

Aus der Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg  
(Direktor: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Andreas Marneros)



## **Verwahrlosung, Vermüllung und Horten – eine katamnestische Studie in der Stadt Halle (Saale)**

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Medizin (Dr. med.)

vorgelegt

der Medizinischen Fakultät

der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von Tobias Martin Wustmann

geboren am 14. Mai 1973 in Eisenberg

Gutachter: 1. Priv. Doz. Dr. med. P. Brieger  
2. Prof. Dr. med. S. Riedel-Heller (Leipzig)  
3. Prof. Dr. med. W. Kallert (Dresden)

Verteidigungsdatum: 27. Juni 2006

**urn:nbn:de:gbv:3-000011589**

[<http://nbn-resolving.de/urn/resolver.pl?urn=nbn%3Ade%3Agbv%3A3-000011589>]

## **Verwahrlosung, Vermüllung und Horten – eine katamnestische Studie in der Stadt Halle (Saale)**

**Zielsetzung:** Bei welchen Personen tritt Verwahrlosung, Vermüllung oder Horten auf und wie ist die weitere Entwicklung, nachdem die Personen dem sozialpsychiatrischen Hilfesystem bekannt werden?

**Methodik:** Während eines Beobachtungszeitraums von 2 Jahren wurde eine umfassende Erhebung für die in der Stadt Halle/Saale dem psychiatrischen Versorgungssystem bekannt gewordenen betroffenen Personen angestrebt. Biographische, medizinische, soziale und psychiatrische Variablen wurden erhoben. Das Ausmaß der häuslichen Lebensumstände wurde mit Hilfe der Living Conditions Rating Scale quantifiziert. Nach durchschnittlich 11 Monaten erfolgte eine Nachuntersuchung.

**Ergebnisse:** Es wurden 35 Personen untersucht, die in verwahrlosten oder vermüllten Wohnungen lebten oder von denen hortendes Verhalten bekannt war (60% Männer, Durchschnittsalter: 63 Jahre). 17 Personen (49%) litten an einer organischen Störung (ICD-10 F0) und 14 (40%) an einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis. Bei neun untersuchten Personen (26%) trug eine körperliche Beeinträchtigung zu den vorliegenden Lebens- und Wohnverhältnissen bei. Nach durchschnittlich 11 Monaten bestand bei 21 (60%) Personen die Verwahrlosung, die Vermüllung bzw. das Horten in der Wohnung fort, dabei waren vor allem die Personen mit psychotischen Störungen häufig diesbezüglich ungebessert. Es gab Hinweise, dass Interventionen in der Wohnsphäre (Umzug, Haushaltshilfen) im Gegensatz zu aufsuchender Betreuung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst und stationären Behandlungen Erfolg zeigten.

**Schlussfolgerungen:** Verwahrlosung, Vermüllung oder Horten sind häufig Symptome zugrunde liegender psychischer und auch körperlicher Erkrankungen. „Klassische“ psychiatrische Hilfen sind in dieser Hinsicht oft unzureichend, vor allem bei Personen mit psychotischen Erkrankungen.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>1</b>
1.1	Begriffsbestimmungen, Phänomenologie und Definitionen .....	2
1.1.1	Verwahrlosung .....	2
1.1.2	Vermüllung .....	3
1.1.3	Horten.....	3
1.1.4	Exkurs: Sammeln .....	4
1.2	Historische Aspekte .....	5
1.2.1	Die „Sammelwuth“ bei Kraepelin.....	5
1.2.2	Frühe psychoanalytische Erklärungen hortenden Verhaltens .....	6
1.2.3	Sammelsucht, Kollektionismus, Sammelmanie(r) und Sammeltrieb .....	7
1.2.4	Syndrom oder Symptom?.....	8
1.3	Überblick über bisherige Konzepte.....	9
1.3.1	Das „Diogenes-Syndrom“ .....	9
1.3.2	Das Vermüllungssyndrom.....	12
1.3.3	Horten bei Zwangsstörungen und anderen Erkrankungen.....	15
1.3.4	Das „Messie-Phänomen“ .....	18
1.4	Therapeutische Ansätze .....	20
1.5	Fragestellung und Ziel der Arbeit .....	20
<b>2</b>	<b>Material und Methodik</b> .....	<b>21</b>
2.1	Auswahl der untersuchten Personen .....	21
2.2	Methodik .....	21
2.3	Statistische Aufarbeitung .....	24
<b>3</b>	<b>Ergebnisse</b> .....	<b>25</b>
3.1	Soziodemographische Daten.....	25
3.2	Psychische Erkrankungen .....	28

3.3	Somatische Erkrankungen.....	28
3.4	Verwahrlosung, Vermüllung, Horten.....	30
3.4.1	Typologie .....	31
3.4.2	Living Conditions Rating Scale (LCRS) .....	33
3.5	Hilfesystem am Studienbeginn .....	37
3.6	Katamnese.....	37
3.6.1	Hilfen .....	37
3.6.2	Veränderung der Wohnverhältnisse.....	38
3.6.3	Zustand der Wohnungen .....	38
3.6.4	Fazit.....	39
<b>4</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>40</b>
4.1	Inhaltliche Begrenzungen.....	40
4.2	Methodische Stärken und Schwächen.....	41
4.2.1	Stichprobe .....	41
4.2.2	Instrumente und Datenerhebung .....	42
4.3	Spezielle Aspekte .....	43
4.3.1	Soziodemographische Faktoren .....	43
4.3.2	Die zugrundeliegenden psychische Erkrankungen .....	44
4.3.3	Zur Bedeutung körperlicher Erkrankungen .....	46
4.3.4	Verwahrlosung, Vermüllung und Horten.....	46
4.3.5	Katamnese und abgeleitete therapeutische Möglichkeiten .....	50
<b>5</b>	<b>Schlussfolgerungen und Ausblick.....</b>	<b>52</b>
<b>6</b>	<b>Zusammenfassung.....</b>	<b>54</b>
<b>7</b>	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>56</b>
<b>8</b>	<b>Anhang .....</b>	<b>65</b>
<b>9</b>	<b>Thesen .....</b>	<b>69</b>

## Abkürzungsverzeichnis

APA	American Psychiatric Association
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Version 4
ICD	Impulsive Control Disorder
ICD-10	International Classification of Diseases, Version 10
LCRS	Living Conditions Rating Scale
OCD	Obsessive-Compulsive Disorder
OCI	Obsessive Compulsive Inventory
OCPD	Obsessive-Compulsive Personality Disorder
SCAN	Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry
SCI	Saving Cognitions Inventory
SI-R	Saving Inventory – Revised
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SSRI	Selective Serotonin Reuptake Inhibitors
WHO	World Health Organization
Y-BOCS	Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale

# 1 Einleitung

Verwahrlosung, Vermüllung und Horten sind Phänomene, die mit verschiedenen psychischen Erkrankungen assoziiert sein können. Oftmals sind es Mitarbeiter ambulanter sozialer Dienste, denen sich solche häuslichen Zustände offenbaren, weil sich beispielsweise Nachbarn oder Vermieter über „mietwidriges“ oder „absonderliches“ Verhalten der betroffenen Personen beschweren. Zuweilen wird man menschenunwürdiger häuslicher Verhältnisse ansichtig und ein Handeln nicht zuletzt zum Schutz des betroffenen Individuums und seiner Umgebung scheint unumgänglich (Abbildung 1). Dringende Maßnahmen können dann erforderlich sein, um einer drohenden Zwangsräumung und folgender Wohnungslosigkeit vorzubeugen.

Einleitend sollen nach einer Begriffsbestimmung und phänomenologisch fundierten Definitionen, historische Aspekte und bisherige Konzepte unter jeweiliger Berücksichtigung ätiologischer Faktoren und therapeutische Ansätze dargestellt werden.



Abb. 1: Küche einer Person, die seit Jahren zunehmend vermüllt war

## 1.1 Begriffsbestimmungen, Phänomenologie und Definitionen

Um der Fülle der in der Literatur synonym benutzten Begriffe Rechnung zu tragen sollen einleitend einige terminologisch-phänomenologische Überlegungen angeführt sein. Im Duktus dieser Darstellung werden die Worte Verwahrlosung, Vermüllung und Horten *nebeneinander* gebraucht. Trotz unscharfer Überlappungen verbergen sich hinter diesen Begriffen zu unterscheidende Phänomene.

### 1.1.1 Verwahrlosung

*Verwahrlosung* ist der allgemeinste und auch profanste Begriff: Menschen gelten beispielsweise als verwahrlost, sofern sie nicht den jeweiligen gesellschaftlichen Normierungen hinsichtlich Ordnung und Sauberkeit entsprechen. In der neueren pädagogischen wie medizinischen Fachliteratur wird von Verwahrlosung vor allem im Zusammenhang mit Kindern und Jugendlichen gesprochen (Peters 2004). So handelt es sich laut Eberhard und Kohlmetz (1973) bei Verwahrlosung unabhängig vom Normen- und Wertesystem einer bestimmten Kultur um Abweichungen von den sozialen Verhaltenserwartungen, auch Dissozialität genannt. Die Verwahrlosung wird als „persistente und generalisierte Dissozialität“ oder auch als „durchgängige Ungeordnetheit“ definiert. Insofern handelt sich bei einem verwahrlosten oder auch dissozialen Menschen um ein Individuum, das durch Missachtung der Regeln sozialen Lebens in Konflikt mit seiner sozialen Umwelt gerät. Darüber hinaus wird seit einiger Zeit insbesondere in Bezug auf geriatrische Populationen, trotz kontroverser Debatten, wieder zunehmend dieser Begriff bemüht. Von einem verwahrlosten älteren Menschen ist demnach dann die Rede, wenn „jemand sehr deutlich unterhalb der Standards lebt, die in unserer Gesellschaft in punkto Sauberkeit, Ordnung, Körperhygiene usw. innerhalb bestimmter Toleranzgrenzen bestehen“ (Künzel-Schön 1999). Auch Lindstedt (2002) beschreibt eine *Wohnungs-Verwahrlosung* als einen „Zustand des Lebensumfeldes [...], der in hohem Maße gesellschaftlich anerkannten Maßstäben nicht mehr entspricht“. Entsprechendes ist auch der internationalen Literatur mit der Bezeichnung *neglect* in diversen Studien zu entnehmen (z.B. Clark et al. 1975, Cybulska und Rucinski 1986, Johnson und Adams 1996, Abrams et al. 2002). Verwahrlosung lässt sich im Kontext dieser Betrachtung somit als die Unfähigkeit definieren, aus eigenem Antrieb einen gesellschaftlich tolerierten Zustand der Wohnung resp. des Umfeldes herbeizuführen.

### 1.1.2 Vermüllung

Der Begriff *Vermüllung* ist sprachwissenschaftlich betrachtet ein Neologismus und hat bisher keinerlei Lexikalisierung erfahren. Es kann davon ausgegangen werden, dass dieser Terminus vor der Einführung des Begriffes *Vermüllungssyndrom* (Dettmering 1985, cf. 1.3.2) nicht existierte. Eine thematische Entsprechung in der internationalen Literatur findet sich mit *living in squalor* (Samios 1996, Halliday et al. 2000). Dettmering hat 1985 eine Unterscheidung von drei *Formen der Vermüllung* vorgeschlagen: Unter dem Typ 1 subsumiert er „Wohnungen, deren Eigentümer wertlose Gegenstände sammelt und nach einem stereotypen Ordnungsschema über die gesamte Wohnung [...] verteilt“. Häufig finde sich in diesen „Wohnhöhlen“ ein „Gangsystem“. Bereits Labhardt (1973) hatte bei Wohnungen dieser Art von einem System „geordneter Unordnung“ gesprochen und die zugrundeliegende Störung dem Spektrum der Zwangsstörungen für ähnlich erachtet. Mit dem Typ 2 klassifiziert Dettmering „Wohnungen, die gar keine Ordnung mehr erkennen lassen“ und „Müllhalden“ gleichen. Man könne erkennen, dass „die Grundausstattung der Wohnung, also Tisch und Bett, Herd und Waschgelegenheit, Badewanne und WC unter Müll verschwunden und seit längerer Zeit schon nicht mehr benutzt worden sind“. Der Typ 3 wird anhand von Wohnungen beschrieben, „die unbewohnbar geworden sind, weil ihre hygienischen Einrichtungen nicht mehr funktionieren“. Dettmering konstatiert, „so wie es Wohnungen von psychisch Gestörten gibt, die den Besucher durch ihre pathologische Leere erschrecken, sind dies umgekehrt Wohnungen mit einem pathologischen Zuviel, wodurch sie unbewohnbar zu werden drohen oder es bereits geworden sind“. Zusammenfassend bedeutet Vermüllung im eigentlichen Sinne also, dass Abfall akkumuliert wird; es besteht – wiederum entgegen den Normierungen einer Gemeinschaft – ein Zuviel von Dingen, die weggeworfen gehörten.

### 1.1.3 Horten

Mit *horten* im Sinne von „anhäufen, sammeln, speichern“ bezog sich die Wirtschaftssprache ab Anfang des 20. Jahrhunderts zunächst auf Gold bzw. Geld, erst danach ging das Wort in den allgemeinen Gebrauch über. In den 50er und 60er Jahren des 20. Jahrhunderts begann die Erforschung von hortendem Verhalten bei Tieren (Manosevitz und Lindzey 1967). Der Terminus *Horten* (engl. *hoarding*) findet darüber hinaus vor allem im Rahmen der wissenschaftlichen Beschreibung von Zwangserkrankungen Verwendung. In diesem Kontext wird darunter „die Aneignung und das Unterlassen des sich Entledigens von Besitztümern, die



als nutzlos oder von begrenztem Wert erscheinen“ (Frost und Gross 1993, Frost 2001), verstanden. Auf der Basis ihrer Arbeiten propagieren Frost und Hartl 1996, dass *compulsive hoarding*, also zwanghaftes Horten, durch folgende Merkmale definiert werden sollte: „(1) die Aneignung und das Unterlassen des sich Entledigens einer großen Anzahl von Besitztümern, die als nutzlos oder von begrenztem Wert erscheinen; (2) die Wohnräume sind so vollgeräumt, dass in ihnen zweckentsprechende Aktivitäten nicht mehr möglich sind; und (3)“ es besteht „eine bedeutende Sorge und/oder Beeinträchtigung in funktioneller Hinsicht durch das Horten“. Letztere sei auf unterschiedliche Weise möglich: So kann eine außerordentliche Ängstlichkeit darüber bestehen, wenn andere Personen die angehäuften Dinge verrücken oder berühren. Ein Streit mit dem Lebenspartner über die Unordnung kann entstehen. Der Unrat in einer solchen Wohnung kann bei den Familienmitgliedern Krankheiten (z.B. Allergien) hervorrufen. Das Ausführen notwendiger Tätigkeiten wie z.B. Kochen oder auch Rechnungen bezahlen etc. kann unmöglich werden. Ebenso können elterliche Sorgen daraus erwachsen, den Kindern nicht eine ihnen gemäße Umgebung ermöglichen zu können. Angesichts der häuslichen Zustände sind Scham oder ein damit verbundener sozialer Rückzug nicht selten, so dass nicht nur das Arbeiten zu Hause sondern auch das Einladen von Freunden unmöglich werden kann. Zusammenfassend impliziert Horten zunächst ganz allgemein also eine Anhäufung von irgendwelchen Objekten, die durch übermäßige Aneignung und/oder durch unterlassenes Sich Entledigen entsteht.

#### 1.1.4 Exkurs: Sammeln

Ein lohnenswerter Exkurs ist an dieser Stelle der für die Erörterung des Themas wichtige Begriff *Sammeln*. Jeder Mensch weiß, was Sammeln ist. Und jeder kann und macht es. Es ist alltäglich. Menschen sammeln Pilze und Briefmarken, Kastanien und Bücher, Preiselbeeren und Tonträger, Holz und Gemälde. Der *homo collector* (Sommer 2002) scheint von Alters her von einem Sammeltrieb bewegt, ursprünglich um zu überleben, heute – zumindest in den höher entwickelten Kulturen – nicht mehr mit diesem existenzialistischen Impetus. Sommer beschreibt das Sammeln „als natürlichen Vorgang, als ein Geschehen, dem keine Zwecksetzung, keine Absicht, keine Intention zugrunde liegt.“ Er benennt weiter zwei sich unterscheidende Formen des Sammelns: das *akkumulierende Sammeln*, „das einfach möglichst viel Gleiches zusammenträgt“, und das *ästhetische Sammeln*, „welches alles Gleiche, das zusammengetragen wird, von vornherein sorgfältig differenziert durch Beachtung und Betrachtung der Unterschiede, die sich zeigen“. Akumulierendes Sammeln habe einen *ökonomischen* Sinn. Muensterberger (1999) beschreibt den „Ursprung des

Sammeln“ mit einem psychoanalytischen Ansatz: Das fortwährende Suchen sei ein „Kernelement“ der Sammlerpersönlichkeit. „Es ist mit viel tiefer liegenden Wurzeln verknüpft, es erweist sich als Neigung, die aus einer nicht sofort erkennbaren Erinnerung an Entbehrung, Verlust oder Verletzung und einem sich daraus ergebenden Verlangen nach Ersatz herrührt.“ Er definiert Sammeln „einfach als *das Auswählen, Zusammentragen und Aufbewahren von Objekten, die einen subjektiven Wert haben*“. Für die vorliegende Arbeit ist anhand dieser Betrachtungen hauptsächlich folgendes wichtig: Sammeln ist eine den Menschen grundsätzlich ausmachende Eigenschaft. Akkumuliert wird neben allerhand Brauchbarem, Ökonomischem wie Ästhetischem, auch Unbrauchbares, Störendes und Schädliches. Hervorzuheben ist dabei, dass angesammelte Dinge von den sammelnden Personen durchaus völlig anders bewertet werden können als von objektiven Betrachtern (Objektbezogenheit: „die Dinge werden beseelt“, Muensterberger 1999). Bei den in dieser Studie untersuchten Personen fanden sich oftmals auch Anzeichen für ein Sammelverhalten, welches gerade in der begrifflichen Abgrenzung zu Horten schwierig erscheint. *Horten* kann – wenn man nah bei den theoretischen Begriffen bleibt – jedoch am besten *als ökonomisches Sammeln* verstanden werden. Im Gegensatz zum Sammeln als ästhetischem Sammeln, welches im Kunstsammeln zu seiner „reinsten Ausprägung gelangt“ (Sommer 2002), steht also das ökonomische Sammeln, das dem oben erläuterten Konzept des Hortens nahe kommt, auch wenn sich Parallelen hinsichtlich der Objektbindungen ergeben.

## 1.2 Historische Aspekte

Bereits frühe Kliniker und Theoretiker haben Verwahrlosung, Vermüllung bzw. Horten und verwandte Phänomene erwähnt und in ihre Entstehungstheorien bzw. Psychopathologie aufgenommen und bearbeitet. Einige wichtige sollen im Folgenden dargestellt werden.

### 1.2.1 Die „Sammelwuth“ bei Kraepelin

In seinem Psychiatrie-Lehrbuch „für Studierende und Aerzte“ beschreibt Kraepelin 1899 im Kapitel „XII. Die psychopathischen Zustände“ unter anderem „Das impulsive Irresein“. Hierunter versteht er einen Zustand, in dem „der Kranke [...] ohne klaren Beweggrund [handelt], einfach, weil er den unwiderstehlichen Antrieb in sich fühlt“ und setzt diesen mit den im Abschnitt zuvor abgehandelten Zwangshandlungen als Ausdruck des „Zwangsirreseins“ in Verbindung. „Eine sehr ernste Bedeutung gewinnen diese Krankheitszustände jedoch dadurch, dass die aufsteigenden Antriebe ungemein häufig die

Umgebung oder das eigene Leben und Wohlergehen gefährden.“ Nach Kraepelin tritt meist eine bestimmte Richtung dieser krankhaften Antriebe in den Vordergrund: Als „am häufigsten“ werden hier „Brandstiftung“ und als „zweite Hauptrichtung Diebstähle“ genannt. Zu letzteren schreibt er weiter: „Wie es scheint, ist diesen Neigungen die krankhafte Kauflust und *Sammelwuth* nahe verwandt, die sich nicht selten auf ganz wertlose Dinge erstreckt. So gibt es Kranke, welche gewisse Abfälle ihres eigenen Körpers, abgeschnittene Haare, Nägel, Hautschüppchen, Ohrenschmalz, sammeln und in sorgfältiger Verpackung aufbewahren. Bei anderen ist zwar das Ziel dieser Sammelwuth vernünftiger, aber die Leidenschaft derselben führt die Kranken zu gänzlicher Vernachlässigung aller anderen Rücksichten, unter Umständen sogar zum Verbrechen.“ Schließlich referiert Kraepelin über „die häufige Verbindung krankhafter Antriebe mit dem Geschlechtstriebe“ und schlussfolgert: „trotzdem das impulsive Irresein auf Entartung, also auf dauernden Veränderungen der psychischen Persönlichkeit beruht, sehen wir die klinischen Erscheinungen desselben öfters nur während bestimmter Lebensabschnitte, namentlich in den Entwicklungsjahren, hervortreten“. Auch heute lassen sich diese Ausführungen unter anderem deshalb als aktuell beurteilen, da gerade in den letzten Jahren zunehmend der Frage nach Zusammenhängen von Zwangsstörungen und zwanghaftem Einkaufen im Rahmen einer *impulsive control disorder (ICD)* nachgegangen wird (Steketee und Frost 2003).

### 1.2.2 Frühe psychoanalytische Erklärungen hortenden Verhaltens

In seiner Abhandlung „Charakter und Analerotik“ nimmt Freud (1908) an, dass sich der *anale Charakter* im Zusammenkommen von folgenden drei Eigenschaften manifestiert: ordentlich, sparsam und eigensinnig. Freud glaubt, dass diese Charakterzüge in der analen Libido – die ihren Ursprung in der analen erogenen Zone hat – verwurzelt sind, und erklärt sie als Reaktionsbildung oder Sublimierung der Ziele, auf die sich diese anale Libido richtet. Einige Jahre später arbeitet Freud (1913) die spezielle Verknüpfung der Analerotik mit der Zwangsneurose heraus, wonach er die zuvor beschriebene Trias im Sinne einer „Disposition zur Zwangsneurose“ als ein Ergebnis der analen Fixierung darstellt. So ist z.B. für Freud übermäßiges Geldinteresse (etwa das Horten von Geld) Symbol für eine fäkale Retention. Dagegen vermutet Fromm (1947) in seiner Charaktertheorie, dass Dinge anzuschaffen ein Weg ist, wie Menschen mit ihrer Umwelt interagieren. Er schreibt weiter, dass eine *hortende Orientierung* eine von vier Formen von nichtproduktiven Charakteren ist: Diese Personen „schaffen sich ein Gefühl der Sicherheit, indem sie etwas horten und aufbewahren, empfinden es aber als Bedrohung, wenn sie etwas hergeben sollen“. Menschen mit dieser Orientierung

beschreibt Fromm als verschlossen, zwanghaft, misstrauisch, zurückgezogen, pedantisch ordentlich und immer sich um Sauberkeit und Pünktlichkeit sorgend. Diese Überlegungen sind insofern beachtenswert, als dass spätere Psychoanalytiker noch stärker auf die subjektiven Objektbeziehungen eingehen und dabei losgelöster insbesondere von der oben beschriebenen Charakterologie Freuds argumentieren und schließlich psychodynamische Faktoren von sammelndem bzw. hortendem Verhalten ableiten (Winnicott 1953, Arieti 1974, Muensterberger 1999, cf. 1.4.3).

### 1.2.3 *Sammelsucht, Kollektionismus, Sammelmanie(r) und Sammeltrieb*

1968 rückt Dietrich in seinem Beitrag „Über Sammelsucht (Kollektionismus, Collectors Mania)“ anhand der Kasuistik einer Patientin mit einer endogenen Depression nosologisch die *Sammelsucht* in die Nähe der damals so rezipierten „großen drei Monomanien Kleptomanie, Poriomanie und Dipsomanie“, zu denen seiner Meinung nach auch die Leidenschaften, Süchte und Perversionen hinzuzurechnen wären. Dietrich schreibt: „Das Sammeln und Horten erfolgt [...] zwanghaft und panisch. Nutzlose und nützliche, oft widerwärtige und unhygienische Kleidungsstücke, Toiletten- und Gebrauchsgegenstände werden ohne Ordnung gehortet. [...] Angst vor Armut und Not, Geiz, Heimlichkeit und Verschrobenheit sind die wichtigsten Wesensmerkmale der Sammelstüchtigen, die mehr den Sozialfürsorgern als den Psychiatern bekannt sind. Kriminelle Komponenten fehlen der *Sammelmanie* im Gegensatz zu der eng verwandten Kleptomanie.“ Die Sammelsucht der von ihm beschriebenen Patientin ordnet er diagnostisch als Symptom einer Involutionsdepression ein, bei der eine Verarmungsangst resp. später ein Verarmungswahn „das Bindeglied zwischen der am Beginn der Depression stehenden anankastischen Monomanie des Sammelns und den am Ende der Phase stehenden rein depressiven Symptomen“ bildet. Differentialdiagnostisch führt er die Manieren im Rahmen einer „verschrobenen Hebephrenie“ nach Leonhard, eine senile Demenz und eine Psychopathie an.

