, uważa swoje zachowanie za normalne i najczęściej nie oczekuje ani nie przyjmuje pomocy. Niekiedy jednak osoby borykające się z tym schorzeniem dostrzegają swój problem, wstydzą się swojej sytuacji, jednak gromadzenie daje im chwilową redukcję napięcia i lęku, dlatego kontynuują to zachowanie. Tolin i współpracownicy (2007, pp. 17–18) wśród dysfunkcji związanych z mechanizmem patologicznego zbieractwa wymienili zaburzenia w sferze świadomości osoby zaburzonej, organizacji życia oraz jego warunków. Zespół prowadzi do znacznego spadku jakości funkcjonowania osoby i jej rodziny, a w skrajnych przypadkach może również przyczynić się

do zagrożenia epidemiologicznego i zdrowia fizycznego. Osoba z zespołem Diogenesa sprawia wrażenie bezdomnego nędzarza, co może nie mieć związku z jej rzeczywistym statusem materialnym. Niestety, dotknięty przypadłością senior zazwyczaj nie rozumie potrzeby zmiany swojego życia – uprzątnięcia otoczenia i zadbania o swoje zdrowie – sprzeciwia się zmianom, a rozwiązania siłowe polegające na wyrzuceniu niepotrzebnych rzeczy nie są efektywne, ponieważ osoba chorująca zaczyna gromadzić je od nowa. Zespół Diogenesa jest złożonym zaburzeniem, które może współwystępować z innymi jednostkami chorobowymi, takimi jak depresja, zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne czy demencja, zwłaszcza czołowo-skroniowa. Jednak wiele osób ze zdiagnozowanym zespołem Diogenesa nie ma żadnej współistniejącej choroby psychicznej. Osoby te prawdopodobnie doświadczają kryzysów życiowych związanych z podeszłym wiekiem oraz przejawiają trudności o charakterze osobowościowym (Guzy-Steinke, 2024, p. 48).

Przyczyny zespołu Diogenesa

Zespół Diogenesa jest zaburzeniem o wieloczynnikowej etiologii, której nie można sprowadzić do jednego źródła patologii. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że jego rozwój jest wynikiem złożonej interakcji czynników biologicznych, psychicznych oraz społecznych, szczególnie nasilających się w okresie starości (Halliday et al., 2000). Współczesne ujęcia odchodzą od traktowania zespołu Diogenesa jako jednorodnej jednostki chorobowej, wskazując raczej na jego syndromowy charakter.

Czynniki psychologiczne i osobowościowe

Jednym z najczęściej opisywanych czynników sprzyjających rozwojowi zespołu Diogenesa są utrwalone cechy osobowości, które są często obecne na długo przed ujawnieniem się pełnoobjawowego zespołu. Badania wskazują, że u wielu osób dotkniętych tym zaburzeniem można retrospektywnie zidentyfikować cechy osobowości paranoidalnej, schizoidalnej, anankastycznej lub unikającej (Snowdon, 1987). Osoby te charakteryzują się skłonnością do izolacji społecznej, nadmierną potrzebą kontroli, nieufnością wobec innych oraz trudnościami w tworzeniu bliskich relacji interpersonalnych. Istotną rolę odgrywają również niska elastyczność psychiczna oraz trudności adaptacyjne w obliczu zmian życiowych, takich jak przejście na emeryturę, utrata ról społecznych czy pogorszenie stanu zdrowia. Gromadzenie przedmiotów może pełnić funkcję kompensacyjną, dając poczucie bezpieczeństwa, ciągłości i kontroli nad rzeczywistością (Frost & Hartl, 1996).

Czynniki psychiatryczne

Zespół Diogenesa może współwystępować z innymi zaburzeniami psychicznymi. Wśród nich najczęściej wymienia się zaburzenia depresyjne, lękowe, obsesyjno-kompulsywne oraz osobowości. U części pacjentów obserwuje się także objawy psychotyczne, takie jak urojenia prześladowcze czy interpretacyjne, które mogą wzmacniać nieufność wobec otoczenia oraz opór wobec pomocy. Szczególne znaczenie mają również zaburzenia poznawcze, w tym łagodne zaburzenia funkcji poznawczych oraz zespoły otępienne, zwłaszcza otępienie czołowo-skroniowe. Uszkodzenia tych obszarów mogą prowadzić do obniżenia kontroli zachowania, zaburzeń planowania, osądu i krytycyzmu, co sprzyja narastaniu dezorganizacji życia codziennego oraz pogłębianiu się zaniedbań (Miller & Benson, 1997).

