

Sammeln und Horten: ein Messie kann nicht anders

Die Wohnung als Müllhalde

VON A. BAROCKA, D. SEEHUBER, D. SCHONE

Wer kennt das nicht? Auf dem Schreibtisch türmen sich Zettel, Zeitschriften und Bücher, von denen man meint, sie ständig griffbereit haben zu müssen. So weit, so normal. Doch es gibt Menschen, die schlafen im Hausflur, weil ihre Wohnung derart vom Müll beherrscht wird, dass selbst in ihrem eigenen Bett kein Platz mehr frei ist. Das Horten von Gegenständen steht in engem Zusammenhang mit anderen psychischen Erkrankungen. Erste Hoffnungen auf therapeutische Hilfe, das Chaos zu bewältigen, bieten kognitive Verhaltenstherapien.



Prof. Dr. med. Arnd Barocka
 Ärztlicher Direktor
 der Klinik Hohe Mark



Foto: Bruce Ayres / Stone / Getty Images

Bis wohin ist das Chaos „normal“?

— In der Psychiatrie tauchen immer wieder neue Syndrome auf, weil bestimmte Merkmale derart in den Vordergrund rücken, dass „das Kind“ einen (neuen) Namen braucht. Das Vermüllungssyndrom ist ein Beispiel dafür. Es wird nach einem großen Verwehrlosten des Altertums auch „Diogenes-Syndrom“ genannt – ungeachtet der Tatsache, dass in der Tonne nicht viel Platz für Müll gewesen sein dürfte.

■ Prof. Dr. med. Arnd Barocka, Ärztlicher Direktor der Klinik Hohe Mark; Dr. med. Dietmar Seehuber, Abt. Psychiatrie 2; Dr. med. Dieter Schone, Abt. Psychotherapie, Klinik Hohe Mark.

Die Vermüllung ist an sich nichts Neues und kommt bei einer Vielzahl von Störbildern vor (Tabelle 1). Durch das sozialpsychiatrische Anliegen der Enthospitalisierung wird die Gesellschaft heute öfter mit solchen „Entgleisungen“ konfrontiert: Hausärzte und andere Betreuer kommen in Wohnungen, deren Verwahrlosung jeder Beschreibung spottet, die sich ähneln und an die man sich erinnert. So entsteht die Basis für den Syndrombegriff. Aber wo verläuft die Grenze zwischen „gesund“ und „psychisch krank“ und um welche psychischen Krankheiten geht es überhaupt?

Probleme der Persönlichkeitsstruktur

Der Begriff „Messie“ bezeichnet Personen, die in hohem Maß unfähig zur Ordnung (engl. messy) sind. Dies zeigt sich am augenfälligsten im Haushalt, aber auch andere Bereiche wie Finanzen, Zeitmanagement und zwischenmenschliche Beziehungen sind gestört. Nicht jede äußere Unordnung ist „messy“ oder Ausdruck einer klinisch signifikanten Vermüllung. Es handelt sich eher um ein Problem der Persönlichkeitsstruktur, nicht der Umstände, und dazu besteht erheblicher Leidensdruck. Die Amerikanerin Sandra Felton hat diese Struktur und ihre bedrohli-

Der erste Messie

Diogenes von Sinope
 ca. 410–323 vor Christus

Der zur Schule der Kyniker gehörende Philosoph wirkte in Athen und Korinth. Er lehrte die Unabhängigkeit von gesellschaftlichen Konventionen, von Besitz und Ererungenschaften der Zivilisation. Er lebte bedürfnislos wie ein Bettler als „Diogenes in der Tonne“. König Alexander von Mazedonien suchte ihn auf und fragte, ob er etwas für ihn tun könne. Diogenes' Antwort war das seither sprichwörtliche: „Geh mir aus der Sonne!“

chen Folgen an sich selbst beschrieben und mit psychologischen Kunstgriffen bekämpft. 1981 gründete sie die Selbsthilfearbeit „Messy Anonymous“. Sie hat eine Reihe von Ratgeber-Büchern zu diesem Thema veröffentlicht [1]. Der Messy-Begriff ist nur unscharf mit psychischen Krankheiten assoziiert und wird am ehesten mit dem Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperkinetischen-Syndrom (ADHS) in Verbindung gebracht.