Leonhard berichtet in seiner Darstellung der „Klinik der systematischen Schizophrenien“ (1995) darüber hinaus von einer *Sammelmanier* im Rahmen einer manierten Katatonie: „Meine Kranken zeigten an Manieren u.a. stereotypen Kniefall, Berühren des Bodens, Berühren anderer Kranker, Körperdrehung vor Durchtritt durch eine Tür, eigenartiger Haltung des Löffels, Weglegen der Gabel zwischen zwei Bissen, Sammeln wertloser Gegenstände, Wegschieben der Steine und Papiere, vom Fußsteig, Verweigerung bestimmter Nahrungsmittel oder Verweigerung des Essens überhaupt bis zur Sondenernährung,

Mutismus, eventuell ersetzt durch Zeichensprache.“ Leonhard konstatiert, dass es bei der manierten Katatonie zu einer zunehmenden Verarmung der unwillkürlichen Motorik im Sinne einer Starrheit in Haltung und Bewegung kommt, wobei Manieren dazukommen, die im Beginn oft mehr hervortreten als die Starrheit. „Im Laufe der Entwicklung engt sich die Motorik mehr und mehr auf die stereotyp festgehaltenen Bewegungsformen ein, der ganze Tagesablauf kann maniert festgelegt werden.“ Diese Schilderung Leonhards scheint von besonderer Bedeutung, da auch in folgenden Studien mehrfach von solchen *repetitiven* Verhaltensmustern bei schizophrenen Patienten berichtet wurde (Luchins 1992, Tracy et al. 1996).

Im „Wörterbuch der Psychiatrie, Psychotherapie und medizinischen Psychologie“ von Peters (1999) findet sich unter dem Eintrag *Sammelsucht* zusammenfassend: dabei handelt es sich „um eine vom Sammeltrieb zu unterscheidende, passionierte Neigung, Gegenstände meist einer bestimmten ästhetischen, wissenschaftlichen oder auch absonderlichen Gattung zu sammeln. Die Sammel sucht kann so beherrschend werden, dass ihr alle anderen Interessen (Geld, Familienbindungen) geopfert werden; viele Sammler, besonders bibliomane, werden zu Dieben.“ Allen Sammlern gemeinsam sei der Wunsch nach Besitz und nach systematischer Ordnung des Besitzes. Im Gegensatz dazu wird *Sammeltrieb* von Peters als „krankhafte Neigung“ beschrieben, „Gegenstände ohne Rücksicht auf ihre Brauchbarkeit einzusammeln und in den Taschen oder an besonderen Orten aufzuheben“. Letztere werde besonders „bei tieferen Schwachsinnformen, bei Alzheimerscher und Pickscher Krankheit, selten auch bei Involutionsdepression“ (Dietrich 1968) beobachtet. Peters schreibt, dass die Kranken gewöhnlich die Gegenstände nach dem Einsammeln vergessen und sie nicht vermissen würden, wenn sie ihnen fortgenommen werden. Eine besondere Form des Sammeltriebes finde sich „bei Kleptomane n und Fetischisten, die sich evtl. große Sammlungen oft gleichartiger Gegenstände anlegen, die einen emotionalen, symbolischen oder erotischen Wert für sie besitzen“. Oft würden, so Peters weiter, „die Gegenstände nicht geordnet, sondern regellos angehäu ft, solange die Wohnung sie fasst“.

#### 1.2.4 *Syndrom oder Symptom?*

Dieser grundsätzlichen Frage hängt nach wie vor eine kontroverse Debatte an. Augenscheinlich hat das gleichzeitige Vorliegen von Symptomen wie häusliche Verwahrlosung, körperliche Vernachlässigung, sozialer Rückzug und Verweigerung von Hilfsangeboten immer wieder zur Konzeptualisierung von Syndromkonstellationen animiert

(cf. 1.3). Und bis heute kaprizieren – ungeachtet der grundsätzlichen nosologischen Problematik – nicht wenige Arbeiten auf diese Konstrukte. Andererseits sprechen eine Vielzahl von Autoren bei Verwahrlosung, Vermüllung oder hortendem Verhalten von Symptomen zugrundeliegender Erkrankungen. Post (1982) sieht in der Zurückgezogenheit und Verwahrlosung älterer Menschen das mögliche Endstadium einer Persönlichkeitsstörung. Snowdon (1987) findet es anhand seiner Beobachtungen „unangebracht, Unsauberkeit als Teil eines Syndroms anzusprechen“; jedoch, so resümiert er, „kann diese zur Erkennung einer Ursache hinführen“. Drummond et al. (1997) sehen ihre Hypothese, dass einige Patienten mit Zwangserkrankungen Symptome wie Selbstverwahrlosung, häusliche Vermüllung und Horten zeigen, anhand der eigenen Untersuchung bestätigt und schlussfolgern mit Blick auf vorangegangene Studien, „dass möglicherweise eine zugrundeliegende OCD in einigen Fällen nicht diagnostiziert wurde“. In einer Übersichtsarbeit resümieren Damecour et al. (1998), dass folgende drei Merkmale in allen von ihnen ausgewerteten Kasuistiken über Personen mit hortendem Verhalten beschrieben wurden: geringe oder fehlende Einsicht (dass das Horten ein Problem darstellen könnte), mangelnde Abwehrmechanismen (gegenüber dem Zwang, Gegenstände anzuhäufen) und eine geringe Motivation, etwas zu ändern, was entsprechend zur Ablehnung einer Behandlung führt. Sicher sind Verwahrlosung, Vermüllung und Horten ihrem Wesen nach diesbezüglich unterschiedlich zu beurteilen. Jedoch ist es wahrscheinlich, bei deren Vorliegen (ob nun isoliert oder in Kombination mit anderen Kennzeichen) von einer zugrundeliegenden Erkrankung auszugehen – auch das ein Punkt, der anhand der hier vorliegenden Untersuchung diskutiert werden wird.

### **1.3 Überblick über bisherige Konzepte**

Im Folgenden sollen wichtige Konzepte der bisherigen Forschung insbesondere unter ätiopathogenetischen Gesichtspunkten dargestellt werden.

#### **1.3.1 Das „Diogenes-Syndrom“**

Bei älteren Menschen, die mit einer akuten Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes einer medizinischen Institution bekannt werden, weist der Aspekt der äußerlichen Verwahrlosung nicht selten auf das Vorliegen von mehr oder weniger stark ausgeprägter häuslicher Verwahrlosung und Vermüllung hin. Bereits 1966 haben Macmillan und Shaw in ihrer Arbeit den „*senile breakdown in standards of personal an environmental cleanliness*“ bei alten alleinstehenden Frauen bzw. Männern und auch Paaren beschrieben. Clark,

Mankikar und Gray führen 1975 den Terminus *Diogenes syndrome* in Analogie zu dem griechischen Philosophen Diogenes von Sinope (ca. 410 – 320 v. Chr.) ein<sup>1</sup>. Anhand ihrer Untersuchung von 30 verwahrlosten älteren Menschen propagieren sie folgende gemeinsame Merkmale als Ausdruck eines eigenständigen Syndroms: häusliche und persönliche Verwahrlosung und Vermüllung, eine ablehnende Haltung gegenüber Hilfsangeboten, darüber hinaus hatten testpsychologische Untersuchungen bei den 15 Kooperierenden eine eher überdurchschnittliche Intelligenz ergeben. Überdies waren alle Untersuchten bereits zuvor den Sozialdiensten bekannt, außerdem war bei allen eine plötzliche medizinische Hilfsbedürftigkeit (zumeist Sturz und Kollaps) aufgetreten. Clark et al. bieten zwei Erklärungsmöglichkeiten an: Einerseits könnten bestimmte Personen schon ihr Leben lang wenig Wert auf Körperpflege oder häusliche Sauberkeit gelegt haben, Zustände also, die sich durch Krankheit und Alter schließlich verkomplizieren könnten. Andererseits vermuten sie eine Personengruppe mit prädisponierenden Charaktermerkmalen, die sich bei Belastungssituationen zurückziehen und die eigene Hilfsbedürftigkeit im Sinne eines Abwehrmechanismus verleugnen. Im früheren Leben waren bei den von ihnen Untersuchten meist eine solide berufliche Situation sowie ein guter familiärer und sozialer Hintergrund nachweisbar gewesen. Für Clark et al. ist schließlich der Verlust sozialer Kontakte aus Beruf oder Familie die ausschlaggebende Erklärung für die Verwahrlosung.

Bis heute basieren etliche Arbeiten auf diesem Modell. Klosterkötter und Peters übernehmen es 1985 an Hand zweier eigener Fallbeschreibungen in die deutsche Literatur, weil sie bei Verwahrlosten eine „aktive, soziokulturelle Verweigerungshaltung“ zu erkennen glauben. Jedoch geben auch sie zu bedenken, dass ausgehend von den „Lebensstileinbrüchen älterer Menschen selbst mit der Anspielung auf die Hippiebewegung [...] noch keineswegs die Annahme einer ‚alternativen Lebensform der Alten‘ mit kulturkritischem Motiv“

---

<sup>1</sup> Die auch als „hündische Philosophen“ in die Analen eingegangenen Kyniker, deren berühmtester Vertreter jener Diogenes von Sinope war, erhoben die Einfachheit zu ihrer höchsten Tugend. Sie sahen in der animalischen Existenz eine für den Menschen höchstens annäherungsweise zu erreichende Autarkie. Diogenes selbst hatte sein philosophisches Erweckungserlebnis mit einer Maus, die ihn lehrte, dass die Unabhängigkeit von Luxusgütern angstfrei macht. Obgleich nicht hundertprozentig historisch belegt, so ist in unseren Zeiten hinlänglich bekannt, dass eine Tonne (eigentlich wahrscheinlich eine Amphore) dem Diogenes als Behausung diente. Außer dieser konnte er nur noch einen Ledersack und einen Trinkbecher sein Eigen nennen, wobei sich ihm auch letzterer bald als überflüssig erwies. Nämlich einmal, als er ein Kind aus den Händen trinken sah, schleuderte er ihn fort mit den Worten: „Ein kleines Kind übertrumpft mich in der Anspruchslosigkeit“ (Steinmann 1999).

angenommen werden dürfe. Indessen besteht hinsichtlich der Ätiologie Konsens, dass mindestens die Hälfte der Betroffenen eine psychiatrische Erkrankung hat (Macmillan und Shaw 1966, Clark et al. 1975, Snowden 1987, Wrigley und Cooney 1992). Wrigley und Cooney beschreiben 1992 zusammenlebende Paare, in welchen beide Partner die Kriterien des Syndroms erfüllen. Cole et al. (1992) prägen den Terminus *Diogenes à deux*<sup>2</sup>: durch eine an einem Diogenes-Syndrom erkrankte Person wird ein ebensolches bei Angehörigen (z.B. Ehepartnern) induziert; jedoch, so resümieren sie, zeigten beide von ihnen untersuchte Partner „ungewöhnliche Persönlichkeiten“, so dass „möglicherweise Krankheit, Isolation und Alkoholabusus zur Verwahrlosung jedes Partners [auch] unabhängig voneinander geführt haben“ könnten. O'Mahony und Evans beschreiben 1994 einen Fall von *Diogenes syndrome by proxy*: Bei einer 81 Jahre alten Frau wird nach einem Sturz und folgender Bettlägerigkeit während der stationären Abklärung und Behandlung offensichtlich, dass ihre Immobilität durch die Blockierung des Weges von ihrem Bett zum Bad durch Stapel aus Zeitungspapier und Pappe verschlimmert worden war. Zu dieser Situation war es gekommen, nach dem ihre Tochter aus der eigenen Wohnung in die 2-Raum-Wohnung der Patientin gezogen war. Die Tochter hatte bereits seit über 20 Jahren Müll gehortet, zuletzt in solchem Ausmaß, dass ihre eigene Wohnung unbewohnbar geworden war. Das hatte diese dazu veranlasst, bei ihrer Mutter einzuziehen. Eine Einsicht bezüglich ihres Problems hatte die Tochter nicht, sie betrachtete das Horten als vernünftiges Verhalten. In Analogie zum Münchhausen-Syndrom by proxy (auch Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom) wird das *Diogenes-Syndrom by proxy* konzeptualisiert und geschlussfolgert, dass insbesondere sehr junge oder ältere Angehörige von Patienten mit dokumentiertem oder vermutetem Diogenes-Syndrom ein erhöhtes Risiko für ein solches Syndrom haben, insbesondere wenn die Patienten allein leben. Waren zusammenfassend bis dato zumeist demenzielle und psychotische Erkrankungen als mit dem Diogenes-Syndrom assoziiert gesehen worden (Cooney und Hamid 1995), so stellen Grignon et al. 1999 erstmals eine Kasuistik einer Patientin mit Diogenes-Syndrom und einer Zwangsstörung vor. 2000 operationalisieren Halliday et al. die Kriterien des Diogenes-Syndroms wie folgt: häusliche Verwahrlosung, Selbstverwahrlosung, allein lebend, irgend ein Anhalt für Horten und eine mangelnde Realisierung des Zustands ihrer Wohnung. 18 (22 %) Personen ihrer Studienpopulation erfüllten diese fünf Kriterien; jedoch bei Hinzufügen eines sechsten Merkmals, namentlich das Fehlen einer psychischen Erkrankung (wie von Clark et

---

<sup>2</sup> Bereits Macmillan und Shaw hatten 1966 im Fall von „geteilter Selbstverwahrlosung“ bei Paaren auf mögliche Parallelen zur *folie à deux* (sogenanntes induziertes Irresein) hingewiesen.



al. 1975 bereits vorgeschlagen), erfüllten nur vier Personen (5 %) die Kriterien für ein Diogenes-Syndrom. Schlussfolgernd bemerken Halliday et al., dass für die meisten von ihnen untersuchten Personen diese Syndromkonstellation nicht zutreffend war.

Obwohl von der Mehrheit der Autoren bereits auf die terminologischen Schwierigkeiten hingewiesen wurde, findet der Terminus Diogenes-Syndrom – nicht zuletzt als Schlüsselwort bei der Literatursuche in den Datenbanken – nach wie vor Verwendung. Auf andere und daher in dieser Hinsicht relevante Termini wurde aus verschiedenen Blickwinkeln heraus wiederholt ausgewichen: *social breakdown syndrome in the elderly* (Radebaugh et al. 1987, Ungvari und Hantz 1991), *gross self-neglect in old age* und *Plyushkin's syndrome* nach einem betroffenen russischen Aristokraten (Cybulska 1986 und 1998), *senile squalor syndrome* (Shah 1990 und 1995, Clark 1998 und 1999), *squalor syndrome* (Shaw und Shah 1996, Snowdon 1997) – um nur einige zu nennen. Zweifellos gehörte Diogenes von Sinope als Namensgeber für das so bezeichnete Krankheitsbild aber nicht zu einem Personenkreis, der wie die in der hier vorliegenden Arbeit untersuchten Personen an erheblicher physischer und vor allen Dingen sozialer Verwahrlosung litt und dem man ein Zuviel an Materie und noch dazu eine Unordnung in derselben attestieren könnte. So ist diese Krankheitsbezeichnung nicht nur missverständlich sondern auch zu Unrecht eingeführt worden und sollte mehr aus historischem Interesse als unter dem Aspekt klinischer Nutzbarkeit betrachtet werden. In den folgenden Ausführungen wird daher gänzlich darauf verzichtet.

### 1.3.2 Das Vermüllungssyndrom

Der Terminus *Vermüllungssyndrom* wurde 1985 von dem Hamburger Psychiater Dettmering in Ermangelung eines anderen Begriffes eingeführt und seither in fast allen deutschen Arbeiten verwendet (Hofmann 1991, Pastenaci 1993, Guindon 1996, Renelt 1999, Jürgens 2000, Dettmering und Pastenaci 2002, Faust 2003): „Es handelt sich um die gemeinsame Endstrecke verschiedener biographischer Entgleisungen und wird sowohl bei älteren wie bei jungen Menschen angetroffen, immer jedoch bei alleinstehenden Personen, die wenig Kontakte mit der Außenwelt haben. So wie es Wohnungen von psychisch Gestörten gibt, die den Besucher durch ihre pathologische Leere erschrecken, sind dies umgekehrt Wohnungen mit einem pathologischen Zuviel, wodurch sie unbewohnbar zu werden drohen. [...] Charakteristisch für die Wohnungsinhaber ist, dass sie außerhalb ihrer vier Wände in der Regel unauffällig wirken [und] allenfalls (bei älteren Patienten) eine diskrete hirnorganische Symptomatik oder (bei jüngeren) einen diskret alternativen Einschlag erkennen lassen.“

Dettmering beschreibt drei Formen von Vermüllung (cf. 1.1.2). Er findet eine psychoanalytische Erklärung für derartige Entwicklungen, indem Betroffene es nicht gelernt haben, eine stabile Objektbeziehung als Kind erlernt zu haben. Ausgehend von Dettmerings Erfahrungen kristallisieren sich für ihn „zwei Patientengruppen heraus, die sich hinsichtlich ihres Manifestationsalters unterscheiden: ältere Patienten jenseits der Fünfzig, die mit einem Partnerverlust nicht fertig werden [...] und junge Patienten zwischen Zwanzig und Dreißig, die sich zu früh verselbstständigt haben, etwa aus Protest gegen ihr Elternhaus, und offensichtlich mit der Instandhaltung einer Wohnung überfordert sind“. Man könne in beiden Fällen den sich in den Wohnungen ausbreitenden Müll als gegenständliche Entsprechung zu der Trauer- und Trennungsarbeit auffassen.

Hofmann begründet 1991 basierend auf der Arbeit von Dettmering das Vermüllungssyndrom mit den Merkmalen „Anhäufung von wertlosen Gegenständen, sperrigem Gut, Unrat, Dreck oder Müll in Wohnung, Haus oder Garten und ausgeprägten Rückzugstendenzen in Verbindung mit fehlendem Hilfsucheverhalten“. Außerdem beschreibt er neben zwei verschiedenen Wohnungstypen („Müllhaldenwohnungen und Fuchs- oder Maulwurfwohnungen“) „fünf nosologisch orientierte Untergruppen des Vermüllungssyndroms“: „körperlich Hilfs- und Pflegebedürftige, Alkoholranke, demente Betroffene, Personen mit endogenen Psychosen und Verwahrloste mit Neurosen, Persönlichkeitsstörungen oder charakterlichen Besonderheiten“.

1993 fasst Pastenaci die Ergebnisse ihrer Studie über 30 Personen mit Vermüllungssyndrom wie folgt zusammen: die Vermüllung sei „nicht lediglich eine Form der Verwahrlosung, sondern ein psychiatrisch relevantes Krankheitsbild (Syndrom)“. Die Erkrankung zeige folgende charakteristische Merkmale: soziale Isolierung, Müll als Entlastung von seelischer Problematik und Panikreaktion bei Entmüllung. Anhand ihrer statistischen Auswertung konstatiert Pastenaci, dass bei 50 % von den 30 von ihr untersuchten Personen erhebliche traumatische Ereignisse (z.B. Todesfälle) in der Lebensgeschichte zu verzeichnen waren, die ihrer Ansicht nach „als Auslöser für die Vermüllungssymptomatik anzusehen sind“. Der gehortete Müll wird, so Pastenaci, zu einem symbolischen Ersatz für einen lebenswichtigen Verlust, z.B. einen verlorenen Angehörigen. Daher wird auch auf ein „vermeintliches Hilfsangebot, den Müll zu entfernen, mit Panik reagiert. Ihre These könne auch erklären, „warum die Patienten gerade Müll zum Objekt ihrer Sammelleidenschaft wählen. Es ist ihnen an einem Prozess der symbolischen Verlebendigung toten oder unbrauchbaren Materials gelegen. Die Zurücknahme von solchen weggeworfenen und ‚bestatteten‘ Objekten in den Wohnbereich bedeutet in diesem Falle eine Verlebendigung, eine symbolische Aufhebung des

Verfallsprozesses“. Entsprechend sind „die Patienten keineswegs der Meinung [...], sie sammelten Müll und Unbrauchbares. Für sie handelt es sich um wertvolle Objekte, die einmal wieder sehr nützlich sein könnten.“ Insgesamt geht Pastenaci bei psychisch Kranken mit einem Vermüllungssyndrom von einer „alloplastischen Störung“ aus: „Die häusliche Umwelt wird verändert. Die Vermüllung ist lebens einschränkend und lebensgefährdend, wenn Herd, Bett, Waschgelegenheiten und die Toilette durch die Anhäufung des Mülls nicht mehr benutzbar sind.“

Guindon stellt in ihrer Untersuchung von fünf Personen mit Vermüllungssyndrom 1996 fest, dass finanzielle Not, körperliche und geistige Schwäche bzw. Krankheit oder ein Mangel an Hilfspersonen keine Ursachen dieses komplexen Verhaltens seien. Jedoch könnten eine abnorme Entwicklung und bestimmte Merkmale in der Primärpersönlichkeit dazu führen. Eine depressive Symptomatik betrachtet sie allenfalls als situationsadäquat im Falle nicht freiwilliger Krankenhauseinweisung von Vermüllungspatienten, nicht aber als Kausalität. Entsprechend plädiert sie dafür, behördlich angeordnete stationäre Einweisungen zu umgehen und ambulante Hilfen „zunächst gründlich, phantasievoll und ausdauernd auszuschöpfen“. Vorrangiges Ziel solle dabei immer sein, dass die Betroffenen in ihren Wohnungen verbleiben oder in sie zurückkehren können. Insbesondere sei dabei die „tragfähige persönliche Beziehung zu dem vormundschaftsgerichtlich bestellten Betreuer“ eine wichtige Voraussetzung für eine nachhaltige Besserung der Lebensbedingungen.

Renelt stellt 1999 fünf weitere Kasuistiken mit einem Vermüllungssyndrom vor, deren Hauptsymptomatik sie mit den folgenden Punkten beschreibt: „häusliche und persönliche Verwahrlosung, häusliches Horten von Unrat und gekauften oder gesammelten Gegenständen, sozialer Rückzug und Isolation, Verweigerung der Annahme von Hilfe, Nichtanerkennen der offenkundigen Verwahrlosung“. Es habe sich während der stationären Behandlung „keine der Differentialdiagnosen Demenz [...], Psychose, Sucht, Depression oder klassische Zwangserkrankung usw. als Ursache“ ergeben. Wie bereits frühere Autoren (Pastenaci 1993, Guindon 1996) fasst Renelt psychodynamisch das Sammeln und die Beschäftigung mit den gesammelten Dingen als „Symbol und Substrat einer indirekten Kontaktaufnahme mit der Außenwelt“ auf. Jedoch sieht sie in dem Sammeln „ein kreatives Interesse an der Umgebung“, welches „ein Gefühl ungetrübter Hoffnung“ unterhalte, dass „irgendwann alles zu ordnen und – auch in Gemeinschaft mit anderen – verwendbar sei, statt nur Bollwerk gegen die Außenwelt zu bedeuten“.