Czynniki neurologiczne i somatyczne

W etiologii zespołu Diogenesa uwzględnia się również czynniki neurologiczne, takie jak przebyte udary mózgu, urazy czaszkowo-mózgowe czy choroby neurodegeneracyjne. Zmiany te mogą zaburzać funkcje wykonawcze, zdolność podejmowania decyzji oraz ocenę konsekwencji własnych działań. Ponadto choroby somatyczne, przewlekły ból, ograniczenia ruchowe oraz postępująca niesprawność fizyczna mogą prowadzić do stopniowego wycofywania się z aktywności społecznej i zaniedbywania podstawowych potrzeb życiowych. W takich warunkach gromadzenie przedmiotów bywa mechanizmem radzenia sobie z poczuciem utraty autonomii (Dong, 2017).

Czynniki społeczne i środowiskowe

Niemniej istotne są czynniki społeczne, które często stanowią katalizator ujawnienia się zespołu Diogenesa. Do najważniejszych należą: długotrwała samotność, brak sieci wsparcia społecznego, zerwanie więzi rodzinnych, śmierć współmałżonka oraz marginalizacja społeczna (Lauder & Roxburgh, 2012). W literaturze podkreśla się, że wiele osób z zespołem Diogenesa przez długi czas funkcjonowało samodzielnie, unikając kontaktów z instytucjami pomocowymi. Istotną rolę odgrywają również normy kulturowe i postawy wobec starości, w tym społeczna tolerancja dla izolacji osób starszych oraz przekonanie o „prawie do życia po swojemu”. Czynniki te mogą opóźniać reakcję otoczenia oraz interwencje specjalistyczne, co sprzyja pogłębianiu się zaburzenia.

Ujęcie integracyjne

Współczesne podejścia podkreślają konieczność integracyjnego rozumienia przyczyn zespołu Diogenesa, uwzględniającego współdziałanie czynników biologicznych, psychicznych i społecznych. Zaburzenie to rzadko rozwija się nagle;

częściej ma charakter stopniowy i postępujący, ujawniający się szczególnie w sytuacjach kryzysowych typowych dla późnej dorosłości. Z tego względu skuteczna pomoc osobom dotkniętym zespołem Diogenesa wymaga interdyscyplinarnej diagnozy oraz długofalowych oddziaływań obejmujących wsparcie psychologiczne, pedagogiczne, socjalne oraz medyczne.

Metodologia badań

Opracowanie ma charakter jakościowy i zostało zrealizowane w paradygmacie interpretatywnym, w którym celem jest pogłębione rozumienie złożonych zjawisk ludzkiego funkcjonowania w ich naturalnym kontekście życiowym. Zastosowaną strategią badawczą jest studium indywidualnego przypadku, umożliwiające analizę funkcjonowania osoby starszej z zespołem Diogenesa. Jednostką analizy w badaniu jest przypadek kobiety w późnej dorosłości (72 lata), u której rozpoznano pierwotne zaburzenie zbieractwa – zespół Diogenesa. Przedmiotem analizy był sposób funkcjonowania badanej w wymiarze psychospołecznym, środowiskowym i biograficznym, ze szczególnym uwzględnieniem przejawów zaburzenia, relacji społecznych oraz doświadczeń związanych z podejmowanymi wobec niej działaniami pomocowymi. W badaniu zastosowano następujące techniki badawcze:

- wywiad narracyjno-biograficzny z osobą badaną, ukierunkowany na rekonstrukcję jej doświadczeń życiowych;
- analizę dokumentów (w tym dokumentacji medycznej oraz dotyczącej pracy socjalnej), umożliwiającą uzupełnienie danych o informacje kliniczne i środowiskowe;
- rozmowy z członkiem zespołu terapeutycznego oraz przedstawicielką rodziny, pełniące funkcję kontekstualizującą badany przypadek.

