



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

Das Phänomen „Messie“: Ursachen und Möglichkeiten der Sozialen Arbeit unter Betrachtung der verschiedenen Erscheinungsformen und Bezeichnungen

Bachelorarbeit

Zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Arts (B. A.)

vorgelegt von

Alina Kitze

Erstprüfer*in: Karsten Giertz M. A.

Zweitprüfer*in: Prof. Dr. phil. habil. Barbara Bräutigam

URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2020-0740-6

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
1 Differenzierung der Bezeichnungen	3
2 Klassifikationen und Symptomatologie	7
2.1 DSM-5	7
2.2 ICD-10 mit Ausblick auf das ICD-11	9
2.3 Symptomatologie.....	10
2.4 Fazit	11
3 Komorbiditäten	12
3.1 Psychische Erkrankungen.....	12
3.2 Physiologische Beeinträchtigungen	16
4 Ätiologie.....	17
4.1 Frühkindliche Bindungserfahrungen	17
4.2. Belastende Lebensereignisse	21
5 Die Auswirkungen auf Angehörige	22
5.1 Die Situation der Lebenspartner*innen	23
5.2 Die Situation der Familienmitglieder	24
5.3 Unterstützung der Angehörigen	25
6 Möglichkeiten der Sozialen Arbeit	26
6.1 Voraussetzungen seitens der Betroffenen	27
6.2 Voraussetzungen seitens der Sozialen Arbeit	28
6.3 Selbsthilfegruppen.....	30
6.4 Implikationen für die Soziale Arbeit	31
7 Fazit.....	37
8 Literaturverzeichnis.....	41

Einleitung

Das Sammeln im klassischen Sinn zählt in Bezug auf die Menschheitsgeschichte zu den atavistischen Kulturleistungen. Im Zusammenhang mit der Nahrungssuche stellt dies eine Überlebensstrategie dar, um in Zeiten der Not nicht zu verhungern. Zusätzlich kennzeichnet das Sammeln von Waren den Beginn des Handels und des Wohlstandes. Die heutige Gesellschaft lebt zu großen Teilen von dem Verleihen von Geld, sodass dies wiederum Besitz symbolisiert.¹

Weiterhin kann das Sammeln als Urtrieb der Jäger und Sammler verstanden werden. Dahinter verbirgt sich ein Dominanzbedürfnis des Besitzen-Wollens. Zum anderen kann auch ein Ausweichverhalten durch den Rückzug und die Beschäftigung mit den Gegenständen gedeutet werden.²

Wenn sich das Sammeln jedoch in eine pathologische Richtung entwickelt, kommt es zu einer emotionalen Besetzung der Gegenstände. Dabei kann sich das Sammeln über fast jeden Lebensbereich erstrecken - von Bierdeckeln über Bilder bis hin zu Autos. Dem Sammeln sind dann oft keine Grenzen gesetzt. Bei Betroffenen mit Messie-Syndrom unterscheidet sich jedoch der gesellschaftliche Wert der Gegenstände. Für Außenstehende haben die angesammelten Besitztümer keinen realen oder nur einen geringen Wert.³ Verallgemeinernd kann gesagt werden: „Sammeln ist für Messies essenziell, Sammler sind aber nicht unbedingt Messies.“⁴

Das Phänomen „Messie“ wird darüber hinaus in der Öffentlichkeit und den Medien sehr negativ und stigmatisierend dargestellt. Dabei steckt hinter dem Phänomen „Messie“ ein komplexes und vielschichtiges Störungsbild. Die Menge an unterschiedlichen Bezeichnungen lässt das Phänomen sehr undurchsichtig wirken. Zu dem Messie-Syndrom liegt nur wenig aktuelle Literatur vor und speziell auf die Zielgruppe ausgerichtete Hilfsmöglichkeiten sind rar.

¹ vgl. Reboly/Pritz 2009, S. 124 f.

² vgl. Aigner/Demal/Dold 2009, S. 55

³ vgl. Reboly/Pritz 2009, S. 124 f.

⁴ ebd., S. 124 f.

Aus diesen Gründen ergibt sich folgendes Thema für diese Arbeit: Das Phänomen „Messie“: Ursachen und Möglichkeiten der Sozialen Arbeit unter Betrachtung der verschiedenen Erscheinungsformen und Bezeichnungen.

Dazu werden in dem ersten Kapitel verschiedene Bezeichnungen erörtert, sodass am Ende eine Differenzierung und Zusammenfassung stattfinden können.

Das nachfolgende zweite Kapitel setzt sich mit den aktuellen Klassifikationssystemen auseinander. Dadurch wird deutlich, ob aktuell eine Diagnose zu dem Phänomen vorliegt und wie diese genau aussieht. Des Weiteren wird unmittelbar nach den Klassifikationen die Symptomatologie beschrieben, um im abschließenden Fazit den Terminus für diese Arbeit zu bestimmen.

Das dritte Kapitel wird sich mit den Komorbiditäten des Störungsbildes beschäftigen. Dazu werden zunächst zahlreiche psychische Erkrankungen betrachtet, die häufig im Zusammenhang mit dem Messie-Syndrom auftreten, und wie diese das Phänomen beeinflussen. Anschließend wird ein kurzer Einblick in physiologische Beeinträchtigungen gegeben, die ebenfalls begleitend auftreten können.

Um das klinische Bild abzurunden, folgt im vierten Kapitel die Ätiologie des Störungsbildes. Konkret wird auf frühkindliche Bindungserfahrungen und belastende Lebensereignisse eingegangen, um mögliche Aspekte, die zu dem Messie-Syndrom führen, zu erörtern.

In dem fünften Kapitel stehen die Auswirkungen auf das soziale Umfeld im Fokus. Speziell die Situation der Lebenspartner*innen und Familienmitglieder soll betrachtet werden, um anschließend Unterstützungsmöglichkeiten für diese Zielgruppe zu formulieren.

Das sechste Kapitel beschäftigt sich mit konkreten Handlungsmöglichkeiten und Interventionen seitens der Sozialen Arbeit. Aus diesem Grund werden in dem Kapitel zunächst die Voraussetzungen auf Seiten der Betroffenen und der Sozialarbeiter*innen ergründet, die für eine Zusammenarbeit nötig sind. Anschließend werden Selbsthilfegruppen als ein niedrigschwelliges Unterstützungsangebot für Betroffene dargelegt, um infolgedessen näher auf die Implikationen für den Umgang mit Klient*innen einzugehen. Um diese Arbeit abzurunden, folgt nach dem sechsten Kapitel ein abschließendes Fazit. In diesem werden die wichtigsten Aussagen der gesamten Arbeit zusammenfassend dargestellt und einer abschließenden Reflexion und Bewertung unterzogen.

1 Differenzierung der Bezeichnungen

Um die Vielfalt der Bezeichnungen besser nachvollziehen zu können, werden diese im Folgenden differenziert dargestellt. Dadurch werden Unterschiede und Gemeinsamkeiten der verschiedenen Erscheinungsformen sichtbar, welche am Ende zusammenfassend aufgeführt werden.

Das Phänomen „Messie“ wurde erstmals 1947 in New York bekannt. Aufgrund von Fäulnisgeruch wurde die Polizei zu dem Haushalt der Brüder Homer Lusk und Langley Collyer gerufen. Die Beamt*innen verschafften sich Zutritt zu der Wohnung beziehungsweise dem Haus und fanden ein unglaubliches Ausmaß an gehortetem Papier, Möbeln und anderen Gegenständen, welche hauptsächlich von Langley gesammelt worden waren. Der erblindete und von Langley versorgte Homer konnte nach zweistündiger Suche verdurstet und verhungert gefunden werden, wobei der jüngere Bruder Langley erst nach mehrtägiger Entrümpelung aufgespürt werden konnte. Dieser wollte offensichtlich seinen Bruder Homer versorgen und wurde dabei in einem Gang von herunterstürzenden Gegenständen erschlagen. Infolgedessen wurde das Phänomen zunächst „Brüder-Collyer-Syndrom“ genannt.⁵ Homer Lusk und Langley Collyer wurden in diesem Zusammenhang zu prototypischen Vertretern für das exzessive Ansammeln von Gegenständen.⁶

In den 80er Jahren prägte die US-Amerikanerin Sandra Felton den Begriff „Messie“.⁷ Felton war selbst Betroffene und lebte in chaotischen Wohnverhältnissen. Sie berichtete beispielsweise, dass alles, was an Papierprodukten ins Haus kommt, wie zum Beispiel Zeitungen, Werbung oder auch Post, behalten wird. Aufgrund dessen blieb in ihrem Haushalt wochenlang ein Leck in der Küchenspüle unbemerkt, da ein Stapel an Zeitungen das Wasser auffing. Bis Felton den Schaden entdeckte, war der Boden bereits irreparabel beschädigt. Doch sie schaffte es aus eigener Kraft, wieder Ordnung in ihre Häuslichkeit zu bringen und weiterhin zu halten.⁸ Das Wort „Messie“ leitet sich dabei von dem englischen Begriff „mess“ ab, welches übersetzt Unrat, Unordnung oder auch Durcheinander bedeutet. Nach ihrem Erfolg initiierte Felton eine Selbsthilfebewegung in den USA, welche internationale Dimensionen annahm.

⁵ vgl. König 2018, S. 14 f.

⁶ vgl. Pritz 2009, S. 3

⁷ vgl. Rebolj/Pritz 2009, S. 124

⁸ vgl. Schröter 2017, S. 15 f.

Ihre grundlegende Idee lag darin, Menschen zu unterstützen, die ihre Organisation und materielle Ordnung nicht ausreichend aufrechterhalten können.⁹ Durch Feltons etablierte Selbsthilfebewegung ist das „compulsive hoarding“ (engl.: zwanghaftes Horten) seit den 80er Jahren in den USA ein anerkanntes Krankheitsbild.¹⁰

Die Bezeichnung der Organisations-Defizit-Störung für das Phänomen „Messie“ wurde von Arnd Barocka geprägt und bezeichnet eine Unfähigkeit der Betroffenen, sich in ihrem unmittelbaren Umfeld zu organisieren.¹¹ Er plädiert dafür, den Begriff „Messie-Syndrom“ zu vermeiden, da es den Betroffenen beschreibt, obwohl neben der Wohnsituation noch Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen und emotionalen Bereich vorkommen. Auch die Zeitplanung ist oft mitbetroffen.¹² Somit ist die Bezeichnung Organisations-Defizit-Störung laut Barocka treffender, da es sich um eine Störung mit Defiziten hinsichtlich der Organisation und Planung aller Lebensbereiche handelt.¹³

Bei dem Pathologischen Horten geht es um ein maßloses Zusammentragen und Aufbewahren in Zusammenhang mit Einschränkungen in den Funktionen der Wohnräume und sozialen Kontakte.¹⁴ Das Horten ist jedoch nicht primär pathologisch, erst durch das Ausmaß, die stereotype Wiederholung und den sich aufdrängenden Charakter in Verbindung mit einer erlebten Sinnlosigkeit wird das Horten zum Zwang. Darüber hinaus geht es beim Pathologischen Horten meist um bestimmte Dinge, zu denen eine emotionale Bindung besteht. Für Außenstehende haben diese Gegenstände keinen eigentlichen Wert, die Betroffenen geraten jedoch in starke Anspannung, wenn sie diese Dinge entsorgen sollen. Auch wenn es um das Verschenken, Verkaufen oder Recyceln der Gegenstände geht und diese somit nicht als Müll entsorgt werden, entstehen Panikreaktionen.¹⁵ Für Betroffene steht meist eine Nützlichkeit oder Ästhetik der Gegenstände im Vordergrund. Nicht verschwenderisch sein zu wollen oder Wichtiges zu verlieren können weitere zentrale Gedanken sein. Als Folge sind die Wohnräume in ihren Funktionen beeinträchtigt, überfüllt und häufig nicht mehr für den eigentlichen Zweck zu nutzen.¹⁶

⁹ vgl. Pritz 2009, S. 4

¹⁰ vgl. Schröter 2017, S. 16

¹¹ vgl. Pritz 2009, S. 5

¹² vgl. Barocka 2012, S. 50

¹³ vgl. König 2018, S. 19

¹⁴ vgl. ebd., S. 20

¹⁵ vgl. Müller 2020, S. 6

¹⁶ vgl. Agdari-Moghadam 2018, S. 32

Zeitgleich zu Feltons Selbsthilfebewegung in den USA wurde in Deutschland die Erscheinungsform des Vermüllungssyndroms durch den Psychiater Peter Dettmering geprägt.¹⁷ Dettmering geht davon aus, dass Betroffene nicht oder nicht mehr die Fähigkeit besitzen, Brauchbares von Unbrauchbarem zu unterscheiden. Mit seiner Kollegin Pastenaci stellt er in seiner Publikation Kriterien für das Vermüllungssyndrom auf. Demnach leben Betroffene oftmals sozial isoliert, ihr angesammelter Müll dient als seelische Entlastung und sie reagieren panisch auf Entsorgungen und Entrümpelungen.¹⁸ Weiterhin differenziert Dettmering zwischen unterschiedlichen Vermüllungsgraden. Bei der ersten Form werden wertlose Gegenstände nach einem stereotypen Ordnungsschema über den gesamten Wohnbereich angesammelt. Meist gibt es einen Gang oder eine Art Gangsystem. Dettmering spricht dabei auch von einer geordneten Unordnung. Bei dem zweiten Grad der Vermüllung lässt sich in der Häuslichkeit keine Ordnung mehr erkennen und es entsteht der Eindruck, dass die Betroffenen selbst an einem gewissen Punkt der zunehmenden Unordnung geflüchtet sind. Bei der dritten Form der Vermüllung sind die Wohnräume unbewohnbar geworden, da beispielsweise sanitäre Einrichtungen nicht mehr funktionieren. Verdorbene Lebensmittelreste oder andere organische Substanzen sind keine Seltenheit.¹⁹ Durch die hygienischen Verhältnisse und einen damit einhergehenden möglichen Schädlingsbefall kann es zu einer Selbst- und Fremdgefährdung kommen bis hin zu einer Schädigung fremden Eigentums, wie beispielsweise der Bausubstanz der Mietwohnung.²⁰ Der gewählte Begriff Vermüllung beschreibt dabei die Entwicklung der Wohnsituation und nicht die Person, wie es bei dem Begriff „Messie“ der Fall ist. Die Bezeichnung Vermüllung sollte jedoch nicht bei der Interaktion mit den Betroffenen verwendet werden, da schnell die Schlussfolgerung entstehen kann, dass sie selbst Müll sind, wenn ihre emotional besetzten Gegenstände als Müll bezeichnet werden. Die daraus resultierende Verletzung kann zu der Abschottung der eigenen Person, aber auch der Wohnung führen.²¹

Synonym zu dem Vermüllungssyndrom wird in der Literatur oft von dem Diogenes-Syndrom gesprochen. Dieses wurde zeitgleich von den Autoren Klosterkötter und Peters geprägt. Die Autoren beziehen dabei noch die Vernachlässigung des Körpers und die überwiegende Manifestation bei über 60-Jährigen mit ein.²²

¹⁷ vgl. Schröter 2017, S. 16 f.

¹⁸ vgl. König 2018, S. 15 f.

¹⁹ vgl. Dettmering/Pastenaci 2018, S. 33 ff.

²⁰ vgl. Schröter 2017, S. 27

²¹ vgl. König 2018, S. 15 f.