Die Wohnung wird ausschließlich vom Müll „bewohnt“

Der Psychiater Peter Dettmering publizierte seit den 1980er-Jahren mehrfach über Vermüllung. Er berichtet über Erfahrungen, die er als Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes in Berlin-Charlottenburg gemacht hat [2]. Dabei unterscheidet er drei Formen von Vermüllung:

- 1 Wohnungen, deren Eigentümer wertlose Gegenstände horten und in denen eine „geordnete Unordnung“ herrscht. Zeitungen, Kartons, Pappbecher und allgemeiner Wohlstandsmüll sind bis zur Decke gestapelt und überlagern die ursprüngliche Einrichtung.
- 2 Wohnungen, die keine Ordnung mehr erkennen lassen. Der Bewohner ist vom Müll gleichsam überwältigt. Es kommt vor, dass Betroffene dadurch auffällig werden, dass sie – vom Müll praktisch aus ihrer Wohnung verdrängt – im Treppenhaus schlafen.
- 3 Unbewohnbare Wohnungen aufgrund des Zusammenbruchs aller hygienischen Gewohnheiten. Urin, Exkremente und verwesende Nahrungsreste sind anzutreffen. Es herrscht ein unerträglicher Gestank.

Nachbarn informieren die Behörden – Gesundheitsamt oder Polizei – oft erst am Ende einer langen Entwicklung, wenn die Belästigung auf ihren eigenen Lebensbereich überzugreifen droht, z. B. durch Ungeziefer oder Ratten.

Die Betroffenen sind häufig nicht bereit, Mitarbeiter des Gesundheitsamts oder des Sozialpsychiatrischen Dienstes zu empfangen. Dann muss unter Umständen durch richterlichen Beschluss eine Betreuung mit dem Wirkungskreis der Wohnungsangele-

genheiten errichtet werden. Bei einer Klinikeinweisung kann es vorkommen, dass die Betroffenen dissimulieren und es einige Zeit dauert, bis die Problematik den Kollegen in der Klinik überhaupt deutlich wird. Für die korrekte Diagnosestellung ist deshalb immer ein Hausbesuch erforderlich.

Das Chaos beginnt oft ab 60

Das „Diogenes-Syndrom“ wird häufig bei allein stehenden älteren Menschen gesehen. Es manifestiert sich überwiegend nach dem 60. Lebensjahr [3]. Dementsprechend wurde Vermüllung in der Literatur immer wieder in einem gerontopsychiatrischen Kontext u. a. als „Senile Squalor Syndrome“ [4] beschrieben. Die psychiatrischen Grundkrankheiten sind dann meist Demenzen oder paranoide Syndrome [5].

Extremes Horten als Element einer Zwangsstörung?

Am interessantesten für die psychiatrische Forschung ist im Moment die Konstellation, dass eine Zwangskrankheit zur Vermüllung führt. Diese ergibt sich folgerichtig aus dem Wesen des Zwangs: Ich muss bestimmte Gegenstände (z. B. Bücher, Artikel, Broschüren) unbedingt haben und/oder bringe es nicht fertig, sie wieder wegzuerwerfen. Wie alle Zwangsphänomene ist auch dieses in der gesunden Bevölkerung verbreitet [6].

Tabelle 1	
Psychische Erkrankungen als Ursache von Vermüllung	
-	Demenz
-	Schizophrenie
-	Depression
-	Manie
-	Alkoholismus
-	Drogenabhängigkeit
-	Zwangskrankheit
-	Borderline-Persönlichkeitsstörung
-	Dissoziative Störung
-	Essstörungen
-	Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperkinetisches-Syndrom



Foto: medicalpicture

Messies müssen horten, auch wenn sie selbst vom Müll verdrängt werden.

Der Umschlag ins Pathologische ist folgendermaßen definiert:

- Die gesammelten Gegenstände sind objektiv nutzlos.
- Der Müll blockiert Funktionen des Wohnens (z. B. das Bad ist voll gestellt und kann nicht mehr genutzt werden).
- Die Vermüllung führt zu einer erkennbaren sozialen Beeinträchtigung. Wir haben es dann mit einer Art pathologischem Sammeltrieb zu tun, der als „Horten“ (engl. „hoarding“) bezeichnet wird.