Wybór metody studium indywidualnego przypadku został podyktowany specyfiką badanego zjawiska. Zespół Diogenesa jest zaburzeniem rzadkim, wielowymiarowym i silnie osadzonym w indywidualnej historii życia, co utrudnia jego adekwatne uchwycenie za pomocą metod ilościowych. Dobór przypadku miał charakter celowy oraz typowy. Badana osoba reprezentuje klasyczny obraz pierwotnego zespołu Diogenesa, opisywany w literaturze przedmiotu – obejmujący występowanie kompulsywnego zbieractwa, zaniedbywanie higieny osobistej, izolację społeczną, brak wglądu w chorobę oraz eskalację objawów wraz z wiekiem. Tym samym analizowany przypadek może być traktowany jako egzemplifikacja szerszego zjawiska społecznego. Studium opisanego przypadku nie pozwala na uogólnienia w sensie ilościowym, jednak jego wartość polega na pogłębieniu rozumienia tego zjawiska oraz formułowaniu wniosków

użytecznych dla praktyki gerontologicznej, pracy środowiskowej i działań pomocowych wobec osób starszych z zespołem Diogenesa.

Proces analizy miał charakter indukcyjny i przebiegał etapowo. Po transkrypcji materiału dokonano wielokrotnej lektury danych, a następnie zastosowano strategię kodowania inspirowaną teorią ugruntowaną. W ramach kodowania otwartego wyodrębniono jednostki znaczeniowe i nadano im wstępne kody (np.: lęk przed utratą, wartość sentymentalna przedmiotów, samotność). Na etapie kodowania osiowego uporządkowano kody w szersze kategorie analityczne oraz określono relacje między nimi. Kodowanie selektywne pozwoliło wyłonić kategorię centralną, wokół której zintegrowano pozostałe wątki interpretacyjne – gromadzenie przedmiotów jako strategię podtrzymywania poczucia bezpieczeństwa i ciągłości biograficznej. Interpretacja wyników została osadzona w trzech komplementarnych perspektywach: biograficznej (rekonstrukcja trajektorii życia i wydarzeń krytycznych) oraz społeczno-instytucjonalnej (zestawienie narracji badanej z wypowiedziami specjalistów i danymi z dokumentów zastanych). Wykorzystano także perspektywę psychologiczno-społeczną – znaczenie przedmiotów jako nośników emocji i tożsamości. Zastosowanie różnych źródeł danych umożliwiło triangulację oraz porównanie odmiennych sposobów definiowania sytuacji. Proces analizy miał charakter cyrkularny i refleksyjny – interpretacje były wielokrotnie weryfikowane poprzez powroty do materiału empirycznego.

Opis przypadku

Badana kobieta ma 72 lata, jest wdową i obecnie mieszka sama. Wychowała się w dość dobrze sytuowanej rodzinie. Jej rodzice zmarli ponad 30 lat temu; miała dwóch braci, którzy również już nie żyją. Ma córkę, która od wielu lat mieszka wraz z rodziną w innym mieście. Utrzymują jedynie sporadyczny kontakt; badana twierdzi, że radzi sobie sama. Członkowie dalszej rodziny albo nie żyją, albo również nie utrzymują kontaktu z kobietą. Pani Maria mieszka od 40 lat w dwupokojowym mieszkaniu komunalnym w kamienicy w dużym mieście. W lokalu pracownik socjalny z Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej – na skutek interwencji córki i sąsiadów – ujawnił znaczne nagromadzenie rzeczy, takich jak stare gazety, ulotki reklamowe, opakowania po produktach spożywczych, zużyta odzież oraz inne bezużyteczne przedmioty znajdujące w przestrzeni publicznej. Rzeczy te zajmowały znaczną część powierzchni mieszkania, istotnie ograniczając dostęp do kuchni, łazienki i sypialni. Z biegiem lat w lokalu, w niektórych miejscach, pomiędzy sięgającymi sufitu stertami gazet, książek i śmieci, powstały korytarze – tylko nimi można było się przemieszczać.

Kobieta spała na niewielkiej, wolnej przestrzeni kanapy, a korzystanie z kuchni i urządzeń sanitarnych było znacznie utrudnione. Zaobserwowano również znaczne zaniedbania w zakresie utrzymania czystości w mieszkaniu oraz higieny osobistej seniorki.