²² vgl. Klosterkötter/Peters 1985, S. 429

Die beobachtete Vernachlässigung des äußerlichen Erscheinungsbildes und des Eigentums können durch mangelnde soziale Kontakte entstehen, wodurch sich die Betroffenen immer mehr isolieren und vernachlässigen.²³

Verwahrlosung ist unter den Erscheinungsformen des Phänomens „Messie“ die verbreitetste, da alle Formen in diese münden können. Mit der Verwahrlosung wird eine generelle Untätigkeit beschrieben, wie zum Beispiel das Liegenlassen und Nichtentsorgen von Gegenständen, aber auch die Überforderung bei der Bewältigung des Alltags.²⁴ Darüber hinaus treten extreme Selbstvernachlässigung, eine starke Verschmutzung der Wohnung und eine große Menge an nicht funktionierenden Dingen wie beispielsweise kaputte Spielsachen, zerbrochenes Geschirr oder defekte Geräte auf. Weiterhin ist bei der Erscheinungsform der Verwahrlosung der Aspekt des Sammelns und Hortens eher unbedeutsam. Bei den Betroffenen herrscht vor allem eine Gleichgültigkeit in Bezug auf die Wohnsituation und das Erscheinungsbild.²⁵ Die hygienischen Probleme sowie die Verschmutzungen stellen auch für Nachbar*innen, Vermieter*innen oder andere Dritte eine Belastung dar.²⁶ Die Ähnlichkeiten zwischen dem Vermüllungssyndrom und der Verwahrlosung lassen sich nicht abstreiten, jedoch sind die Herabsetzung der Schamgrenze und die Vernachlässigung der Körperpflege bei der Verwahrlosung stärker ausgeprägt. Da beide Formen nicht klar voneinander trennbar sind, kommen auch Mischformen in Frage.²⁷

Durch die Menge an Erscheinungsformen und Definitionen zeigt sich bereits hier die Heterogenität des Phänomens. Jede*r der aufgeführten Autor*innen beschreibt das Phänomen „Messie“ ähnlich, bezeichnet es jedoch anders. Die Gemeinsamkeiten sind weitaus größer als die Unterschiede. Dennoch unterscheiden sich die aufgeführten Erscheinungsformen voneinander. So sind die Collyer-Brüder und Sandra Felton geschichtliche Wegbereiter*innen, wodurch das Phänomen in der Wissenschaft sowie in der Öffentlichkeit bekannt wurde. Die Bezeichnung Organisations-Defizit-Störung beschreibt die allgemeine Unfähigkeit in der Organisation aller Lebensbereiche. Somit ist diese Erscheinungsform nicht nur auf die Wohnsituation beschränkt. Das Pathologische Horten wird hingegen als Sammelzwang gesehen und stellt das Ausmaß, die stereotypen Wiederholungen sowie den sich aufdrängenden Charakter in den Fokus, wodurch das Horten pathologisch und zum Zwang wird. Peter Dettmering und Renate Pastenaci setzten sich bereits mit einer Differenzierung des Syndroms

²³ vgl. Steins 2003, S. 28

²⁴ vgl. Lath 2010a, S. 35 f.

²⁵ vgl. Schröter 2017, S. 30

²⁶ vgl. Lath 2010a, S. 35 f.

²⁷ vgl. Schröter 2017, S. 31

auseinander, indem sie drei Formen der Vermüllung herausarbeiteten. Klosterkötter und Peters hingegen bezogen ihr Diogenes-Syndrom nur auf über 60-Jährige und stellten die körperliche Vernachlässigung in den Vordergrund. Bei der Verwahrlosung wird eher die Gleichgültigkeit der Betroffenen in Bezug auf die Wohnsituation und das Erscheinungsbild in den Mittelpunkt gerückt. Das Sammeln und Horten ist bei dieser Form eher unbedeutend. Hier sind starke Gemeinsamkeiten zum Vermüllungssyndrom vorhanden, sodass es auch Mischformen geben kann. Somit wird sichtbar, dass das Phänomen „Messie“ äußerst vielschichtig ist und es sehr unterschiedliche Ausprägungen und Erscheinungsformen gibt. Welche der aufgeführten Formen zu verwenden ist, wird im Folgenden durch die Internationalen Klassifikationssysteme herauskristallisiert.

2 Klassifikationen und Symptomatologie

2.1 DSM-5

Die fünfte Auflage des Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-5) codiert erstmals das Phänomen „Messie“ als ein eigenständiges Krankheitsbild. Unter der Bezeichnung Pathologisches Horten und dem Code F42.2 wird diese Störung innerhalb des Bereichs der Zwangsstörung und verwandter Störungen klassifiziert.²⁸

Das Pathologische Horten wird durch die folgenden sechs Diagnosekriterien charakterisiert:

- „A. Anhaltende Schwierigkeit, Gegenstände wegzuworfen oder sich von ihnen zu trennen, unabhängig von deren tatsächlichem Wert.
- B. Diese Schwierigkeit ist zurückzuführen auf das empfundene Bedürfnis, die Gegenstände aufheben zu müssen, und auf ein mit dem Wegwerfen verbundenes Unbehagen.
- C. Die Schwierigkeit, Gegenstände auszusondern, führt zu einer Anhäufung von Dingen, die aktive Wohnbereiche überfüllen und vermüllen und deren eigentliche, zweckmäßige Nutzung erheblich beeinträchtigen. Falls einzelne Wohnbereiche in ordentlichem Zustand sind, ist dies meist auf das Einwirken Dritter (z.B. Familienmitglieder, Reinigungskräfte, Autoritäten) zurückzuführen.
- D. Das Horten verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen (inklusive der Aufrechterhaltung eines für sich und andere sicheren Umfeldes).

²⁸ vgl. Agdari-Moghadam 2018, S. 74

- E. Das Horten ist nicht auf eine andere medizinische Erkrankung zurückzuführen (z.B. Gehirnverletzungen, zerebrovaskuläre Erkrankungen, Prader-Willi-Syndrom).
- F. Das Horten kann nicht besser durch die Symptome einer anderen psychischen Erkrankung erklärt werden (z.B. Zwangsgedanken im Rahmen einer Zwangsstörung, verminderter Antrieb einer Major Depression, Wahnvorstellungen einer Schizophrenie oder einer anderen psychotischen Störung, kognitive Defizite einer neurokognitiven Störung, eingeschränkte Interessen einer Autismus-Spektrum-Störung).²⁹

Weiterhin kommen zu diesen Kriterien Bestimmungsfaktoren dazu, die das Störungsbild konkreter beschreiben sollen. Zunächst soll bestimmt werden, ob mit dem Horten auch eine exzessive Beschaffung einhergeht. Darüber hinaus wird die Einsichtsfähigkeit der Betroffenen zur Diagnosesicherung miteinbezogen. Dabei wird zwischen guter oder angemessener Einsicht, wenig Einsicht und fehlender Einsicht differenziert. Bei guter oder angemessener Einsicht erkennen die Betroffenen, dass ihre hortenden Verhaltensweisen und damit verbundenen Überzeugungen problematisch sind. Betroffene mit wenig Einsicht sind größtenteils der Überzeugung, dass ihr Verhalten und ihre Überzeugungen nicht problematisch sind, auch wenn es dafür Gegenbeweise gibt. Personen mit fehlender Einsicht sind vollkommen davon überzeugt, dass ihre mit dem Horten verbundenen Verhaltensweisen und Überzeugungen kein Problem darstellen, auch wenn es Beweise gibt, die das Gegenteil darstellen.³⁰

Die Bezeichnung „anhaltend“ in Kriterium A verweist auf eine langanhaltende Problematik, welche von vorübergehenden Lebensumständen zu unterscheiden ist und zu der Unordnung führt. Das Kriterium B akzentuiert insbesondere, dass das Aufbewahren der Gegenstände absichtlich abläuft, wodurch sich das Pathologische Horten von anderen Psychopathologien unterscheidet. Aktive Wohnräume, welche in Kriterium C aufgeführt werden, beschreiben vor allem die Küche, das Schlafzimmer oder das Wohnzimmer. Diese Wohnräume werden besonders betont, da beispielsweise Garagen, Dachböden oder Kellerräume häufig auch bei Personen ohne Pathologischem Horten überfüllt sein können. Das nichtpathologische Sammeln unterscheidet sich insofern vom Pathologischem Horten, als dass beim Ersteren systematisch und organisiert gesammelt wird. Die Menge an Gegenständen kann jedoch mitunter ähnlich sein, wobei das nichtpathologische Horten nicht die gleiche Art an Unbehagen und Beeinträchtigung erzeugt, die für das Pathologische Horten typisch ist.

²⁹ Falkai/Wittchen 2018, S. 337

³⁰ vgl. ebd., S. 337

Der in Kriterium D beschriebene Leidensdruck sowie die Beeinträchtigungen in vielen Lebensbereichen können bei Betroffenen ohne Einsicht nicht verzeichnet werden. Hier werden der Leidensdruck und die Beeinträchtigungen lediglich durch das soziale Umfeld wahrgenommen.³¹

2.2 ICD-10 mit Ausblick auf das ICD-11

In der zehnten Revision der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) gibt es keine Codierung, die das Phänomen „Messie“ beschreibt. Eine Diagnose des Phänomens wäre bisher nur über die Zwangsstörung möglich, indem das Ansammeln von Gegenständen als ein Symptom einer Zwangsstörung beschrieben wird. Um dem aktuellen Forschungsstand gerecht zu werden, soll in der elften Revision das Phänomen „Messie“ als eigenständiges Störungsbild aufgenommen werden.³²

Offiziell soll die ICD-11 am 1. Januar 2022 in Kraft treten, bisher gibt es jedoch keine konkreten Aussagen darüber, wann die elfte Revision in Deutschland eingeführt wird.³³ Nach langjähriger internationaler Entwicklungsarbeit hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Juni 2018 die ICD-11 vorgestellt, welche dann im Mai 2019 auf der 72. Weltgesundheitsversammlung verabschiedet wurde. Voraussichtlich werden ein Evaluationsprozess sowie die Einführung in Deutschland mehrere Jahre in Anspruch nehmen.³⁴

In dem ersten Codierungstool der ICD-11 wird das Phänomen „Messie“ als „Hoarding Disorder“ bezeichnet. Dabei wird die Störung in die Kategorie Zwangs- und verwandte Störungen eingeordnet und mit dem Code 6B24 verschlüsselt. Konkret wird das Krankheitsbild der „Hoarding disorder“ wie folgt, auf Deutsch übersetzt, beschrieben:

„Die Hortungsstörung ist durch eine Anhäufung von Besitztümern gekennzeichnet, die dazu führt, dass die Lebensräume so überfüllt sind, dass ihre Nutzung oder Sicherheit beeinträchtigt ist. Die Anhäufung erfolgt sowohl durch sich wiederholende Triebe oder Verhaltensweisen, die mit der Anhäufung von Gegenständen zusammenhängen, als auch durch die Schwierigkeit, sich von Gegenständen zu trennen, weil man glaubt, sie aufbewahren zu müssen, und weil man sich beim Trennen von Gegenständen unwohl fühlt.“

³¹ vgl. Falkai/Wittchen 2018, S. 338 ff.

³² vgl. Hogrefe 2019 (Internetquelle)

³³ vgl. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 2021a (Internetquelle)

³⁴ vgl. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 2021b (Internetquelle)

Wenn Wohnbereiche unaufgeräumt sind, ist dies nur auf das Eingreifen Dritter (z. B. Familienmitglieder, Reinigungskräfte, Behörden) zurückzuführen. Die Anhäufung kann passiv (z. B. Anhäufung von eingehenden Flugblättern oder Post) oder aktiv (z. B. exzessiver Erwerb von kostenlosen, gekauften oder gestohlenen Gegenständen) sein.

Die Symptome führen zu erheblichem Leidensdruck oder erheblichen Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.“³⁵

Die „Hoarding Disorder“ wird weiterhin in folgende drei Subtypen unterschieden:

„Hortungsstörung mit mittlerer und guter Einsicht (6B24.0): Alle definitorischen Voraussetzungen der Hortungsstörung sind erfüllt. Die Person erkennt, dass hortungsbezogene Überzeugungen und Verhaltensweisen (in Bezug auf exzessiven Erwerb, Schwierigkeiten beim Wegwerfen oder Unordnung) problematisch sind. Diese Qualifizierungsstufe kann immer noch angewendet werden, wenn die Person zu bestimmten Zeiten (z. B. wenn sie gezwungen ist, Gegenstände wegzuwerfen) keine Einsicht zeigt.

Hortungsstörung mit schlechter bis fehlende Einsicht (6B24.1): Alle definitorischen Voraussetzungen der Hortungsstörung sind erfüllt. Die meiste oder die ganze Zeit ist die Person davon überzeugt, dass hortungsbezogene Überzeugungen und Verhaltensweisen (in Bezug auf exzessives Sammeln, Schwierigkeiten beim Wegwerfen oder Unordnung) nicht problematisch sind, obwohl es Beweise für das Gegenteil gibt. Der Mangel an Einsicht, den die Person zeigt, variiert nicht merklich in Abhängigkeit vom Angstniveau.

Hortungsstörung, nicht spezifiziert (6B24.Z): Diese Kategorie ist eine ‚nicht spezifizierte‘ Restkategorie.“³⁶

2.3 Symptomatologie

Aus den Klassifikationen ableitend, wird nun die Symptomatologie des Pathologischen Hortens dargestellt.

Diese reicht vom Sammeln objektiv unbedeutender Dinge bis zu überladenen, vollgefüllten und teils verschmutzten Wohnungen beziehungsweise Häusern.

³⁵ Weltgesundheitsorganisation 2021 (Internetquelle)

³⁶ ebd.

Die emotionale Besetzung der Gegenstände ist als charakteristisch zu benennen. Das Horten und Sammeln von beispielsweise Papier, Zeitungen oder Büchern werden neben anderen Gegenständen zu einer besonderen Leidenschaft für die Betroffenen. Wenn diese Gegenstände aufgrund von Eingriffen Dritter beseitigt werden, führt dies zu starken Panikreaktionen bei den Betroffenen. Ist das Messie-Syndrom in extremer Form ausgeprägt, müssen die Betroffenen teilweise außerhalb des Wohnraums nächtigen.³⁷

Durch die Nicht- oder nur eingeschränkte Nutzbarkeit der Wohnung oder des Hauses wird das Sozialverhalten erheblich eingeschränkt, sodass soziale Kontakte innerhalb der Wohnung nicht mehr möglich sind. Der Grund dafür liegt unter anderem in den Schamgefühlen, die die Betroffenen mit Besuchen verbinden.³⁸ Auch die Zeitplanung ist oft betroffen, was zum Versäumen oder Nicht-Erledigen sozialer Verpflichtungen führt. Dadurch findet nur eingeschränkter Sozialkontakt statt, sodass soziale Isolation die Folge ist. Somit gelingt es den Betroffenen nicht, im privaten Bereich eine räumliche und/oder zeitliche Ordnung zu entwickeln und zu halten.³⁹

In Bezug auf den Schweregrad weist das Phänomen „Messie“ ein weites Spektrum auf. Dies kann sich von Unordentlichkeit und/oder Chaotik mit irrationalen Sammlungen bis hin zu Formen der Vermüllung und/oder Verwahrlosung erstrecken. Zusätzlich zu dem exzessiven emotionalen Bezug zum Besitz ist ein signifikantes Vermeidungsverhalten als Symptom zu beobachten. Darüber hinaus sind oft fehlerhafte Grundannahmen über die Natur und Bedeutung von Besitz festzustellen. Zuletzt sind Defizite in der Informationsverarbeitung, Gedächtnisprobleme und Entscheidungsschwierigkeiten zu nennen.⁴⁰

2.4 Fazit

Der wesentliche Unterschied zwischen ICD und DSM betrifft das Spektrum der Klassifikationssysteme. Die ICD stellt ein Klassifikationssystem für die gesamte Medizin dar, wohingegen sich das DSM ausschließlich auf psychische Störungen bezieht.