Man kann die Dimension des Hortens mit psychologischen Skalen messen, z. B. mit der revidierten Form des 26 Items enthaltenden „Saving Inventory“ [6]. Mehrere Arbeitsgruppen vertreten gegenwärtig die Auffassung, dass das Merkmal „mit pathologischem Horten“ einen besonderen Subtyp der Zwangskrankheit bezeichnet [7], der etwa ein Viertel der Zwangspatienten ausmacht und durch folgende Eigenschaften charakterisiert ist: häufiger bei Männern, höherer Schweregrad, geringeres Ansprechen auf Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) [8] und geringeres Ansprechen auf konventionelle Psychotherapie [9] – also insgesamt eine prognostisch eher ungünstige Konstellation.

Das leuchtet ein, wenn man sich vor Augen hält, dass Vermüllung ja das Ende einer langen Krankheitsstrecke und ein hohes Maß an sozialer Funktionsstörung bedeutet.

Gibt es einen Bereich für „Horten“ im Gehirn?

Aber könnte es auch sein, dass Horten nicht nur Ausdruck einer weiter fortgeschrittenen und besonders schweren Zwangsstörung ist, sondern dass ihm auch andere neuronale Mechanismen zugrunde liegen als der Zwangsstörung „ohne Horten“? Hierfür sprechen neuere Untersuchungen zur Komorbidität von Zwangssymptomen: Kinder, die zugleich an einem Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom litten, zeigten bei der Untersuchung von Zwangssymptomen überraschend häufig eine Zwangssymptomatik mit dem Subtyp des Hortens [10].

Auch gibt es erste neurophysiologische Hinweise: Fotos von Zwangshandlungen mit Horten aktivieren bei gesunden Versuchspersonen andere Areale des Frontalhirns unter Einschluss der Amygdala als Abbildungen anderer Zwangshandlungen (z. B. Waschen) [11]. Zwei aktuelle Studien an Zwangspatienten fanden unterschiedliche Lokalisationen der zerebralen Aktivierung bei Patienten mit und ohne Horten. Allerdings stimmen die Studien bezüglich der aktivierten Hirnstrukturen nicht überein [12, 13].

Horten und Prader-Willi-Syndrom

Das Prader-Willi-Syndrom ist gekennzeichnet durch Kleinwuchs, Minderbegabung, Hyperphagie und Adipositas sowie Hypogonadismus. Die Patienten horteten Nahrungsmittel, aber auch nicht nahrungsbezogene Gegenstände. Daneben zeigen sie weitere für Zwangsstörungen typische Verhaltensweisen wie Zupfen an der Haut, Symmetrie- und Ordnungszwänge. Offenbar leidet ein großer Teil der Prader-Willi-Patienten an einer Zwangsstörung „mit Horten“ [14]. Da die chromosomale Schädigung beim Prader-Willi-Syndrom bekannt ist (in 70% der Fälle eine vom Vater stammende Deletion am Chro-

Kasuistik

Nur ein kleines Stückchen Teppich zum Schlafen

Der 76-jährige Herr Müller kommt zum dritten Mal in unsere stationäre Behandlung. Erstmals vor 30 Jahren habe er an einer Depression gelitten und sei stationär behandelt worden. Seine Persönlichkeit ist gekennzeichnet von übermäßiger Genauigkeit, Pünktlichkeit und Pflichtbewusstsein. Seine Frau hat ihn wohl auch deshalb vor 18 Jahren verlassen; er lebt allein.

Bei der jetzigen Aufnahme in die Klinik berichtet er, er sei zunehmend depressiv, antriebslos, mutlos, ängstlich agitiert und unruhig. Er verspüre auch eine körperliche Schwäche. In den letzten sechs Wochen habe er 10 kg abgenommen. Im psychischen Befund war er wach und bewusstseinsklar, in gut gepflegtem Zustand, gut erreichbar. Die Stimmung wirkte gedrückt, Unruhe und Ängstlichkeit prägten die Gesprächssituation. Das Denken kreiste um eigenes Versagen, Scham und Schuld und war deutlich eingengt. Wahnsymptome lagen nicht vor. Offenbar handelte es sich um das Rezidiv einer depressiven Episode mit somatischen, nicht aber psychotischen Symptomen. Zusätzlich bestand der Verdacht auf eine zwanghafte Primärpersönlichkeit. Herr Müller war sichtlich erleichtert, in die Klinik zu kommen, die letzten Wochen waren für ihn wohl eine erhebliche Belastung gewesen.