Badana kobieta ma średnie wykształcenie: ukończyła technikum ekonomiczne. Uczyła się dobrze; jak twierdzi, była sumienną uczennicą. W życiu dorosłym była osobą funkcjonującą samodzielnie, aktywną zawodowo i społecznie. Pracowała jako księgowa, miała grono znajomych, lubiła chodzić do kina. Wyszła za męża, mając 23 lata; po roku urodziła córkę. W małżeństwie pozostawała aż do śmierci męża 12 lat temu. Córka wyjechała na studia do innego miasta i już tam została. Ma swoją rodzinę – męża i dwóch synów, rzadko przyjeżdża do matki i utrzymuje z nią raczej sporadyczny kontakt, choć ostatnio nieco częstszy, jak twierdzi badana.

Seniorka jako dziecko rozwijała się prawidłowo i nie przejawiała problemów zdrowotnych. Pani Maria nie chorowała również przewlekłe. Obecnie w jej stanie somatycznym stwierdza się pewne odchylenia od normy, jednak pani Maria nie leczy się u żadnego specjalisty i raczej nie korzysta z opieki lekarza rodzinnego – pozostaje natomiast pod opieką środowiskowego zespołu terapeutycznego. Pierwszy raz hospitalizowana była psychiatrycznie w wieku 65 lat – była to obserwacja sądowo-psychiatryczna, przeprowadzona decyzją sądu na wniosek córki. Rozpoznano wówczas zaburzenia osobowości oraz niewielkie zmiany o charakterze organicznym. W trakcie jej pobytu w szpitalu administracja budynku przeprowadziła wywóz śmieci na koszt córki. Pani Maria nie mogła się pogodzić z utratą wyrzuconych rzeczy, a jej relacje z córką, do której miała pretensje, jeszcze bardziej się pogorszyły. Jak twierdzi badana, próbowała „odzyskać” choćby część wywiezionych rzeczy, poszukując ich na wysypisku śmieci. Seniorka ponownie zaczęła gromadzić przedmioty przynoszone ze śmietników i z innych miejsc publicznych.

Pani Maria, mówiąc o motywach zbieractwa, deklaruje, że wszystkie te rzeczy są jej potrzebne. Część gromadziła z zamiarem sprzedaży i w ten sposób chciała uzyskać dodatkowe dochody. Dopytywana przyznaje jednak, że nigdy niczego nie sprzedawała. Seniorka nie przejawiała pełnego krytycyzmu wobec swojego stanu. Aktualnie jest w procesie terapeutycznym i potrafi krytycznie odnieść się do swojej sytuacji, jednak w rozmowie nadal podkreśla, że gromadzone przedmioty „mogą się jeszcze przydać” lub „mają wartość sentymentalną”. Próby ich usuwania nadal wywołują u niej sprzeciw, niepokój i irytację, choć reakcje te nie są już tak silne jak przed podjęciem leczenia. Jednocześnie seniorka nie zgłasza subiektywnego poczucia cierpienia związanego z gromadzeniem rzeczy ani nie postrzega swojego zachowania jako patologicznego,

choć przyznaje, że może być ono problematyczne. Według dokumentacji medycznej funkcjonowanie poznawcze kobiety oceniono jako zachowane w normie – była ona w pełni zorientowana w czasie i miejscu, logiczna w wypowiedziach, bez widocznych objawów otępienia czy zaburzeń psychotycznych. Natomiast w obrazie funkcjonowania osobowości zwracały uwagę cechy anankastyczne i paranoidalne, przejawiające się sztywnością zachowań, nieufnością wobec instytucji oraz silną potrzebą kontroli nad własnym otoczeniem. Zachowania zbieractwa mają u badanej charakter celowy i wiążą się z subiektywnym poczuciem bezpieczeństwa oraz satysfakcji. Na podstawie zebranych danych wykluczono wtórny charakter zbieractwa wynikający z innych zaburzeń psychicznych lub chorób somatycznych, co pozwoliło na rozpoznanie zaburzenia pierwotnego – zespołu Diogenesa.