Folglich ist das ICD umfangreicher und eine weltweit verbindliche Klassifikation aller Krankheiten. Dem gegenüber stellt sich das DSM als eine funktionale Leitlinie dar, indem Regeln und Richtlinien zur Diagnosestellung beschrieben werden.⁴¹

³⁷ vgl. Pritz 2009, S. 5

³⁸ vgl. ebd., S. 5

³⁹ vgl. Demal/Aigner/Dold 2010, S. 14 f.

⁴⁰ vgl. ebd., S. 14 f.

⁴¹ vgl. Agdari-Moghadam 2018, S. 79

Die Symptomatologie lässt sich bereits aus den Diagnosekriterien ableiten, greift jedoch nicht das komplette Spektrum der Symptome auf. Aufgrund der hohen Individualität und Komplexität der Symptome ist es schwierig, das Phänomen klar zu bestimmen. Aus diesem Grund sollte immer individuell, abhängig von dem Einzelfall, entschieden werden.

Da zum jetzigen Zeitpunkt die Einführung des ICD-11 in Deutschland noch nicht abzusehen ist, gibt es keine deutsche Übersetzung für „Hoarding Disorder“. Auch wenn das DSM-5 bereits den Begriff Pathologisches Horten vorgibt, halten die Öffentlichkeit und die Praxis der Sozialen Arbeit weiterhin an dem Begriff Messie-Syndrom fest. Aus diesem Grund werden beide Begriffe in dieser Arbeit als Synonyme verstanden und angewandt.

3 Komorbiditäten

3.1 Psychische Erkrankungen

Das Phänomen „Messie“ hat sehr vielfältige Komorbiditäten, wobei das Störungsbild nicht zwangsläufig mit einer psychischen Erkrankung zusammenhängen muss. Das Pathologische Horten kann sowohl in Begleitung mit anderen Krankheitsbildern auftreten als auch unabhängig von diesen verlaufen.⁴² Laut den Kriterien E und F des DSM-5 darf bei der Diagnosestellung des Pathologischen Hortens keine medizinische oder psychische Erkrankung der Symptomatik des Hortens zugrunde liegen.⁴³ Aufgrund dessen können psychische oder medizinische Erkrankungen infolge des Messie-Syndroms oder begleitend entstehen. Demnach bedarf es einer gründlichen diagnostischen Abklärung und gegebenenfalls einer medizinischen Behandlung, um herauszufinden, ob es sich bei dem Pathologischen Horten um die einzige Erkrankung handelt oder ob Begleiterkrankungen auftreten. Häufige Begleiterkrankungen im Bereich der psychiatrischen Störungsbilder können Depressionen, Zwangserkrankungen, Schizophrenie, Autismus oder ADHS beziehungsweise ADS sein. Im Bereich der hirnrorganischen Erkrankungen treten gehäuft Alzheimer und Demenz auf. Suchterkrankungen in Bezug auf Alkoholismus und Drogenabhängigkeit stellen eine weitere Gruppe der Komorbiditäten dar.⁴⁴ Weiterhin können auch Posttraumatische Belastungs- und Persönlichkeitsstörungen vorkommen.

⁴² vgl. Schröter 2017, S. 35 f.

⁴³ vgl. Falkai/Wittchen 2018, S. 337

⁴⁴ vgl. Schröter 2017, S. 35 f.

Ebenso sollte der nicht unbedeutende Zusammenhang zwischen dem Pathologischen Horten und dem Pathologischen Kaufen betont werden.⁴⁵ Im Folgenden soll ein kurzer Einblick in einige Begleiterkrankungen gegeben werden, um die Verbindungen zwischen den Komorbiditäten und dem Messie-Syndrom darzustellen.

Die Zwangsstörung tritt in Form von sich wiederholenden und aufdrängenden Gedanken und/oder Handlungen auf. Diese werden von den Betroffenen häufig als unangenehm und unsinnig empfunden. Gegen diese Handlungen und/oder Gedanken versucht der*die Betroffene oft Widerstand zu leisten, der jedoch erfolglos bleibt.⁴⁶ Somit können das Sammeln und Horten von Gegenständen, die nur einen subjektiven Wert für den Betreffenden haben, Ausdruck einer Zwangsstörung sein.⁴⁷ Der Umschlag ins Pathologische, also ins Krankhafte, wird vor allem durch drei Faktoren definiert. Die (an)gesammelten Gegenstände sind objektiv wertlos für Außenstehende, die Besitztümer blockieren die Funktionsfähigkeit der Wohnräume und zuletzt tritt eine soziale Beeinträchtigung bis hin zur sozialen Isolation ein. Der Zusammenhang zwischen einer Zwangsstörung und dem Pathologischen Horten wird sichtbar, indem viele Betroffene Überzeugungen wie „Ich muss bestimmte Gegenstände (z.B. Bücher, Artikel, Broschüren) unbedingt haben und/oder bringe es nicht fertig, sie wieder wegzuwerfen.“⁴⁸ aufweisen. Dennoch wird die Zuordnung des Pathologischen Hortens zu Zwangsstörungen als kontrovers diskutiert, da die Betroffenen das Phänomen häufig als ich-synton erleben oder präsentieren. Das heißt, sie rechtfertigen ihr Verhalten und Handeln als sinnvoll und berichten von keinem Leidensdruck. Aufgrund dessen wird von vielen Autor*innen der Standpunkt vertreten, dass sich das Pathologische Horten als Subtyp der Zwangsstörung darstellt.⁴⁹

Wenn man die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) als Komorbidität betrachtet, muss zunächst herausgestellt werden, dass diese Störung häufig im Kindheits- und Jugendalter beginnt und durch Aufmerksamkeitsdefizite, Hyperaktivität und Impulsivität geprägt ist. Fehlt bei dem Erscheinungsbild die Hyperaktivität, wird von einem Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom (ADS) gesprochen.⁵⁰ Als Symptome sind Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen sowie motorische Störungen auszumachen. Diese können gleichermaßen bei Erwachsenen auftreten, sodass eine Unordnung und chaotische Organisation

⁴⁵ vgl. Aigner/Demal/Dold 2009, S. 60 f.

⁴⁶ vgl. Schneider/Zwanzger 2017, S. 380

⁴⁷ vgl. Gross 2002, S. 419

⁴⁸ Barocka 2009, S. 71 f.

⁴⁹ vgl. ebd., S. 71 f.

⁵⁰ vgl. Paulzen/Habel/Schneider 2017, S. 504

des beruflichen und privaten Bereichs charakteristisch sind. Des Weiteren zählen impulsive Entscheidungen wie beispielsweise häufiger Wechsel des Arbeitsplatzes oder der Partner*innen dazu. Arbeiten, die begonnen wurden, werden nicht zu Ende gebracht, jedoch ständig neue in Angriff genommen. Das Sozialverhalten gilt als beeinträchtigt und Betroffene weisen eine höhere Stressintoleranz auf, sodass die Wahrscheinlichkeit für impulsive Reaktionen höher ist, wenn Betroffene unter Stress stehen. Die Verbindung zwischen dem Phänomen „Messie“ und ADHS liegt vor allem in der Affektlabilität und der Desorganisation.⁵¹ So zeigte eine Untersuchung bei Kindern, die an ADHS litten, sehr häufig eine Übereinstimmung von Symptomen des Pathologischen Hortens.⁵²

Weiterhin gelten Depressionen als eine Begleiterkrankung bei dem Messie-Syndrom. Sie sind durch Traurigkeit, Niedergeschlagenheit und Hoffnungslosigkeit beschrieben. Es geht ein Interessen- und Freudenerlust mit der Erkrankung einher sowie eine generelle Antriebsminderung.⁵³ Diese Antriebslosigkeit kann zum Messie-Syndrom führen, da die Betroffenen es nicht schaffen, den Haushalt aufrechtzuerhalten. Folglich entsteht eine Wechselwirkung zwischen der Depression und dem Messie-Syndrom. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass zuerst die Depression beziehungsweise die Antriebslosigkeit behandelt wird, bevor sich dem Pathologischen Horten zugewandt wird.⁵⁴

Bei einer Schizophrenie ist eine Messie-Symptomatik aus dem Misstrauen, dem sozialen Rückzug und der emotionalen Nivellierung der Schizophrenie abzuleiten.⁵⁵ Dieses Misstrauen gegenüber anderen oder der Zerfall der Persönlichkeit veranlassen die Betroffenen dazu, Dinge zu horten und festzuhalten, um ihren Wahn und ihre Angst zu mindern. Die Betroffenen können sich, vereinnahmt durch ihre Wahnvorstellungen, in ihren desorganisierten Wohnungen auf diese Art und Weise gegen den Rest der Welt abschotten. Die angesammelten Objekte können dennoch wertvoll für die Betroffenen sein und ihnen sinnvolle Orientierung bieten.⁵⁶

Unter der hirnrnorganisch bedingten psychischen Erkrankung Demenz werden laut Definition „Störungen des Gedächtnisses, Beeinträchtigung mindestens eines weiteren neuropsychologischen Teilbereichs und eine damit verbundene alltagsrelevante Einschränkung der

⁵¹ vgl. Steins 2003, S. 27 f.

⁵² vgl. Barocka 2009, S. 76 f.

⁵³ vgl. Spitzer 2008, S. 81

⁵⁴ vgl. Schröter 2017, S. 38

⁵⁵ vgl. Barocka 2009, S. 80

⁵⁶ vgl. Gross 2002, S. 420

Lebensführung“⁵⁷ verstanden. Die Verbindung zum Pathologischen Horten lässt sich bereits aus der Symptomatik ableiten, da das Aufbewahren, das Nicht-Wiederfinden, das Beschaffen aus Vergesslichkeit sowie das unspezifische Räumen kennzeichnend für das Störungsbild sind. Dennoch verlaufen demenzielle Erkrankungen sehr individuell, wodurch kein typisches Erscheinungsbild ausgemacht werden kann. Demnach sind die Folgen bezogen auf die alltagspraktischen Fähigkeiten und den Wohnungszustand sehr individuell.⁵⁸ Oftmals versuchen sich die Betroffenen ihre Umgebung durch das Horten zu erhalten, welche sonst durch die Erkrankung beeinträchtigt wahrgenommen wird. Des Weiteren kommt es im späteren Stadium oft vor, dass die Pflege des äußeren Erscheinungsbildes und der Wohnräume vergessen wird. Auch eine soziale Beeinträchtigung kommt dazu, da die Betroffenen teilweise nur wenige soziale Kontakte haben. Als einziger Lebenssinn bleibt dann häufig lediglich das Aufbewahren alter Kleidung, Fotos oder Verpackungen, um Sicherheit zu finden.⁵⁹

Auch Suchterkrankungen können eine Komorbidität des Pathologischen Hortens darstellen. Eine Sucht wird durch ein starkes Verlangen nach der jeweiligen Substanz oder Wirkung charakterisiert. Der Konsum hat höchste Priorität und führt zu bedeutsamen Beeinträchtigungen im psychosozialen Bereich sowie hinsichtlich der körperlichen Gesundheit.⁶⁰ Die positiv wahrgenommenen Empfindungen bei dem Konsum werden zunehmend dranghaft bis automatisch herbeigeführt, und dies in immer kürzeren Abständen. Der Prozess wird zwar von den Betroffenen bewusst erlebt, sie können das Verhalten jedoch nicht oder nur schwer verhindern. Ihre Gedanken kreisen zunehmend häufiger in Richtung des Konsums, wodurch Bereiche wie Arbeit, soziale Beziehungen, Interessen oder die Organisation des Haushaltes in den Hintergrund rücken. In Bezug auf den Haushalt werden erforderliche Aufgaben wie beispielsweise das Reinigen nicht erledigt. Auch, wenn bereits hygienische Probleme oder Geruchsproblematiken auftreten, kommt es zu keinen Tätigkeiten seitens der Betroffenen. Beispiele dafür können Abfallberge von Flaschen, Altpapier oder Zigarettenskippen sein. Aber auch Unmengen an benutztem Geschirr oder nicht gewaschener Kleidung sind keine Seltenheit. Infolgedessen können Gesundheits- und Ungezieferprobleme auftreten.⁶¹ Auch bei Betroffenen mit Suchtproblematik kann eine Entrümpelung Panikreaktionen auslösen.⁶²

⁵⁷ Hüll/Förstl 2015, S. 192

⁵⁸ vgl. Lath 2011a, S. 38

⁵⁹ vgl. Gross 2002, S. 420

⁶⁰ vgl. Vernaleken/Schneider 2017, S. 258

⁶¹ vgl. Lath 2011b, S. 38

⁶² vgl. Reboly/Pritz 2009, S. 129

Somit ist die Komorbidität Sucht im Kontext des Pathologischen Hortens als sehr unstrukturiert und ohne System zu bezeichnen. Im Zusammenhang mit einer Sucht kann die Symptomatik bis hin zu einer Vermüllung führen.⁶³

Ein besonderes Augenmerk sollte auf das Störungsbild des Pathologischen Kaufens gelegt werden. Das pathologische Kaufen zeichnet sich durch eine starke gedankliche Beschäftigung mit den Gütern aus. Es besteht ein starker Kaufdrang und die Kaufepisoden sind anhaltend oder etappenweise sowie vom eigentlichen Bedarf gelöst.⁶⁴ Durch das Kaufen erleben die Betroffenen eine Euphorie und verfolgen damit unter anderem Ziele wie Anerkennung, Bestätigung oder Aufmerksamkeit.⁶⁵ Dennoch leiden die Betroffenen unter Schuldgefühlen und verheimlichen die Käufe lange, da sehr häufig finanzielle Probleme mit dem exzessiven Kaufen einhergehen. In vielen Fällen werden die gekauften Güter gehortet, da es bei dem Pathologischen Kaufen weniger um den Besitz geht, sondern vielmehr um den Akt des Bestellens, Auswählens oder Einkaufens. Aus diesem Grund ist die Komorbidität im Kontext des Pathologischen Hortens sehr bedeutsam. Die erworbenen Güter werden angehäuft und gleichzeitig wird nichts entsorgt. Aufgrund dessen unterscheidet das DSM-5 bei dem Pathologischen Horten auch zwischen dem Horten mit und ohne exzessivem Kaufverhalten.⁶⁶

3.2 Physiologische Beeinträchtigungen

Neben den bereits aufgeführten psychischen Begleiterkrankungen können auch physiologische Beeinträchtigungen auftreten, welche Einfluss auf das Messie-Syndrom haben.