Die vermüllte Wohnung ist peinlich

Im Rahmen der stationären psychiatrischen Behandlung wurde Herr Müller mit einem SSRI antidepressiv therapiert und nahm an Einzel- und Gruppentherapeutischen Angeboten teil. Dabei war er stets gesprächsbereit, höflich, kooperativ, die depressive Verstimmung besserte sich deutlich. Zu einer erheblichen Verschlechterung des Befindens kam es aber, als erstmalig eine Beurlaubung nach Hause thematisiert wurde. Herr Müller äußerte sich dabei nicht eindeutig, das Thema „Nach-Hause-Fahren“ war für ihn sichtlich belastend und angstbesetzt. Es erfolgte ein Gespräch mit dem Bruder und der Schwägerin, bei dem Herr Müller mit anwesend war. Auch dieses Gespräch schien ihn im Vorfeld sehr zu belasten. Im Gespräch mit den Angehörigen stellte sich heraus, dass Herr Müll-

er in den Monaten vor der Aufnahme „gesammelt“ hatte. Seine Wohnung sei bis zur Decke voll mit Papieren, Prospekten, Müll, schmutzigen Taschentüchern, Flaschen usw. Er habe nur ein kleines Stück freien Teppichboden, auf dem er geschlafen habe. Die Schilderung der Angehörigen war Herrn Müller äußerst peinlich, andererseits war er auch erleichtert, dass das häusliche Problem benannt wurde.

Das Chaos vermittelt Geborgenheit

Bei einem Hausbesuch zeigte sich die Wohnung voll gestapelt mit Papieren, Kartons und Verpackungen. Herr Müller sah sich sofort in der Wohnung um, ob etwas verändert oder weggekommen sei. Dabei erzählte er von seinen Schwierigkeiten, etwas wegzugeben, loszulassen, auszusortieren. Er denke dann mehrere Stunden darüber nach, wäge immer wieder ab, ob etwas noch wichtig sei oder nicht, bedenke das Für und Wider und gelange schließlich zu dem Schluss, alles beim Alten zu lassen. Allerdings war es ihm sichtlich unangenehm, in Begleitung in die Wohnung zu gehen. Die Entscheidung, die Wohnung von seinen Angehörigen säubern, ordnen und renovieren zu lassen, fiel ihm schwer. Er kam in seiner Ambivalenz nicht weiter, sodass sich die Therapeutin einschalten musste, er sich gewissermaßen ihrer Entscheidung beugte.

Bei einem erneuten Hausbesuch in der renovierten Wohnung war Herr Müller diese sichtlich fremd. Er wollte bereits nach dem ersten kurzen Blick zurück in die Klinik. Schließlich sah er sich dennoch um, wirkte traurig, verstört, ratlos und suchte nach bestimmten Dokumenten und Papieren.

Nach der Rückkehr wurde die Gesprächstherapie fortgesetzt. Herr Müller konnte seine Trauer zum Ausdruck bringen und sah die Notwendigkeit einer Hilfe ein, betonte jedoch stets seine Autonomie. Mit den Angehörigen wurden Möglichkeiten der Betreuung erörtert, z. B. Besuch einer Tagesstätte nach der Entlassung, Essen auf Rädern, Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe für Depressive sowie die ambulante nervenärztliche Weiterbehandlung.

mosom 15 (q11-q13), bietet sie vielleicht einen Ansatz, die physiologische Basis des Hortens besser zu verstehen.

Die Therapie muss sich an der Grundkrankheit orientieren

Die Therapie muss je nach Grundkrankheit variieren: So gibt man z. B. Neuroleptika bei paranoiden Syndromen. Obwohl nach anekdotischen Berichten SSRI weniger wirksam sein sollen, werden in der Literatur dennoch positive Effekte z. B. von Fluvoxamin berichtet [15]. Psychotherapeutische Verfahren, die spezifisch auf die Problematik des Hortens eingehen, existieren bisher nur in Ansätzen:

Die Verhaltenstherapie von Zwangsstörungen basiert auf einfachen (wenngleich nicht einfach umzusetzenden) Prinzipien: Zwangshandlungen sind zu unterdrücken; der Patient lernt den negativen Gefühlen (Angst, Spannung, Dysphorie), die daraufhin entstehen, stand zu halten. Zwangsgedanken sind zu akzeptieren; der Patient lernt den negativen Gefühlen (Scham, Spannung, Angst), die daraufhin entstehen, ebenfalls stand zu halten.