Leczenie i wsparcie

Ze względu na wieloczynnikową etiologię zespołu Diogenesa, częsty brak wglądu w chorobę oraz opór wobec pomocy zewnętrznej, leczenie nie może ograniczać się wyłącznie do interwencji medycznej, lecz powinno obejmować oddziaływania psychologiczne i środowiskowe. Ich celem nie jest jedynie redukcja objawów, ale poprawa jakości życia, bezpieczeństwa oraz funkcjonowania społecznego osoby starszej.

Pani Maria w trakcie pierwszego pobytu w szpitalu była leczona farmakologicznie, jednak później nie kontynuowała tej formy terapii. Nieskuteczna okazała się również próba psychoterapii – ograniczony wgląd w problem skutkował niskim poziomem motywacji do zmiany. Po drugiej hospitalizacji podjęto działania pomocowe o charakterze długofalowym i interdyscyplinarnym, realizowane przez środowiskowy zespół terapeutyczny. Kluczową rolę odegrała pielęgniarka środowiskowa, która skoncentrowała się na stopniowym budowaniu relacji opartej na zaufaniu oraz respektowaniu autonomii kobiety. Początkowo interwencje ograniczały się do regularnych wizyt i rozmów wspierających, bez podejmowania bezpośrednich działań porządkowych. W dalszym etapie, we współpracy z pracownikiem socjalnym, wprowadzano niewielkie zmiany w przestrzeni mieszkalnej, każdorazowo uzgadniane z panią Marią. Zachowane funkcje poznawcze badanej seniorki pozwoliły na pracę terapeutyczną, szczególnie nad przekonaniami dotyczącymi posiadanych przedmiotów, lękiem przed utratą kontroli oraz nad stopniowym uczeniem się selekcji i porządkowania rzeczy. W praktyce terapeutycznej dużą rolę odegrała psychoedukacja dostosowana do możliwości poznawczych kobiety. Praca środowiskowa prowadzona w naturalnym otoczeniu pani Marii, odpowiednia koordynacja różnych działań oraz zbudowanie relacji

opartej na zaufaniu, szacunku oraz respektowaniu autonomii seniorki okazały się obecnie najbardziej efektywnym sposobem radzenia sobie z problemem.

Do kluczowych działań pielęgniarka środowiskowa zaliczyła:

- stopniowe wprowadzanie zasad dbania o higienę osobistą i przestrzeń życiową;
- wspieranie umiejętności samoobsługowych i organizacyjnych;
- wzmacnianie poczucia sprawstwa i podmiotowości;
- w przyszłości – aktywizację społeczną poprzez włączanie w zajęcia środowiskowe i grupę wsparcia.

Unikano działań przymusowych, które mogły nasilać opór i pogłębiać izolację. Skuteczne wsparcie opierało się na małych krokach i realistycznych celach, dostosowanych do aktualnych możliwości kobiety. W rezultacie podjęte działania oraz poprawa warunków życia seniorki zminimalizowały zagrożenie dla jej zdrowia i bezpieczeństwa. W konsekwencji córka badanej zrezygnowała z zastosowania środków prawnych zmierzających do częściowego ubezwłasnowolnienia oraz ustanowienia jej opiekunem prawnym matki. Istotnym elementem pomocy kobiecie było także wsparcie informacyjne i emocjonalne ze strony rodziny – córki pani Marii. Doświadczała ona bezradności, frustracji oraz poczucia winy, co mocno wpływało nie tylko na jej relacje z matką, ale także na jej życie osobiste. Obecnie, jak twierdzi, znacznie lepiej sobie radzi z tą sytuacją.

Komentarz

Przedstawiony przypadek 72-letniej kobiety z pierwotnym zespołem Diogenesa ukazuje złożoność funkcjonowania osoby starszej na styku czynników zdrowotnych, osobowościowych, biograficznych i środowiskowych. Z perspektywy gerontologii społecznej kluczowe znaczenie ma fakt, iż zachowania zbieractwa nie są jedynie przejawem indywidualnej dysfunkcji, lecz stanowią formę nieadaptacyjnego radzenia sobie ze stratą, samotnością oraz ograniczeniem ról społecznych w późnej dorosłości. Analiza biograficzna wskazuje, że istotnym czynnikiem sprzyjającym rozwojowi zaburzenia była kumulacja krytycznych wydarzeń życiowych, takich jak przejście na emeryturę oraz śmierć małżonka, które prowadziły do stopniowego wycofania społecznego i zawężenia pola aktywności. W tym kontekście gromadzenie przedmiotów pełniło funkcję kompensacyjną – zastępowało utracone relacje, wzmacniało subiektywne poczucie bezpieczeństwa oraz umożliwiało zachowanie kontroli nad własnym światem. Z perspektywy gerontologicznej zachowania te można interpretować jako przejaw dezadaptacji rozwojowej, która nasila się wraz z wiekiem oraz postępującą izolacją społeczną.