Hier wären beispielsweise Gehirntumore oder auch Nachwirkungen von Alkohol- und Drogenmissbrauch zu nennen, wodurch Körperfunktionen eingeschränkt werden. Solche physiologischen Einschränkungen treten gehäuft bei älteren Menschen auf, da im Alter Körperfunktionen verloren gehen. Das Geschirr kann beispielsweise nicht mehr in die hohen Schränke geräumt werden oder durch eine Fehlsichtigkeit wird die Orientierung erschwert. In jüngeren Jahren beziehen sich physiologische Beeinträchtigungen häufig auf schwere oder langfristige Krankheiten. Zusätzlich nehmen jüngere Menschen vielfach keine Unterstützung in Anspruch.⁶⁷ Menschen mit physiologischen Erkrankungen verfügen oftmals zahlreiche Jahre über Kompetenzen und Fähigkeiten, um den Haushalt ohne Probleme zu

⁶³ vgl. Gross 2002, S. 420

⁶⁴ vgl. Stark/Müller 2021, S. 95

⁶⁵ vgl. Lath 2011b, S. 38

⁶⁶ vgl. Mann 2014, S. 60 ff.

⁶⁷ vgl. Schröter 2017, S. 106 f.

bewältigen. Aufgrund der zunehmenden körperlichen Defizite ist es ihnen jedoch nicht mehr möglich, alle anfallenden Aufgaben im Haushalt zu erledigen. Gerade zeitlich andauernde und körperlich anstrengende Tätigkeiten sind dann nicht umsetzbar. Bei manchen Betroffenen kommt hinzu, dass sie nicht mehr zwischen brauchbar und unbrauchbar differenzieren können. Infolgedessen wird zur Sicherheit alles aufbewahrt. Die körperlichen Defizite werden von Dritten häufig als unkompliziert und mitunter als nebensächlich deklariert, wobei die Auswirkungen für die Betroffenen immens sind. Sie können ihren Alltag nicht mehr organisieren und erleben den Verlust ihrer körperlichen Fähigkeiten. Der Leidensdruck dieser Zielgruppe wird jedoch oft nicht frühzeitig genug erkannt.⁶⁸

4 Ätiologie

Bei der Ursachenklärung des Phänomens „Messie“ sollen zunächst Bindungserfahrungen, die in der frühen Kindheit gemacht worden sind, in den Blick gerückt werden. Des Weiteren spielen traumatische Erlebnisse beziehungsweise auslösende Lebensereignisse eine zentrale Rolle bei der Entwicklung des Pathologischen Hortens.

Somit ist die sichtbare Unordnung sehr häufig auf seelische Problematiken zurückzuführen. Aus diesem Grund wird nachfolgend auf frühkindliche Bindungserfahrungen und auslösende Lebensereignisse vertiefend eingegangen.

4.1 Frühkindliche Bindungserfahrungen

In der frühkindlichen Entwicklungsphase finden vor allem anstrengende und komplexe Schritte statt. Kinder müssen in dieser Phase bereits lernen, mit Verlusten umzugehen. Dazu zählen unter anderem der Verlust des Körperinneren, der Brust oder auch der Symbiose mit der Mutter.⁶⁹ Durch Störungen in dieser Phase können unsichere Bindungen oder wenig Bindungen an Bezugspersonen entstehen, wodurch im späteren Verlauf die gehorteten Gegenstände als Ersatzobjekt fungieren. Diese Besitztümer können dann Sicherheit transportieren und das Defizit an emotionalen Bindungen kompensieren.⁷⁰

Die Bindungstheorie nach Bowlby legt nahe, dass die Bindungserfahrungen, die die Menschen in der frühen Entwicklung sammeln, maßgeblich für soziale Beziehungen im späteren Leben sind.

⁶⁸ vgl. Lath 2010a, S. 35

⁶⁹ vgl. Agdari-Moghadam 2018, S. 46

⁷⁰ vgl. Müller 2020, S. 7

Laut Bowlby bildet sich mehr Entdeckungsfreude aus, je sicherer ein Mensch gebunden ist. Gleichzeitig wird damit ausgesagt, dass die Autonomie eines Individuums nicht auf dem Fehlen einer Bindung beruht, sondern diese voraussetzt.⁷¹

In dieser Theorie werden folgende Bindungsstile sichtbar. Der sichere Bindungsstil zeichnet sich durch die Bezugspersonen als sichere Basis in belastenden Situationen aus. Kinder mit diesem Bindungsstil können sich der Nähe und des Schutzes der Bezugspersonen sicher sein und haben folglich ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Bindungs- und Entdeckungsverhalten. Bei der unsicher-vermeidenden Bindung wird die Erfahrung gemacht, dass die Bezugspersonen regelmäßig zurückweisend reagieren und die Kinder somit nicht auf Hilfe oder Unterstützung hoffen können. Folglich ziehen sie sich zurück und ihr Bedürfnis nach Nähe und Schutz muss in kritischen Situationen in den Hintergrund treten, um diese bewältigen zu können und weiterer Ablehnung aus dem Weg zu gehen. Das Bindungssystem des Kindes sowie die Autonomieentwicklung sind dadurch nachhaltig beeinträchtigt. Menschen mit diesem Bindungsstil vermeiden sehr häufig Nähe und bleiben in belastenden Situationen allein. Zuletzt ist der unsicher-ambivalente Bindungsstil zu nennen. Hierbei macht das Kind regelmäßig die Erfahrung des Unzuverlässigen. Die Bezugspersonen reagieren in diesem Fall sehr ambivalent. Auf manche Bedürfnisse des Kindes reagieren sie feinfühlig, auf andere ablehnend. Aufgrund dieser Widersprüchlichkeit wünscht sich das Kind sehr viel Nähe und die Angst vor Trennung ist gleichzeitig viel stärker ausgeprägt als bei unsicher-vermeidenden Kindern. Um das Bedürfnis nach Nähe befriedigen zu können, klammern sie sich folglich an die Bezugspersonen und eine Ausbildung der Autonomie kann nicht stattfinden. Die in der frühen Kindheit ausgebildeten Bindungsstile bleiben verhältnismäßig stabil. Dennoch kann beispielsweise eine unsicher-ambivalent gebundene Person auf eine sicher gebundene Person treffen und von dieser zum Beispiel lernen, sich mehr zu öffnen oder zu akzeptieren. Gegen die Veränderung von Bindungsstilen spricht jedoch, dass vor allem unsicher-vermeidend gebundene Menschen oft aufgrund von Angst vor der damit verbundenen Nähe keine Erfahrungen mit möglichen Bindungspersonen zulassen. Die daraus folgende Isolation kann zu einer weiteren Verhärtung des Bindungsstils führen und somit zukünftige zwischenmenschliche Beziehungen entscheidend beeinflussen. Zusätzlich stellen die Bindungserfahrungen und Defizite, sich Unterstützung in kritischen Situationen zu suchen, einen entscheidenden Risikofaktor für Krankheiten und psychische Störungen dar.⁷² In Bezug auf das Pathologische Horten weisen nur wenige Betroffene einen sicheren Bindungsstil auf.

⁷¹ vgl. Steins 2003, S. 62

⁷² vgl. ebd., S. 63 f.

Abzuleiten aus dem Krankheitsbild zeigen viele Betroffene eine unsicher-ambivalente Bindung, da die soziale Isolation und Ablehnung von Hilfsangeboten kennzeichnend sind. Somit kann der mangelnde Ausdruck eigener Bedürfnisse aus Angst vor Zurückweisung ein zentraler Aspekt bei der Ausbildung einer Messie-Problematik sein.⁷³

Durch diese frühkindlichen Bindungsverletzungen wird es den Betroffenen maßgeblich erschwert, ein gesundes und eigenständiges Erwachsenenleben zu führen. Allerdings folgt nicht bei jedem Menschen mit Bindungsverletzungen aus der Kindheit automatisch ein Messie-Syndrom. Der Mensch findet diverse Möglichkeiten, mit diesen Erlebnissen umzugehen. Somit ist die Ausbildung einer Messie-Problematik nur eine mögliche Reaktion auf die Defizite in der Kindheitsentwicklung.⁷⁴

Die Bindungsverletzungen lassen sich in die Erfahrung des Gezwungenwerdens, die Erfahrung, übergangen zu werden, die Erfahrung, verlassen zu werden, und in die Erfahrung fehlender Beziehungen unterteilen. Bei der Erfahrung des Gezwungenwerdens richten die Betroffenen ihr Verhalten und Handeln nach dem Grundsatz, perfekt funktionieren zu müssen, aus. In Bezug auf das Messie-Syndrom können Betroffene nicht mehr zwischen nützlich und nutzlos unterscheiden. Bei der Erfahrung des Übergangenwerdens wurden die Meinungen und Wünsche der Betroffenen in der Kindheit missachtet. Ein Beispiel für diesen Fall wäre das Aufräumen des Kinderzimmers in Abwesenheit des Kindes und die damit verbundene Entsorgung von Gegenständen, die dem Kind wichtig sind. Eine derartige Handlung darf nie ohne die Zustimmung des Kindes stattfinden, da Kinder noch kein entwickeltes Selbstwertgefühl haben. In dieser Situation kann das Kind den Eingriff in seine Privatsphäre nicht nachvollziehen und weist sich folglich die Schuld zu. Auch die Erfahrung des Nicht-gesehen-Werdens kann sich demnach im späteren Erwachsenenalter wie ein roter Faden durch das Leben ziehen. Die Erfahrungen des Verlassenwerdens und fehlende stabile Beziehungen spielen eine weitere wichtige Rolle, da sie erst Jahrzehnte später ihre Auswirkungen entfalten. In Bezug auf fehlende Beziehungen können häufige Umzüge in der Kindheit ein Beispiel darstellen. In dieser Situation wird das Kind immer wieder aus seiner Umgebung herausgelöst, muss bestehende Freundschaften aufgeben und sich an dem neuen Wohnort zurechtfinden. Stabile Beziehungen außerhalb der Familie können erst gar nicht aufgebaut werden und das Kind fühlt sich bevormundet, umhergeschubst und überwältigt.

⁷³ vgl. Steins 2003, S. 94

⁷⁴ vgl. Schröter 2017, S. 85 ff.

Der gleiche Effekt kann bei Überbehütungen von Kindern ausgemacht werden. In einer überbehüteten und geschützten Umgebung hat das Kind keine Möglichkeit, sich auszuprobieren sowie eigene Erfahrungen zu sammeln. Als Folge kann das Kind kein gesundes Selbstvertrauen entwickeln und in diesem Zusammenhang kein Gefühl für die eigenen Bedürfnisse ausbilden. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Kindheit durch die beschriebenen Bindungsverletzungen von unterdrückten Entwicklungsimpulsen und Grenzüberschreitungen geprägt ist.⁷⁵

Aus diesen Konstellationen entwickeln sich verunsicherte Menschen, die wenig Gespür für ihre eigenen Bedürfnisse haben, in eine Überanpassung geraten und folglich ein fremdbestimmtes Leben führen. Auch ist es nicht wunderlich, dass Menschen mit einer übergriffigen Kindheit im späteren Leben ebenfalls von anderen Menschen eine Übergriffigkeit erwarten. In diesem Zusammenhang steht bei den Betroffenen die Erbringung von Leistung im Mittelpunkt. Eigene Bedürfnisse können nicht wahrgenommen werden. Die Betroffenen denken, dass sie den Erwartungen anderer entsprechen müssen, und zwar in einem Ausmaß, in dem das eigene Leben auf der Strecke bleibt.⁷⁶

Weiterhin können gewisse Auslöser, welche auch Trigger genannt werden, Betroffene immer wieder in ihre Kindheit zurückversetzen, obwohl sie ein scheinbar stabiles Leben führen. Diese Trigger können im Leben des*der Betroffenen wiederholt auftreten. Solche Auslöser können beispielsweise ein Geruch, ein Geräusch, ein Wort oder noch vieles mehr sein. Die in Vergessenheit geratenen Bindungsverletzungen werden in diesen Momenten wieder in das Bewusstsein gebracht. Kann der*die Betroffene diese Ereignisse nicht mehr kompensieren, findet eine Dekompensation in Form von Panikattacken, innerer Vereisung oder einer herabgesetzten Handlungsfähigkeit statt. Die Zeitspanne einer Dekompensation hängt vor allem von der Resilienz der Betroffenen ab. Hält diese Phase nur kurz an, könnte der*die Klient*in bereits Lösungsstrategien ausgebildet haben.⁷⁷ Das Horten stellt somit eine Bewältigungsstrategie dar, um Gefühle wie Leere oder Sinnlosigkeit zu bewältigen. Jeder Gegenstand dient dann als etwas Sinnstiftendes für die Betroffenen.⁷⁸

⁷⁵ vgl. Schröter 2017, S. 85 ff.

⁷⁶ vgl. ebd., S. 85 ff.

⁷⁷ vgl. Schröter 2017, S. 85 ff.

⁷⁸ vgl. Rehberger 2013a, S. 73

4.2. Belastende Lebensereignisse

Ein anderer Aspekt, der als Auslöser für das Pathologische Horten von Bedeutung ist, betrifft belastende Lebensereignisse. Solche Ereignisse können beispielsweise eine Trennung von dem*der Lebenspartner*in, eine Krankheit oder der Tod einer nahestehenden Person sein. Darüber hinaus kann auch der Verlust des Arbeitsplatzes oder erlebte Traumata zu den Auslösern zählen.⁷⁹ Aus einer Studie von Steins gehen noch weitaus mehr Lebensereignisse hervor, die von Betroffenen als auslösend betrachtet wurden. So wurde auch das erste Mal allein in einer Wohnung zu leben als Grund genannt oder die Geburt eines Kindes. Durch diese Vielzahl an möglichen Erlebnissen wird deutlich, dass es nicht das eine kritische Ereignis gibt.⁸⁰

Vor den auslösenden Vorfällen führen die Betroffenen meist ein scheinbar unbelastetes Leben. Infolge der Einschnitte kann es vorkommen, dass das Leben in Frage gestellt wird oder die Vorkommnisse als Traumata wahrgenommen werden. Wenn in diesem Zusammenhang keine Verarbeitung der Geschehnisse stattfindet, kann sich daraus eine Symptomatik des Pathologischen Hortens entwickeln.⁸¹

In diesem Zusammenhang erzeugen die Lebenseinschnitte bei vielen Menschen Alltagsstress. Wenn dieser dauerhaft besteht, können sich psychische Beeinträchtigungen entwickeln. Trotz der vielfältigen Auslöser gibt es Gemeinsamkeiten bei den belastenden Vorfällen. Zum einen gehen mit den Erlebnissen veränderte Lebensumstände einher. Dies bedeutet, dass sich die Person an diese Veränderungen anpassen muss. Das kann wiederum Stress bei den Betroffenen verursachen, gerade wenn keine Motivation oder Fähigkeiten vorhanden sind oder nicht aufgebracht werden können. Zum anderen weisen sehr viele oben genannte Erlebnisse eine Verlustthematik auf.⁸² Diese Thematik und ihre dysfunktionale Bewältigung könnten unter anderem erklären, weshalb Personen mit einer Messie-Problematik ihren Besitztümern eine derartig hohe Bedeutung zuschreiben. Demnach füllen die Beziehungen zu den Gegenständen eine innere Leere der Betroffenen, die als nicht verarbeiteter Verlust zu betrachten ist. Da die Objekte auf Dauer gesehen jedoch keinen Ersatz darstellen, müssen die Menge sowie Bedeutung häufig erhöht werden.⁸³

⁷⁹ vgl. König 2018, S. 29 ff.

⁸⁰ vgl. Steins 2003, S. 46 ff.

⁸¹ vgl. Schröter 2017, S. 85 ff.

⁸² vgl. Steins 2003, S. 46 ff.