Jürgens stellt 2000 eine Kasuistik einer jungen Patientin mit einem Vermüllungssyndrom vor. Als psychopathologisch vorherrschendes Phänomen beschreibt sie eine „Sammelsucht mit gleichzeitig sich entwickelnder und zunehmender Agoraphobie“, da die Patientin sowohl zuvor die Wohnung als auch während des Krankenhausaufenthalts die Station nicht verlassen konnte und „unmittelbar vor solchen Situationen heftigste vegetative Symptome“ zeigte. Darüber hinaus fanden sich laut Jürgens bei der Patientin auch „eine Vernachlässigung von Körper und persönlichem Lebensraum im Sinne von Verwahrlosungstendenzen, autistischem Rückzug und sozialer Isolation sowie Verweigerung jeder hilfreich gemeinten Intervention“. Zusammenfassend kommt Jürgens zu der psychodynamischen Erklärung, dass bei der Patientin die frühe Blindheit und der Krankenhausaufenthalt im Säuglingsalter einen „Hospitalismus bzw. eine Deprivation bei Abwesenheit der Mutter, verstärkt durch deren emotionale Ablehnung,“ gefördert haben, desgleichen hatte der Vater irgendwann jegliche Kontaktaufnahme zur Tochter verweigert. In dieser Traumatisierung sieht Jürgens – wie auch schon Dettmering 1985 und Pastenaci 1993 – den „Auslöser der Vermüllung“. Im Rahmen eines „magischen Transformationsprozesses“, wobei die Patientin ihre Exkremente als „bewundernswerte, ordentliche, saubere Objekte“ ansah, anamnestisch ihren toten Fötus eine Zeit lang aufbewahrt hatte und „auch den Müll auf Station ständig in den Krankenhaushygienetüchern eingewickelt hatte“, sei es der Patientin gelungen, „den Müll zum Selbstobjekt zu transformieren, der ihre Aktivität kanalisierte, und durch den sie eine beruhigende Beziehung erfuhr“. Insgesamt geht Jürgens von einem eigenständigen Krankheitsbild aus.

### 1.3.3 Horten bei Zwangsstörungen und anderen Erkrankungen

Hortendes Verhalten ist im Gegensatz zu normalem Sammeln als pathologisches Symptom konzeptualisiert (Stein et al. 1999). So wird Horten gegenwärtig als Symptom von Zwangserkrankungen (*obsessive-compulsive disorder, OCD*) und anankastischen Persönlichkeitsstörungen (*obsessive-compulsive personality disorder, OCPD*) klassifiziert (DSM IV der APA 1994)<sup>3</sup>. Frühe psychoanalytisch orientierte Theoretiker stellten die später so bezeichneten OCD und OCPD im Kontext des analen Charakters dar (cf. Punkt 1.2.2). Neuere Untersuchungen zeigen, dass diese Erkrankungen mit anderen Störungen, wie z.B.

---

<sup>3</sup> In der ICD-10 dagegen wird Horten unter den genannten Erkrankungen nicht explizit aufgeführt (WHO: ICD-10, GM, 2004).

dem Gilles-de-la-Tourette-Syndrom (Zhang et al. 2002), der Trichotillomanie (Stein et al. 1999), pathologischem Spielen (Frost et al. 2001), dem Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHD, Moll et al. 2000, Hartl et al. 2005), Essstörungen (Frankenburg 1984) und dem Prader-Willi-Syndrom (Dykens und Shah 2003), diverse Gemeinsamkeiten – etwa das zwanghafte Horten – aufweisen (Stein et al. 1999, Maier 2004). Darüber hinaus kann hortendes Verhalten auch bei einer Vielzahl anderer Erkrankungen auftreten (Greenberg et al. 1990).

Eine generelle Prävalenz von hortendem Verhalten ist nicht bekannt. Bei den an OCD Erkrankten wird eine Sammeltätigkeit mit einer Häufigkeit von 20 – 30 % angegeben (Frost et al. 1996). In seiner Untersuchung von vier zwanghaft Hortenden fand Greenberg (1987), dass alle damit in ihrem 3. Lebensjahrzehnt begonnen hatten. Frost und Gross (1993) dagegen berichteten, dass das typische Alter des Beginns von hortendem Verhalten die Kindheit und Adoleszenz war; außerdem fanden sie mehr betroffene Frauen (78 %) als Männer (22 %). Auch Hogstel (1993) berichtete, dass Horten bei älteren Menschen häufiger bei Frauen aufträte.

Stein et al. fassen 1999 die ätiopathogenetische Faktoren wie folgt zusammen: Unter *psychodynamischen Faktoren* subsumieren sie die gestörte Entwicklung einer stabilen Objektbeziehung. Die *kognitiv-behavioralen Faktoren* orientieren sich unter anderem an dem *Kognitiv-behavioralen Modell* von Frost und Hartl (1996), welches zwanghaftes Sammeln anhand von vier Defiziten charakterisiert: Defizite der Informationsverarbeitung<sup>4</sup>, Problemen mit der emotionalen Bindung an die Gegenstände, Defizite auf der Verhaltensebene (Vermeiden von Wegwerfen, Vermeiden von Sortieren) und Problemen mit Überzeugungen vom Wesen der Besitztümer. Als *soziokulturelle Faktoren* nennen Stein et al. Verlusterlebnisse und Extremtraumatisierung. So hatte Greenberg (1987) mehrere Personen mit hortendem Verhalten untersucht, die Holocaust-Überlebende waren, und bemerkt, dass diese Menschen möglicherweise deswegen damit fortfahren, Essen zu sammeln oder mit Brot unter dem Kopfkissen zu schlafen. Schließlich nennen Stein et al. noch mögliche *neurobiologische Faktoren* für sammelndes Verhalten und führen darunter eine genetische Komponente mit Verweis auf andere Spezies (Manosevitz und Lindzey 1967), bestimmte

---

<sup>4</sup> Frost und Hartl beschreiben drei Typen von Informationsverarbeitungsdefiziten bei Personen mit zwanghaftem Horten: Schwierigkeiten bei der Entscheidungsfindung, Probleme mit der Kategorisierung und Organisation von Informationen und Gedächtnisdefizite (Frost und Hartl 1996).

neuroanatomische Areale (cf. Volle et al. 2002) und neurochemische Faktoren (cf. Saxena et al. 2004) an.

In jüngster Zeit hat sich vor allem die bereits mehrfach erwähnte Arbeitsgruppe um Frost immer wieder durch ausgezeichnete Untersuchungen bemüht, hortendes Verhalten aus den verschiedensten Blickwinkeln heraus systematisch zu analysieren (cf. 1.1.3), mit eigens entwickelten Skalen zu messen und therapeutische Interventionsmodelle zu entwerfen. Abschließend sollen daher kurz die von Frost und Mitarbeitern entworfenen Messinstrumente und vorgeschlagenen Therapieoptionen vorgestellt werden: Zurückliegende Forschungsarbeiten zum Messen von Horten beruhten zumeist auf unsystematischen Beschreibungen (Frankenburg 1984, Greenberg 1987) oder ja-/ nein- Antworten zu zwei Items auf der Yale Brown Obsessive Compulsive Inventory checklist (Black et al. 1998, Calamari et al. 1999, Summerfeldt et al. 1999). Diese Indizes für hortendes Verhalten, so resümieren Frost et al. 2004, seien jedoch nicht validiert worden und „nicht komplett genug für das suffiziente Messen dieses komplexen Problems“. Bereits 1993 hatten Frost und Gross eine 22 Items enthaltende *Hoarding Scale* entwickelt; dieses Messinstrument wurde schließlich zu einer 24 Items enthaltenden Skala erweitert (Frost et al. 1998)<sup>5</sup>. Obwohl für die *Hoarding Scale* eine exzellente interne Reliabilität und auch Validität in mehreren Studien nachgewiesen werden konnte (Frost und Gross 1993, Frost mit verschiedenen Mitarbeitern 1995, 1996, 1998, 2000 und 2002), wurde sie schließlich dennoch aus verschiedenen Gründen als begrenzt repräsentativ und aussagefähig für die verschiedenen Probleme im Zusammenhang mit hortendem Verhalten erachtet (Frost et al. 2004). Ausgehend von dieser Vorarbeit entwickelten Frost et al. ein neues Messinstrument, welches alle das Horten definierenden Merkmale – also die Aneignung von Besitztümern, die Schwierigkeiten beim sich Entledigen von Besitztümern und die Unordnung, welche die normale Benutzung der Wohnung verhindert – und die Sorge und Beeinträchtigung im Zusammenhang mit den Symptomen als den Faktoren für klinisch signifikantes Horten erfasst. Die *Saving Inventory-Revised (SI-R)* beinhaltet 26 Fragen in einem Selbstratingformat entsprechend des Likert-Typs von 0 bis 4. Zwei Items wurden in Anlehnung an die Y-BOCS (Yale-Brown Obsessive

---

<sup>5</sup> Die Items der *Hoarding Scale* messen die Zustimmung zu Fragen hinsichtlich Problemen mit dem Wegwerfen, emotionalen Reaktionen infolge des Wegwerfens von Dingen, Problemen mit der Entscheidung, sich überhaupt von etwas zu entledigen, dem seltenen Gebrauch der gesammelten Dinge, den Sorgen darüber, dass weggeworfene Dinge in der Zukunft wieder gebraucht werden könnten, und den emotionalen Bindungen an die Gegenstände (Frost et al. 1998).

Compulsive Scale, Goodman et al. 1989) gebildet. Durch vier Studien an insgesamt 323 Personen konnte die SI-R als reliables und valides Messverfahren für zwanghaftes Horten etabliert werden (Frost et al. 2004). Die Autoren benennen schließlich die Selbstbeurteilung der Art und der Ausprägung des Hortens als Problem, dem Aufmerksamkeit in weiteren Studien gewidmet werden müsse.

#### 1.3.4 Das „Messie-Phänomen“

Im Kontext der vorliegenden Arbeit finden sich Überschneidungen mit dem in den letzten Jahren viel gebrauchten Begriff des „Messie-Seins“ (*mess* engl.: Durcheinander, Unordnung), der besonders in populärwissenschaftlichen Medien immer größere Beachtung findet: Betroffene leiden unter massiven Problemen mit der Organisation von Raum und Zeit, die mit zwanghaft empfundener Sammelwut, der Unfähigkeit, das Gesammelte zu ordnen oder wegzuerwerfen, konsekutiver Scham und sozialer Isolierung einhergeht.

Den Begriff prägte die US-Amerikanerin Felton. Nach eigenen Angaben hat Felton selbst jahrelang unter einem Organisationsproblem gelitten. Aus ihren persönlichen Erfahrungen heraus begann sie in den 1980er Jahren für ähnlich betroffene, vorrangig unordentliche und unorganisierte Frauen Seminare durchzuführen und Vorträge zu halten. Sie gründete eine Selbsthilfeorganisation namens *Messies Anonymus* und leitet diese seither zusammen mit anderen Frauen. Den Ansatz von *Messies Anonymus* übernahmen Mitte der 1990er Jahre auch Selbsthilfegruppen in Deutschland. Diese Selbsthilfegruppen organisieren sich nach dem Prinzip der Anonymen Alkoholiker (Felton 1994).

In jüngster Zeit erfährt das Messie-Phänomen darüber hinaus auch eine wissenschaftlich fundierte Deskription. 2000 veröffentlichte Steins eine Untersuchung zur Beschreibung einer *Desorganisationsproblematik*. Dafür verteilte sie für in erster Studie 500 Fragebögen<sup>6</sup> an verschiedene Selbsthilfegruppen der Anonymen Messies und auf Messie-Kongressen in verschiedenen deutschen Städten. Nach Auswertung von 142 beantworteten Fragebögen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe von 40 Personen resümiert Steins, dass die Studie keine eindeutig kennzeichnenden Merkmale für die Desorganisationsproblematik ergab. Es sei

---

<sup>6</sup> Der Fragebogen enthielt 10 Items zur Erfassung von zwanghaftem Horten und Sammeln, verschiedene Items zur Erfassung des subjektiven Erlebens von Ordnung und Unordnung, Fragen zur Beeinträchtigung in unterschiedlichen Lebensbereichen sowie bezüglich des Verlaufs und Fragen zu Kindheitserfahrungen (Steins 2000).

fraglich, „ob Messies immer an einem äußerlich erkennbaren Chaos zu identifizieren sind“. Die „Vermüllung als offensichtlichstes Symptom des Messie-Seins“ stelle offenbar kein notwendiges Kennzeichen für das Phänomen dar. Steins fällt auf, dass bei vielen Befragten zusätzliche psychische Störungen vorlagen: „sehr häufig eine Depression, Essstörungen, Angststörungen und Probleme mit Suchtmitteln“. Dabei ließe sich allerdings nicht klären, „ob diese psychischen Störungen eine Primär- oder Sekundärproblematik“ darstellten; so könne eine Depression sowohl von einer Desorganisationsproblematik begleitet als auch ihre Folge sein. Letztere sollten innerhalb der zweiten Studie als „Aspekte der Komorbidität (Depression und Essstörungen)“ genauer herausgearbeitet werden (Steins 2000). Von 40 hierzu an Messie-Selbsthilfegruppen verschickten Fragebögen flossen schließlich 30 in die Auswertung ein. Verschiedene Vergleichsgruppen für die Daten zur Depression und der Essproblematik wurden gematcht. Die Befragten wurden nach dem „Ausmaß der Beeinträchtigung durch ihr Messie-Sein“ anhand einer 11-Punkte Skala befragt, außerdem mittels weiterer Skalen „zur Erfassung der Depressionsstärke und der Wahrscheinlichkeit des Vorliegens einer Essstörung“ (z.B. Depressionsinventar nach Beck). Die Ergebnisse dieser Studie zeigten schließlich auf, dass Personen mit einer Desorganisationsproblematik erhöhte Depressionswerte aufwiesen, dabei waren keine geschlechtsspezifischen Unterschiede zu erkennen. Außerdem ergaben sich Hinweise auf das Vorliegen einer Essproblematik bei der Messie-Gruppe. Die ermittelten Daten könnten darauf hinweisen, „dass es eine grundlegende Gemeinsamkeit zwischen den Störungen geben könnte“. Die „Schnittmenge“ zwischen den Komponenten Desorganisationsproblematik, Depression und Essstörung – so fasst Steins hier zusammen – sei scheinbar eine „mangelnde Kontrollerfahrung hinsichtlich der Alltagsgestaltung“.

Steins hat darüber hinaus mit einer Monographie (2003) und einer „Interventionsfallstudie zum Messie-Phänomen“ (Hrsg. mit Gerger et al., 2004) weitere Beschreibungen zur Desorganisationsproblematik vorgelegt. Das Messie-Phänomen ist, wenngleich bisher hauptsächlich aus sozialpsychologischer Perspektive betrachtet und in nach wie vor geringem Umfang untersucht, auch für die vorliegende Arbeit interessant, da sich Parallelen zu Verwahrlosung, Vermüllung und insbesondere Horten z.B. hinsichtlich psychodynamischer Faktoren, der Komorbidität und therapeutischer Möglichkeiten ergeben.



## **1.4 Therapeutische Ansätze**

Viele Untersuchungen sprechen dafür, dass therapeutische Interventionen auf die zugrunde liegenden Störungen abzielen und entsprechend variieren sollten (cf. Shah 1995, Stein et al. 1999, Halliday et al. 2000, Barocka et al. 2004).

Wissenschaftlich bis heute am besten untersucht sind die Therapieoptionen zur Behandlung von Horten im Rahmen von Zwangserkrankungen: Selektive Serotoninwiederaufnahme-Inhibitoren (SSRI) und verhaltenstherapeutische Methoden sind zwar etablierte Strategien zur Behandlung von Zwangserkrankungen (Stein et al. 1999), ob diese jedoch bei Vorliegen von zwanghaftem Horten tatsächlich zu einer Besserung führen, wird von verschiedenen Autoren unterschiedlich bewertet (Steketee und Frost 2003). So zeigten SSRI in mehreren Studien keinen wesentlichen Einfluss auf hortendes Verhalten (Black et al. 1998, Mataix-Cols et al. 1999, Winsberg et al. 1999). Basierend auf dem kognitiv-behavioralen Modell von Frost und Hartl (1996, cf. 1.3.3) konnte dagegen in verschiedenen Untersuchungen an Personen mit zwanghaftem Horten gezeigt werden, dass sich verhaltenstherapeutische Techniken günstig auswirkten (Hartl und Frost 1999, Frost und Hunt 2000, Cermele et al. 2001). Verallgemeinernde Schlussfolgerungen sind jedoch verfrüht, da SSRI bisher nicht an primär hortenden Personen untersucht wurden und die bisherigen Studien zu spezifischen verhaltenstherapeutischen Methoden unkontrolliert waren (Steketee und Frost 2003).

Pharmakotherapeutische, psychotherapeutische und soziotherapeutische Verfahren, die üblicherweise auch bei schizophrenen und affektiven Psychosen, Demenzen und anderen Erkrankungen Verwendung finden, könnten auch zur Behandlung von Verwahrlosung, Vermüllung und Horten im Rahmen dieser Erkrankungen dienen (Stein et al. 1999). Aussagefähige Untersuchungen dazu liegen jedoch bislang nicht vor.

## **1.5 Fragestellung und Ziel der Arbeit**

Die vorliegende Studie hatte zum Ziel, die Häufigkeit, die Zusammenhänge zwischen Auftreten von Verwahrlosung, Vermüllung resp. Horten und psychischen Erkrankungen und die Art und Effektivität der eingesetzten Hilfen bei untersuchten Menschen im Stadtgebiet von Halle/Saale aufzuzeigen. Insbesondere sollte mittels einer katamnestic Nachuntersuchung betrachtet werden, wie sich entsprechende Phänomene weiter entwickelten.

## **2 Material und Methodik**

### **2.1 Auswahl der untersuchten Personen**

Für die vorliegende Studie wurden in einem Beobachtungszeitraum von zwei Jahren 35 Personen untersucht, die in verwahrlosten oder vermüllten Wohnungen lebten oder von denen hortendes Verhalten bekannt war. Die Datenerhebung fand dabei in Zusammenarbeit mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst am Gesundheitsamt der Stadt Halle (Saale) und der Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg statt. Letztere ist neben dem Psychiatrischen Krankenhaus Halle (Saale) eine von zwei angesiedelten Kliniken, die mit insgesamt 180 Betten die stationäre Vollversorgung für die Stadt Halle (ca. 250000 Einwohner) übernehmen. Durch die flächendeckende Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes an drei Standorten in unterschiedlichen Wohngebieten wurde mit dieser Untersuchung eine umfassende Erhebung für die innerhalb von zwei Jahren bekannt gewordenen Fälle im Stadtgebiet Halles angestrebt (Brieger 2001). Dabei wurden die untersuchten Personen ausschließlich über das psychiatrische Versorgungssystem rekrutiert. Einschlusskriterien waren das tatsächliche Vorliegen einer verwahrlosten oder vermüllten Wohnung oder von hortendem Verhalten bzw. deutliche Hinweise auf solche häuslichen Zustände in den uns verfügbaren Informationen.

### **2.2 Methodik**

Die Rekrutierung erfolgte mit Hilfe der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes oder der Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Dafür wurden dem Untersucher bei regelmäßigen Teilnahmen an den wöchentlichen Beratungen im Sozialpsychiatrischen Dienst oder durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Klinik die betreffenden Personen und ihre Wohn- und Lebensverhältnisse vorgestellt. Nach Einsicht in die vorliegenden Akten erfolgte anschließend die häusliche Kontaktaufnahme. Um eine schriftliche Einverständniserklärung der Probanden wurde gebeten (Formblatt im Anhang 1). Während der Hausbesuche wurden in semistandardisierten soziobiographischen Interviews Fragen zur Lebensgeschichte und zum etwaigen Beginn der vorliegenden Lebensumstände gestellt. Wenn die Bewohner darüber hinaus ihr mündliches Einverständnis gaben, wurden zur Dokumentation des Zustandes ihrer jeweiligen Wohnungen Fotos angefertigt, ohne das sie selbst und die Umgebung ihrer Wohnungen zu identifizieren waren.

Zur systematischen Bewertung der Lebens- und Wohnverhältnisse wurde die Living Conditions Rating Scale (LCRS) benutzt. Die LCRS ist ein Maß für die Alteration von Lebensbedingungen einer Person. Mit ihr werden in vier Subskalen insgesamt 20 Items erfasst und damit vergleichbar gemacht (Tabelle 1).

Tab. 1: LCRS – Subskalen und Items

<i>Subskalen</i>	<i>Items</i>
<b>Äußere Umgebung</b>	1. Äußere Umgebung des Hauses 2. Garten
<b>Innere Umgebung (Innere Skala)</b>	3. Zugänglichkeit der Wohnung 4. Geruch 5. Beleuchtung 6. Fußböden/Teppiche 7. Wände 8. Möbel 9. Küche 10. Essen 11. Bad/Toilette 12. Beseitigung der Exkreme 13. Horten (Anhäufung ähnlicher Dinge) 14. Unordnung (Überfüllung) 15. Ungeziefer (Ratten, Mäuse, Kakerlaken, Fliegen)
<b>Persönliche Hygiene (Persönliche Skala)</b>	16. Haut 17. Haare 18. Finger- und Fußnägel 19. Kleidung
<b>20. Versorgung</b>	I. Telefon II. Gas III. Elektrizität IV. Wasser V. Warmwasser VI. Kanalisation

Diese Fremdbeurteilungsskala ist bisher nur in 2 Studien (Samios 1996, Halliday et al. 2000) verwendet worden und im deutschen Schrifttum gänzlich unbekannt. Die initiale Entwicklung der LCRS fand in Anlehnung an die Arbeit von Macmillan und Shaw (1966) statt, worauf sie im Rahmen von Diskussionen mit Gerontopsychiatern, Geriatern, Pflegepersonal und

anderen, die über Erfahrung mit in verwahrlosten oder vermüllten Wohnungen lebenden Personen verfügten, verifiziert wurde. Es wurde ein Kontakt mit den Autoren der jüngeren Studie hergestellt, wodurch die Pilotstudie (Samios 1996) und detaillierte Informationen zu den einzelnen Items der Skala eingesehen werden konnten. Sodann erfolgte eine Übersetzung der LCRS in die deutsche Sprache. Schließlich wurde von einem unabhängigen Lektor eine Rückübersetzung zur Qualitätssicherung angefertigt.

Tab. 2: LCRS - Bewertung

<i>Zustand</i>	<i>Punkte</i>
innerhalb akzeptabler Standards	0
leicht abnorm	1
mäßig abnorm	2
schwer abnorm	3

Die Bewertung der LCRS erfolgt nach einem einfachen Schema unter Verwendung der Punktwerte 0 bis 3 (siehe Tabelle 2). Im Anhang 2 werden die Bewertungskriterien für jedes einzelne Item näher ausgeführt und durch Beispiele verdeutlicht. Item 20 beinhaltet das Vorhandensein (funktionierend oder nicht funktionierend) oder Nichtvorhandensein eines Telefons, einer Gasleitung, einer elektrischen Anlage, von kaltem und heißem Wasser und einer Abwasserleitung. Nach Abschluss der Bewertung soll die jeweilige untersuchende Person ihren Gesamteindruck festhalten, ob das betreffende Individuum in Schmutz und Verwahrlosung lebt oder nicht. Die Summe ergibt sich aus den Punkten für die Items 1 - 19. Der minimale Punktwert beträgt null, der maximale Punktwert 57 Punkte. Ist eine Person nicht für die äußerliche Umgebung der Wohnung verantwortlich zu machen, so beträgt der maximal zu erreichende Wert 51 Punkte. Je höher der Punktwert ist, desto schwerwiegender sind die Verhältnisse. Item 20 wird nach den Kriterien vorhanden (funktionstüchtig oder nicht funktionstüchtig) oder nicht vorhanden beurteilt und fließt dementsprechend nicht in die numerische Gesamtwertung ein.

Die psychiatrischen Diagnosen für die untersuchten Personen wurden möglichst durch eigene Untersuchung, zumindest aber anhand der zusammengetragenen Krankengeschichten, Arztbriefe und sonstigen Informationen durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (PD Dr. med. P. Brieger) gemäß der 10. Revision der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der WHO von 1994 (ICD-10) gestellt.

Die körperlichen Erkrankungen wurden mittels den vorliegenden Epikrisen und den fremdanamnestischen Angaben der jeweiligen Hausärzte zusammengetragen, nicht zuletzt um evtl. relevante Rückschlüsse auf die dadurch bedingten häuslichen Verhältnisse zu ziehen.

Schließlich wurden über die betreuenden Personen und die involvierten helfenden Institutionen wichtige Informationen insbesondere zum weiteren Verbleib der Patienten und zur jeweiligen Weiterbetreuung zusammengetragen. Am Ende des Beobachtungszeitraumes wurden nach durchschnittlich 11 Monaten im Zeitraum von November bis Dezember 2002 alle Patienten durch Erheben einer Katamnese nachuntersucht, wobei hier der aktuelle Stand der Lebens- und Wohnbedingungen, die bis dato eingesetzten Hilfemaßnahmen und das momentane Ausmaß der Verwahrlosung, Vermüllung resp. des Hortens von besonderem Interesse waren. Dies erfolgte einerseits durch Befragung der Mitarbeiterinnen des Sozialpsychiatrischen Dienstes bzw. andererseits durch Aufsuchen der Betroffenen zu Hause, wobei die Veränderung der häuslichen Wohnverhältnisse lediglich deskriptiv erfasst wurde.