Beim Horten sind nun zusätzlich die für diese Unterform der Zwangsstörung typischen kognitiven und emotionalen Störungen zu berücksichtigen [16]:



Foto: dpa

Der Kampf gegen das Chaos im Haushalt ist ihre tägliche Herausforderung.

Behandlungsoption der Zukunft: kognitive Verhaltenstherapie

Die Patienten haben Angst vor Fehlentscheidungen, die sie dazu verführen, Gegenstände erst einmal zu behalten. Sie haben Probleme damit, Kategorien zu bilden, nach denen sie ihren Besitz ordnen. Jeder Gegenstand kommt ihnen fast einmalig vor, sodass sie z. B. ein Buch nicht in ein Bücherregal zu anderen Büchern stellen wollen. Die Patienten haben Sorge, den Zugang zu dringend benötigten Informationen nicht mehr zu finden. Sie wollen deshalb das Informationsmaterial (z. B. Zeitungsartikel) jederzeit griffbereit vor Augen haben und bringen es nicht über sich, das Material etwa in einen Schrank zu räumen. Schließlich haben die Patienten eine für andere nicht nachvollziehbare emotionale Bindung

an die gehorteten Gegenstände entwickelt, die ihnen ein Gefühl der Geborgenheit gewährleisten.

Inzwischen gibt es in der Literatur einige wenige Berichte über kognitive Therapien beim Zwangshorten, bei denen durch gezielte Bearbeitung dieser spezifischen Probleme die Symptomatik gebessert wurde [17–19]. Dies lässt hoffen, dass es durch Weiterentwicklung der kognitiven Verhaltenstherapie bald möglich sein wird, auch das Vermüllungssyndrom erfolgreicher als bisher psychotherapeutisch zu behandeln.

Literatur bei den Verfassern

Für die Verfasser:

Prof. Dr. med. Arnd Barocka
Ärztlicher Direktor der Klinik Hohe Mark
E-Mail: barocka@hohemark.de

Zusammenfassung | MMW-Fortschr. Med. 146 (2004), 903–906

Das Vermüllungssyndrom

Ein Vermüllungssyndrom (Diogenes-Syndrom) liegt vor, wenn aufgrund einer Störung der Persönlichkeitsstruktur keine Ordnung etwa im Haushalt oder bei den Finanzen gehalten werden kann. Die Personen werden auch als „Messie“ bezeichnet. Nutzlose Gegenstände werden teilweise bis zu einem Ausmaß gehortet, das die Wohnung letztlich unbewohnbar macht.

Häufig liegen der Störung psychische Erkrankungen wie z. B. Demenzen, Schizophrenie, ADHS oder Zwangsstörungen zugrunde. Auch das Prader-Willi-Syndrom geht mit einem ungewöhnlichen Zwang zum Horten von Gegenständen oder Lebensmitteln einher. Die Behandlung richtet sich zunächst nach der jeweiligen Grunderkrankung

(Neuroleptika, SSRI etc.). Die zusätzlich auftretenden kognitiven und emotionalen Störungen, die speziell beim „Horten“ auftreten, sprechen neueren Untersuchungen zufolge auf kognitive Verhaltenstherapien an.

Schlüsselwörter: Vermüllungssyndrom – Messie – Diogenes-Syndrom – Horten

Messy House Syndrome

The messy house syndrome (Diogenes syndrome) is present when, owing to a disordering of the personality structure, a person is unable to keep order, for example, in the household or his finances. Such persons are also referred to as “messies”. Useless objects are hoarded in such quantities that the apartment can no longer be lived in.

In many cases, the disorder is due to an underlying mental problem such as dementia, schizophrenia, ADHS or obsessive-compulsive disorders. The Prader-Willi syndrome is also associated with an unusual compulsion to hoard things or food.