⁸³ vgl. ebd., S. 49

Dabei bildet die Auseinandersetzung mit den Besitztümern eine Handlungsstrategie, welche eine Wiedererlangung von Sinngebung und/oder Leistungserfolg als Ziel verfolgt. Beispielsweise kann nach Beendigung einer Berufstätigkeit das Sammeln als eine sinngebende Beschäftigung ausgelegt werden.⁸⁴

Insbesondere das Thema Verlust ist fast immer in den Biografien der Betroffenen anzutreffen. Daraus lässt sich ableiten, dass ein konkreter Zusammenhang zwischen dem Pathologischen Horten und der Schwierigkeit, sich von Gegenständen und Besitztümern zu trennen, besteht. Somit sind Trennungs- und Verlustängste an der Entstehung einer Messie-Problematik maßgeblich beteiligt.⁸⁵

5 Die Auswirkungen auf Angehörige

Die Angehörigen von Betroffenen erleben oft einen höheren Leidensdruck als die Betroffenen selbst. Sie haben sehr oft Schwierigkeiten, die Besonderheiten des Phänomens „Messie“ nachzuvollziehen. Beispielsweise berichten Lebenspartner*innen oder Kinder, welche in dem gleichen Haushalt wie die Betroffenen leben, dass sie keinen persönlichen Rückzugsbereich aufgrund der Messie-Problematik haben.⁸⁶

Das Problem des fehlenden Verständnisses für das Phänomen liegt oft in den Versprechungen der Betroffenen, den nicht eingehaltenen Terminzusagen oder den nicht erledigten Besorgungen. Durch ihren Hang zum Perfektionismus wollen sie alles perfekt machen und fühlen sich infolge der vielen Verpflichtungen und Versprechungen schnell überfordert und erschlagen. Weiterhin sind für die Angehörigen vor allem die Rationalisierungen belastend, mit denen die Betroffenen ihre angesammelten Gegenstände begründen und warum diese nicht entsorgt werden dürfen. Oft wirken diese Begründungen auf Angehörige wie Ausreden.⁸⁷

Ein weiterer Aspekt für das soziale Umfeld besteht in der spürbaren Diskrepanz, wenn Betroffene ihre Wohnsituation als in Ordnung deklarieren und gleichzeitig niemanden in die Wohnung lassen. Infolgedessen unterdrücken Angehörige häufig jahrelang ihre Gefühle und Empfindungen, da oft nur wenig Einsicht bei den Betroffenen besteht. Das Thema wird infolgedessen nicht zur Sprache gebracht oder das Problem wird verdrängt.⁸⁸

⁸⁴ vgl. König 2018, S. 167

⁸⁵ vgl. Agdari-Moghadam 2018, S. 134 f.

⁸⁶ vgl. Borsos/Gruber 2009, S. 39 ff.

⁸⁷ vgl. ebd., S. 39 ff.

⁸⁸ vgl. ebd., S. 39 ff.

Des Weiteren lösen vor allem die extreme Heterogenität und Vielschichtigkeit des Phänomens sowie eine fehlende allgemeingültige Definition Überforderung und Verzweiflung bei den Angehörigen aus. Die folgende Frustration über die Nicht-Veränderung der Wohnsituation und die damit empfundene Ausweglosigkeit sind ständige Begleiter. Konkret belastet Angehörige die fortwährende Sorge, dass die Wohnungen der Betroffenen zwangsgeräumt werden. Das bringt die Angehörigen oft dazu, die Situation geheim zu halten, was wiederum zu einer erheblichen seelischen Belastung führt. Aus diesem Grund schildern Angehörige oft, dass sie sich allein fühlen und sich niemandem anvertrauen können.⁸⁹ In dieser Lage wissen sie sich häufig nicht anders zu helfen, als die Betroffenen zu kritisieren oder mitunter Gegenstände heimlich zu entsorgen. Durch solche Aktionen, das Mitbringen von Säcken oder ausgeübten Druck, verstärken die Angehörigen das Misstrauen der Betroffenen und bewirken damit negative Ergebnisse. Infolgedessen entsteht eine Ablehnung auf beiden Seiten.⁹⁰

Zeigen Betroffene jedoch Einsicht und erkennen die Problematik an, sind die Angehörigen und das soziale Umfeld wichtige Aspekte der Unterstützung. Die Familie kann in diesem Zusammenhang als Unterstützung dienen, auch wenn die Bearbeitung der Problematik bei den Betroffenen beginnt.⁹¹

Im Folgenden soll konkret auf die Situation der Partner*innen und Familienmitglieder von Betroffenen eingegangen sowie geprüft werden, ob und welche Unterstützungsangebote momentan zur Verfügung stehen.

5.1 Die Situation der Lebenspartner*innen

Bei Partner*innen von Betroffenen ist ein sehr großer Leidensdruck festzustellen, da ihnen in den Wohnräumen der persönliche Rückzugsbereich genommen wird. Auch wenn sie stets versuchen aufzuräumen und Ordnung zu halten, gelingt es ihnen nicht, die Wohnsituation zu verbessern. Oftmals verspüren die Betroffenen keine Einsicht und sehen das Problem bei dem Partner oder der Partnerin, welche die Wohnverhältnisse nicht länger bewältigen können und demzufolge Druck auf die Betroffenen ausüben. Wie bereits erwähnt, ist es für die Lebensgefährt*innen sehr schwer, die Beziehung zu den Gegenständen nachzuvollziehen, sodass ein Teil der Partner*innen Zweitwohnungen besitzen, in die sie zeitweise flüchten. Diese Flucht erzeugt bei den Lebensgefährten*innen jedoch wiederum Schuldgefühle, da sie

⁸⁹ vgl. Stierschneider 2016, S. 31 f.

⁹⁰ vgl. Schröter 2017, S. 41

⁹¹ vgl. Felton 1998, S. 138

sich bewusst sind, dass die Betroffenen professionelle Unterstützung benötigen. Die Partner*innen sind sehr häufig bereit, die Betroffenen zu unterstützen, allerdings wird diese angebotene Hilfe oftmals als Angriff gewertet und somit vehement abgelehnt.⁹²

Unterstützung durch die Lebensgefährten*innen stellt sich somit als ein Balanceakt heraus, da sie sehr empathisch auf die Betroffenen eingehen müssen, aber auch rechtzeitig professionelle Unterstützung in Anspruch nehmen sollten, wenn ihre Hilfe nicht mehr ausreicht.⁹³

In Bezug auf die Partner*innen von Betroffenen sind häufig Mechanismen zu beobachten, die aus der Co-Abhängigkeit bei Alkoholismus bekannt sind. In diesem Fall werden Betroffene oft geschützt oder die Partner*innen entlasten die Betroffenen, indem sie zusätzliche Aufgaben und Verpflichtungen übernehmen. In manchen Fällen unterstützen sie die Betroffenen, indem sie weitere Gegenstände anschaffen.⁹⁴

Bildet der*die Betroffene im Laufe der Beziehung die Symptomatik vollends aus, trägt der Partner oder die Partnerin zu einem gewissen Teil dazu bei. Der*die Partner*in lässt zu, dass der persönliche Rückzugsbereich immer kleiner wird und kein Besuch mehr empfangen werden kann. Er*sie trägt aus Loyalität zum Betroffenen dazu bei, dass die Symptomatik so lange wie möglich geheim gehalten wird. Somit werden auch die Handlungsfreiheit der Lebensgefährt*innen sowie die Selbstwahrnehmung immer weiter eingeschränkt, je mehr Gegenstände angesammelt werden. Die Betroffenen und ihre Partner*innen leben, manchmal über Jahrzehnte hinweg, stark eingeschränkt und ziehen erst professionelle Unterstützung in Betracht, wenn alle Lösungsversuche scheitern und sie am Ende ihrer Kräfte sind. Folglich braucht es oft einen langen Leidensweg, bis sich Partner*innen zurückziehen und professionelle Hilfsangebote suchen. In diesem Prozess verlieren die Lebenspartner*innen häufig ihren Selbstschutz, den sie durch Unterstützung von außen wieder neu entwickeln können, auch wenn das Gefühl des Versagens und der Schuld bei vielen Angehörigen bestehen bleibt.⁹⁵

5.2 Die Situation der Familienmitglieder

Unter dem Begriff Familienmitglieder werden in diesem Abschnitt Eltern und Kinder von Betroffenen in den Fokus gestellt.

⁹² vgl. Borsos/Gruber 2009, S. 41 f.

⁹³ vgl. Agdari-Moghadam 2018, S. 123 f.

⁹⁴ vgl. ebd., S. 123 f.

⁹⁵ vgl. Schröter 2017, S. 55 ff.

In Bezug auf die Eltern stehen meist Themen wie die Ursachen des Pathologischen Hortens im Vordergrund, da sich die Eltern häufig die Schuld geben und sich fragen, was sie falsch gemacht haben.⁹⁶ Auch wenn Familienmitglieder nicht unbedingt im gleichen Haushalt leben, ist die gesamte Situation für sie sehr belastend. Genauso wie Lebenspartner*innen bieten Eltern oder Kinder Hilfe und Unterstützung an, aber erleben häufig Ablehnung.⁹⁷

Werden nun die Kinder von Betroffenen betrachtet, ist gehäuft eine Parentifizierung zu beobachten. Dabei übernehmen die Kinder die Rolle der Eltern und kümmern sich um diese. In Zusammenhang mit dem Pathologischen Horten leben Kinder mit der ständigen Sorge, dass es zu einer Zwangsräumung kommt oder aufgrund riesiger Papierstapel ein Brand entsteht. Demnach ist das Aufwachsen in einem Messie-Haushalt für Kinder äußerst belastend und prägend. Auch Jahre nach einem Auszug können sich noch Auswirkungen bei den Kindern zeigen.⁹⁸

Ein wichtiger Gesichtspunkt in Bezug auf die Kinder von Betroffenen betrifft das Kindeswohl. Jedes Kind hat ein Recht auf eine angemessene Versorgung und auf sichere Kontakte zu den Bezugspersonen. Kommt es zu einer Gefährdungsmeldung oder Überprüfung des Kindeswohls, muss als Erstes geprüft werden, ob das Kind akut gefährdet oder bedroht ist. Des Weiteren sollte geklärt werden, ob die Eltern von sich aus aktiv für Unterstützung sorgen können oder ob ein sofortiges Handeln Dritter erforderlich ist. In Einzelfällen ist immer individuell zu entscheiden, da bei den Betroffenen unterschiedliche Einsichten bestehen und folglich auch die Hilfsangebote verschiedenartig angenommen werden. Es lässt sich jedoch nicht generell sagen, dass mit dem Pathologischen Horten auch eine Vernachlässigung der Kinder einhergeht. Aus diesen Gründen sollten zur Einschätzung der Gesamtsituation immer die Einsichtsfähigkeit, die Ausprägung der Messie-Symptomatik sowie die Komorbiditäten miteinbezogen werden.⁹⁹

5.3 Unterstützung der Angehörigen

Wenn Angehörige professionelle Unterstützung in Anspruch nehmen, haben sie meist Jahre voller erfolgloser Versuche hinter sich, in denen sie versucht haben, den Betroffenen zu helfen. Nun sind sie hoffnungslos überfordert, sollten aber dennoch in den weiteren Hilfeverlauf miteinbezogen werden, wenn auch nicht direkt. Vor allem müssen Gespräche zur Entlastung

⁹⁶ vgl. Stierscheider 2016, S. 31

⁹⁷ vgl. Borsos/Gruber 2009, S. 42 f.

⁹⁸ vgl. ebd., S. 42 f.

⁹⁹ vgl. Agdari-Moghadam 2018, S. 125 ff.

geführt werden, in denen ebenso Informationen und Hintergründe über das Krankheitsbild vermittelt werden. So wird den Angehörigen Orientierung und Sicherheit verschafft, sodass sie die Handlungen der Betroffenen besser nachvollziehen können. In diesem Zusammenhang sollte jedoch auch eine realistische Einschätzung gegeben werden. Der Unterstützungsprozess bei dem Messie-Syndrom nimmt sehr viel Zeit in Anspruch, und das sollte den Angehörigen klar kommuniziert werden. Ein regelmäßiger Austausch über Fortschritte und den aktuellen Stand ist damit unumgänglich. Auf diese Weise werden die Angehörigen in den Prozess indirekt miteinbezogen und fühlen sich ernst genommen.¹⁰⁰

In Bezug auf die Lebensgefährt*innen sind zusätzlich Strategien und Handlungsmöglichkeiten im Umgang mit der Situation essenziell, um den großen Leidensdruck zu mildern. Gerade bei den Partner*innen von Betroffenen ist zusätzlich der Erhalt des Arbeitsplatzes und sozialer Beziehungen enorm wichtig, um so die soziale Isolation zu vermeiden. In diesem Fall ist die professionelle Hilfe von Beratungsstellen oder anderen Einrichtungen förderlich.¹⁰¹

6 Möglichkeiten der Sozialen Arbeit

Bei der Betrachtung der Interventionsmöglichkeiten sind sozialpädagogische Hilfsangebote sehr rar oder nicht vorhanden. Zusätzlich wird eine mögliche Unterstützung durch die Undurchsichtigkeit bei den Zuständigkeiten erschwert. Oftmals sind mehrere Berufsgruppen für die Betroffenen zuständig. Diese gehen von Beratungsdiensten über Berufsbetreuer*innen bis hin zu Sozialpsychiatrischen Diensten.¹⁰² Die Arbeit mit den Betroffenen weist demzufolge viele Herausforderungen auf. In vielen Fällen ist nur eine geringe Einsicht zu beobachten, wodurch ein Zwangskontext in der Zusammenarbeit entstehen kann. Diese Arbeitssituation ist für alle Beteiligten oft herausfordernd und belastend.¹⁰³

Im Folgenden sollen die Voraussetzungen für Unterstützungsangebote auf Seiten der Betroffenen sowie der Sozialen Arbeit dargestellt werden. Anschließend werden die Vorteile von Selbsthilfegruppen vorgestellt und was sie konkret für den Betroffenen leisten können. Zuletzt werden wichtige Implikationen für den Umgang mit Betroffenen des Messie-Syndroms veranschaulicht.

¹⁰⁰ vgl. Schröter 2017, S. 137 ff.

¹⁰¹ vgl. Lath 2007, S. 118 f.

¹⁰² vgl. Von Wedel 2016, S. 21 ff.