### **2.3 Statistische Aufarbeitung**

Die erhobenen Daten wurden mit SPSS 12.0 für Windows ausgewertet. Nach Zusammenfassung dieser Daten in Kreuztabellen wurden die interessierenden Zusammenhänge mit Fishers exaktem Test auf Signifikanz untersucht. Die Überprüfung der Mittelwerte der normalverteilten Variablen geschah mittels t-Test für unabhängige Stichproben. Das Signifikanzniveau wurde für diese explorative Studie mit 5% festgelegt.

### **3 Ergebnisse**

Im Rahmen dieser Studie wurden 35 Personen in verwahrlosten, vermüllten Wohnungen und/oder mit hortendem Verhalten untersucht. 30 von ihnen konnten über den Sozialpsychiatrischen Dienst, die restlichen fünf im Anschluss an ihren Aufenthalt in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg eingeschlossen werden. 27 Personen in 25 Haushalten wurden interviewt, was einer Rate von 77,1% entspricht. Von den acht übrigen Personen waren drei nicht zu einer weiteren Befragung bereit, zwei waren in die Obhut von Verwandten verzogen, zwei Personen verstarben bevor ein Gespräch zustande kam, und zu einer Person konnte kein Kontakt aufgenommen werden; in diesen Fällen wurden nur die detaillierten Informationen aus den Dokumentationen und die jeweiligen Epikrisen zur Datenerhebung genutzt.

#### **3.1 Soziodemographische Daten**

Tabelle 3 zeigt die soziodemographischen Daten der Studienpopulation. Die untersuchten Personen waren in einem Alter von 21 bis 88 Jahren (Mittelwert 62,7 Jahre); 19 (54,3%) waren jünger als 65 Jahre. 21 (60%) waren Männer. Dabei befanden sich die untersuchten Frauen gehäuft in der 7. und 8. Lebensdekade, während die männlichen Probanden durchschnittlich jünger waren ( $p = 0,002$ ). 27 (77,1%) Personen gaben an, zur Zeit in keiner Partnerschaft zu leben. 22 (62,9%) lebten allein; in einem Fall lebten Mutter und Tochter zusammen und beide hatten gemeinsam seit Jahren den Zustand der Wohnung verursacht, eine andere Person lebte bei der Mutter, war jedoch allein für den Zustand der Wohnung verantwortlich und eine weitere lebte teilweise in der eigenen Wohnung, hielt sich aber auch häufig in der Wohnung der Großmutter auf. In der Stichprobe befanden sich außerdem zwei zusammenlebende Paare, von denen jeweils beide Partner den Zustand der Wohnung verursacht hatten. Zu Beginn des Beobachtungszeitraumes waren 33 (94,3%) der Untersuchten ohne Arbeitsverhältnis; die Mehrzahl (23, 65,7%) von diesen bezog eine Rente. Zwei Personen verfügten über kein eigenes Einkommen: die eine war seit 1974 Hausfrau gewesen und lebte seither mit von dem Salär ihres Mannes, bei der anderen handelte es sich um einen jungen Mann, der in den letzten Jahren von Erspartem gelebt und nie Sozialleistungen beantragt und bezogen hatte. Von 29 (82,9%) der Befragten war zu erfahren, dass sie nur zu wenigen Menschen enge Kontakte pflegten bzw. dass sie sich einsam fühlten.

Tab. 3: **Soziodemographische Daten der Studienpopulation**

<i>Charakteristika</i>	<i>Anzahl der Personen (n=35)</i>
<b>Altersgruppe (Jahre)</b>	
21 - 34	3 (8,6%)
35 - 44	1 (2,9%)
45 - 54	6 (17,1%)
55 - 64	9 (25,7%)
65 - 74	5 (14,3%)
75 - 84	7 (20,0%)
≥ 85	4 (11,4%)
<b>Geschlecht</b>	
weiblich	14 (40,0%)
männlich	21 (60,0%)
<b>Familienstand</b>	
verheiratet/eheähnliche Gemeinschaft	8 (22,9%)
allein lebend, nie verheiratet gewesen	10 (28,6%)
verwitwet	4 (11,4%)
geschieden/getrennt lebend	13 (37,1%)
<b>Partnerschaft</b>	
ja, zusammen wohnend	8 (22,9%)
nein	27 (77,1%)
<b>unmittelbares Umfeld</b>	
allein lebend	23 (65,7%)
mit anderen Personen zusammen lebend	12 (34,3%)
<b>Soziales Netz</b>	
viele Kontakte	4 (11,4%)
wenige Kontakte	13 (37,1%)
vereinsamt, sozial isoliert	16 (45,7%)
unklar	2 (5,7%)
<b>hauptsächliches Einkommen</b>	
Gehalt	2 (5,7%)
Arbeitslosenhilfe	4 (11,4%)
Sozialhilfe	4 (11,4%)
Altersrente	16 (45,7%)
Erwerbsunfähigkeitsrente	7 (20,0%)
ohne Einkommen	2 (5,7%)

Bei acht (22,9%) der untersuchten Personen wurden nachweislich Haustiere gehalten. In den meisten Fällen handelte es sich um eine bzw. mehrere Katzen oder einen Hund, eine Person hielt mehrere Katzen und einen Wellensittich, eine weitere pflegte Zierfische in einem Aquarium. Die meisten untersuchten Personen (29, 82,9%) lebten am Anfang des Beobachtungszeitraumes in einer Mietwohnung, nur eine dagegen in einem Eigenheim. Zwei der Betroffenen wurden nach der Zwangsräumung ihrer früheren Wohnungen bei Kontaktaufnahme im „Haus der Wohnhilfe“ (einer von der Stadt Halle finanzierten Einrichtung für Wohnungslose [„Obdachlosenheim“]) angetroffen, weshalb die Exploration dort stattfand; beide bewohnten dort schließlich jeweils allein ein 2-Personen-Zimmer, in dem die Anhäufung von diversen Dingen erneut begann. Eine Person lebte in einer behindertengerechten Wohnung, eine weitere in einem vom Seniorenkreativverein Halle e.V. betreuten Wohnbereich. Schließlich hatte ein Betroffener vorübergehend Unterschlupf in seiner gepachteten Gartenlaube gefunden, in welcher ebenfalls Zeichen einer häuslichen Verwahrlosung auszumachen waren.



### **3.2 Psychische Erkrankungen**

Bei allen Personen der Studienpopulation wurde eine psychiatrische Diagnose gemäß ICD-10 gestellt (Tabelle 4). 17 (48,6%) zeigten eine hirnorganische Störung, wobei bei acht dieser Personen ein zusätzlicher Alkoholabusus (Missbrauch oder Abhängigkeit) bestand, so dass in diesen Fällen nicht mit ausreichender Sicherheit geklärt werden konnte, ob die hirnorganischen Abbauprozesse (häufig in Form von organischen Persönlichkeitsstörungen oder organischen affektiven Störungen) primär degenerativen, vaskulären oder alkoholtoxischen Ursachen geschuldet waren. Bei 14 Personen (40%) fand sich eine Erkrankung aus dem psychotischen Formenkreis (ICD-10: F2). Hier zeigte knapp die Hälfte (sechs) eine komorbide Suchterkrankung (in 4 Fällen Alkohol, in 3 Fällen – zusätzlich – Missbrauch von illegalen Drogen), bei einer Person bestand eine komorbide Zwangsstörung. Jeweils eine Person litt – jeweils ohne weitere psychische Störung – an einer affektiven Störung, einer Intelligenzminderung, Alkoholmissbrauch und einer kombinierten Persönlichkeitsstörung. Sieben Personen wurden mit Psychopharmaka behandelt.

### **3.3 Somatische Erkrankungen**

Zu Beginn des jeweiligen Beobachtungszeitraumes hatten 22 Personen (62,9%) mindestens eine chronische körperliche Erkrankung. Am häufigsten betrafen diese den Bewegungsapparat, gefolgt von Herz- und Gefäßkrankheiten, Erkrankungen des endokrinen Systems, des ZNS, des Sensoriums (Hören/Sehen) und des Urogenitaltraktes. 19 (54,3%) nahmen regelmäßig Medikamente ein, inklusive den o.g. sieben, die mit Psychopharmaka therapiert wurden. Bei neun untersuchten Personen (25,7%) trug eine körperliche Behinderung im Sinne einer Funktionsbeeinträchtigung nach WHO (in der Reihenfolge der Häufigkeit: Immobilität, Inkontinenz, Blindheit) zu den vorliegenden Lebens- und Wohnverhältnissen bei.

Tab. 4: **Psychiatrische Diagnosen in der Studienpopulation**

<i>Patient(in)</i>	<i>1. Diagnose</i>	<i>2. Diagnose</i>	<i>Alter</i>	<i>Geschlecht</i>
1	schizotype Störung	Alkoholmissbrauch	49	m
2	leichte kognitive Störung	-	61	m
3	organische Persönlichkeitsstörung	-	78	w
4	leicht kognitive Störung	-	75	w
5	organische Persönlichkeitsstörung	Alkoholmissbrauch	63	m
6	organische Persönlichkeitsstörung	Alkoholmissbrauch	53	m
7	kombinierte Persönlichkeitsstörung	-	61	m
8	paranoide Schizophrenie	-	82	m
9	organische Persönlichkeitsstörung	-	85	w
10	nicht näher bezeichnete Demenz	Alkoholmissbrauch	80	w
11	schizotype Störung	Alkoholmissbrauch	68	m
12	akute vorübergehende Psychose	Zwangsstörung	52	w
13	schizophrenes Residuum	-	72	m
14	organische Persönlichkeitsstörung	Alkoholabhängigkeit	49	m
15	rezidivierende depressive Störung	symptomatische Narkolepsie	75	w
16	organische Persönlichkeitsstörung	Alkoholabhängigkeit	67	w
17	Schizophrenia simplex	-	47	w
18	schizophrenes Residuum	-	86	w
19	paranoide Schizophrenie	-	61	w
20	organische wahnhafte Störung	-	88	w
21	organische Persönlichkeitsstörung	Alkoholabhängigkeit	59	m
22	paranoide Schizophrenie	Cannabissmissbrauch	54	m
23	paranoide Schizophrenie	-	62	m
24	paranoide Schizophrenie	Heroinmissbrauch Cannabisabhängigkeit Kokainmissbrauch	21	m
25	Schizophrenia simplex	Alkoholmissbrauch	26	m
26	Alkoholmissbrauch	-	68	m
27	nicht näher bezeichnete Demenz	-	79	w
28	nicht näher bezeichnete Demenz	-	81	m
29	subkortikale vaskuläre Demenz	bipolare affektive Störung	58	m
30	paranoide Schizophrenie	-	41	m
31	leichte Intelligenzminderung	-	66	w
32	organische Persönlichkeitsstörung	Alkoholabhängigkeit	58	m
33	organische Persönlichkeitsstörung	Alkoholabhängigkeit	58	m
34	paranoide Schizophrenie	Alkoholmissbrauch Cannabissmissbrauch	24	m
35	gemischte vaskuläre Demenz	-	86	w

### 3.4 Verwahrlosung, Vermüllung, Horten

Die vorgefundenen Wohnverhältnisse waren sehr unterschiedlich. Das Interieur einiger Wohnungen konnte beispielsweise mitnichten als vermüllt bezeichnet werden. Ihre Bewohner imponierten eher durch eine Sammeltätigkeit, welche mancherorts keineswegs einer systematischen Ordnung entbehrte (entsprechend Dettmerings Typ 1, s.u.); bei anderen Personen stand dagegen hauptsächlich eine starke Verschmutzung der Wohnungen mit einer ebensolchen Unordnung ohne irgend eine Kumulation von bestimmten Dingen im Vordergrund. Andere Haushalte wiederum waren mit Bergen von angehäuften Dingen gefüllt, sodass sich Gänge zwischen diesen gebildet hatten, darüber hinweggestiegen werden musste, das Mobiliar darunter verschwand oder der Zugang zu Schränken und anderen Zimmern nicht möglich war. Oftmals wurden einzelne Dinge besonders angehäuft, so z.B. Flaschen, Dosen und Kartons (26, 74,3%), Zeitungen und Zeitschriften (19, 54,3%), Beutel (13, 37,1%) und Kleidungsstücke (11, 31,4%). Nicht selten lockten zum Teil verdorbene Nahrungsmittel (11, 31,4%) Fliegen, Kakerlaken oder – in einem Fall – Ratten an. Jedoch fanden sich auch Zustände, in denen keine bestimmte Präferenz für angehäuften Dinge ersichtlich wurde und deren Zusammenstellung wahllos erschien. Mehrere Wohnungen waren durch verstopfte bzw. verstellte Toiletten, das Aufbewahren von Exkrementen in Eimern oder Gläsern oder die Inkontinenz ihrer Bewohner sehr dreckig und unhygienisch. In zwei Haushalten verkomplizierten Haustiere den Zustand derart, dass der Boden der einen Wohnung vollständig mit Sägespänen bedeckt gewesen sei, welche mit Tierexkrementen durchtränkt waren, während im anderen Fall der Hund seine Notdurft offensichtlich mehrfach in der Wohnung verrichtet hatte. Wenige Wohnungen waren spärlich möbliert. Einige der untersuchten Personen schliefen auf unbezogenen, dreckigen, riechenden Matratzen inmitten des oder auf dem angesammelten Unrat oder hatten ihr Bett so voll gestellt, dass darauf nur wenig Platz zum Schlafen war.

Bei 11 (31,4%) der untersuchten Personen waren die Verwahrlosung, Vermüllung bzw. das hortende Verhalten der alleinige Grund für die Kontaktaufnahme mit dem Hilfesystem. Aufgefallen waren die häuslichen Verhältnisse bei der Mehrzahl der Probanden durch Probleme mit den Vermietern und/oder den Mitmietern, z.B. durch mietwidriges Verhalten (Geruchsbelästigung, Ungeziefer) oder Mietschulden. Fast gleich häufig traten die Zustände der Wohnungen zufällig im Rahmen anderer Situationen zutage. Beispielsweise wurde bei einer Person durch den behandelnden Nervenarzt die Mitbetreuung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst gewünscht, wonach schließlich die zuständige Sozialarbeiterin

bei einem Hausbesuch des Zustandes der Wohnung ansichtig wurde. Eine andere Patientin war auffällig geworden, nachdem sie den Notarzt gerufen und dieser bei Eintreffen eine „völlig verwahrloste Wohnung“ vorgefunden hatte. Auf zwei betroffene Personen wurde man erst durch deren Zwangsräumungen aufmerksam: das geschah im ersten Fall, weil die sozialen Dienste nicht rechtzeitig eingeschaltet werden konnten; die zweite Person war bereits lange Jahre in psychiatrischer Behandlung und unter ambulanter psychosozialer Betreuung gewesen, und doch konnte auch hier die erste Zwangsräumung nicht abgewendet werden, weil die Person die „total vermüllte Wohnung“ illegal bewohnt hatte. Auch Angehörige und seltener Bekannte waren es, die aus Sorge um die betreffenden Menschen an die sozialen Dienste herantraten, so z.B. die Mutter eines jungen Mannes, der den Kontakt zu seinen Eltern zunehmend eingeschränkt, sich isoliert und nicht mehr auf die Straße getraut und durch regelmäßige intensive nächtliche Internetnutzung auch Schulden bei der örtlichen Energieversorgung gemacht hatte. Eine Übersicht gibt Tabelle 5. Bei 22 untersuchten Personen (62,9%) bestand der Zustand der häuslichen Verwahrlosung oder der Vermüllung bzw. das hortende Verhalten zu Beginn des Studienzeitraumes länger als 2 Jahre; von einigen Haushalten waren mehrfache „Entmüllungsaktionen“ in der Vergangenheit dokumentiert.

Tab. 5: **Auffallen der häuslichen Verhältnisse**

<i>Wie sind die häuslichen Verhältnisse aufgefallen?</i>	<i>Anzahl der Personen</i>
Schwierigkeiten mit Vermietern/Mitmietern	14 (40%)
Zwangsräumung	2 (5,7%)
im Rahmen anderer Situationen	12 (34,3%)
Angehörige oder Bekannte	7 (20,0%)

### 3.4.1 *Typologie*

In Anlehnung an Dettmering (1985, 2002), Hofmann (1991) und Pastenaci (1993, 2002) erfolgte in dieser Studie die qualitative Beschreibung der häuslichen Verhältnisse durch die Einteilung in *zwei* Typen (cf. 1.1.2). Nochmals soll betont werden, dass diese Kategorisierung nur zur orientierenden Beschreibung von vorwiegenden *Tendenzen* des jeweiligen Erscheinungsbildes dient; in der Mehrzahl der untersuchten Wohnverhältnisse waren es aber Mischformen. Fünf Haushalte (14%) konnten nicht typisiert werden, weil weder eine Ansicht möglich noch eine genaue Schilderung der Zustände durch Dritte oder aus den Akten zu eruieren war.

Bei Typ 1 handelt es sich um solche Verhältnisse, bei denen ein deutliches Ordnungsprinzip überwiegt; es werden verschiedene Dinge systematisch gesammelt. Bei den untersuchten Personen (7, 20%) fanden sich als solche oft Zeitungen und Zeitschriften, Bücher, Kartons und Büchsen, seltener waren Audio-Kassetten und Videobänder oder auch technische Geräte. Die Wohnungen erschienen insgesamt dabei meist in einem relativ sauberen Zustand.

Unter dem in dieser Studie weitaus häufigeren Typ 2 (23, 66%) werden Zustände subsumiert, bei denen das Interieur der Wohnungen durch ein wahlloses Durcheinander der angehäuften Dinge gekennzeichnet ist, es herrscht also ein unsystematisches Bild vor (Abbildung 2). In den betroffenen Wohnungen fanden sich vorrangig Kleidungsstücke, Zeitungen, Flaschen, Büchsen, verdorbene Speisereste und technische Geräte. Diese Dinge erschienen oft sehr verdreckt und waren in der gesamten Wohnung ungeordnet gelagert. Die ganze Behausung war zumeist in einem sehr unansehnlichen Zustand.

Eine Vermüllung vom Typ 1 nach Dettmering war anteilmäßig signifikant häufiger in den Wohnungen Betroffener mit endogenen Psychosen und Persönlichkeitsstörungen zu finden, hingegen zeigten solche von Personen mit organischen Psychosen, Intelligenzminderung und Suchterkrankung häufiger das Bild eines Vermüllungstyps 2 ( $p = 0,041$ ).



**Abb. 2: Vermüllung vom Typ 2 nach Dettmering**

### 3.4.2 Living Conditions Rating Scale (LCRS)

Um das Ausmaß der Verwahrlosung bzw. Vermüllung systematisch zu beschreiben, wurde in dieser Studie die von Samios 1996 erstmals verwendete LCRS eingesetzt. 27 (77,1%) der Probanden in 25 Haushalten konnten damit vom Untersucher beurteilt werden. Die übrigen Acht wurden angesichts fehlender Details durch eine unmögliche Ansicht der Behausungen und ihrer Bewohner nicht bewertet. Tabelle 6 zeigt die Daten für alle bewerteten Personen.

Tab. 6: LCRS - Rohdaten

<i>Items</i>	<i>0</i> <i>(akzeptabel)</i>	<i>1</i> <i>(leicht</i> <i>abnorm)</i>	<i>2</i> <i>(mäßig</i> <i>abnorm)</i>	<i>3</i> <i>(schwer</i> <i>abnorm)</i>	<i>nicht</i> <i>bewertbar</i>
<b>Äußere Umgebung</b>					
1. Äußere Umgebung des Hauses	0	0	0	0	27
2. Garten	0	2	0	0	25
<b>Innere Umgebung (Innere Skala)</b>					
3. Zugänglichkeit der Wohnung	21	3	2	1	0
4. Geruch	12	8	6	1	0
5. Beleuchtung	19	1	3	4	0
6. Fußböden/Teppiche	4	3	15	5	0
7. Wände	5	8	13	1	0
8. Möbel	3	7	14	3	0
9. Küche	4	7	8	8	0
10. Essen	7	5	10	5	0
11. Bad/Toilette	5	6	9	5	2
12. Beseitigung der Exkremente	21	0	2	3	1
13. Horten	9	9	1	8	0
14. Unordnung	2	1	6	18	0
15. Ungeziefer	20	5	0	2	0
<b>Persönliche Hygiene (Persönliche Skala)</b>					
16. Haut	8	13	4	2	0
17. Haare	8	11	6	2	0
18. Finger- und Fußnägel	9	8	7	2	1
19. Kleidung	3	10	9	5	0

Die die *äußere Umgebung* der Wohnung beschreibenden Items der LCRS (Item 1 und 2) wurden nicht erfasst, wenn die Bewohner generell nicht für deren Wartung verantwortlich waren. Aus diesem Grund wurde nur bei zwei Probanden das Item „Garten“ mit jeweils einem Punkt bewertet. Bei der einen Person hatten Nachbarn wiederholt beobachtet, dass diese

Fäkalien in den Garten hinter das Eigenheim geschüttet hatte; der die Laube umgebende Gartenbereich der anderen Person war unbewirtschaftet und langes Unkraut kam zum Vorschein.