Istotnym aspektem analizowanego przypadku jest również początkowy brak wglądu w problem oraz silny opór wobec zewnętrznych form pomocy. Czynniki te znacząco utrudniały działania interwencyjne i wymagały rezygnacji z podejścia dyrektywnego na rzecz strategii relacyjnych, opartych na długofalowym budowaniu zaufania. Próby szybkiego uporządkowania przestrzeni mieszkalnej bądź narzucania rozwiązań instytucjonalnych prowadziły do pogłębienia oporu, wzrostu lęku oraz dalszego wycofania społecznej seniorki. Szczególnie istotną okazała się rola wsparcia środowiskowego realizowanego przez osobę pośredniczącą między instytucjami a osobą objętą pomocą oraz dbającą o zachowanie jej podmiotowości – pielęgniarkę środowiskową. W analizowanym przypadku skuteczność działań pomocowych była możliwa dzięki stopniowemu wprowadzaniu zmian, uwzględniających tempo adaptacyjne kobiety oraz jej indywidualny system wartości.

Wnioski i rekomendacje

- 1) Zaburzenie zbieractwa u osób starszych należy rozpatrywać nie tylko w kategoriach klinicznych, lecz również jako problem społeczny wymagający analizy biografii, doświadczeń strat oraz warunków środowiskowych jednostki. Złożoność tego zjawiska wymaga podkreślenia znaczenia podejścia opartego na relacji, poszanowaniu godności i uwzględnieniu biografii osoby starszej.
- 2) Zachowania gromadzenia mogą pełnić funkcję kompensacyjną i adaptacyjną w subiektywnym doświadczeniu osoby starszej, mimo że obiektywnie prowadzą do pogorszenia jakości życia.
- 3) Brak wglądu w zaburzenie oraz silna potrzeba autonomii stanowią istotne bariery w procesie pomagania i wymagają szczególnej wrażliwości ze strony osób wspierających. Kluczowe jest tu podejście wspierające, skoncentrowane na zaufaniu i poczuciu bezpieczeństwa. Działania przymusowe lub wyłączenie administracyjne mogą być nieskuteczne oraz obarczone ryzykiem pogłębienia izolacji społecznej i oporu osoby objętej pomocą. Zabiegi porządkowe i organizacyjne powinny być wprowadzane małymi krokami, każdorazowo uzgadnianymi z osobą objętą wsparciem, aby nie wywoływać u niej poczucia zagrożenia i utraty kontroli. Skuteczna pomoc w takich przypadkach wymaga rezygnacji z działań przymusowych na rzecz stopniowego wsparcia edukacyjno-środowiskowego, ukierunkowanego na poprawę jakości życia oraz ograniczenie ryzyka zdrowotnego i społecznego.
- 4) Skuteczne wsparcie w przypadku zespołu Diogenesa wymaga podejścia długofalowego, relacyjnego oraz interdyscyplinarnego, z aktywnym udziałem osoby, która posiada wiedzę z zakresu geriatry, psychologii i gerontologii społecznej oraz doświadczenie w pracy z seniorami. Koncentrować należy się

przede wszystkim na nawiązaniu stabilnej, bezpiecznej relacji, respektującej granice i autonomię osoby starszej, z unikaniem oceniania i stygmatyzacji. Decyzje te powinny być podejmowane z najwyższą ostrożnością, przy poszanowaniu godności i praw osoby starszej.