¹⁰³ vgl. Agdari-Moghadam 2018, S. 103

6.1 Voraussetzungen seitens der Betroffenen

Bei Betroffenen können entsprechende Unterstützungsangebote nur wirksam helfen, wenn sie auch angenommen werden und erwünscht sind. Somit beeinflussen die Einsichtsfähigkeit, die Motivation sowie die psychischen Möglichkeiten der Zielgruppe den Hilfeprozess enorm.¹⁰⁴

Häufig mussten die Betroffenen schon Übergriffe wie beispielsweise Entrümpelungen erleben, sodass ihr Misstrauen in helfende Berufsgruppen vielfach verstärkt wurde. Aus diesem Grund nehmen die Betroffenen Hilfsangebote vermehrt als Bedrohung oder Angriff wahr.¹⁰⁵

In Bezug auf die Motivation und die Problemeinsicht entsteht bei Menschen mit Pathologischem Horten die Änderungsmotivation oftmals durch den Druck Außenstehender wie beispielsweise Angehöriger. Folglich kann sich bei Klient*innen mit wenigen sozialen Kontakten nur ein geringes Problembewusstsein entwickeln. In diesem Fall muss an der Einsicht gearbeitet werden, indem belohnende Ziele gesetzt werden. Ein Ziel könnte dementsprechend zum Beispiel das soziale Eingebundensein darstellen.¹⁰⁶ Da die Grundlage der Kooperation allerdings oft nicht gegeben ist, stellen Betroffene eine schwer erreichbare Zielgruppe dar. Durch die geringe Problemeinsicht und das versteckende Verhalten kann den Betroffenen nicht wirksam geholfen werden oder erst zu spät, wenn es bereits zu einer Wohnungsräumung kommt.¹⁰⁷

Die Zielgruppe muss folglich verschiedene Bereitschaften aufweisen. Dazu zählen die Bereitschaft, Besuch in der Wohnung zu empfangen und diesen auch in die Wohnung hineinzulassen. Die Bereitschaft, Hilfe anzunehmen, und die Bereitschaft, Veränderungen in der Wohnung zuzulassen, sind zwei weitere Aspekte, die die Klient*innen aufbringen müssen, damit ein Hilfeprozess in die Wege geleitet werden kann. Besteht eine ablehnende Haltung bei den Betroffenen, ist diese oftmals durch Ängste, Schamgefühle sowie Verunsicherungen geprägt und entwickelt worden. Bekommt die Zielgruppe genügend Zeit, um sich auf einen Besuch vorzubereiten, sei es durch vorige Telefonate, erste Briefkontakte oder kurze Gespräche an der Haustür, können Ängste gemindert werden und die Bereitschaft der Betroffenen wird positiv gestärkt.¹⁰⁸

¹⁰⁴ vgl. Agdari-Moghadam 2018, S. 98 f.

¹⁰⁵ vgl. Von Wedel 2016, S. 21 ff.

¹⁰⁶ vgl. Steins 2003, S. 119 ff.

¹⁰⁷ vgl. Räber/Rüsch 2003, S. 61

¹⁰⁸ vgl. Lath 2007, S. 65 f.

6.2 Voraussetzungen seitens der Sozialen Arbeit

Da in dem vorigen Kapitel bereits erwähnt wurde, dass ohne Kooperation keine Intervention wirksam ist, soll nun dargestellt werden, welche Voraussetzungen die Soziale Arbeit benötigt, um wirksam mit den Betroffenen zusammenarbeiten zu können.

Um eine Kooperation zu erzielen, muss zunächst an dem geringen Problembewusstsein gearbeitet werden. Die Betroffenen müssen die Problematik anerkennen. In diesem Zusammenhang können Sozialarbeiter*innen die Klient*innen ermutigen, ihre Verhaltensweisen zu verbalisieren, und Aufklärungsarbeit über das Krankheitsbild leisten. So können die seelische Belastung und der Widerstand der Betroffenen gemindert werden. Ziel dabei soll die aktive Auseinandersetzung mit dem Pathologischen Horten und dessen Auswirkungen sein.¹⁰⁹

In diesem Zusammenhang muss das Recht der Unverletzlichkeit der Wohnung benannt werden. Dieses Recht ist in dem Grundgesetz im 13. Artikel verankert. Konkret lautet dieses: „(1) Die Wohnung ist unverletzlich. (2) Durchsuchungen dürfen nur durch den Richter, bei Gefahr im Verzuge auch durch die in den Gesetzen vorgesehenen anderen Organe angeordnet und nur in der dort vorgeschriebenen Form durchgeführt werden.“¹¹⁰ Durch dieses Gesetz stellt die Wohnung einen geschützten Raum dar. Somit muss auf professioneller Seite eine endgültige Ablehnung von Unterstützung akzeptiert werden. Gegen den Willen der Betroffenen können nur Interventionen stattfinden, wenn der Verdacht der Gefahr im Verzuge besteht.¹¹¹

Somit sollten immer Professionelle entscheiden, unter welchen Umständen die Wohnsituation als normabweichend akzeptiert werden kann oder muss und wann eine Eigen- oder Fremdgefährdung besteht. In diesem Fall müssen passende Interventionen eingeleitet werden, auch wenn dies nicht mit dem Willen der Betroffenen vereinbar ist.¹¹²

Eine weitere zentrale Grundlage für die Zusammenarbeit mit der betreffenden Zielgruppe stellt der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses dar. Dabei erweisen sich Respekt und Anerkennung als Grundlage für Vertrauen und folglich auch für eine Initiierung erfolgreicher Kooperation.¹¹³ Um jedoch ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, wird viel Zeit benötigt. Nur so kann eine Vertrauensbasis entstehen und der individuelle Hilfebedarf erkannt

¹⁰⁹ vgl. Räber/Rüsch 2003, S. 63 f.

¹¹⁰ Art. 13 Abs. 1-2 GG

¹¹¹ vgl. Lath 2007, S. 71 ff.

¹¹² vgl. König 2018, S. 199 ff.

¹¹³ vgl. ebd., S. 199 ff.

werden.¹¹⁴ Betroffene haben häufig Angst vor Hilfsangeboten, da sie befürchten, ihre Wohnung infolgedessen zu verlieren oder in eine Einrichtung eingewiesen zu werden. An diesem Punkt muss die Soziale Arbeit mit Respekt und Geduld reagieren, um den Klient*innen Mut und Zuversicht zu vermitteln.¹¹⁵

Schaffen Sozialarbeiter*innen es, dass Betroffene anfangen ihnen zu vertrauen und sie in die Wohnung lassen, sollte als Nächstes geprüft werden, ob die Klient*innen auch bereit sind, Hilfe anzunehmen. Dazu können niedrigschwellige Angebote gemacht werden, die nichts mit der Wohnsituation zu tun haben, wie beispielsweise Arztbesuche oder Einkäufe. Durch diese ersten Erfolgserlebnisse wird das Vertrauen weiter gestärkt und die Annahme von Unterstützung in dem Bereich der Wohnungsproblematik erleichtert.¹¹⁶

Weiterhin sollte bei Sozialarbeiter*innen die Überprüfung der eigenen Einstellung eine Voraussetzung sein. Sie müssen sich auf die vielschichtigen Aufgaben bei den Klient*innen einstellen und sich ihre persönlichen Möglichkeiten und Grenzen bewusst machen. Dies ist unerlässlich, da Reaktionen wie Angst oder Erschrecken beim Anblick der Wohnräume keine Seltenheit sind. Pädagogische Fachkräfte sollten dennoch einen objektiven Blick behalten. Es muss akzeptiert werden, dass jeder Mensch seine eigene Vorstellung von Wohnen und Leben hat. Daher sollte ein starker Rückhalt im Team eine Grundlage darstellen, damit Sozialarbeiter*innen Rückschläge nicht als persönliches Scheitern interpretieren. Ein Team kann zwar viele Sorgen auffangen, aber nicht jede*r Sozialarbeiter*in kann die Anforderungen der Arbeit mit Menschen mit Messie-Syndrom bewältigen. Demzufolge sollten die persönlichen Grenzen achtsam erkundet und behutsam ins Bewusstsein gerufen werden.¹¹⁷ Zusätzlich sind Supervisionen eine grundsätzliche Bedingung für das Arbeiten in Messie-Haushalten. Das sozialpädagogische Handeln kann so reflektiert werden und zu einer vertiefenden Selbsterfahrung führen. Sozialarbeiter*innen können auf diese Weise empathischer auf Klient*innen eingehen und deren psychisches Geschehen besser nachvollziehen und deuten. Grundsätzlich neigt jeder Mensch dazu, die eigenen Erfahrungen, Werte und Vorstellungen in die Arbeit miteinfließen zu lassen. Diese Persönlichkeitsanteile können in der Zusammenarbeit mit den Betroffenen hilfreich sein, jedoch sollten sie, wie bereits erwähnt, in einer Selbstreflexion fortlaufend besprochen und analysiert werden.¹¹⁸ In diesem Zusammenhang

¹¹⁴ vgl. Schröter 2017, S. 129 ff.

¹¹⁵ vgl. Lath 2007, S. 71 ff.

¹¹⁶ vgl. ebd., S. 71 ff.

¹¹⁷ vgl. ebd., S. 82 ff.

¹¹⁸ vgl. Agdari-Moghadam 2018, S. 98 ff.

ist es sinnvoll, sich bei der Selbstreflexion mit dem „Messie in sich selbst“¹¹⁹ auseinanderzusetzen. Überlegungen, die dabei aufkommen können, sind zum Beispiel, ob sich in den eigenen Wohnräumen etwas ansammelt oder ob man sich leicht von Dingen trennen kann. Eine andere Überlegung könnte sich darauf richten, ob die Liebe zur Ordnung vorherrscht oder Schränke und das Auto ständig überfüllt sind. Durch diese Auseinandersetzung mit der eigenen Sauberkeit und Ordnung kann ein empathischer Zugang zu den Betroffenen gefunden werden. Wenn dagegen keine Selbstreflexion stattfindet, können eigene innere Hemmungen und Verbote die Zusammenarbeit mit der Zielgruppe erschweren.¹²⁰

Weiterhin sollte stets eine wertschätzende Haltung den Klient*innen gegenüber gewahrt werden, gerade wenn Betroffene Unterstützung annehmen und gewillt sind, diese schwierige Situation zu bewältigen.¹²¹ Vor allem zu Beginn der Zusammenarbeit sollten Sozialarbeiter*innen eine positive Grundeinstellung zu den betreffenden Personen haben, um die eigenen Arbeitsziele durch Empathie und Achtsamkeit auf die Bedürfnisse der Betroffenen abzustimmen.¹²² Demzufolge stellt Empathie eine weitere Voraussetzung für eine erfolgreiche Zusammenarbeit dar. Indem die Klient*innen so angenommen werden, wie sie sind, kann ein Kontakt auf Augenhöhe stattfinden. Dadurch wird die Würde beider Parteien gewahrt.¹²³

Zu den vielschichtigen Aufgaben gehört jedoch auch, dass sich pädagogische Fachkräfte bewusst machen müssen, dass sie an der Wohnsituation, die sich über Jahre oder vielleicht Jahrzehnte entwickelt hat, nicht sehr schnell etwas verändern können. Trotz Einfühlsamkeit sind Sozialarbeiter*innen früher oder später mit der Hilflosigkeit konfrontiert, dass die Betroffenen ihre Verhaltensweisen nicht oder noch nicht ablegen können und somit für die pädagogischen Fachkräfte keine Erfolge sichtbar werden.¹²⁴

6.3 Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen stellen für Personen mit Pathologischem Horten ein niedrigschwelliges Unterstützungsangebot dar. In Bezug auf die Rahmenbedingungen findet eine Selbsthilfegruppe jede Woche statt und kann von jedem besucht werden. Das schließt Betroffene, Betreuer*innen oder Interessierte mit ein. Zudem sind Selbsthilfegruppen kostenlos und es

¹¹⁹ Agdari-Moghadam 2018, S. 114

¹²⁰ vgl. ebd., S. 114 f.

¹²¹ vgl. Räber/Rüsch 2003, S. 61 f.

¹²² vgl. Agdari-Moghadam 2018, S. 101 f.

¹²³ vgl. Schröter 2017, S. 127

¹²⁴ vgl. Roth 2012, S. 226

bedarf keiner vorigen Anmeldung. Zusätzlich wird die Gruppe von einem Moderator oder einer Moderatorin begleitet. Diese Gruppenangebote werden von der betreffenden Zielgruppe als sehr entlastend empfunden, da sie sich mit anderen Betroffenen austauschen können und somit auf Gleichgesinnte stoßen. Gleichzeitig stellt die Selbsthilfegruppe mit einer Begleitung durch den*die Moderator*in einen geschützten Raum für die Klient*innen dar.¹²⁵ In der Gruppe können Verbindungen aufgebaut werden und lebendige, kontinuierliche Gespräche entstehen. In diesen Zusammentreffen können Betroffene lernen, ihre Bewältigungsmechanismen zu erkennen und loszulassen.¹²⁶

Konkret geht es in Selbsthilfegruppen um den Prozess der Persönlichkeitsentwicklung und das damit verbundene Nachholen von Defiziten in diesem Bereich. Unter anderem lernen die Teilnehmenden, dass sie nicht die einzigen mit einer Messie-Problematik sind. Infolgedessen wird in der Gruppe trainiert, die eigenen Gefühle und Bedürfnisse zu erörtern und nach diesen zu handeln. Betroffene üben, Konflikte zu identifizieren und diese auszutragen, statt sich zurückzuziehen, sodass Ängste ausgehalten werden. Weiterhin profitieren viele Klient*innen von den Erfahrungen der Gruppenteilnehmer*innen. Durch die Gruppe erfahren die Betroffenen, wie gut es tut, in sozialen Kontakt zu treten, sodass sie aus ihrer Isolation herauskommen. Zusätzlich vermittelt die Gruppe ein Gefühl der Zugehörigkeit, da die Selbsthilfegruppe eine Gemeinschaft mit gleichen Sorgen und Ängsten abbildet.¹²⁷

Neben neuen sozialen Kontakten kann die Gruppe darüber hinaus bei der Alltagsbewältigung unterstützend wirken. Konkret können sich die Teilnehmer*innen gegenseitig bei Behördengängen oder alltäglichen Aufgaben unterstützen.¹²⁸

Es besteht jedoch auch eine Gefahr bei Selbsthilfegruppen. Die Teilnehmenden identifizieren sich in der Gruppe über ihre Messie-Symptomatik, sodass sie an dieser festhalten. Das Gruppenangebot soll jedoch vielmehr der erste Schritt aus dem Pathologischen Horten heraus darstellen.¹²⁹

6.4 Implikationen für die Soziale Arbeit

In der konkreten Arbeit mit der betreffenden Zielgruppe sollte zunächst überprüft werden, welchen Auftrag, welche Rolle und welche Ressourcen auf Seiten der Sozialarbeiter*innen

¹²⁵ vgl. Agdari-Moghadam 2018, S. 97

¹²⁶ vgl. Rehberger 2013b, S. 70

¹²⁷ vgl. Roth 2012, S. 227

¹²⁸ vgl. Räber/Rüsch 2003, S. 66

¹²⁹ vgl. Steins 2003, S. 119 ff.

sowie auf Seiten der Betroffenen zur Verfügung stehen. So können falsche Erwartungen und Überforderungen anfangs vermieden werden.¹³⁰ Zu Beginn der Zusammenarbeit bedarf es einer exakten Sammlung aller bedeutsamen Informationen zu dem Störungsbild sowie Informationen über den Bereich des täglichen Lebens. Darüber hinaus sollten die Verhaltensweisen des*der Betroffenen ergründet werden, die zu der aktuellen Wohnsituation geführt haben. Dieser Teil der Arbeit setzt allerdings die Kooperation der Klient*innen voraus. Aufbauend auf der Informationssammlung können dann gemeinsam mit den Betroffenen erreichbare Ziele formuliert werden. Wenn Ziele formuliert worden sind, ist es weiterhin sinnvoll, feste Rahmenbedingungen zu schaffen, wie feste Termine und ob die pädagogische Fachkraft aktiv tätig sein soll oder beratend zur Seite steht. Ein zu schnelles Vorgehen bewirkt eher den Rückzug der Betroffenen und einen möglichen Abbruch der Intervention, sodass maximal zwei Treffen pro Woche festgelegt werden sollten.¹³¹ Die Fragen zu Beginn des Hilfeprozesses können an die Diagnosekriterien des DSM-5 angelehnt sein. Mögliche Fragen könnten dann wie folgt aussehen: Sind aktive Wohnräume überfüllt oder in ihrer Funktion beeinträchtigt? Gibt es Wohnbereiche in einem ordentlichen Zustand? Bestehen Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen Bereichen? Ist eine Problematik des exzessiven Beschaffens vorhanden? Eine Beantwortung dieser möglichen Fragestellungen kann auf der Grundlage der Betroffenen beruhen oder durch eine Besichtigung der Wohnung stattfinden.¹³² Trotz der detaillierten Informationssammlung zu Beginn sollte der Fokus bei der Arbeit mit den Klient*innen nicht nur auf der Wohnsituation liegen. Bei den ersten Begegnungen sollte neben der Informationssammlung das Interesse an der Person und ihren Gefühlen deutlich gemacht werden. Somit nehmen Sozialarbeiter*innen am Anfang bewusst die Gastrolle ein und bekunden ihr Interesse an den Betroffenen sowie ihren Besitztümern. Die pädagogischen Fachkräfte können sich als Unterstützung anbieten, wenn dies von den Klient*innen gewünscht ist. Endgültige Entscheidungen treffen die Betroffenen dennoch allein.¹³³

Besteht bei den Betroffenen kein Wille zur Kooperation, ist es wesentlich schwieriger, einen Eindruck von der Wohnsituation zu erhalten, da Klient*innen das Recht haben, den Zutritt zu ihrer Wohnung zu verwehren. In dieser Situation kann es Sinn ergeben, dass Sozialarbeiter*innen ein Treffen an einem neutralen Ort außerhalb der Wohnung vorschlagen, um so den Betroffenen ein niedrigschwelliges Angebot zu machen. Im Gespräch sollte auf eine

¹³⁰ vgl. Von Wedel 2016, S. 21 ff.