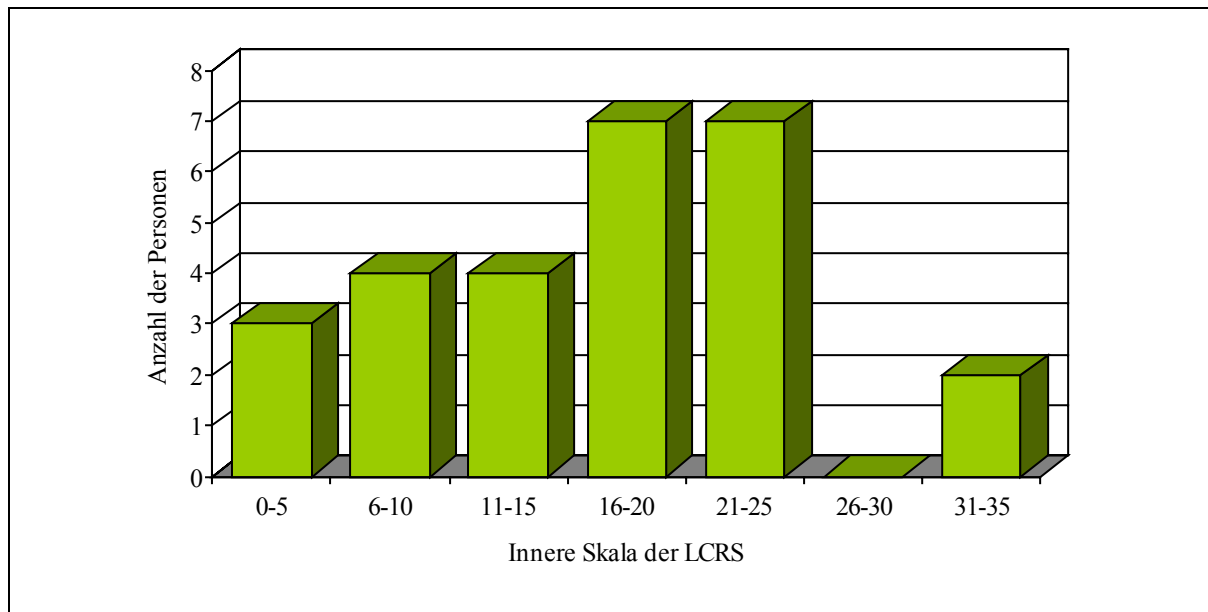


Abb. 3: Verteilung der Scores auf der Inneren Skala der LCRS

Der Mittelwert der *Inneren Skala* der LCRS (Items 3 – 15; zu erreichender Maximalwert 39, Abbildung 3) betrug 16 ( $s = 7,8$ , Minimum 3, Maximum 34). Die Mehrheit der Haushalte (von 21 Personen, 60%) war gut zugänglich. Nur bei einer Person waren alle Türen und die Fensterläden verschlossen, weshalb es nur mit Hilfe eines Schlüsseldienstes gelang, Zutritt zu der Wohnung zu bekommen, nachdem die Bewohnerin nach einem Sturz schon seit mehreren Wochen nicht mehr aus dem Haus gegangen war. In den Wohnungen von 15 Untersuchten (55,6%) war eine milde bis schwere Geruchsbelästigung vorhanden, jedoch auch in dem einen Fall mit beinahe unerträglichem Geruch waren keine Atemmasken während der Begehung erforderlich. Über eine funktionstüchtige Lichtanlage bzw. eine ausreichende Beleuchtung in allen Räumen verfügten die Haushalte von 19 Personen (70,4%). Beispielsweise war bei drei Personen der Strom (teilweise vorübergehend) abgestellt; eine Person lebte in einer durch Rollos zusätzlich verdunkelten Wohnung, in der nur im kleinen Flur eine vergilbte Lampe leuchtete; eine weitere lebte in einer wegen zugezogener Vorhänge dunklen Wohnung, weil sie aus Sorge um Zugluft nicht lüftete, weshalb die Fenster auch verhangen blieben. In den Wohnungen von 23 Personen (85,2%) fanden sich leicht bis völlig verdreckte Fußböden und von 22 Personen (81,5%) leicht bis völlig verdreckte Wände bzw. Tapeten; die Möbel in 23 Wohnungen (85,2%) waren leicht oder mäßig verschmutzt oder völlig verdreckt. 21 Küchen



bzw. Küchenbereiche (77,8%) waren leicht verschmutzt bis völlig verdreckt. In 15 Haushalten (55,5%) fand sich nur wenig Frisches zu essen bzw. war keine Auswahl vorhanden und wenige Nahrungsmittel waren verdorben; in vier Haushalten mit fünf Personen (18,5%) fanden sich zeitweise nur verdorbene Speisen, und bei dem betroffenen Paar war deren zeitweiliger Verzehr nicht auszuschließen. Die sanitären Anlagen in 16 Wohnungen (59,2%) waren leicht bis mäßig verschmutzt, in vier Haushalten von fünf Bewohnern (18,5%) waren diese extrem dreckig bzw. verstellt und dadurch kaum mehr zu nutzen. Fünf Personen entledigten sich ihrer Exkreme nicht nur in der Toilette. Eine Person sammelte diese in Gläsern, um sie schließlich in den Garten zu schütten; eine andere hatte ihren Urin in zwei Eimern gesammelt; bei einer weiteren war das Klo verstellt, sodass sie ihre Notdurft ebenfalls in einen Eimer neben dem Bett verrichtet hatte; Spuren der Exkreme der vierten Person fanden sich vor allem auch neben dem sehr verdreckten, jedoch funktionstüchtigen WC auf dem Fußboden; die fünfte Person schließlich war inkontinent und hatte die kontaminierten Kleidungsstücke weiter getragen. Hortendes Verhalten leichten bis schweren Grades wurde bei 18 Probanden (66,7%) gefunden. Horten wurde dabei als die Akkumulation von einzelnen Dingen wie Kleidungsstücken, Zeitungen, Büchsen, Verpackungsmaterial, Kartons oder technischen Geräten definiert (siehe Einleitung). Bei 18 Personen (66,7%) in 17 Haushalten wurde eine Unordnung schweren Grades festgestellt. Das Vorhandensein von Ungeziefer war bei insgesamt sieben Probanden nachweisbar; in der Mehrzahl der Fälle handelte es sich dabei um wenige Fliegen oder Kakerlaken, bei einer Person um eine sehr hohe Anzahl von Fliegen, schließlich war eine andere Person unter anderem durch Rattenkot in der Dusche und im Küchenunterschrank erst auffällig geworden.

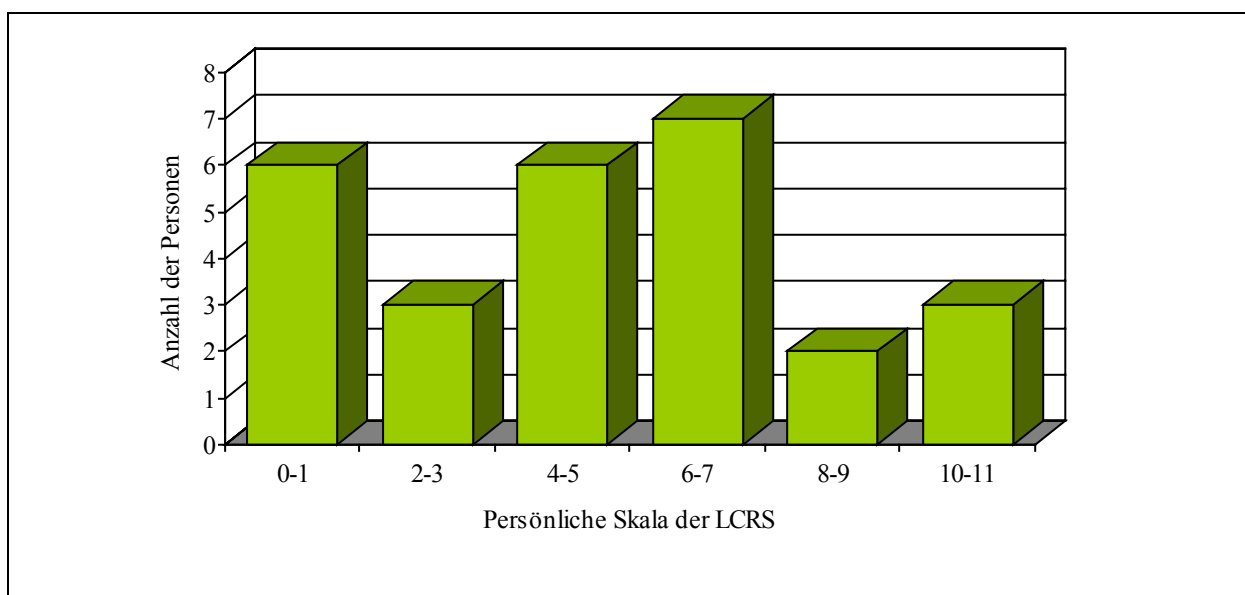


Abb. 4: Verteilung der Scores auf der Persönlichen Skala der LCRS



Auf der *Persönlichen Skala* (Items 16 – 19, Abbildung 4) wurden Werte zwischen null und 11 gemessen (bei einem möglichen Maximum von 12); der Mittelwert war 5 ( $s = 3,2$ ). Die Mehrzahl der untersuchten Menschen hatten eine ungepflegte bis leicht verschmutzte Erscheinung (Haut: 13, 48,1%; Haare: 11, 40,7%; Kleidung: 10, 37,0%); ausgenommen die Finger und Fußnägel, die im Vergleich bei der Mehrheit (9, 33,3%) gepflegt und sauber erschienen.

Die *Versorgung* (Item 20; Telefon, Gas, Elektrizität, heißes und kaltes Wasser, Abwasserleitung) trug nicht zu einer ausschlaggebenden Verschlechterung des Zustandes der untersuchten Personen und ihrer Wohnungen bei. Von den 27 Probanden konnten zwei nicht über Strom verfügen; in dem einen Fall war dies der Zustand, mit dem sich die Person bereits über Jahre arrangiert hatte (bei Dunkelheit wurden Taschenlampen und Kerzen zur Beleuchtung genutzt); im anderen Fall wurde der Strom ebenfalls wegen Schulden bei der örtlichen Energieversorgung für kurze Zeit bis zur Tilgung abgestellt. Alle Personen waren mit kaltem und heißem Wasser versorgt, wobei in einem baufälligen Haus während der kalten Jahreszeit regelmäßig die Wasserleitungen einfroren. Die Abwasserleitungen waren in keinem Haushalt defekt. Entsprechend des neuzeitlichen Sanierungszustandes der meisten Wohnungen, waren Gasleitungen in der Mehrzahl der Haushalte nicht installiert; die erwähnte Person in der Gartenlaube nutzte einen Propangaskocher. Über ein Telefon verfügten 8 Personen (22,9%).

Soziodemographische Faktoren wie Alter, Geschlecht, Familienstand, Partnerschaft, Umfeld, soziales Netz und Einkommensverhältnisse hatten in dieser Stichprobe keinen signifikanten Einfluss auf den auf der LCRS gemessenen Ausprägungsgrad der Vermüllung bzw. des Hortens. Außerdem war das Ausmaß der Vermüllung bzw. des Hortens nicht vom Vorhandensein von chronischen körperlichen Erkrankungen abhängig. Die mit der LCRS untersuchten Personen konnten hauptsächlich zwei Diagnosegruppen psychischer Störungen (ICD-10: F0 14 Personen, ICD-10: F2 10 Personen, 3 andere) zugeordnet werden; ein statistisch relevanter Unterschied zwischen diesen Gruppen mit Auswirkung auf die jeweiligen Scores auf der LCRS war jedoch auch hier nicht zu erkennen.

### **3.5 Hilfesystem am Studienbeginn**

Zu Beginn des jeweiligen Beobachtungszeitraumes bekamen 13 Personen (37,1%) andere Hilfen als durch den Sozialpsychiatrischen Dienst (Häusliche Pflege, bereits eingesetzte Betreuung, Ambulant Betreutes Wohnen, Behindertenberatung). 28 (80%) berichteten, dass sie eine Hausärztin oder einen Hausarzt haben; bei 16 (45,7%) war eine hausärztliche Konsultation im vorangegangenen Jahr nachweisbar. Nur 19 der 35 Probanden (54,3%) hatten irgend einen Kontakt zum psychiatrischen Hilfesystem im vorangegangenen Jahr gehabt.

### **3.6 Katamnese**

Nach durchschnittlich 11 Monaten wurde untersucht, wie sich die Vermüllung nach Bekanntwerden entwickelt hatte. Dies erfolgte entweder durch einen erneuten Hausbesuch oder, wenn dies nicht möglich war, durch Befragung von ambulanten Diensten und Betreuern, denen die häuslichen Verhältnisse aktuell bekannt waren. Dabei wurde beurteilt, ob die Vermüllung sich wesentlich gebessert hatte, ob sie gleich geblieben oder ob es sogar zu einer Verschlechterung gekommen war. Außerdem wurden die bis dato eingesetzten Hilfen erfasst und versucht, Zusammenhänge zwischen den veränderten Wohn- und Lebenssituationen und soziodemographischen Variablen, den vorliegenden psychischen Erkrankungen und den eingesetzten Hilfemaßnahmen aufzuzeigen. Bei 31 der untersuchten Personen konnten katamnestische Daten erhoben werden. Zwei waren verstorben; bei zwei weiteren gelang es nicht, weitere Daten zu erheben.

#### **3.6.1 Hilfen**

Tabelle 7 zeigt zusammenfassend die bis zum Abschluss der Untersuchung eingesetzten Hilfemaßnahmen. 30 Personen (85,7%) wurden vom Sozialpsychiatrischen Dienst betreut. Bei 17 Personen (48,6%) wurde eine Betreuung nach Betreuungsgesetz eingerichtet. In der Zwischenzeit hatten sich 16 Personen (45,7%) in stationärer Behandlung befunden, davon 10 zur Therapie einer psychischen Erkrankung und sechs zur Behandlung von körperlichen Krankheiten. Acht (22,9%) wurden ambulant nervenärztlich bzw. tagesklinisch psychiatrisch im Anschluss an den stationären Aufenthalt behandelt. Weitere Hilfen sind in der Tabelle 8 aufgeführt.

Tab. 7: **Hilfemaßnahmen**

<i>Hilfen</i>	<i>Häufigkeit</i> <i>n=35</i>	<i>Prozent</i>
Betreuung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst	30	85,7
ambulante Behandlung durch Haus- bzw. Fachärzte (nicht psychiatrisch)	20	57,1
Betreuung per Betreuungsgesetz	17	48,6
finanzielle Unterstützung	14	40,0
Angehörige/Nachbarn	11	31,4
Häusliche Pflege	11	31,4
stationäre Behandlung psychiatrischer Erkrankungen	10	28,6
Hauswirtschaftshilfe	8	22,9
ambulante bzw. tagesklinische psychiatrische Behandlung	8	22,9
Kontakt zu Hausärztin/Hausarzt erst hergestellt	8	22,9
Essen auf Rädern	7	20,0
stationäre Behandlung körperlicher Erkrankungen	6	17,1
Unterbringung in einem Pflege- bzw. Altenheim	5	14,3
Seniorenberatung	4	11,4
Kurzzeitpflege	4	11,4
„Haus der Wohnhilfe“	3	8,6
Behindertenberatung	3	8,6
Ambulant Betreutes Wohnen	3	8,6
Allgemeiner Sozialer Dienst/Sozialer Dienst der Silberhöhe	2	5,7
andere (Volkssolidarität, Verein für Lebenshilfe e.V., Seniorenkreativverein e.V., Labyrinth e.V.)	5	14,3

### *3.6.2 Veränderung der Wohnverhältnisse*

Zum Katamnesezeitpunkt wohnte die Mehrzahl der untersuchten Personen (21; 60%) weiterhin in ihren bisherigen Wohnungen. Fünf Probanden (14,3%) hatten eine neue Wohnung bezogen, weitere fünf (14,3%) waren in einem Pflege- oder Altenheim untergebracht worden.

### *3.6.3 Zustand der Wohnungen*

Am Ende des Beobachtungszeitraumes war es bei 15 Personen (42,9%) zu einer relevanten Besserung des Zustandes der Wohnung gekommen; allerdings gab es bei 16 Untersuchten (45,7%) keine Anzeichen für eine wesentliche Verbesserung, hier waren die Verhältnisse entweder unverändert (12, 34,3%) oder hatten sogar einen progredienten Verlauf (4, 11,4%)

genommen. Insgesamt bestand zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung bei 21 Probanden (60%) die Verwahrlosung bzw. Vermüllung der Wohnung fort.

### 3.6.4 Fazit

Zwischen Gebesserten und Nichtgebesserten zeigten sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich Alter, Geschlecht, bestehender Partnerschaft oder psychiatrischer Vorbehandlung (Tabelle 8). Eine Besserung war dagegen signifikant häufiger bei Probanden zu sehen, die an einer hirnorganischen Störung oder einer Intelligenzminderung litten, während Personen mit affektiven, schizophrenen oder Persönlichkeitsstörungen signifikant häufiger zur Gruppe der Nichtgebesserten gehörten. Hinsichtlich der nach Feststellung der häuslichen Verwahrlosung und Vermüllung ergriffenen Maßnahmen zeigten sich zwei als wirkungsvoll: Umzug und Hauswirtschaftshilfen waren Maßnahmen, die in der Gruppe der Gebesserten signifikant häufiger festzustellen waren als in der Gruppe der Nichtgebesserten. Alle anderen sozialpsychiatrischen und sozialtherapeutischen Maßnahmen unterschieden dagegen die beiden Gruppen nicht.

Tab. 8: **Vergleich der Gruppe mit gebesserten und ungebesserten häuslichen Verhältnissen** (Fishers Exakter Test bzw. t-Test: \*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$ )

<i>Charakteristika</i>	<i>Gebessert (n=15)</i>	<i>Gleich oder verschlechtert (n=16)</i>
Alter in Jahren (MW. SD)	64,5 (20,6)	62,4 (15,7)
Hirnorganische Störung oder Intelligenzminderung (%)	11 (73) *	5 (31) *
Chronische körperliche Erkrankung (%)	12 (86)	9 (56)
<i>was passierte, nachdem die Vermüllung bekannt wurde?</i>		
Umzug (%)	8 (57) **	1 (7) **
Hauswirtschaftshilfe (%)	7 (47) **	0 **
Sozialpsychiatrischer Dienst (%)	11 (73)	14 (88)
Stationäre psychiatrische Krankenhausbehandlung (%)	4 (27)	5 (33)
Stationäre somatische Krankenhausbehandlung (%)	5 (33)	1 (7)

## 4 Diskussion

Um die Ergebnisse dieser Untersuchung angemessen werten zu können, werden zunächst inhaltliche und methodische Voraussetzungen und deren Konsequenzen diskutiert.

### 4.1 Inhaltliche Begrenzungen

Verwahrlosung, Vermüllung und Horten stellen bekannte und zugleich sehr heterogene Phänomene dar. In der psychiatrischen Forschung sind sie jedoch nur anfänglich bearbeitet und in den psychiatrischen Diagnosesystemen deshalb auch nur marginal (Horten bei OCD und OCPD innerhalb des DSM IV (APA, 1994)) berücksichtigt. Für die vorliegende Studie war die Einbeziehung des Phänomens der Verwahrlosung unverzichtbar, weil einerseits ein Teil der untersuchten Personen und ihre Wohnungen Zeichen derselben aufwiesen, andererseits kaprizieren nicht wenige relevante Untersuchungen in der internationalen Literatur bis heute unter dem Terminus *self-neglect* auf dieses Phänomen und assoziierte Syndrome (Macmillan und Shaw 1966, Roe 1977, Snowdon 1987, Orrell et al. 1989, Abrams et al. 2002). Wichtige Zielgröße für diese Studie war außerdem das Phänomen *Vermüllung*, da sich seit Einführung des Begriffes „Vermüllungssyndrom“ (Dettmering 1985) die Mehrzahl der folgenden deutschen Arbeiten (Hoffmann 1991, Pastenaci 1993, Guindon 1996, Renelt 1999, Jürgens 2000, Dettmering und Pastenaci 2002, Faust 2003) – sowohl syndromologisch als auch typologisch – an diesem Konzept orientierten und die in dieser Untersuchung dargestellten Personen und ihre Wohnverhältnisse auch Eigenschaften aufwiesen, die den Merkmalen des „Vermüllungssyndroms“ zumindest teilweise entsprachen. Vergleichsweise international am meisten beachtet und bearbeitet ist das Phänomen *Horten*. Die Arbeitsgruppe um Frost hat durch umfangreiche systematische Studien in den letzten Jahren wesentlich dazu beigetragen, Horten vor allem im Zusammenhang mit OCD auf der Basis eines kognitiv-behavioralen Modells zu erforschen (u.a. Frost und Gross 1993, Frost et al. 1995, Frost und Hartl 1996, Frost et al. 1996, Frost et al. 2000, Steketee und Frost 2003, Frost et al. 2004). Für die vorliegende Studie war Horten insofern ein nicht zu vernachlässigender Aspekt, da zum Teil sowohl die untersuchten Personen als auch die Akkumulation von Dingen in ihren Wohnungen ebensolche Eigenschaften zeigten, wie sie von Frost und Mitarbeitern beschrieben wurden. Nicht zuletzt stellen die Darstellungen Frosts et al. übertragen auf die vorliegende Stichprobe einen wichtigen Beitrag zur Erklärung der Natur hortenden Verhaltens und verwandter Phänomene dar, auch wenn die hier untersuchten Personen mit einer

Ausnahme keine Erkrankungen aus dem Spektrum der Zwangstörungen hatten. Gerade weil zwischen Verwahrlosung, Vermüllung und Horten in der bisherigen Forschung nach wie vor Überschneidungen zu finden sind und eine kategoriale Trennung bisher ausblieb, schien es in dieser Studie nützlich und unerlässlich, diese entsprechend den vorgefundenen Befunden gemeinsam zu untersuchen. Insgesamt wurde es dennoch notwendig, diese Phänomene einzeln als solche anzusprechen und nicht einer verallgemeinernden Subsumtion zu unterziehen. Aufgrund der jeweils zu unterscheidenden, eingangs beschriebenen Definitionen von Verwahrlosung, Vermüllung und Horten sind aber an Hand dieser Stichprobe vergleichende Aussagen zu einzelnen untersuchten Variablen zwischen diesen Phänomenen und den in der Literatur zu findenden Studien mit ihren unterschiedlichen Implikationen nicht in jedem Fall möglich und sinnvoll (Verwahrlosung im Alter vs. Vermüllung vs. Horten bei OCD).

## **4.2 Methodische Stärken und Schwächen**

### **4.2.1 Stichprobe**

Mit der vorliegenden Untersuchung wurde versucht, in einem Zeitraum von zwei Jahren eine umfassende Erhebung hinsichtlich von Verwahrlosung, Vermüllung und Horten betroffenen und dem psychiatrischen Versorgungssystem in der Stadt Halle bekannt gewordenen Personen durchzuführen. Dabei wurde davon ausgegangen, dass Informationen zu entsprechenden Haushalten über ambulante Dienste dem dafür zuständigen Sozialpsychiatrischen Dienst am Gesundheitsamt übermittelt werden. So wurde tatsächlich die Mehrzahl der untersuchten Personen (30, 86%) primär über den Sozialpsychiatrischen Dienst rekrutiert. Bei den fünf Personen, die zunächst über die Psychiatrische Universitätsklinik in die Untersuchung aufgenommen wurden, ist anzunehmen, dass sie im Anschluss an die stationäre Behandlung vom Sozialpsychiatrischen Dienst weiter betreut worden wären. Somit kann davon ausgegangen werden, dass alle Personen mit Verwahrlosung, Vermüllung bzw. hortendem Verhalten, die im Beobachtungszeitraum dem Sozialpsychiatrischen Dienst bekannt wurden, erfasst und dass aufgrund des bestehenden sozialpsychiatrischen Versorgungssystems der Stadt Halle die Mehrzahl der Fälle in die Studie aufgenommen wurden, die ambulanten Diensten, Krankenhäusern oder Ärzten bekannt wurden. Jedoch muss betont werden, dass mit der Rekrutierung über den Sozialpsychiatrischen Dienst resp. die Universitätsklinik eine Beschränkung auf Personen vorliegt, bei denen eine psychische Störung angenommen oder erwogen wurde. Aussagen

über hortendes Verhalten bei psychisch Gesunden – wie etwa auch im Rahmen der Desorganisationsproblematik (Steins 2000, 2002, 2003) –, die aller Wahrscheinlichkeit nach nicht dem Gesundheitsamt oder einer anderen psychiatrischen Versorgungsinstitution bekannt werden, sind anhand dieser Studie nicht möglich. Eine umfangreiche und methodisch anspruchsvolle Untersuchung zu Personen mit Vermüllung ist die von Halliday et al. (2000). Diese Londoner Arbeitsgruppe hatte 91 Personen in einem Versorgungsgebiet untersucht und dabei auf einen kommunalen Reinigungsdienst zurückgegriffen, der vermüllte Wohnungen zu säubern hatte. Entsprechend war in dieser Stichprobe nicht von vornherein klar, dass die Wohnungen auch tatsächlich von Menschen mit psychischen Störungen bewohnt waren. Halliday et al. fanden mittels des SCAN-Interviews, dass bei 70% der untersuchten Personen eine psychische Störung gemäß ICD-10 vorlag. In der vorliegenden Untersuchung, die ihre Klientel über den Sozialpsychiatrischen Dienst bzw. die Psychiatrische Universitätsklinik rekrutierte, war es demnach nicht überraschend, dass alle Personen die Kriterien einer psychischen Störung gemäß ICD-10 erfüllten. Eine weitere Einschränkung liegt im Umfang der Studienpopulation. Bei 35 Personen sind natürlich statistische Analysen nur begrenzt möglich und diese Stichprobengröße schränkt die Aussagemöglichkeiten im Gruppenvergleich ein.

#### *4.2.2 Instrumente und Datenerhebung*

Die psychiatrischen Diagnosen für die untersuchten Personen wurden möglichst durch eigene Untersuchung, zumindest aber anhand der zusammengetragenen Krankengeschichten, Arztbriefe und sonstigen Informationen durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie gemäß der ICD-10 gestellt. Somit erfolgte die Diagnosestellung nicht unter Benutzung eines validierten diagnostischen Interviews, sondern anhand der vorliegenden ärztlichen und sozialpsychiatrischen Unterlagen und nur teilweise durch eine eigene fachärztliche Untersuchung. Dennoch erscheint die Diagnosestellung insgesamt schlüssig und nachvollziehbar. Die körperlichen Diagnosen wurden mittels der vorliegenden Epikrisen und den fremdanamnestischen Angaben der jeweiligen Hausärzte zusammengetragen, entbehrten daher aber einer eigenen fachärztlichen Untersuchung. Das Ausmaß der Verwahrlosung, Vermüllung und des Hortens wurde mit Hilfe der Living Conditions Rating Scale (LCRS, Samios 1996, Halliday et al. 2000) quantifiziert. Mit dieser im deutschen Schrifttum bis heute unbekannt Fremdbeurteilungsskala gelang es, die jeweiligen häuslichen Zustände systematisch zu beschreiben. Allerdings liegen mit den zwei vorangegangenen Untersuchungen mit Stichprobenumfängen von 7 bzw. 91 Personen keine statistisch

repräsentativen Angaben zur Sensitivität und Spezifität vor. Konsequenterweise konnte somit auch anhand der eigenen Studienpopulation kein cutoff-score auf der LCRS, welcher als Prädiktor zum Vorliegen einer Verwahrlosung, Vermüllung bzw. von Horten dienen könnte, festgelegt werden. Die LCRS diene daher vor allem einer systematischen Deskription, wenn auch bei nicht allen untersuchten Personen per Wohnungsbegehung eine Beurteilung möglich war. Selbstbeurteilungsskalen (Y-BOCS, OCI, SI-R, SCI), wie sie zur Messung von hortendem Verhalten und damit verbundenen Zwangsgedanken und emotionalen Reaktionen im Rahmen von OCD Verwendung finden (Steketee und Frost 2003), wurden in dieser Untersuchung nicht benutzt, wären aber für zukünftige Arbeiten insbesondere in Bezug auf Verwahrlosung ohne Akkumulation von Dingen und Vermüllung in modifizierter Form interessant. Eine weitere Besonderheit der vorliegenden Studie ist die katamnestische Nachuntersuchung, da aus Sicht des Untersuchers bis dato keine in diesem Punkt vergleichbare Untersuchung in der Literatur zu finden ist.