- 5) Zabiegi terapeutyczne, realizowane przez interdyscyplinarne zespoły, wzbogacone o działania edukacyjne, mogą przyczynić się do osiągnięcia bardziej efektywnych rezultatów. Rozmowy biograficzne, pozwalające zrozumieć emocjonalne znaczenie gromadzonych przedmiotów oraz ich rolę w historii życia jednostki, mogą stanowić istotny element wsparcia. Rekomenduje się inicjowanie działań sprzyjających odbudowie lub podtrzymywaniu kontaktów społecznych, np. poprzez włączanie osoby starszej w formy aktywności dostosowane do jej możliwości i zainteresowań. Istotnym elementem jest także edukowanie sąsiadów i przedstawicieli instytucji pomocowych i opiekuńczych w zakresie specyfiki zaburzenia zbieractwa, aby ograniczać reakcje oparte na niezrozumieniu i stygmatyzacji.
- 6) Rodzina i bliskie otoczenie odgrywają istotną rolę w procesie wsparcia, jednak często same również wymagają pomocy i psychoedukacji. Bliscy mogą doświadczać bezradności, frustracji oraz poczucia winy. Dlatego ważne jest objęcie ich wsparciem informacyjnym i emocjonalnym, a także włączenie ich w proces planowania działań pomocowych.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Clarke, A. N., Mankikar, G. D., & Gray, I. (1975). Diogenes syndrome: A clinical study of gross self-neglect in old age. *The Lancet*, 305(7903), 366–368. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(75\)91280-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(75)91280-5)
- Dong, X. (2017). Elder self-neglect. Research and practice. *Clinical Interventions in Aging*, 12, 949–954.
- Frost, R. O., & Hartl, T. L. (1996). A cognitive-behavioral model of compulsive hoarding. *Behaviour Research and Therapy*, 34(4), 341–350.
- Guzy-Steinke H. (2024). Patologiczne zbieractwo – problem badawczy, społeczny i osobisty. *Praca Socjalna*, 39(2), 43–58.
- Halliday, G., Banerjee, S., Philpot, M., & Macdonald, A. (2000). Community study of people who live in squalor. *The Lancet*, 355(9207), 882–886. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(99\)06250-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(99)06250-9)

- Kruszewski, T. (2017). Kolekcjonerstwo – atawistyczne zbieractwo a poczucie społecznej użyteczności. Przyczynek do psychologii posiadania. *Toruńskie Studia Bibliologiczne*, 10(2), 69–80.
- Lauder, W., & Roxburgh, M. (2012). Self-neglect and vulnerability in older people. *Nursing Ethics*, 19(4), 524–533.
- MacMillan, D., & Shaw, P. (1966). Senile breakdown in standards of personal and environmental cleanliness. *British Medical Journal*, 2(5521), 1032–1037. <https://doi.org/10.1136/bmj.2.5521.1032>
- Mamzer, H. (2022). Zbieractwo zwierząt. Zdrowie ludzi a zdrowie zwierząt. *Życie Weterynaryjne*, 97(10), 649–654.
- Miller, B. L., Darby, A., Benson, D. F., Cummings, J. L., & Miller, M. H., (1997). Aggressive, socially disruptive and antisocial behaviour associated with fronto-temporal dementia. *The British Journal of Psychiatry* 170(2), 150–154. <https://doi.org/10.1192/bjp.170.2.150>
- Senger, M., Doruch, P., Rogacka, M., & Kędziora-Kornatowska, K. (2022), Symptoms of hoarding disorder in specific mental disorders. Review of potential management methods. *Journal of Education, Health and Sport*, 12(6), 51–60. <https://doi.org/10.12775/JEHS.2022.12.06.004>
- Snowdon, J. (1987). Uncleanliness among persons seen by community health workers. *Psychiatric Services*, 38(5), 491–494. <https://doi.org/10.1176/ps.38.5.491>
- Tolin, M., Frost, R. O., & Steketee, G. (2007). *Buried in treasures. Help with compulsive obtaining, saving and hoarding*. Oxford University Press.
- World Health Organization (2019). *International classification of diseases* (11th ed.). <https://icd.who.int/>
- Zych A. A. (2011). Fantomy zachodzącego słońca, czyli o zjawiskach, syndromach i zespołach drugiej połowy życia. W S. Rogala (Red.), *Pamiętaj o swojej starości. Materiały z konferencji naukowej „Starość w młodości – młodość w starości”* (11–22). Wydawnictwo Instytut Śląski.