¹³¹ vgl. Lath 2010b, S. 27 f.

¹³² vgl. Agdari-Moghadam 2018, S. 121 ff.

¹³³ vgl. Von Wedel 2016, S. 21 ff.

freundliche und wertschätzende Haltung geachtet werden. Gleichmaßen muss eine Aufklärung gegenüber den Betroffenen stattfinden. Es sollte vermittelt werden, wer die pädagogische Fachkraft beauftragt hat, und es sollte bei den Klient*innen erörtert werden, inwiefern ein Problembewusstsein besteht. In diesem Zusammenhang kann dann die Informationssammlung stattfinden. An diesem Punkt kann erfragt werden, ob der*die Klient*in in der Wohnung bleiben möchte. Wird diese Frage bejaht, sollte mit den Betroffenen gemeinsam nach möglichen Lösungen gesucht werden. Wichtig dabei ist, dass nicht über den Kopf des*der Betroffenen entschieden wird, sondern gemeinsam mit den Klient*innen. Wird bei dieser Situationsanalyse achtsam mit den Betroffenen umgegangen, fühlen sie sich ernst genommen und können sich öffnen sowie langsam aus ihrer Verteidigungshaltung herauskommen.¹³⁴

Weitere wichtige Aspekte bei der Arbeit mit Betroffenen sind die Minderung der sozialen Isolation, die Erarbeitung einer Tagesstruktur sowie die Bewältigung des Alltags. Da sich das Phänomen „Messie“ auf viele Lebensbereiche erstreckt, sollten diese bei der Arbeit mit den Betroffenen Beachtung finden. Sind beispielsweise Klient*innen mit Zahlungen im Rückstand, weil sie die Post nicht mehr geöffnet haben, dann fehlt es ihnen oftmals an einer Tagesstruktur, um ihren Alltag bewältigen zu können.¹³⁵ Hier sollten eine Struktur und Ordnung in den Tagesablauf eingearbeitet werden. Dafür vermitteln Sozialarbeiter*innen den Betroffenen die nötigen Kenntnisse, damit der Alltag und die damit einhergehenden Veränderungen besser gemeistert werden können. Schwächen der Betroffenen können dadurch bearbeitet und im besten Fall beseitigt werden. Andernfalls besteht die Möglichkeit, für einige Aspekte der Alltagsbewältigung, wie zum Beispiel die Verwaltung der Finanzen, eine Assistenz zu organisieren.¹³⁶ Alle Interventionen in dem Bereich der Alltagsbewältigung sollten auf die Fähigkeiten der Klient*innen ausgerichtet sein, sodass die Betroffenen am Ende des Hilfeprozesses in der Lage sind, ihren Alltag selbstständig zu meistern.¹³⁷ In diesem Prozess lernen die Klient*innen wieder Verantwortung zu übernehmen und ihre Handlungsfähigkeiten auszubauen.¹³⁸

Des Weiteren sollten in der Arbeit mit den Betroffenen die biografischen Muster hinter dem äußeren Chaos fokussiert werden. Durch die Entschlüsselung dieser Muster können entwickelte Bewältigungsstrategien erkannt werden. In den persönlichen Biografien der

¹³⁴ vgl. Schröter 2017, S. 133 ff.

¹³⁵ vgl. Räber/Rüsch 2003, S. 66

¹³⁶ vgl. Lath 2007, S. 114 f.

¹³⁷ vgl. ebd., S. 100 f.

¹³⁸ vgl. Agdari-Moghadam 2018, S. 97 f.

Klient*innen zeigen sich demnach verschiedene Handlungsstrategien mit dem gemeinsamen Ziel, das psychosoziale Gleichgewicht wiederherzustellen. Die Aufgabe der Sozialen Arbeit besteht folglich darin, den Betroffenen zu vermitteln, dass ihre subjektiven Bewältigungsstrategien und die darin enthaltenen Hilfebedarfe erkannt werden. Diese Strategien sollten durch Sozialarbeiter*innen verstehend akzeptiert werden, sodass den Betroffenen durch diese Haltung Respekt und Anerkennung entgegengebracht werden können. Auf dieser Basis gilt es, den Selbstwert der Klient*innen zu reaktivieren, um ihnen aufzuzeigen, wie sie ihre persönlichen Lebens- und Bewältigungslagen ausbauen und verändern können. Werden die Betroffenen durch diese Interventionen dazu befähigt, ihre innere Hilflosigkeit zu thematisieren und sich alternative Möglichkeiten zur Erlangung von Anerkennung und Bedürfnisbefriedigung zu erschließen, kann sich aus ihrem abweichenden Verhalten ein konformes Verhalten entwickeln.¹³⁹

Diesbezüglich sollten Sozialarbeiter*innen auch Kenntnis über die Nützlichkeit einer Psychotherapie haben. In dem psychotherapeutischen Prozess können die Klient*innen ihre Biografie reflektieren und bearbeiten. Dies kann innerhalb einer Einzel- oder einer Gruppenpsychotherapie erfolgen. Durch diese Arten der Therapie können die Betroffenen innerhalb des therapeutischen Raumes ihrem Leid näherkommen und lernen, es zu verstehen. Die Psychotherapie bewirkt nicht nur eine Stärkung der Betroffenen im psychischen Bereich. Durch die Therapie können Klient*innen ihren Leidensdruck mindern und die Gesundheit wird ganzheitlich gekräftigt. Auch wenn eine tiefenpsychologische Behandlung viel Zeit in Anspruch nimmt und lange dauert, sind deren Ergebnisse nachhaltig wirksam und anhaltend. Demzufolge kann eine Psychotherapie eine sinnvolle Möglichkeit bieten, um zunächst das innere Chaos bei den Klient*innen anzugehen, bevor die Wohnungsthematik bearbeitet wird.¹⁴⁰

In der sozialpädagogischen Praxis besteht weiterhin die Möglichkeit, mit einem direktiven oder non-direktiven Ansatz zu arbeiten. Bei dem direktiven Ansatz müssen Sozialarbeiter*innen die Entscheidungen treffen, da oftmals eine Gesundheitsgefährdung von den Wohnräumen der Betroffenen ausgeht. Dieser Ansatz erweist sich allerdings nur für die Erscheinungsformen der Vermüllung und Verwahrlosung als sinnhaft, da die Symptomatik bei diesen Formen so stark ausgeprägt ist. Häufig liegt hier eine Eigen- oder Fremdgefährdung vor, sodass die Soziale Arbeit gezwungen ist zu handeln. Bei diesem Ansatz besteht für die

¹³⁹ vgl. König 2018, S. 199 ff.

¹⁴⁰ vgl. Agdari-Moghadam 2018, S. 94 f.

Klient*innen die Herausforderung in der Annahme von starken Eingriffen in die Privatsphäre. Aus diesem Grund sollten Sozialarbeiter*innen dennoch die Wünsche der Betroffenen, soweit es möglich ist, miteinbeziehen, auch wenn dies oft mit der Sachlage der Eigen- und Fremdgefährdung nicht vereinbar scheint. In dieser Situation können schriftlich festgelegte Regeln und klare Strukturen eine Orientierung für die Klient*innen darstellen. Der non-direktive Ansatz empfiehlt sich vor allem bei einer Symptomatik, die nicht stark ausgeprägt ist. Hier stehen die sozialpädagogischen Fachkräfte unterstützend und beratend zur Seite, wobei die Entscheidungsgewalt bei den Betroffenen verbleibt. Die Wünsche der Klient*innen werden berücksichtigt und die Arbeit findet in keinem Zwangskontext statt. Der wichtigste Punkt bei dem direktiven oder non-direktiven Ansatz ist jedoch, dass der*die Klient*in im Mittelpunkt der Intervention steht.¹⁴¹

Bei der konkreten Arbeit an der Wohnsituation kommt es auf kleine Schritte an. Meist sind jene Interventionen erfolgreich, an denen die Klient*innen selbst mitgewirkt haben.¹⁴² Die Wohnung der Betroffenen stellt einen Ort der Sicherheit dar, sodass ungewollte Veränderungen in den Wohnräumen destabilisierend wirken. Aus diesem Grund sollten sich Veränderungen immer nach den Wünschen und der Belastungsfähigkeit der Klient*innen richten. Trotzdem sollten Sozialarbeiter*innen nicht die Ansprüche Dritter, wie zum Beispiel von Vermieter*innen, außer Augen lassen.¹⁴³ Häufig droht eine Kündigung oder die Vermieter*innen drängen zu einer schnellen Besserung der Situation. Aufgabe von pädagogischen Fachkräften sollte in diesem Zusammenhang der Erhalt des Wohnraumes sein und die damit einhergehende Generierung von Verständnis bei Vermieter*innen oder Nachbar*innen, um die Sachlage zu stabilisieren.¹⁴⁴ Bei der Bearbeitung der Wohnungsthematik kann es hilfreich sein, das aktive Tun, soweit die Klient*innen dies zulassen, mit Gesprächen zu verbinden. In Bezug auf das aktive Tun kann zunächst ein Ausprobieren stattfinden oder von links nach rechts sortiert werden. Der ausschlaggebende Aspekt ist dabei, dass die motorische Aktivität als Spannungsminderer fungiert und die Klient*innen gleichzeitig konkrete Erfahrungen im Aufräumen machen. Aus diesen Erfahrungen kann dann im späteren Verlauf ein zielgerichtetes Handeln werden, was jedoch die Betroffenen selbstständig entscheiden.¹⁴⁵

¹⁴¹ vgl. Schröter 2017, S. 162 ff.

¹⁴² vgl. Agdari-Moghadam 2018, S. 121 ff.

¹⁴³ vgl. Von Wedel 2016, S. 21 ff.

¹⁴⁴ vgl. Räber/Rüsch 2003, S. 64 f.

¹⁴⁵ vgl. Von Wedel 2016, S. 21 ff.

In manchen Fällen von Pathologischem Horten ist eine Verbesserung der Wohnsituation jedoch ausgeschlossen. Die Aufgabe der Sozialen Arbeit besteht dann in der Sicherung und Stabilisierung der Situation sowie der Vermeidung weiterer Verschlimmerung.¹⁴⁶

Es war jedoch jahrzehntlang keine gängige Praxis, achtsam mit der betreffenden Zielgruppe umzugehen. Oftmals wurde bei der Arbeit mit Betroffenen auf Zwangsräumungen gesetzt. Zum Teil finden Zwangsräumungen in der heutigen Sozialarbeit immer noch statt, obwohl durch diese Interventionen den Klient*innen die Würde abgesprochen und das Misstrauen in Unterstützungsangebote verstärkt wird. Folglich sind Ablehnung und Rückzug von Klient*innen vorprogrammiert. Außerdem wird den Betroffenen durch eine derartige Übergriffigkeit ihre Eigenständigkeit abgesprochen und ein Gefühl von Inkompetenz vermittelt.¹⁴⁷ Solche Lösungen sind darüber hinaus nicht nachhaltig erfolgreich, da nicht selten die Wohnräume nach kurzer Zeit den alten Wohnräumen ähneln.¹⁴⁸ Daraus wird ersichtlich, dass jeglicher Zwangskontext eine Herausforderung für die Zusammenarbeit bedeutet. Aus diesem Grund muss in dem Umgang mit Betroffenen eine ehrliche und direkte Haltung gewahrt werden, um die Selbstwirksamkeit und Motivation der Betroffenen zu stärken.¹⁴⁹

Eine weitere Herausforderung in der Begleitung von Betroffenen liegt in der Grenzsetzung. Den Klient*innen muss klar kommuniziert werden, welche Handlungen oder Interventionen unumgänglich sind, da sonst eine Eigen- oder Fremdgefährdung von den Wohnräumen ausgeht. Über andere Bereiche wiederum kann diskutiert oder verhandelt werden. Es können konkrete Situationen mit den Klient*innen besprochen werden, um herauszufinden, welche Konzepte und Unterstützungsmöglichkeiten passend für den*die Einzelne*n sind.¹⁵⁰

Schlussendlich kann hinsichtlich der Sozialen Arbeit mit Betroffenen gesagt werden, dass Unterstützungsmaßnahmen immer individuell bezogen auf die Klient*innen ausgewählt werden müssen. Manche Personen benötigen nur in wenigen Lebensbereichen Hilfe. Andere wiederum haben in fast allen Lebensbereichen einen Unterstützungsbedarf.¹⁵¹ Bei den Interventionen ist es sinnvoll, auf ressourcen- und lösungsorientierte Konzepte zu setzen, da so die Stärken der Betroffenen gefördert, mobilisiert und weiterentwickelt werden können. In diesem Zusammenhang sollte neben der Sozialen Arbeit auch eine psychotherapeutische Behandlung in Betracht gezogen werden, und falls bei den Klient*innen psychische

¹⁴⁶ vgl. Lath 2010b, S. 27 f.

¹⁴⁷ vgl. Schröter 2017, S. 125 ff.

¹⁴⁸ vgl. Steins 2003, S. 119 ff.

¹⁴⁹ vgl. Agdari-Moghadam 2018, S. 103 f.

¹⁵⁰ vgl. ebd., S. 97 f.

¹⁵¹ vgl. Lath 2007, S. 120

Komorbiditäten bestehen, ist die Zusammenarbeit mit dem*der behandelnden Psychiater*in unumgänglich. Somit entsteht ein interdisziplinäres Behandlungskonzept, um optimal auf die Klient*innen eingehen zu können.¹⁵²

7 Fazit

In Hinblick auf die verschiedenen Bezeichnungen liefert die aktuelle Literatur nur unzureichende Antworten. Jeder Autor oder jede Autorin verwendet einen anderen Begriff für das Phänomen „Messie“. So entsteht das Bild einer undurchsichtigen Sammlung an Termini. Obwohl die aktuelle fünfte Ausgabe des DSM klar die Bezeichnung des Pathologischen Hortens vorgibt, konnte sich bis heute keine alternative Begrifflichkeit zu dem Messie-Syndrom durchsetzen. Auch in der Praxis der Sozialen Arbeit trifft man nur selten auf andere Bezeichnungen.