### **4.3 Spezielle Aspekte**

#### *4.3.1 Soziodemographische Faktoren*

Hinsichtlich der demographischen Variablen zeigte sich – wie auch in der erwähnten Studie von Halliday et al. (2000) –, dass Verwahrlosung und Vermüllung nicht nur ein Problem des höheren Alters sind. Die betroffenen Personen in unserer Population waren zwischen 21 und 88 Jahre alt. 29% waren unter 55 Jahre alt, 3 von ihnen waren sogar unter 35 Jahre alt; knapp über die Hälfte hatte das 65. Lebensjahr noch nicht erreicht. Dettmering und Pastenaci (2002) hatten ebenso eine Altersverteilung gefunden, die nicht allein auf eine geriatrische Population beschränkt war. Sie beschrieben bei betroffenen Frauen zwei Gipfel in den Altersgruppen von 40 bis 50 und von 70 bis 80 Jahre, hingegen bei Männern eine Häufung zwischen dem 30. bis 50. Lebensjahr. Auch in der hier vorliegenden Stichprobe befanden sich die untersuchten Frauen gehäuft in der 7. und 8. Lebensdekade, während die männlichen Probanden durchschnittlich jünger waren ( $p = 0,002$ ). Viele Studien fokussieren gezielt auf Verwahrlosung, Vermüllung und Horten bei älteren Menschen, was immer wieder den Verdacht nahe legt, dass bevorzugt solche Personen diese Phänomene zeigen (Hogstel 1993, Thomas 1997, Steketee et al. 2001). Jedoch sollte das nicht dazu verleiten anzunehmen, dass nur in diesen Populationen Verwahrlosung, Vermüllung und Horten zu erwarten sind. Wie auch in der Untersuchung von Halliday et al. fanden wir ein Überwiegen von Männern (60% vs. 40%). Gegenteiliges berichteten Dettmering und Pastenaci mit einem Überwiegen von



Frauen in ihrer Untersuchung. In der Stichprobe von Frost und Gross (1993) fanden sich keine Unterschiede bezüglich des Geschlechts zwischen der Gruppe der hortenden und der nicht hortenden Probanden. Zwei Drittel der Betroffenen unserer Studienpopulation lebten allein, nahezu alle waren ohne Arbeit und überwiegend sozial isoliert. Insbesondere letzterer Punkt wird von der überwiegenden Mehrheit der Autoren anderer Studien bestätigt (Clark et al. 1975, Klosterkötter und Peters 1985, Abrams et al. 2002, Dettmering und Pastenaci 2002). Der mit der Verwahrlosung oder dem hortenden Verhalten einhergehende soziale Rückzug kann darüber hinaus auch an negative Symptome („Asozialität“) im Rahmen einer schizophrenen Psychose denken lassen (Marneros und Andreasen 1991).

#### *4.3.2 Die zugrundeliegenden psychische Erkrankungen*

Wie bereits dargestellt, kann für diese Stichprobe nicht in Anspruch genommen werden, dass wie etwa in der Studie von Halliday et al., ein strukturiertes diagnostisches Interview bei allen Personen durchgeführt wurde. Es war aber mittels der vorhandenen ärztlichen und sozialpsychiatrischen Unterlagen in allen Fällen möglich, zu einer psychiatrischen Diagnose gemäß ICD-10 zu kommen. Dabei zeigte knapp die Hälfte der untersuchten Personen eine organische Störung gemäß dem Kapitel F0 der ICD-10. Überwiegend handelte es sich hierbei um dementielle Syndrome oder organische Persönlichkeitsstörungen im Sinne einer hirnganischen Wesensänderung. Es konnte aber nicht in jedem Einzelfall entschieden werden, ob solche organischen Abbauprozesse ggf. Folge eines Alkoholmissbrauchs oder einer Alkoholabhängigkeit waren, da bei fast der Hälfte der Personen zusätzlich ein komorbider Alkoholmissbrauch bzw. in zwei Fällen Cannabismissbrauch bestand. Dieser Gruppe von Personen mit hirnganischen Störungen steht eine Gruppe von 14 Personen (40% der Studienpopulation) mit psychotischen Störungen gegenüber, überwiegend litten sie an Schizophrenien. Auch hier stimmen die Ergebnisse der vorliegenden Studie mit den Daten von Halliday et al. überein, die ebenso organische psychische Störungen als häufigste und Schizophrenien, schizotype und wahnhaftige Störungen als zweithäufigste Ursache für Vermüllung gefunden hatten. Die gefundenen assoziierten Erkrankungen decken sich ebenfalls mit den Angaben anderer Arbeitsgruppen. Insbesondere bei geriatrischen Populationen wurden immer wieder Verwahrlosungstendenzen und hortendes Verhalten beschrieben (Clark et al. 1975, Klosterkötter und Peters 1985, Cybulska und Rucinski 1986, Radebaugh et al. 1987, Ungvari und Hantz 1991, Hogstel 1993, Cooney und Hamid 1995, Hwang et al. 1998, Künzel-Schön 1999, Clark 1998, Dyer et al. 2000, Steketee et al. 2001, Beauchet et al. 2002, Abrams et al. 2002). Dagegen waren hirnganische Veränderungen im

Sinne einer frontalen Dysfunktion als Ursache einer Verwahrlosung (Orrell et al. 1989) bei den Personen in dieser Untersuchung nicht zu diagnostizieren; desgleichen konnte auch ein Schädel-Hirn-Trauma als Grundlage für hortendes Verhalten (Volle et al. 2002) in unserer Stichprobe nicht gefunden werden. Auch bezüglich der in dieser Studie zweitgrößten Gruppe assoziierter Erkrankungen, den schizophrenen Psychosen, entsprachen die Ergebnisse bereits früheren Untersuchungen. Bei Schizophrenie ist Horten im Sinne eines repetitiven Verhaltensmusters entsprechend den Angaben in der Literatur demnach als nicht ungewöhnliches, wenn auch unspezifisches Symptom (Luchins et al. 1992, Tracy et al. 1996, Stein et al. 1999) anzusehen. In der vorliegenden Stichprobe wiesen mit 14 von 35 Personen 40% der Untersuchten eine komorbide Suchterkrankung auf. Insbesondere von assoziiertem Alkoholmissbrauch bzw. Alkoholabhängigkeit berichteten bereits andere Studien (Macmillan und Shaw 1966, Kafetz und Cox 1982, Pastenaci 1993, Hurley et al. 2000, Halliday et al. 2000, Dettmering und Pastenaci 2002, Maier 2004). An einer affektiven Störung, einer Intelligenzminderung, Alkoholmissbrauch und einer kombinierten Persönlichkeitsstörung war jeweils eine der untersuchten Personen erkrankt. Für alle genannten Entitäten liegen auch frühere Berichte vor, in denen eine Selbstverwahrlosung gemeinsam mit affektiven Psychosen – insbesondere Depressionen – (Cooney und Hamid 1995, Halliday et al. 2000, Dettmering und Pastenaci 2002), einer Intelligenzminderung (Williams et al. 1998), isoliertem Alkoholmissbrauch (Kafetz und Cox 1982, Pastenaci 1993) und einer Persönlichkeitsstörung (Macmillan und Shaw 1966, Post 1982, Dettmering und Pastenaci 2002) auftraten. Zwangserkrankungen spielten in der vorliegenden Stichprobe eine untergeordnete Rolle, da nur bei einer Person, bei der mehrfach eine akute vorübergehende Psychose diagnostiziert worden war, das Horten auf Zwangsgedanken im Rahmen einer komorbiden OCD zurückgeführt werden konnte. Diese Gruppe von Personen mit Zwangsstörungen war somit wie auch in der Studie von Halliday et al. (2000) wider den Erwartungen deutlich unterrepräsentiert. Entsprechend des Studiendesigns der vorliegenden Untersuchung konnten wie oben erläutert gesunde Personen mit Verwahrlosung, Vermüllung bzw. Horten nicht in die Stichprobe aufgenommen werden. Man mag argumentieren, dass einerseits somit ein Artefakt insofern vorliegt, weil durch die Brille der psychiatrischen Fragestellung eine Psychiatrisierung nach dem Motto geschieht, wenn bei den untersuchten Personen keine psychische Störung vorliegt, dann wurde nicht gründlich genug danach gefahndet. Andererseits ist auch in ernstzunehmenden Untersuchungen immer wieder von Personen zwar mit leichten kognitiven Defiziten bzw. schizoiden und paranoiden Persönlichkeitszügen aber

„ohne haltbare klassische psychiatrische Diagnose“ berichtet worden (Snowdon 1986, Vostanis und Dean 1992).

*Zusammenfassend muss auch anhand der vorliegenden Stichprobe die Ansicht bekräftigt werden, dass den Phänomenen Verwahrlosung, Vermüllung und Horten zumeist ein pathologischer Zustand im Sinne einer psychischen Störung zugrunde liegt.*

#### **4.3.3 Zur Bedeutung körperlicher Erkrankungen**

Bei fast 2/3 (62,9 %) der Untersuchten bestand zusätzlich eine relevante chronische körperliche Erkrankung, an erster Stelle Störungen des Bewegungsapparates gefolgt von Herz- und Gefäßerkrankungen. Über die Assoziation körperlicher Beeinträchtigungen mit Verwahrlosung, Vermüllung und Horten liegen vielfältige Darstellungen vor. Clark et al. (1975) hatten ebenso Herzkreislauf- und zerebrovaskuläre Erkrankungen als häufigste Ursachen gefunden. Es könnte sich um das gemeinsame Ergebnis von dementiellen Syndromen und anderen psychischen Störungen in Zusammenhang mit chronischen physischen Krankheitszuständen handeln, postulierten Radebaugh et al. (1987). Auch Halliday et al. (2000) hatten berichtet, dass eine überwiegende Zahl der von häuslicher Vermüllung Betroffenen an einer chronischen körperlichen Erkrankung litt. Ein hoher Anteil an betroffenen älteren Menschen mit Arthritiden, Tumorerkrankungen, Diabetes mellitus, arterieller Hypertonie und Herzerkrankungen wurde in der Studie von Abrams et al. (2002) genannt. In der vorliegenden Stichprobe hatte darüber hinaus eine körperliche Behinderung (in der Reihenfolge der Häufigkeit: Immobilität, Inkontinenz, Blindheit) bei neun untersuchten Personen (25,7%) nachweislich die vorliegenden Lebens- und Wohnverhältnissen verkompliziert. Ähnliches war auch von anderen Autoren beobachtet worden (Halliday et al 2000).

*Zusammenfassend ist zu konstatieren, dass ausgehend von dieser Untersuchung körperliche Erkrankungen wesentlich dazu beitragen können, bei bestimmten Personen verwahrloste und vermüllte Wohnverhältnisse hervorzurufen.*

#### **4.3.4 Verwahrlosung, Vermüllung und Horten**

In der Einleitung wurden bereits die Definitionen und phänomenologisch-nosologische Betrachtungen zu Verwahrlosung, Vermüllung und Horten referiert. Tatsächlich konnten in dieser Stichprobe Aspekte aller drei Phänomene gefunden werden. In manchen Wohnungen

stand der Aspekt der Akkumulation von Objekten im Vordergrund. Andere waren hauptsächlich hochgradig verschmutzt, unter Umständen ohne irgendeinen Anhalt einer wesentlichen Anhäufung von Dingen. Außerdem fanden sich bei den untersuchten Personen auch solche, die in sowohl verwahrlosten als auch vermüllten resp. mit angehäuften Dingen vollgestellten Wohnungen lebten. Insofern erscheint bezogen auf den Aspekt des Anhäufens die Typologie von Dettmering und Pastenaci (1985, 1993, 2002) sinnvoll, wodurch *qualitative* Unterscheidungen hinsichtlich *Vermüllung mit* (Typ 1) vs. *ohne Systematik* (Typ 2) möglich sind. Auch nosologisch ist das bedeutsam, da, wie bereits dargestellt, die Qualität solcher Symptome von der Art der zugrundeliegenden Erkrankung abhängig sein kann. So fanden bei in dieser Arbeit untersuchten Personen mit endogenen Psychosen möglicherweise Wahnphänomene ihren Ausdruck im Anhäufen von Dingen in einem bizarren Ordnungssystem, was dem Typ 1 entspricht (Abbildung 5, cf. Abbildungen 1 und 2). Dagegen zeigten die in dieser Untersuchung häufigeren Personen mit dementiellen Erkrankungen, mit anderen hirnrorganischen Veränderungen und mit Suchterkrankung signifikant häufiger Schwierigkeiten, Ordnung zu halten, in dem sie beispielsweise Dinge nicht wegwerfen konnten, was der Typologie folgend dem Typ 2 zuzuordnen ist.



Abb. 5: **Vermüllung mit „geordneter Unordnung“** entsprechend dem Typ 1 nach Dettmering

Dettmering und Pastenaci beschrieben außerdem einen Typ 3 anhand von Wohnungen, „die unbewohnbar geworden sind, weil ihre hygienischen Einrichtungen nicht mehr funktionieren“. Anhand der eigenen Stichprobe muss jedoch konstatiert werden, dass es sich dabei nicht um eine im Vergleich zu den Typen 1 und 2 disjunkte Form handelt sondern diese am ehesten als *quantitative* Steigerung des Typs 2 aufgefasst werden kann. Entsprechend wurde in dieser Untersuchung die Typologie unter Dichotomisierung in Typ 1 und Typ 2 verwendet, während der quantitative Aspekt in der LCRS seinen Ausdruck fand. Jedoch ist die kategoriale Trennung dieser Typen nicht dogmatisch zu sehen, da auch ausgehend von der vorliegenden Stichprobe Mischformen nicht selten sind.

Als weiteres Instrument zur systematischen Deskription der Verwahrlosung, Vermüllung und des Hortens wurde in dieser Untersuchung die LCRS benutzt. Folgende generelle Probleme ergaben sich dabei: Die LCRS wurde erstmals in einer Studie in Australien entwickelt und verwendet (Samios 1996) und musste daher nicht nur in sprachlicher sondern auch in soziologisch-demographischer Hinsicht auf die deutschen Verhältnisse transkribiert werden. So wurden in der australischen Pilotstudie sieben vermüllte von insgesamt 75 Personen beurteilt, von denen mehr als die Hälfte ( $n = 41/75$ ) in einem Haus lebten. Von den Betroffenen in der hier vorliegenden Stichprobe lebte dagegen die große Mehrheit in einer Mietwohnung und nur eine Person in einem Haus. Entsprechend war es in den meisten Fällen nicht relevant, die äußere Umgebung bezüglich Baufähigkeit des Hauses und Ordentlichkeit des Gartens (Items 1 und 2, Tabelle 1) zu beurteilen, weil die untersuchten Personen dafür nicht verantwortlich zu machen waren resp. kein Garten am Wohnobjekt existierte. Ein weiteres generelles Problem war die Perzeption der Verwahrlosung, Vermüllung und des Hortens und in der Folge deren Niederschlag in den mit der LCRS verwendeten Bewertungskriterien. Zwar wurden alle betroffenen Personen nur vom Untersucher beurteilt, wodurch eine zumindest personell konsistente Bewertung möglich war. Jedoch unterlag die individualisierte Skalierung entsprechend dem Likert – Typ von 0 bis 3 („akzeptabel – leicht abnorm – mäßig abnorm – schwer abnorm, Tabelle 2) somit einer stark subjektiven Einschätzung. Darüber hinaus stand eine zweite supervidierende Person nicht permanent zur Verfügung und konnte daher zur Validierung der Ergebnisse nicht herangezogen werden. Zur generellen Aussagefähigkeit der LCRS hatte Samios bereits anhand einer Faktorenanalyse deutlich gemacht, dass die Items, welche am besten für das Vorhandensein von Vermüllung prädisponieren, die auf der Persönlichen und der Inneren Skala (Items 3 –19) waren, während die Items der Äußeren Umgebung nicht damit korrelierten. Weder von Samios noch von Halliday et al. (2000) wurde jedoch eine Reliabilitätsprüfung durchgeführt. Auch anhand der

eigenen kleinen Stichprobe war eine solche nicht möglich. Trotzdem kann anhand der vorliegenden Ergebnisse resümiert werden, dass die operationalisierten Kriterien der LCRS zur standardisierten Erfassung der Lebensbedingungen und insbesondere als Instrument zur Beurteilung des (prognostischen) Outcomes dienen können. Die vorliegende Studie hat gerade in diesem letzten Punkt gezeigt, dass Personen, bei denen einer höherer Wert sowohl auf der Inneren als auch der Persönlichen Skala der LCRS gemessen wurde, besser geholfen werden konnte. Daraus kann man umgekehrt schlussfolgern, dass denen mit statistisch moderaten bis leichten Ausprägungen möglicherweise eine intensivere Beachtung und ebensolche Hilfestellung zu teil werden sollte, um eine Verbesserung der häuslichen Situation herbeizuführen. Für weitere Studien scheint jedoch der gemeinsame Gebrauch von Fremd- (LCRS) und Selbstbeurteilungsskalen (z.B. SI-R) unverzichtbar, um auch die Ansichten der Betroffenen zu den angesammelten Dingen systematisch zu beschreiben und somit den unterschiedlichen Verhaltensweisen der betroffenen Personen vor allem während einer Intervention gerecht zu werden (Steketee und Frost 2003).

Nochmals soll betont werden, die Phänomene Verwahrlosung, Vermüllung und Horten einzeln als solche anzusprechen und nicht einer verallgemeinernden Subsumtion zu unterziehen. Überdies können – wie oben bereits angedeutet – die Grenzen zu dem, was in unserem Kulturkreis als normal angesehen wird, fließend sein (Ernst 2001). Dies legen Begriffe wie z.B. Unordnung, Sammeln und Sammelleidenschaft nahe. Klare Kategorisierungen – sowohl quantitativer, ökonomischer als auch ästhetischer Art (Sommer 2002) – können so auch diesbezüglich schwierig sein.

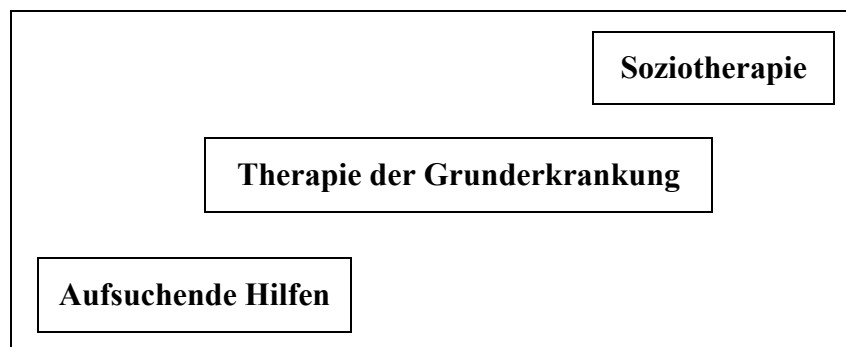
Der Terminus „*Vermüllungssyndrom*“ ist seit seiner Einführung durch Dettmering (1985) in der deutschen Literatur fast ausnahmslos verwendet worden. Dieser Begriff ist jedoch nicht für die ganze Bandbreite der untersuchten Personen und ihrer Wohnverhältnisse geeignet. Insbesondere konnte die von Dettmering und Pastenaci (2002) propagierte Symptomkonstellation soziale Isolierung, Müll als Entlastung von seelischer Problematik und Panikreaktion bei Entmüllung nur bei einigen Probanden dieser Studie dokumentiert werden. Darüber hinaus ist es unangemessen und historisch falsch, den Terminus „*Diogenes-Syndrom*“ (Clark et al. 1975, Klosterkötter und Peters 1985 u.a.) weiter zu benutzen. Hier liegt nicht nur eine falsche Rezeption der griechischen Antike vor, sondern die so betitelte Symptomkonstellation – konzipiert u.a. für Betroffene überwiegend jenseits des 60. Lebensjahres – deckt sich außerdem nicht mit den meisten in dieser Studie untersuchten Personen. Der Begriff sollte für folgende Arbeiten vermieden werden.

*Insgesamt wird deutlich, dass Vermüllung, Verwahrlosung und Horten wie auch körperliche Vernachlässigung, sozialer Rückzug und Verweigerung gegenüber Hilfemaßnahmen Symptome von zugrundeliegenden Erkrankungen sein können.*

#### **4.3.5 Katamnese und abgeleitete therapeutische Möglichkeiten**

Die Besonderheit der hier vorliegenden Studie besteht darin, dass nach einem Zeitraum von durchschnittlich 11 Monaten eine Nachuntersuchung erfolgte, so dass sowohl der weitere Verlauf der häuslichen Verhältnisse beurteilt werden konnte als auch welche Hilfen tatsächlich nützlich waren und welche dagegen kaum einen Effekt zeigten. Erschreckenderweise waren etwas mehr Fälle bei der Nachuntersuchung als ungebessert zu klassifizieren denn als gebessert. Es zeigte sich, dass die Personen mit schizophrenen oder anderen psychotischen Erkrankungen überwiegend ungebessert waren, während bei Personen mit hirnganischen Störungen oder Intelligenzminderung offensichtlich die angebotenen Hilfen griffen. Dabei waren die beiden einzigen Hilfsangebote, hinsichtlich der sich die gebesserten und ungebesserten Personen (hoch)signifikant unterschieden, der Umzug in eine andere Wohnumgebung (in der Regel war dies ein Alters- oder Pflegeheim bzw. eine Form des betreuten Wohnens) sowie die Organisation einer Hauswirtschaftshilfe. Ambulante Pflegedienste, Sozialpsychiatrischer Dienst oder auch stationär psychiatrische Behandlungen dagegen waren in beiden Gruppen gleich oft zu finden, so dass sich nicht nachweisen ließ, dass diese in dieser Hinsicht einen Effekt erbrachten. Aufgrund des sozialpsychiatrischen Focus dieser Untersuchung konnte eine Beurteilung spezieller Verfahren wie etwa der Pharmakotherapie, der Kognitiven Verhaltenstherapie oder gruppentherapeutischer Verfahren, wie sie in verschiedenen Studien zu Horten bei OCD in ihrem Outcome gegenübergestellt wurden (Black et al. 1998, Hartl und Frost 1999, Steketee et al. 2000), nicht berücksichtigt werden. Jedoch stimmen auch die meisten dieser Berichte in ihrer Aussage überein, dass die Behandlung von hortendem Verhalten problematisch ist (Steketee und Frost 2003). Selbstunsicherheit, nicht vorhandene Bewältigungsmechanismen, generelles Ablehnen oder der Abbruch der Behandlung und mangelnde Kooperation während der Behandlung wurden in verschiedenen Kasuistiken als Gründe dafür genannt (Greenberg 1987, Greenberg et al. 1990, Fitzgerald 1997, Damecour und Charron 1998, Dettmering und Pastenaci 2002). Ähnliches stellten Vostanis und Dean (1992) anhand zweier Fallbeispiele dar, als sie bei den von ihnen Untersuchten eine fehlende Problemeinsicht bezüglich des von Selbstverwahrlosung begleiteten hortenden Verhaltens feststellten. Ausgehend von einer multifaktoriellen Ätiopathogenese der untersuchten Phänomene wird in Zusammenschau mit

den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung und den bereits in der Einleitung erwähnten Therapieansätzen ein Stufenmodell (Synopsis 1) vorgeschlagen. Dieser multimodale Ansatz zur Behandlung von Verwahrlosung, Vermüllung und Horten gliedert sich in sozialpsychiatrische, aufsuchende Hilfen (Stufe 1), – nach einer sorgfältigen Beurteilung des Problems und psychiatrischer Diagnostik – eine Therapie der Grunderkrankung (Psychopharmakotherapie, kognitive Verhaltenstherapie, Psychoedukation) (Stufe 2) und eine Soziotherapie (Hauswirtschaftshilfe, ggf. Umzug, weitere Anbindung an ambulante soziale Dienste, Bildung von Selbsthilfegruppen) (Stufe 3). Damit könnten Interventionen wie beispielsweise Zwangsentmüllungen mit konsekutivem plötzlichem Wohnungsverlust als bisherige ultima ratio in vielen Fällen vermieden werden.