In the first instance, treatment is aimed at the underlying condition (neuroleptic agents, SSRI). New studies appear to suggest that the particular concomitant cognitive and emotional disturbances associated with hoarding respond to cognitive behavioral therapy.

Keywords: Messy house syndrome – Messies – Diogenes syndrome – Hoarding

Die Wohnung als Müllhalde

Arnd Barocka, Dietmar Seehuber und Dieter Schone

MMW – Fortschritte der Medizin Nr. 45, 2004

Literaturverzeichnis

(1) Felton, Sandra:

Schritt für Schritt aus dem Chaos. Das Arbeitsbuch für Messies.

(Brendow Praxis) 1999.

(2) Dettmering P, Pastenacci R:

Das Vermüllungssyndrom – Theorie und Praxis.

Verlag Dietmar Klotz 4. Aufl. 2004

(3) Klosterkötter J, Peters UJ:

Das Diogenes Syndrom.

Fortschr Neurol Psychiat 1985 53: 427-34

(4) Kafetz K:

Alcohol excess and the senile squalor syndrome.

J Amer Geriatr Soc 1982, 11: 706

(5) Stein 1997

Stein DJ; Laszlo B; Marais E; Seedat S; Potocnik F

Hoarding symptoms in patients on a geriatric psychiatry inpatient unit.

South African medical journal. Suid-Afrikaanse tydskrif vir geneeskunde; VOL: 87 (9); p. 1138-40 /199709/

(6) Coles 2003

Coles ME; Frost RO; Heimberg RG; Steketee G :

Hoarding behaviors in a large college sample.

Behaviour research and therapy; VOL: 41 (2); p. 179-94 /200302/

(7) Samuels 2002 Samuels J; Bienvenu OJ 3rd; Riddle MA; Cullen BA; Grados MA; Liang KY; Hoehn-Saric R; Nestadt G

Hoarding in obsessive compulsive disorder: results from a case-control study.

Behaviour research and therapy; VOL: 40 (5); p. 517-28

(8) Mataix-Cols et al. 1999

Mataix-Cols D; Rauch SL; Manzo PA; Jenike MA; Baer L

Use of factor-analyzed symptom dimensions to predict outcome with serotonin reuptake inhibitors and placebo in the treatment of obsessive-compulsive disorder.

The American journal of psychiatry; VOL: 156 (9); p. 1409-16 /199909/

(9) Abramowitz JS, Franklin ME, Schwartz SA, Furr JM:

Symptom presentation and outcome of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder.

J Consult Clin Psychol. 2003 71:1049-57

(10)

Moll GH; Eysenbach K; Woerner W; Banaschewski T; Schmidt MH; Rothenberger A:

Quantitative and qualitative aspects of obsessive-compulsive behaviour in children with attention-deficit hyperactivity disorder compared with tic disorder.

Acta psychiatrica Scandinavica; 2002,101 (5); p. 389-94

(11)

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. 2004 161:1038-48.

(12)

Mataix-Cols D, Wooderson S, Lawrence N, Brammer MJ, Speckens A, Phillips ML:
Distinct neural correlates of washing, checking, and hoarding symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder.

Arch Gen Psychiatry. 2004 :564-76.

(13)

Dykens E, Shah B:

Psychiatric disorders in Prader-Willi syndrome: epidemiology and management.

CNS Drugs. 2003;17:167-78

(14)

Kaplan A, Hollander E.:

Comorbidity in compulsive hoarding: A case report.

CNS Spectr. 2004 9:71-3.

(15)

Frost RO, Hartl TL:

A cognitive-behavioral model of compulsive hoarding.

Behav Res Ther. 1996 34:341-50

(16)

Saxena S, Maidment KM, Vapnik T, Golden G, Rishwain T, Rosen RM, Tarlow G, Bystritsky A:

Obsessive-compulsive hoarding: symptom severity and response to multimodal

treatment. J Clin Psychiatry. 2002 63:21-7.

(17)

Cermele JA, Melendez-Pallitto L, Pandina GJ.

Intervention in compulsive hoarding. A case study.

Behav Modif. 2001 25:214-32.

(18)

Hartl TL, Frost RO:

Cognitive-behavioral treatment of compulsive hoarding: a multiple baseline experimental case study.

Behav Res Ther. 1999 37:451-61.