Das DSM-5 hat erstmals das Pathologische Horten als eigenständiges Krankheitsbild aufgenommen. In dem zukünftigen ICD-11 wird diese Störung ebenfalls mitaufgenommen, auch wenn es noch keine offiziellen Informationen darüber gibt, wann es in Deutschland eingeführt wird. Die Klassifikationen geben einen ersten Einblick in die Symptomatologie, decken jedoch nicht das gesamte Spektrum ab. Demnach muss bei jedem Einzelfall individuell entschieden werden.

In Bezug auf die Ursachen des Messie-Syndroms stehen oftmals frühkindliche Bindungsverletzungen hinter der Ausbildung der Störung. Menschen, die eine Kindheit voller unterdrückter Entwicklungsimpulse und Grenzüberschreitungen erlebten, sind somit gefährdet für eine Entwicklung des Pathologischen Hortens. Andererseits können Betroffene jahrelang ein scheinbar normales Leben führen und durch belastende Lebensereignisse wie Tod oder Scheidung wird die Symptomatik plötzlich ausgelöst.

In diesem Zusammenhang müssen jedoch auch psychische oder physiologische Komorbiditäten genannt werden. Bei vielen Betroffenen sind neben dem Pathologischen Horten Begleiterkrankungen festzustellen. Diese beeinflussen die Messie-Symptomatik enorm, wodurch bei der Ursachenklärung immer mögliche Begleiterkrankungen in den Blick genommen werden müssen.

¹⁵² vgl. Agdari-Moghadam 2018, S. 100 f.

Bei der Betrachtung des Pathologischen Hortens darf das soziale Umfeld nicht vergessen werden. Insbesondere Lebensgefährt*innen und Familienmitglieder leiden enorm unter der Situation der Betroffenen. Sie können die Symptomatik oft nicht nachvollziehen und wollen helfen. Diese Hilfe wird häufig von den Klient*innen abgelehnt, sodass es zu Frustration und einem enormen Leidensdruck auf beiden Seiten kommt. Diese Zielgruppe muss unbedingt in den Unterstützungsprozess der Sozialen Arbeit miteinbezogen werden. Durch Gespräche können Angehörige Entlastung finden und durch Aufklärung zum Störungsbild können sie mehr Verständnis für die Betroffenen aufbringen.

Aus der Komplexität des Krankheitsbildes leiten sich vielschichtige Handlungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit ab. Zunächst kommt es dabei auf die Voraussetzungen seitens der Betroffenen und der Sozialen Arbeit an. Bei der betreffenden Zielgruppe sollte ein Mindestmaß an Kooperation bestehen, um einen Hilfeprozess zu initiieren. Wenn die Unterstützung jedoch endgültig abgelehnt wird, muss dies akzeptiert werden. Gegen den Willen der Betroffenen darf nicht gehandelt werden, außer es ist Gefahr im Verzug. Auf Seiten der Sozialen Arbeit sollte eine reflektierte Haltung bestehen. Sozialarbeiter*innen müssen sich demnach mit ihren eigenen Vorstellungen von Sauberkeit und Ordnung auseinandersetzen. Außerdem sollte eine regelmäßige Supervision innerhalb des Teams stattfinden, um die anspruchsvolle Arbeit mit den Betroffenen zu bearbeiten.

Bei den Unterstützungsmöglichkeiten können Selbsthilfegruppen sinnvoll sein, da diese die Betroffenen entlasten und zusätzlich gegen die soziale Isolation wirken. In der konkreten Arbeit mit den Betroffenen sollte zunächst an dem Vertrauensverhältnis und Problembewusstsein gearbeitet werden. Sozialarbeiter*innen müssen zunächst einen Eindruck von der gesamten Situation der Betroffenen gewinnen, um konkrete Interventionen gemeinsam mit den Klient*innen planen zu können. Zwangsmaßnahmen wie Entrümpelungen sind dabei stets zu vermeiden, da so das Vertrauen in die pädagogischen Fachkräfte geschwächt wird. Es sollten vielmehr die Hintergründe der Messie-Problematik erforscht werden, statt strikt etwas an der Wohnungssituation verändern zu wollen. Zudem betrifft das Phänomen „Messie“ viele verschiedene Lebensbereiche, sodass diese auch Unterstützung seitens der Sozialen Arbeit benötigen. In diesem Zusammenhang empfiehlt sich ein multiprofessionelles Interventionskonzept. Eine Psychotherapie, um die biografischen Hintergründe zu bearbeiten und bestenfalls zu verarbeiten, kann sehr hilfreich sein. Des Weiteren sollten bei psychischen Komorbiditäten stets die behandelnden Ärzt*innen miteinbezogen werden.

Bei den konkreten Interventionen sollte jeder Schritt mit den Betroffenen abgesprochen werden, um eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe zu konzipieren. Das Wichtigste bei allen Interventionen ist jedoch, dass der Mensch im Mittelpunkt der Hilfe steht.

In Bezug auf das Thema dieser Arbeit ist der Begriff Phänomen passend gewählt, um die gleichzeitige Komplexität und Heterogenität des Störungsbildes auszudrücken. Dabei stellen die Ursachen und die Handlungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit eine wechselseitige Beziehung dar. Ohne die Ursachen zu klären und bearbeiten, werden auf Dauer die Symptome nicht behandelt werden können. Die Ausnahme bildet dabei das Auftreten einer Eigen- oder Fremdgefährdung, da in diesem Fall ein sofortiges Handeln im Bereich der Wohnsituation notwendig ist. Aus diesem Grund sollten die Interventionen von Sozialarbeiter*innen gleichermaßen auf die Ursachen, wie auch auf die Symptomatik abzielen. Wichtig ist vor allem, dass der*die Klient*in im Mittelpunkt jeder Intervention steht und keine Entscheidungen über seinen Kopf hinweg getroffen werden. Die größte Herausforderung für die Sozialarbeiter*innen besteht jedoch in der Akzeptanz der Ablehnung von Unterstützung. Wenn Klient*innen jegliche Unterstützung ablehnen wird das oft als persönliches Scheitern interpretiert, wodurch es zu Frustration auf Seiten der sozialpädagogischen Fachkräfte kommen kann. Somit sind Supervisionen in dieser Thematik unerlässlich. Betrachtet man zusätzlich die Fülle an Bezeichnungen für das Phänomen „Messie“, verweist die aktuelle Literatur auf vielfältigste Bezeichnungen und Erscheinungsformen für das Messie-Syndrom. Sie sollen die stigmatisierende Wirkung des Begriffs Messie-Syndrom mildern und den Prozess sowie die Symptomatik beschreiben, statt den*die Betroffene*n. Durch den vom DSM-5 vorgegebenen Begriff Pathologisches Horten ist dies sehr gut gelungen. Die Bezeichnung Messie-Syndrom, welcher in der Praxis vieler Berufsgruppen vorherrscht, wirkt dagegen stigmatisierend und beschreibt den Menschen als Verursacher der Störung. Aus diesem Grund sollte sich von dem Begriff Messie-Syndrom abgewandt und das Pathologische Horten in der Praxis etabliert werden. So kann den Betroffenen der nötige Respekt entgegengebracht werden, den jeder Mensch verdient.

Letztendlich lässt sich zu dem Phänomen „Messie“ sagen, dass es viel mehr Forschung zu diesem Störungsbild bedarf, um die Undurchsichtigkeit und Heterogenität aus dem Weg zu schaffen. Es muss ein fachlicher Diskurs zu diesem Thema entstehen, sodass in gewisser Weise auch Aufklärungsarbeit und Prävention geleistet werden können. In Bezug auf die Aufklärungsarbeit sollten Schulungen und Weiterbildungen für pädagogisches Personal selbstverständlich sein, da Sozialarbeiter*innen und andere Berufsgruppen in ihrem Alltag vielfach mit diesem Phänomen konfrontiert sind und nicht selten überfordert und hilflos

wirken. Nur durch Wissen über das Störungsbild können Sozialarbeiter*innen in der Arbeit mit Betroffenen eine reflektierte Verbindung zwischen dem Wohnungszustand und der Biografie der Betroffenen ziehen, um adäquate Hilfe anbieten zu können.

8 Literaturverzeichnis

- Agdari-Moghadam, N.: Pathologisches Horten. Praxisleitfaden zur interdisziplinären Behandlung des Messie-Syndroms. Berlin 2018.
- Aigner, M./Demal, U./Dold, M.: Horten und Sammeln im Spektrum der Zwangsstörung. In: Pritz, A. u. a. (Hrsg.): Das Messie-Syndrom. Phänomen, Diagnostik, Therapie und Kulturgeschichte des pathologischen Sammelns. Wien 2009, S. 55 - 65.
- Barocka, A.: Das Messie-Syndrom. Eine Organisationsdefizit-Störung. Im Müll allein gelassen. In: MMW - Fortschritte der Medizin. 154 (2012), S. 50 – 55.
- Barocka, A.: Krank oder nicht krank? – Psychiatrische Aspekte einer Organisations-Defizit-Störung (sogenanntes „Messie-Syndrom“). In: Pritz, A. u. a. (Hrsg.): Das Messie-Syndrom. Phänomen, Diagnostik, Therapie und Kulturgeschichte des pathologischen Sammelns. Wien 2009, S. 67 - 90.
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte: ICD-11 – 11. Revision der ICD der WHO. 2021a. URL: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-11/> [Stand: 20.04.2021].
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte: Wann kommt die ICD-11?. 2021b. URL: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/faq/faq/Wann-kommt-die-ICD-11/> [Stand: 20.04.2021].
- Demal, U./Aigner, M./Dold, M.: Das Messie-Syndrom. Den Sammelzwang verstehen und behandeln. In: Psychopraxis. 13 (2010), S. 14 – 16.
- Dettmering, P./Pastenaci, R.: Das Vermüllungssyndrom. Theorie und Praxis. 6. Aufl. Hohenwarsleben 2018.
- Falkai, P./Wittchen, H. (Hrsg.): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. 2. Aufl. Göttingen 2018.
- Felton, S.: Im Chaos bin ich Königin. Überlebenstraining im Alltag. 5. Aufl. Moers 1998.
- Gross, W.: Messie-Syndrom. Löcher in der Seele stopfen. In: Deutsches Ärzteblatt. 99 (2002), S. 419 - 420.
- Hertenstein, E./Voderholzer, U.: Zwangsstörungen und Zwangsspektrumsstörungen im DSM-5. In: InFo Neurologie und Psychiatrie. 16 (2014), S. 42 – 50.

- Hogrefe: Pathologisches Horten. Diagnose und Therapie. 2019. URL: <https://www.hogrefe.com/de/thema/pathologisches-horten-diagnose-und-therapie#:~:text=Die%20ICD%2D10%20f%C3%BChrt%20pathologisches,einer%20anderen%20Zwangsst%C3%B6rung%20beschrieben%20wird> [Stand: 20.04.2021].
- Hüll, M./Förstl, H.: Organische (und symptomatische) psychische Störungen. In: Berger, M./Hecht, H. (Hrsg.): Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie. 5. Aufl. München 2015, S. 191 - 248.
- Klosterkötter, J./Peters, U.: Das Diogenes-Syndrom. In: Fortschritte der Neurologie Psychiatrie. 53 (1985), S. 427 – 432.
- König, S.: Wohnungsdesorganisation. Biographische Sinnkonstruktionen des (An-)Sammelns. Weinheim u. a. 2018.
- Lath, B.: Leitfaden für den Umgang mit Chaoswohnungen. Praktische Hilfen bei vermüllten und verwahrlosten Wohnungen. Frankfurt am Main 2007.
- Lath, B.: Messie oder Diogenes?. In: Heilberufe. 62 (2010a), S. 34 – 36.
- Lath, B.: Wohnungsdesorganisation. Hilfen für Helfer. In: Heilberufe. 62 (2010b), S. 27 – 28.
- Lath, B.: Die Sachensucher. In: Heilberufe. 63 (2011a), S. 37 – 39.
- Lath, B.: Süchtige Sammler. In: Heilberufe. 63 (2011b), S. 37 – 39.
- Mann, K. (Hrsg.): Verhaltenssuchte. Grundlagen, Diagnostik, Therapie, Prävention. Berlin u. a. 2014.
- Mann, K. u. a.: Konzept der Verhaltenssuchte und Grenzen des Suchtbegriffs. In: Nervenarzt. 84 (2013), S. 548 - 556.
- Müller, T.: „Horten ist eine verheimlichte Erkrankung“. In: InFo Neurologie Psychiatrie. 22 (2020), S. 6 – 7.
- Paulzen, M./Habel, U./Schneider, F.: Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) (F90) im Erwachsenenalter. In: Schneider, F. (Hrsg.): Facharztwissen Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Berlin 2017, S. 503 - 513.
- Pritz, A.: Das Messie-Syndrom – zur Entstehungsgeschichte einer psychischen Störung. In: Pritz, A. u. a. (Hrsg.): Das Messie-Syndrom. Phänomen, Diagnostik, Therapie und Kulturgeschichte des pathologischen Sammelns. Wien 2009, S. 3 - 11.

- Räber, S./Rüsch, C.: Phänomen „Vermüllung“. Soziale Arbeit mit Messies. Bern 2003.
- Reboly, K./Pritz, A.: Das Messie-Syndrom. In: Batthyány, D./Pritz, A. (Hrsg.): Rausch ohne Drogen. Substanzungebundene Süchte. Wien 2009, S. 123 - 140.
- Rehberger, R.: Messies – Sucht und Zwang. Psychodynamik und Behandlung bei Messie-Syndrom und Zwangsstörung. 4. Aufl. Stuttgart 2013a.
- Rehberger, R.: Selbsthilfe für Messies. Ursachen verstehen – Änderungen wagen. 3. Aufl. Stuttgart 2013b.
- Roth, E.: Das Messie-Handbuch. Chaos, Unordnung, Desorganisation. Beschreibung und Ursachen. Magdeburg 2012.
- Schneider, F./Zwanzger, P.: Zwangsstörungen (F42). In: Schneider, F. (Hrsg.): Facharztwissen Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Berlin 2017, S. 379 - 385.
- Schröter, V.: Messie-Welten. Das komplexe Störungsbild verstehen und behandeln. Stuttgart 2017.
- Spitzer, C.: Alles durch die schwarze Brille. Erscheinungsbild, Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten von Depressionen. In: Barnow, S. u. a. (Hrsg.): Von Angst bis Zwang. Ein ABC der psychischen Störungen: Formen, Ursachen und Behandlung. Bern 2008, S. 79 - 106.
- Stark, R./Müller, A.: Verhaltenssüchte. In: Psychotherapeut. 66 (2021), S. 91 – 96.
- Steins, G.: Desorganisationsprobleme. Das Messie-Phänomen. Berlin u. a. 2003.
- Stierscheider, M.: Selbsthilfegruppen für Angehörige mit Messie-Syndrom. In: Sozial Extra. 40 (2016), S. 30 – 34.
- Vernaleken, I./Schneider, F.: Suchtkrankheiten Teil 1: Allgemeine Aspekte und legale Suchtmittel (F1). In: Schneider, F. (Hrsg.): Facharztwissen Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Berlin 2017, S. 257 - 276.
- Von Wedel, W.: „Wart’, Dir werde ich helfen!“. In: Sozial Extra. 40 (2016), S. 21 – 24.
- Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation von Krankheiten 11. Revision. 2021. URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> [Stand: 21.04.2021].