Synopsis 1: **Therapeutisches Stufenmodell**

*Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse dieser katamnestischen Erhebung, dass Verwahrlosung, Vermüllung und Horten auf sozialpsychiatrische Interventionen nur teilweise respondieren, insbesondere bei Personen mit Erkrankungen des psychotischen Formenkreises blieben die häuslichen Verhältnisse ungebessert. Der Umzug sowie eine Hauswirtschaftshilfe waren die einzigen der angebotenen Hilfen, welche einen signifikanten Effekt hatten.*



## 5 Schlussfolgerungen und Ausblick

Phänomene wie Verwahrlosung, Vermüllung und Horten können somit in jedem Lebensalter auftreten. Sie entsprechen offenkundig keinem eigenen Krankheits- oder Störungsbild, sondern umfassen verschiedene Ursachen und Faktoren. Hirnorganische Beeinträchtigungen sind ein wesentlicher Faktor, alternativ können auch psychotische Erkrankungen ätiologisch wirksam werden. Oft kommt eine körperliche Behinderung oder chronisch körperliche Erkrankung sowie soziale Vereinsamung hinzu. Reguläre nachgehende Hilfen, stationär psychiatrische Behandlungen, ambulant nervenärztliche Behandlungen oder Nachbarschaftshilfe stellen – zumindest in unserer Stichprobe – keine wesentlichen Faktoren dar, wodurch solche häuslichen Verhältnisse sich besserten. Wesentlich schien es dagegen, in die Sphäre des Wohnens aktiv einzugreifen: Der Umzug in betreute Wohnformen oder die Organisation von Hauswirtschaftshilfen war dabei am hilfreichsten. Menschen mit hirnorganischen Beeinträchtigungen oder mit Minderbegabung konnte dabei sehr viel besser geholfen werden als Personen mit psychotischen Erkrankungen, bei denen die Vermüllung resp. das Horten sehr häufig persistierte oder sich sogar trotz Bekanntwerden verschlechterte. Entsprechend scheint es für ambulante sozialpsychiatrische Dienste wichtig zu sein, Risikopopulationen auszumachen und sie differenziert und individuell weiter zu betreuen: Bei Personen mit hirnorganischen Störungen insbesondere Demenzen wird dies unter Umständen der Umzug in ein Pflegeheim oder eine spezialisierte Wohneinrichtung bedeuten. Bei Menschen mit psychotischen Erkrankungen sind dagegen sehr viel komplexere Hilfen von Nöten, die offensichtlich in der hier vorliegenden Untersuchung nur unzureichend griffen.

Insgesamt wird deutlich, dass Verwahrlosung, Vermüllung und Horten wie auch körperliche Vernachlässigung, sozialer Rückzug und Verweigerung gegenüber Hilfemaßnahmen *Symptome* von zugrundeliegenden Erkrankungen sein können. Die ätiopathogenetischen Gemeinsamkeiten sollten jedoch nicht dazu verleiten, diese als psychopathologisch-phänomenologisches Kontinuum per se etwa einer leichteren (Horten) bis schwereren (Verwahrlosung) Ausprägung anzusehen. Dennoch besteht kein Zweifel darüber, dass hortendes Verhalten zu Vermüllung und Verwahrlosung führen kann, jedoch nicht notwendigerweise muss (Maier 2004). Eine genaue Evaluation jedes einzelnen Falles solchen Verhaltens stellt somit die *Conditio sine qua non* dar, auf deren Basis zunächst die mögliche zugrundeliegende psychopathologische Struktur, im Folgenden diese in Beziehung zu den angesammelten bzw. nicht weggeworfenen Gegenständen und schließlich die therapeutischen Konsequenzen herausgearbeitet werden sollten. Für weitere Studien ist überdies der parallele

Gebrauch von Fremd- und Selbstbeurteilungsskalen wünschenswert, um auch die Ansichten der Betroffenen zu den angesammelten Dingen systematisch zu beschreiben (Steketee und Frost 2003). Damit könnten involvierte Mitarbeiter der Gesundheitsämter, Sozialarbeiter, Ärzte und Pflegende bei der spezifischen Behandlung den unterschiedlichen Verhaltensweisen der betroffenen Personen vor, während und nach einer Intervention gerechter werden.

## 6 Zusammenfassung

Während eines Beobachtungszeitraums von zwei Jahren wurde eine umfassende Untersuchung für die in der Stadt Halle/Saale dem psychiatrischen Versorgungssystem bekannt gewordenen Personen mit Verwahrlosung, Vermüllung oder Horten durchgeführt. Die Datenerhebung fand dabei in Zusammenarbeit mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst am Gesundheitsamt der Stadt Halle/Saale und der Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg statt.

Neben der Erfassung von soziobiographischen Daten, assoziierten psychischen und somatischen Erkrankungen und der Art und Effektivität der eingesetzten Hilfen wurde nach einem Katamnesezeitraum von durchschnittlich 11 Monaten untersucht, wie sich diese Phänomene weiterentwickelten.

In die Studie wurden 35 Personen eingeschlossen, die in verwahrlosten oder vermüllten Wohnungen lebten oder von denen hortendes Verhalten bekannt war. Die untersuchten Personen waren in einem Alter von 21 bis 88 Jahren (Mittelwert 63 Jahre). 21 (60%) waren Männer.

17 Personen (49%) litten an einer organischen Störung (ICD-10: F0), wobei bei acht von diesen ein zusätzlicher Alkoholabusus bestand. Bei 14 (40%) fand sich eine Erkrankung aus dem psychotischen Formenkreis (ICD-10: F2). Hier zeigte knapp die Hälfte (sechs) eine komorbide Suchterkrankung. Bei einer Person bestand eine komorbide Zwangsstörung. Jeweils eine Person litt – jeweils ohne weitere psychische Störung – an einer affektiven Störung, einer Intelligenzminderung, Alkoholmissbrauch und einer kombinierten Persönlichkeitsstörung.

Zu Beginn des jeweiligen Beobachtungszeitraumes hatten 22 Personen (63%) mindestens eine chronische körperliche Erkrankung. Bei neun untersuchten Personen (26%) trug eine körperliche Behinderung im Sinne einer Funktionsbeeinträchtigung nach WHO (in der Reihenfolge der Häufigkeit: Immobilität, Inkontinenz, Blindheit) zu den vorliegenden Lebens- und Wohnverhältnissen bei.

Nach durchschnittlich 11 Monaten war es bei 15 Personen (43%) zu einer relevanten Besserung des Zustandes der Wohnung gekommen; allerdings gab es bei 16 Untersuchten (46%) keine Anzeichen für eine wesentliche Verbesserung, hier waren die Verhältnisse entweder unverändert (12, 34%) oder hatten sogar einen progredienten Verlauf (4, 11%) genommen.

30 Personen (86%) wurden vom Sozialpsychiatrischen Dienst betreut. Bei 17 Personen (49%) wurde eine Betreuung nach Betreuungsgesetz eingerichtet. In der Zwischenzeit waren 16 Personen (46%) in stationärer Behandlung gewesen, davon 10 zur Therapie einer psychischen Erkrankung und sechs zur Behandlung von körperlichen Krankheiten. Acht (23%) wurden ambulant nervenärztlich bzw. tagesklinisch im Anschluss an den stationären Aufenthalt behandelt.

Zwischen den Personen mit Besserung der häuslichen Verhältnisse und solchen Nichtgebesserten zeigten sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich Alter, Geschlecht, bestehender Partnerschaft oder psychiatrischer Vorbehandlung. Eine Besserung war dagegen signifikant häufiger bei Probanden zu sehen, die an einer hirnorganischen Störung oder einer Intelligenzminderung litten, während Personen mit psychotischen Erkrankungen signifikant häufiger zur Gruppe der Nichtgebesserten gehörten.

Hinsichtlich der ergriffenen Maßnahmen zeigten sich zwei als wirkungsvoll: Umzug und Hauswirtschaftshilfen waren in der Gruppe der Gebesserten signifikant häufiger festzustellen als in der Gruppe der Nichtgebesserten. Alle anderen sozialpsychiatrischen und sozialtherapeutischen Maßnahmen unterschieden dagegen die beiden Gruppen nicht.

Die Phänomene Verwahrlosung, Vermüllung und Horten sollten nicht einer verallgemeinernden Subsumtion unterzogen werden. Eine exakte Evaluation jedes einzelnen Falles solchen Verhaltens hinsichtlich der möglichen Psychopathologie und den damit verbundenen Beziehungen zu den angesammelten bzw. nicht weggeworfenen Gegenständen ist die unabdingbare Voraussetzung für eine differenzierte und individuelle Behandlung.

## 7 Literaturverzeichnis

- <sup>1</sup> Abrams RC, Lachs M, McAvay G, Keohane DJ, Bruce ML: Predictors of self-neglect in community-dwelling elders. *Am J Psychiatry* 159[10] (2002) 1724-1730
- <sup>2</sup> American Psychiatric Association: Diagnostic and statistic manual of mental disorders. American Psychiatric Association, 4th edn., Washington DC, 1994
- <sup>3</sup> Arieti S: Interpretation of schizophrenia. Second edition, Basic, New York, 1974
- <sup>4</sup> Barocka A, Seehuber D, Schone D: Sammeln und Horten: ein Messie kann nicht anders. Die Wohnung als Müllhalde. *Fortschr Med* 146[45] (2004) 36-39
- <sup>5</sup> Beauchet O, Imler D, Cadet L, Blanc P, Ramboa, P., Girtanner, C., Gonthier, R: Le syndrome de Diogène du sujet âgé: forme clinique d'un dysfonctionnement frontal? À propos de quatre observations. *Rev Med Interne* 23[2] (2002) 122-131
- <sup>6</sup> Böcker FM, Jeschke F, Brieger P: Psychiatrische Versorgung in Sachsen-Anhalt: Einrichtungen und Dienste im Überblick. *Psychiatr Prax* 28 (2001) 1-9
- <sup>7</sup> Brieger P: Gemeindenahe Psychiatrieplanung der Stadt Halle. Die Oberbürgermeisterin, Halle/Saale, 2001
- <sup>8</sup> Calamari JE, Wiegartz PS, Janeck AS: Obsessive-compulsive disorder subgroups: a symptom-based clustering approach. *Behav Res Ther* 37 (1999) 113-125
- <sup>9</sup> Cermele JA, Melendez-Pallitto L, Pandina GJ: Intervention in compulsive hoarding. A case study. *Behav Modif* 25[2] (2001) 214-232
- <sup>10</sup> Clark AN, Mankikar GD, Gray I: Diogenes syndrome. A clinical study of gross neglect in old age. *Lancet* 1[7903] (1975) 366-368
- <sup>11</sup> Clark AN: The Diogenes syndrome. *Nurs Times* 71[21] (1975) 800-802
- <sup>12</sup> Clark ANG: Diogenes syndrome. How to assess severe self-imposed neglect. *Geriatric Medicine* (1980) 65-67
- <sup>13</sup> Clark J: Neglect: the challenge of senile squalor syndrome. *Geriatric Medicine* 5 (1998) 41-44
- <sup>14</sup> Clark J: Senile squalor syndrome: two unusual cases. *J R Soc Med* 92[3] (1999) 138-140
- <sup>15</sup> Cole AJ, Gillett TP, Fairbairn A: A case of senile self neglect in a married couple: 'Diogenes à deux'? *Int J Ger Psychiatry* 7 (1992) 839-841

- <sup>16</sup> Coles ME, Frost RO, Heimberg RG, Steketee G: Hoarding behaviors in a large college sample. *Behav Res Ther* 41 (2003) 179-194
- <sup>17</sup> Cooney C, Hamid W: Review: diogenes syndrome. *Age Ageing* 24[5] (1995) 451-453
- <sup>18</sup> Cybulska E, Rucinski J: Gross self-neglect in old age. *Br J Hosp Med* 36[1] (1986) 21-25
- <sup>19</sup> Cybulska E: Senile squalor: Plyushkin`s not Diogenes` syndrome. *Psychiatr Bull* 22 (1998) 319-320
- <sup>20</sup> Damecour CL, Charron M: Hoarding: a symptom, not a syndrome. *J Clin Psychiatry* 59[5] (1998) 267-272
- <sup>21</sup> Dettmering P: Das "Vermüllungssyndrom" - ein bisher unbekanntes Krankheitsbild. *Öffentl. Gesundheitswes.* 47[1] (1985) 17-19
- <sup>22</sup> Dettmering P, Pastenaci R: Das Vermüllungssyndrom: Theorie und Praxis. 2. Aufl., Verlag Dietmar Klotz, Eschborn, 2002
- <sup>23</sup> Dietrich H: Über Sammelucht (Kollektionismus, Collectors Mania). *Der Nervenarzt* 39[6] (1968) 271-274
- <sup>24</sup> Drummond LM, Turner J, Reid S: Diogenes` syndrome – a load of old rubbish? *Ir J Psych Med* 14 (1997) 99-102
- <sup>25</sup> Dyer CB, Pavlik VN, Murphy KP, Hyman DJ: The high prevalence of depression and dementia in elder abuse or neglect. *J Am Geriatr Soc* 48[2] (2000) 205-208
- <sup>26</sup> Dykens E, Shah B: Psychiatric disorders in Prader-Willi-syndrome: epidemiology and management. *CNS Drugs* 17 (2003) 167-178
- <sup>27</sup> Eberhard K, Kohlmetz G: Verwahrlosung und Gesellschaft. Logische und empirische Prüfung einiger soziologischer Thesen zur Verursachung von Verwahrlosung. Verlag für Medizinische Psychologie, Göttingen, 1973
- <sup>28</sup> Ernst K: Psychiatrische Versorgung heute: Konzepte, Konflikte, Perspektiven. 2. Aufl., Verlag Wissenschaft und Praxis, Sternenfels, 2001
- <sup>29</sup> Faust V: Vermüllungs-Syndrom. *Psychische Störungen heute* 3. Erg. Lfg. (2003) 1-25
- <sup>30</sup> Felton S: Im Chaos bin ich Königin. Überlebenstraining im Alltag. Brendow, Moers, 1994
- <sup>31</sup> Fitzgerald PB: 'The bowerbird symptom': a case of severe hoarding of possessions. *Aust N Z J Psychiatry* 31 (1997) 597-600

- <sup>32</sup> Frankenburg FR: Hoarding in anorexia nervosa. *Br J Med Psychol* 57 (1984) 57-60
- <sup>33</sup> Freud S: Charakter und Analerotik (1908). In: In Freud S: *Zwang, Paranoia und Perversion*, Studienausgabe Band VII. 7., korrigierte Aufl., Fischer, Frankfurt am Main, 1997, 23-30
- <sup>34</sup> Freud S: Die Disposition zur Zwangsneurose (Ein Beitrag zum Problem der Neurosenwahl) (1913). In: Freud S: *Zwang, Paranoia und Perversion*, Studienausgabe Band VII. 7., korrigierte Aufl., Fischer, Frankfurt am Main, 1997, 105-117
- <sup>35</sup> Fromm E: *Man for Himself: An Inquiry into the Psychology of Ethics*. Holt, Rinehart & Winston: New York, 1947. Deutsch: *Den Menschen verstehen. Psychoanalyse und Ethik*. 7. Aufl., dtv, München, 2005
- <sup>36</sup> Frost RO, Gross RC: The hoarding of possessions. *Behav Res Ther* 31[4] (1993) 367-381
- <sup>37</sup> Frost RO, Hartl TL, Christian R, Williams N: The value of possessions in compulsive hoarding: patterns of use and attachment. *Behav Res Ther* 33[8] (1995) 897-902
- <sup>38</sup> Frost RO, Hartl TL: A cognitive-behavioral model of compulsive hoarding. *Behav Res Ther* 34[4] (1996) 341-350
- <sup>39</sup> Frost RO, Krause MS, Steketee G: Hoarding and obsessive-compulsive symptoms. *Behav Modif* 20[1] (1996) 116-132
- <sup>40</sup> Frost RO, Steketee G: Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. *Behav Res Ther* 35[4] (1997) 291-296
- <sup>41</sup> Frost RO, Kim HJ, Morris C, Bloss C, Murray-Close M, Steketee G: Hoarding, compulsive buying and reasons for saving. *Behav Res Ther* 36 (1998) 657-664
- <sup>42</sup> Frost RO, Steketee G, Williams L: Hoarding: a community health problem. *Health Soc Care Community* 8[4] (2000) 229-234
- <sup>43</sup> Frost RO, Steketee G, Williams LF, Warren R: Mood, personality disorder symptoms and disability in obsessive compulsive hoarders: a comparison with clinical and nonclinical control. *Behav Res Ther* 38 (2000) 1071-1081
- <sup>44</sup> Frost RO, Steketee G, Grishman J: Measurement of compulsive hoarding: saving inventory-revised. *Behav Res Ther* 42 (2004) 1163-1182
- <sup>45</sup> Gannon M, O'Boyle J: Diogenes syndrome. *Ir Med J* 85[4] (1992) 124
- <sup>46</sup> Greenberg, D: Compulsive hoarding. *Am J Psychother* 41[3] (1987) 409-416

- <sup>47</sup> Greenberg D, Witztum E, Levy, A: Hoarding as a psychiatric symptom. *J Clin Psychiatry* 51[10] (1990) 417-421
- <sup>48</sup> Grignon S, Bassiri D, Bartoli, JL, Calvet, P: Association of Diogenes syndrome with a compulsive disorder. *Can J Psychiatry* 44[1] (1999) 91-92
- <sup>49</sup> Guindon H: Vermüllungssyndrom. Ein Bericht über hoch abnormes Verhalten anhand von fünf eigenen Beobachtungen. Dissertation, Universität Erlangen, 1996
- <sup>50</sup> Halliday G, Banerjee S, Philpot M, Macdonald A: Community study of people who live in squalor. *Lancet* 355[9207] (2000) 882-886
- <sup>51</sup> Hanon C, Pinquier C, Gaddour N, Said S, Mathis D, Pellerin J: Diogenes syndrome: a transsonographic approach. *Encephale* 30[1] (2004) 315-322 [in French]
- <sup>52</sup> Hartl TL, Frost RO: Cognitive-behavioral treatment of compulsive hoarding: a multiple baseline experimental case study. *Behav Res Ther* 37 (1999) 451-461
- <sup>53</sup> Hartl TL, Duffany SR, Allen GJ, Steketee G, Frost RO: Relationships among compulsive hoarding, trauma, and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behav Res Ther* 43[2] 2005 269-76
- <sup>54</sup> High DM: Research with Alzheimer's disease subjects: informed consent and proxy decision making. *J Am Geriatr Soc* 40[9] (1992) 950-957
- <sup>55</sup> Hofmann W: Das Vermüllungssyndrom. Verwahrlosung im Alter. Dissertation, Technische Universität München, 1991
- <sup>56</sup> Hofmann W: Das Diogenes-Syndrom: Leben zwischen allerlei Krimskrams. *Geriatric Praxis* 2 (1992) 59-60
- <sup>57</sup> Hogstel MO: Understanding hoarding behaviors in the elderly. *Am J Nurs* 93[7] (1993) 42-45
- <sup>58</sup> Hurley M, Scallan E, Johnson H, De La Harpe D: Adult service refusers in the greater Dublin area. *Ir Med J* 93[7] (2000) 208-211
- <sup>59</sup> Hwang JP, Tsai SJ, Yang CH, Liu KM, Lirng JF: Hoarding behavior in dementia. A preliminary report. *Am J Geriatr Psychiatry* 6[4] (1998) 285-289
- <sup>60</sup> Jackson GA: Diogenes syndrome – how should we manage it? *J Ment Health* 6 (1997) 113-116



- <sup>61</sup> Johnson J, Adams J: Self-neglect in later life. *Health an Social Care in the Community* 4[4] (1996) 226-233
- <sup>62</sup> Jürgens A: Das "Vermüllungssyndrom". *Psychiatr Prax* 27[1] (2000) 42-46
- <sup>63</sup> Kafetz K, Cox M: Alcohol excess and the senile squalor syndrome. *J Am Geriatr Soc* 30[11] (1982) 706
- <sup>64</sup> Keane B: Senile squalor syndrome. *J R Soc Med* 92[8] (1999) 438
- <sup>65</sup> Kelley AE, Stinus L: Disappearance of hoarding behavior after 6-hydroxydopamine lesions of the mesolimbic dopamine neurons and its reinstatement with L-Dopa. *Behavioral Neuroscience* 99[3] (1985) 531-545
- <sup>66</sup> Klosterkötter J, Peters UH: Das Diogenes Syndrom. *Fortschr Neurol Psychiatr* 53[11] (1985) 427-434
- <sup>67</sup> König V: ...und morgen wird alles anders : Autobiographie einer Frau, deren Mutter am sogenannten Vermüllungssyndrom leidet. 3. Aufl., R.G. Fischer, Frankfurt am Main, 2000
- <sup>68</sup> Kraepelin E: *Psychiatrie – ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte*. 6., vollst. umgearb. Aufl., Barth, Leipzig, 1899
- <sup>69</sup> Künzel-Schön M: "Verwahrloste ältere Menschen". *Sozial Extra* 23 (1999) 2-5
- <sup>70</sup> Künzel-Schön M: Familien mit einem Vermüllungssyndrom – Symptome – Ursachen – Handlungsmöglichkeiten. Unveröffentlichtes Manuskript, Fachhochschule Wiesbaden, 2001
- <sup>71</sup> Kummer J, Gündel L: Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus im Rahmen eines Diogenes-Syndroms. Verbesserung der Schlafarchitektur durch unterstützende Behandlung mit Zolpidem. *Fortschr Med* 113[10] (1995) 149-150
- <sup>72</sup> Labhardt F: Der allgemeine Umgang mit Zwangskranken in Praxis und Klinik. *Praxis der Psychotherapie XVIII* (1973) 25-37
- <sup>73</sup> Lane IM, Wesolowski MD, Burke WH: Teaching socially appropriate behavior to eliminate hoarding in a brain injured adult. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 20[1] (1989) 79-82
- <sup>74</sup> Leonhard K †, Beckmann H (Hrsg): *Aufteilung der endogenen Psychosen und ihre differenzierte Ätiologie*. 7. neubearbeitete und ergänzte Aufl., Thieme, Stuttgart, New York, 1995

- 75 Lindstedt L: Wohnungs-Verwahrlosung als Symptom verschiedener Erkrankungen. Was tun bei Defizitverwahrlosung, Vermüllung, Sammeln und Messies? Gesundheitsamt der Stadt Augsburg / Abteilung Sozialpsychiatrie, Handreichung zum Referat, 2002
- 76 Little JD: Intervention and social breakdown in the elderly. *Aust N Z J Psychiatry* 30[5] (1996) 681-684
- 77 Luchins DJ: A possible role of hippocampal dysfunction in schizophrenic symptomatology. *Biol Psychiatry* 28[2] (1990) 87-91
- 78 Luchins DJ, Goldman MB, Lieb M, Hanrahan P: Repetitive behaviors in chronically institutionalized schizophrenic patients. *Schizophr Res* 8 [2] 1992 119-123
- 79 Macmillan D, Shaw P: Senile breakdown in standards of personal and environmental cleanliness. *Br Med J* 2[521] (1966) 1032-1037
- 80 Maier T: On phenomenology and classification of hoarding: a review. *Acta Psychiatr Scand* 110 (2004) 323-337
- 81 Manosevitz M, Lindzey G: Genetics of hoarding: a biometrical analysis. *J Comp Physiol Psychol* 63[1] (1967) 142-144
- 82 Marneros A, Andreasen NC: *Negative versus positive schizophrenia*. Springer, Berlin, 1991
- 83 Marx MS, Cohen-Mansfield J: Hoarding behavior in the elderly: a comparison between community-dwelling persons and nursing home residents. *Int Psychoger* 15[3] (2003) 289-306
- 84 Moll GH, Eysenbach K, Woerner W, 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* 102 (2000) 389-394
- 85 Moore R: Diogenes syndrome. *Nurs Times* 85[30] (1989) 46-48
- 86 Muensterberger W: *Sammeln – eine unbändige Leidenschaft*. Suhrkamp Taschenbuch Verlag 3024, Frankfurt am Main, 1999
- 87 Ngeh JK: Diogenes syndrome presenting with a stroke in an elderly, bereaved woman. *Int J Geriatr Psychiatry* 15[5] (2000) 468-469

- <sup>88</sup> O'Mahony D, Evans JG: Diogenes syndrome by proxy. *Br J Psychiatry* 164[5] (1994) 705-706
- <sup>89</sup> Orrell MW, Sahakian BJ, Bergmann K: Self-neglect and frontal lobe dysfunction. *Br J Psychiatry* 155 (1989) 101-105
- <sup>90</sup> Pastenaci R: Vermüllung als Syndrom psychischer Erkrankungen. Dissertation, Freie Universität Berlin, 1993
- <sup>91</sup> Peters UH: Lexikon Psychiatrie, Psychotherapie, medizinische Psychologie. 5. Aufl., Urban und Fischer, München, 2004
- <sup>92</sup> Post F: Functional disorders. I. Description, incidence and recognition. In: Levy R, Post F (Eds.): *The Psychiatry of Late Life*. Blackwell Scientific Publications, Oxford, London, Edinburgh, Boston, Melbourne, 1982
- <sup>93</sup> Radebaugh TS, Hooper FJ, Gruenberg EM: The Social Breakdown syndrome in the elderly population living in the community: the Helping Study. *Br J Psychiatry* 151 (1987) 341-346
- <sup>94</sup> Reifler BV: Diogenes syndrome: of omelettes and souffles. *J Am Geriatr Soc* 44[12] (1996) 1484-1485
- <sup>95</sup> Renelt H: Das Vermüllungssyndrom im Alter. *Krankenhauspsychiatrie* 10[Sonderheft 2] (1999) 93-98
- <sup>96</sup> Reyes-Ortiz CA, Mulligan T: A case of Diogenes syndrome. *J Am Geriatr Soc* 44[12] (1996) 1486
- <sup>97</sup> Reyes-Ortiz CA: Diogenes syndrome: the self-neglect elderly. *Compr Ther* 27[2] (2001) 117-121
- <sup>98</sup> Roe PF: Self-neglect. *Age Ageing* 6[3] (1977) 192-194
- <sup>99</sup> Rosenthal M, Stelian J, Wagner J, Berkman P: Diogenes syndrome and hoarding in the elderly: case reports. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 36[1] (1999) 29-34
- <sup>100</sup> Samios K: Into the loathsome den: the characteristics of persons living in squalor. Dissertation, Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, Sydney, 1996
- <sup>101</sup> Samuels J, Bienvenu OJ III, Riddle MA, Cullen BA, Grados MA, Liang KY, Hoehn-Saric R, Nestadt G: Hoarding in obsessive compulsive disorder: results from a case-control study. *Behav Res Ther* 40[5] (2002) 517-528

- <sup>102</sup> Saxena S, Brody AL, Maidment KM, Smith EC, Zohrabi N, Katz E, Baker SK, Baxter LR Jr: Cerebral glucose metabolism in obsessive-compulsive hoarding. *Am J Psychiatry* 161 (2004) 1038-1048
- <sup>103</sup> Seedat S, Stein DJ: Hoarding in obsessive-compulsive disorder and related disorders: a preliminary report of 15 cases. *Psychiatry Clin Neurosci* 56[1] (2002) 17-23
- <sup>104</sup> Shah AK: Senile squalor syndrome: what to expect and how to treat it. *Geriatric Med* 20 (1990) 26
- <sup>105</sup> Shah AK: The use of legislation in cases of squalor. *Med Sci Law* 35[1] (1995) 43-44
- <sup>106</sup> Shaw T, Shah A: Squalor syndrome and psychogeriatric admissions. *Int Psychogeriatr* 8[4] (1996) 669-674
- <sup>107</sup> Sikdar S: Diogenes syndrome: a case report. *Hosp Med* 60[9] (1999) 679
- <sup>108</sup> Snowdon J: Uncleanliness among persons seen by community health workers. *Hosp Community Psychiatry* 38[5] (1987) 491-494
- <sup>109</sup> Snowdon J: Squalor syndrome. *J Am Geriatr Soc* 45[12] (1997) 1539-1540
- <sup>110</sup> Sommer M: *Sammeln. Ein philosophischer Versuch.* Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft 1606, Frankfurt am Main, 2002
- <sup>111</sup> Stein DJ, Seedat S, Potocnik F: Hoarding: a review. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 36[1] (1999) 35-46
- <sup>112</sup> Stein WW: The hoarding habit, countertransference, and consultation anthropology in a Peruvian psychiatric hospital. *Soc Sci Med* 37[8] (1993) 1045-1054
- <sup>113</sup> Steinmann K (Hrsg): *Diogenes von Sinope.* Diogenes Verlag, Zürich, 1999
- <sup>114</sup> Steins G: Untersuchungen zur Deskription von Desorganisation: was verbirgt sich hinter dem Phänomen Messie? *Z K P P* 48 (2000) 266-279
- <sup>115</sup> Steins G: *Desorganisationsprobleme: Das Messie-Phänomen.* Pabst Science Publishers, Lengerich, 2003
- <sup>116</sup> Steins G: *Aber Messie bin ich noch! Eine Interventionsfallstudie zum Messie-Phänomen.* Pabst Science Publishers, Lengerich, 2004
- <sup>117</sup> Steketee G, Frost RO, Kim HJ: Hoarding by elderly people. *Health Soc Work* 26[3] (2001) 176-184

- <sup>118</sup> Steketee G, Frost RO: Compulsive hoarding: current status of the research. *Clin Psychol Rev* 23 (2003) 905-927
- <sup>119</sup> Tracy JI, De Leon J, Qureshi G, McCann EM, McGrory A, Josiassen RC: Repetitive behaviors in schizophrenia: a single disturbance or discrete symptoms? *Schizophr Res* 20 (1996) 221-229
- <sup>120</sup> Ungvari GS, Hantz PM: Social breakdown in the elderly, I. Case studies and management. *Compr Psychiatry* 32[5] (1991) 440-444
- <sup>121</sup> Ungvari GS, Hantz PM: Social breakdown in the elderly, II. Sociodemographic data and psychopathology. *Compr Psychiatry* 32[5] (1991) 445-449
- <sup>122</sup> Volle E, Beato R, Levy R, Dubois B: Forced collectionism after orbitofrontal damage. *Neurology* 58[3] (2002) 488-490
- <sup>123</sup> Vostanis P, Dean C: Self-neglect in adult life. *Br J Psychiatry* 161 (1992) 265-267
- <sup>124</sup> Warren JW, Sobal J, Tenney JH, Hoopes JM, Damron D, Levenson S, DeForge BR, Muncie HL Jr: Informed consent by proxy. An issue in research with elderly patients. *N Engl J Med* 315[18] (1986) 1124-1128
- <sup>125</sup> Whitehead T: Diogenes syndrome. *Lancet* (1975) 627-628
- <sup>126</sup> WHO: The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research, World Health Organisation, 1993
- <sup>127</sup> Williams H, Clarke R, Fashola Y, Holt G: Diogenes' syndrome in patients with intellectual disability: 'a rose by any other name'? *J Intellect Disabil Res* 42[Pt 4] (1998) 316-320
- <sup>128</sup> Winnicott DW: Transitional objects and transitional phenomena. *Int J Psychoanal* 34 (1953) 89-97
- <sup>129</sup> Winsberg ME, Cassic KS, Koran LM: Hoarding in obsessive-compulsive disorder: a report of 20 cases. *J Clin Psychiatry* 60[9] (1999) 591-597
- <sup>130</sup> Wrigley M, Cooney C: Diogenes syndrome – an Irish series. *Ir J Psychol Med* 9 (1992) 37-41
- <sup>131</sup> Zhang H, Leckmann JF, Pauls DL, Tsai CP, Kidd KK, Campos MR: Genomwide scan of hoarding in sib pairs in which both sibs have Gilles de la Tourette Syndrome. *Am J Hum Genet* 70 (2002) 896-904

## 8 Anhang

Anhang 1: Einverständniserklärung

# Martin - Luther - Universität Halle – Wittenberg

## Medizinische Fakultät

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Direktor: Prof. Dr. med. Andreas Marneros



### Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich bereit, an einer wissenschaftliche Untersuchung in Form einer Befragung teilzunehmen. Diese Untersuchung wird von Herrn cand. med. Tobias Wustmann in Zusammenarbeit mit Oberarzt Dr. med. Peter Brieger von der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg durchgeführt.

Ich wurde von Herrn cand. med. Tobias Wustmann über den Sinn der zusätzlichen Befragung und die Einsichtnahme in meine Krankenblätter aufgeklärt. Auch über die Schweigepflicht über alle Daten und die Bestimmungen des Datenschutzes wurde ich aufgeklärt.

#### **Proband:**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Halle, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

#### **Aufgeklärt durch:**

Halle, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Anhang 2: LCRS – Beschreibung der Punktwerte der einzelnen Items

<i>Item</i>	<i>Punktwert</i>	<i>Beschreibung: Beispiele</i>
1.	0 1 2 3	akzeptabel kleine Baufälligkeit: etwas Farbe geht ab mäßige Baufälligkeit: viel Farbe geht ab schwerwiegende Baufälligkeit: Farbe komplett ab, Dachrinnen herunter gefallen, kaputte Fenster
2.	0 1 2 3	ordentlich/akzeptabel leicht unordentlich: überwuchert, langes Gras, Unkraut mäßig unordentlich: gesammelte Dinge in ein paar Haufen sichtbar schwer unordentlich: langes Gras, in welchem sich Ungeziefer (oder Schlangen) verbergen könnten, verkommene Autokarosserien, andere große Dinge, viele Müllhaufen und angehäufte Dinge
3.	0 1 2 3	gut leicht behindert: eine oder mehrere Türen und Fenster versperrt oder ein oder mehrere Räume so unordentlich, sodass Betreten nicht möglich sehr behindert: viele Fenster und Türen versperrt wesentlich behindert: Zugang nur durch eine Tür oder ein Fenster möglich
4.	0 1 2 3	ohne/angenehm moderig/muffig mäßig übelriechend: unangenehm schwer übelriechend: unerträglich, Atemmaske erforderlich, unmöglich, im Haus zu bleiben
5.	0 1 2 3	adäquat/ausreichend ausreichende Beleuchtung in einem oder mehreren Räumen schwach/trüb: so in den meisten Räumen sehr dunkel
6.	0 1 2 3	sauber/akzeptabel leicht verschmutzt: nicht gesäubert seit einigen Tagen/Wochen, einige Räume betroffen mäßig dreckig: Müll auf dem Fußboden, die meisten Räume sind betroffen, eingetretener Dreck völlig verdreckt: alle Zimmer betroffen, Müll, Dreck, Exkremente, verfaultes Essen
7.	0 1 2	akzeptabel leicht verschmutzt: einige Räume sind betroffen mäßig dreckig: die meisten Räume sind betroffen

	3	völlig verdeckt: alle Räume sind betroffen
8.	0	akzeptabel
	1	leicht verschmutzt: unordentlich und staubig, nur ein oder zwei Räume sind betroffen
	2	mäßig dreckig: die meisten Räume sind betroffen, nicht mehr zu entfernender Dreck, beschädigte Möbel
	3	völlig verdeckt: Zigarettenbrandstellen, mit Essen/Urin/Faeces verschmutzt, alle Räume betroffen
9.	0	akzeptabel
	1	leicht verschmutzt: unordentlich, einige verschmutzte Teller, verschüttetes Essen
	2	mäßig dreckig: alte Reste von verschütteten Nahrungsmitteln, viele dreckige Teller, etwas Müll
	3	völlig verdeckt: Müll, Essensreste, verdorbene Nahrungsmittel, leere Speisekammer, Berge von dreckigem Geschirr
10.	0	frisch, Auswahl vorhanden
	1	wenig Frisches zu essen
	2	wenig Verdorbenes, keine Auswahl mehr, nur alkoholhaltige Getränke
	3	alles verfault, nichts mehr vorhanden: vermüllte Räume anstelle Küche, leere Speisekammer (bzw. Vorratsschrank), Alkoholflaschen
11.	0	akzeptabel
	1	leicht verschmutzt
	2	mäßig verdeckt
	3	völlig verdeckt: übelriechend, Klo verstopft, Exkremete auf dem Fußboden
12.	0	Entsorgung in der Toilette
	1	in der Toilette, aber ohne zu spülen
	2	in der gesamten Toilette bzw. dem Bad
	3	in allen Räumen: auf den Möbeln, den Fußböden und an den Wänden
13.	0	ohne/angemessen/sinnvoll
	1	leichten Grades: einige Räume betroffen, nur einige Taschen
	2	mittleren Grades: die meisten Räume sind betroffen
	3	schweren Grades
14.	0	ohne
	1	leichten Grades: einige Räume betroffen
	2	mittleren Grades: die meisten Räume sind betroffen
	3	schweren Grades



15.	0	keine
	1	sehr wenig: einige Kakerlaken
	2	ein paar anwesend, sicherer Beweis für Anwesenheit: Kot , angeknabberte Zeitungen
	3	Befall: Lebende oder Tote, viele
16.	0	gepflegt und sauber
	1	etwas dreckig
	2	dreckig: schuppene/fettige Haut
	3	völlig verdreckt: sich schälende Haut, alte trockene schuppene Haut mit offenen Wunden, Ungezieferbefall
17.	0	gepflegt und sauber
	1	unordentlich, ungeschnitten, ungekämmt
	2	verschmutzt, fettig, ungeschnitten, ungekämmt
	3	extrem dreckig, verfilzt, Ungezieferbefall
18.	0	gepflegt und sauber
	1	verschmutzt, eingerissen
	2	wenig gepflegt: lang, dreckig, Nikotinverfärbung
	3	stark ungeschnitten, eingewachsener Dreck, Nikotinverfärbung
19.	0	sauber und gepflegt
	1	unordentlich: ungebügelt, verschmutzt
	2	sehr dreckig, einige Flecken, leicht übelriechend
	3	völlig verdreckt, viele Flecken inkl. solche durch Exkremente und Zigarettenbrandstellen, sehr übel riechend

## 9 Thesen

In einem Beobachtungszeitraum von zwei Jahren konnten im Rahmen dieser Studie nach Anwendung der Einschlusskriterien 35 Personen untersucht werden, die in verwahrlosten oder vermüllten Wohnungen lebten oder von denen hortendes Verhalten bekannt war. Die Datenerhebung fand dabei in Zusammenarbeit mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst am Gesundheitsamt der Stadt Halle/Saale und der Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg statt. Dabei wurden soziobiographische Daten, assoziierte psychische und somatische Erkrankungen sowie die Art und Effektivität der eingesetzten Hilfen erfasst. Insbesondere wurde nach einem Katamnesezeitraum von durchschnittlich 11 Monaten untersucht, wie sich diese Phänomene weiterentwickelten.

1. Es kann davon ausgegangen werden, dass aufgrund des bestehenden sozialpsychiatrischen Versorgungssystems der Stadt Halle die Mehrzahl der dem Hilfesystem bekannt gewordenen Personen mit Verwahrlosung, Vermüllung bzw. mit hortendem Verhalten erfasst wurden.
2. In der Stichprobe befanden sich Personen jeden Lebensalters, mehrheitlich waren diese jünger als 65 Jahre (19, 54,3%).
3. Männliche Probanden waren gegenüber weiblichen Probanden überrepräsentiert (21, 60%).
4. Zu Beginn des Beobachtungszeitraums waren 33 (94,3%) der Untersuchten ohne Arbeitsverhältnis; die Mehrzahl von diesen (23, 65,7%) bezog eine Rente.
5. Phänomene wie Verwahrlosung, Vermüllung und Horten entsprechen keinem eigenen Krankheits- oder Störungsbild, sondern umfassen verschiedene Ursachen und Faktoren.

6. Etwas weniger als die Hälfte der untersuchten Personen (17, 48,6%) zeigten eine hirnorganische Störung (ICD-10: F0), wobei nicht mit ausreichender Sicherheit geklärt werden konnte, ob die hirnorganischen Abbauprozesse primär degenerativen, vaskulären oder alkoholtoxischen Ursachen (bei acht zusätzlich Alkoholmissbrauch oder –abhängigkeit) geschuldet waren.
7. Bei 14 Personen (40%) fand sich eine Erkrankung aus dem psychotischen Formenkreis (ICD-10: F2). Hier zeigte knapp die Hälfte (sechs) eine komorbide Suchterkrankung (in 5 Fällen Alkohol, in 3 Fällen Missbrauch von illegalen Drogen).
8. Zu Beginn des jeweiligen Beobachtungszeitraumes hatten 22 Personen (62,9%) mindestens eine chronische körperliche Erkrankung. Bei neun untersuchten Personen (25,7%) trug eine körperliche Behinderung im Sinne einer Funktionsbeeinträchtigung nach WHO (in der Reihenfolge der Häufigkeit: Immobilität, Inkontinenz, Blindheit) zu den vorliegenden Lebens- und Wohnverhältnissen bei.
9. Bei 15 Personen (42,9%) war es zu einer relevanten Besserung des Zustandes der Wohnung gekommen; allerdings gab es bei 16 Untersuchten (45,7%) keine Anzeichen für eine wesentliche Verbesserung, hier waren die Verhältnisse entweder unverändert (12, 34,3%) oder hatten sogar einen progredienten Verlauf (4, 11,4%) genommen.
10. Dabei zeigten sich zwischen den Personen mit gebesserten und nichtgebesserten Wohnverhältnissen keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich Alter, Geschlecht, bestehender Partnerschaft oder psychiatrischer Vorbehandlung.
11. Eine Besserung war dagegen signifikant häufiger bei Probanden zu sehen, die an einer hirnorganischen Störung oder einer Intelligenzminderung litten, während Personen mit affektiven, schizophrenen oder Persönlichkeitsstörungen signifikant häufiger zur Gruppe der Nichtgebesserten gehörten.

12. Ein aktives Eingreifen in die Wohnsphäre scheint wesentlich zu sein: Umzug und Hauswirtschaftshilfen waren Maßnahmen, die in der Gruppe der Personen mit gebesserten Wohnverhältnissen signifikant häufiger festzustellen waren als in der Gruppe der Personen ohne Besserung.
  
13. Alle anderen sozialpsychiatrischen und sozialtherapeutischen Maßnahmen unterschieden dagegen die beiden Gruppen nicht.
  
14. Die Phänomene Verwahrlosung, Vermüllung und Horten sollten nicht einer verallgemeinernden Subsumtion unterzogen werden. Eine exakte Evaluation jedes einzelnen Falles solchen Verhaltens hinsichtlich der möglichen Psychopathologie und den damit verbundenen Beziehungen zu den angesammelten bzw. nicht weggeworfenen Gegenständen ist die unabdingbare Voraussetzung für eine differenzierte und individuelle Behandlung.

## **Tabellarischer Lebenslauf**

### ***Persönliche Daten***

Name, Vorname: Wustmann, Tobias  
Adresse: Ulestraße 6, 06114 Halle (Saale)  
Geburtsdatum, -ort: 14.05.1973, Eisenberg  
Familienstand: in eheähnlicher Gemeinschaft lebend, drei Kinder  
Staatsangehörigkeit: Deutsch

### ***Schulbildung***

1979 – 1989 Polytechnische Oberschule „Rosa Luxemburg“ Wittenberg  
1989 – 1991 Erweiterte Oberschule „Lucas Cranach“ Wittenberg

### ***Auslandsaufenthalt***

1992 6-monatiger Aufenthalt und Sprachkurs in England

### ***Zivildienst***

1992 – 1993 Pflege und Betreuung mehrfach behinderter Kinder im Augustinuswerk Wittenberg

### ***Berufsausbildung***

1994 – 1997 Ausbildung zum Krankenpfleger in der Krankenpflegeschule der Paul – Gerhardt – Stiftung Wittenberg

### ***Berufstätigkeit***

1997 Krankenpfleger auf einer internistischen Intensivstation in der Paul – Gerhardt – Stiftung Wittenberg

### ***Studium***

1997 - 2004 Studium der Humanmedizin an der Martin – Luther – Universität Halle – Wittenberg

### ***Berufstätigkeit***

ab 01.02.2005 Assistenzarzt in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Martin – Luther – Universität Halle – Wittenberg

Tobias Wustmann  
Ulestraße 6  
06114 Halle (Saale)

Halle, im November 2005

### **Selbstständigkeitserklärung**

Hiermit erkläre ich, dass die vorstehende Arbeit selbstständig, ohne unzulässige Hilfe Dritter und unter ausschließlicher Nutzung der angegebenen Literatur von mir angefertigt wurde und bisher weder im In- noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden ist.

Tobias Wustmann

Tobias Wustmann  
Ulestraße 6  
06114 Halle (Saale)

Halle, im November 2005

## **Erklärung über frühere Promotionsversuche**

Hiermit erkläre ich, keine früheren Promotionsversuche unternommen zu haben.

Tobias Wustmann

## Publikationen

- Wustmann T, Brieger P: Verwahrlosung, Vermüllung und Horten bei Menschen mit psychischen Erkrankungen – eine Feldstudie in der Stadt Halle (Saale). DGPPN – Kongress 2003, FV 005: Versorgungsaspekte bei psychischen Erkrankungen: Verschiedene Aspekte, 0192 (*Freier Vortrag*)
- Wustmann T, Brieger P: Verwahrlosung, Vermüllung und Horten bei Menschen mit psychischen Erkrankungen – eine Feldstudie in der Stadt Halle (Saale). *Der Nervenarzt* 74 Suppl.2 (2003) 53-54 (*Abstract zum Vortrag*)
- Wustmann T, Brieger P: Eine Studie über Personen mit Verwahrlosung, Vermüllung oder Horten. *Gesundheitswesen* 2005; 67: 361-368
- Wustmann T, Brieger P: Verwahrlosung, Vermüllung und Horten – eine katamnestische Studie. Mitteldeutsche Psychiatrietage 16. – 17.09.2005. Symposium „Klinik, Paraklinik, Rehabilitation und Forensik: eine Integration“ (*Vortrag*)



## Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Herrn PD Dr. med. Brieger für die Überlassung des Themas, die fachlichen Hinweise und die beharrliche wie verständnisvolle Zusammenarbeit. Außerdem möchte ich mich bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Sozialpsychiatrischen Dienstes am Gesundheitsamt der Stadt Halle für ihre sehr gute Kooperation, fortwährende freundliche wie geduldige Hilfe und die kritischen Anmerkungen herzlich bedanken. Neben den vorgenannten gebührt dabei ganz besonders der Leiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes Frau Dr. med. Draba und dem Amtsarzt Herrn Dr. Wilhelms Dank. Des weiteren danke ich den SozialarbeiterInnen und BetreuerInnen der verschiedenen sozialen Dienste und Vereine und den Hausärztinnen und –ärzten, die mich – wo es möglich war – mit oft ausführlichen Informationen unterstützt haben. Ebenso gebührt mein Dank Herrn Dr. med. Dipl. psych. Lindstedt vom Gesundheitsamt Augsburg für die unkomplizierte Überlassung seiner Datenbanken und die Hilfe bei der Beschaffung wichtiger Literatur und Herrn Dr. Halliday am Rozelle Hospital in Rozelle/Australien für die gute Zusammenarbeit und die Überlassung wichtiger Literatur zur LCRS. In terminologischen Fragen wurde dankenswerterweise eine Konsultation der Sprachberatung des Germanistischen Instituts der MLU Halle-Wittenberg, namentlich Frau Gisela Hartung und Frau Prof. Dr. Kühn, möglich. Für Anregungen und Hilfen während der Gestaltung der Arbeit habe ich meinem Freund Herrn Gerald Huschak großen Dank zu zollen. Für Hilfe in Übersetzungsangelegenheiten danke ich Frau Kati Fischer-Werth. Schließlich sei allen Menschen, die sich durch ihr Einverständnis bereit gefunden haben, mir als Probanden zu dienen, an dieser Stelle besonders herzlich gedankt. Jedoch ohne die liebevolle Rücksicht und Unterstützung meiner Familie wäre die Fertigstellung dieser Arbeit nicht möglich gewesen – euch viere danken ich mit ganzem Herzen!

Tobias Wustmann

Halle, im November 2005