

Interventionsmöglichkeiten beim Messie-Syndrom

Psychoanalytische versus verhaltensorientierte Methoden

Diplomarbeit im Studiengang Erziehungswissenschaft mit der Studienrichtung
Erwachsenenbildung an der Universität Essen

18. November 2004

vorgelegt von:

Manuela Furlani

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich eidesstattlich, dass ich die vorliegende Arbeit mit dem Titel:

**„Interventionsmöglichkeiten beim Messie-Syndrom –
Psychoanalytische versus verhaltensorientierte Methoden“**

selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Die Stellen der Arbeit, die dem Wortlaut oder dem Sinn nach anderen Werken entnommen sind, habe ich in jedem Fall unter Angabe der Quelle der Entlehnung kenntlich gemacht. Ich versichere, dass die Arbeit noch nicht veröffentlicht oder in einem anderen Prüfungsverfahren als Prüfungsleistung vorgelegt worden ist.

[Ort, Datum] [Unterschrift]

Ich bedanke mich bei Marianne Bönigk-Schulz und bei Dr. Ulrich Kobbé für die Unterstützung während der Zeit dieser Arbeit.

Inhaltsverzeichnis

I. Eidesstattliche Erklärung

II. Danksagung

Einleitung.....	6
1. Definition des „Messie“-Begriffs.....	9
1.1. Mögliche Ursachen.....	14
1.2. Fallbeispiele.....	16
2. Klinische Aspekte.....	18
2.1. Ist das Messie-Syndrom eine Zwangsstörung?.....	18
2.2. AD(H)S.....	23
2.3. Angststörungen.....	25
3. Psychologische Aspekte.....	30
3.1. Entwicklungspsychologische Ursachen.....	30
3.1.1. Emotionaler Rückhalt bzw. emotionale Vernachlässigung im Elternhaus.....	31
3.1.2. Sanktionierung durch die Eltern.....	32
3.1.3. Beziehung der Eltern zueinander.....	34
3.2. Subjektpsychologische Ursachen.....	35
3.2.1. Besitztümer in identitätskonstituierender und konsolidierender Funktion.....	35
3.2.2. Besitztümer als Substitut zwischenmenschlicher Beziehungen.....	35
3.2.3. Kontrolle und Sicherheit durch Besitztümer.....	36
3.2.4. Emotionale Reaktionen auf das Wegwerfen von Besitztümern.....	38

3.3. Bedeutung der Ergebnisse für die Intervention.....	38
4. Die lösungsorientierte Kurzzeittherapie als Beispiel einer verhaltensorientierten Intervention.....	45
4.1. Grundlagen der lösungsorientierten Kurzzeittherapie....	45
4.2. Die Studie.....	48
4.3. Das Ergebnis.....	54
4.4. Diskussion.....	55
4.4.1. Die Auswahl der Klientin.....	55
4.4.2. Ist Frau B. ein Messie?.....	56
4.4.3. Die Evaluation.....	57
5. Die Psychoanalyse.....	59
5.1. Das therapeutische Setting.....	59
5.1.1. Übertragung.....	61
5.1.2. Gegenübertragung.....	64
5.1.3. Widerstand.....	65
5.1.4. Deutung.....	67
5.1.5. Die Behandlung des „Messie“-Syndroms mit Hilfe der Psychoanalyse.....	68
5.2. Psychoanalytische Behandlung unter Einbeziehung der Bindungstheorie.....	71
5.2.1. Sicherheit im Behandlungsrahmen.....	72
5.2.2. Zugänglichkeit im Behandlungsrahmen.....	73
5.2.3. Abgrenzung und Autonomie des Patienten.....	75
5.2.4. Interaktionsfreiheit im Dialog für den Patienten.	76
6. Schlussbemerkung.....	78
Literaturverzeichnis	

Einleitung

Der Begriff „Messie“ ist vielen Menschen aus den Medien bekannt. In medienwirksamer Weise werden die Menschen, die an dieser Störung leiden, als unordentliche bzw. schmutzige Müllsammler dargestellt. Sie leben in dreckigen Wohnungen, in denen sich Zeitschriften, Speisereste, Berge von Schmutzwäsche usw. bis unter die Decke stapeln. Die Wohnungen sind meist nicht mehr als Wohnräume nutzbar, da auch in der Küche und im Badezimmer verschiedene Gegenstände herumliegen und den Weg versperren. So werden die unterschiedlichen Zimmer als Aufbewahrungsräume für allerlei Dinge zweckentfremdet. Berichtet wird über „Messies“ meist in Zusammenhang mit Räumungsklagen von Seiten der Vermieter. Diese werden durch Nachbarn über den Zustand der betreffenden Wohnung informiert, oder die „Messies“ fallen durch nicht bezahlte Rechnungen bzw. Mietzahlungen auf.

Was in vielen Sensationsberichten der Medien mit einer Zwangsräumung endet, ist für die Betroffenen noch lange nicht zu Ende. Hinter diesen chaotischen, mit allen möglichen Dingen voll gestellten Wohnungen stecken Menschen, die unter einem enormen Leidensdruck stehen. Das Wegwerfen all ihrer Dinge durch eine solche Zwangsräumung kann bei den Betroffenen Existenzängste hervorrufen. Durch solch einen Eingriff fühlen sie sich tief beschämt und bedroht.

Die folgende Arbeit klärt auf, was eigentlich unter dem Begriff „Messie“ zu verstehen ist. Nach einer Darstellung über die Entwicklung dieses Krankheitsbildes wird gezielt auf mögliche Interventionsmaßnahmen eingegangen. Ziel ist es, zu klären, ob verhaltensorientierte oder psychoanalytisch orientierte Therapieformen für die Behandlung von „Messies“ angemessen sind oder ob beide Ansätze sinnvoll sein können.

Im ersten Kapitel werden mögliche Definitionen vorgestellt. Eine klinische Definition im klassischen Sinne gibt es bisher nicht. Es werden daher „typische“ Verhaltensweisen betroffener Menschen dargestellt. Außerdem wird verdeutlicht, wie es überhaupt dazu kommt, dass die Wohnungen der Betroffenen solch einen Zustand erreichen können. Die Frage „Wie denken „Messies“ eigentlich?“ wird ebenfalls beantwortet. Das Kapitel endet mit einigen Erfahrungsberichten, die „Messies“ im Internet veröffentlicht haben. In diesen Berichten erzählen sie von ihrer Situation und ihrem Leiden. Ziel ist es, die subjektive Seite

tion und ihrem Leiden. Ziel ist es, die subjektive Seite dieser Krankheit darzustellen.

Das zweite Kapitel bezieht sich auf klinische Aspekte und beschäftigt sich mit Fragen wie: Ist das Messie-Syndrom eine Zwangsstörung? Welche Rolle spielt ADHS (Aufmerksamkeits Defizit Hyperaktivitäts Störung) dabei bzw. spielt sie überhaupt eine Rolle? Welche Bedeutung haben Angststörungen im Zusammenhang mit dem „Messie“-Syndrom?

Im dritten Kapitel werden entwicklungspsychologische Ansätze herangezogen. Ziel ist es zu erklären, wie sich das „Messie“-Syndrom entwickelt bzw. entwickeln kann. Welche Struktur liegt der Symptomatik des „Messie“-Seins zugrunde? Welche Rolle spielt beispielsweise die Beziehung zu den Eltern? Ist ein Kind, das später ein „Messie“ wird, in einer sicheren Umgebung aufgewachsen? Hat es genug Aufmerksamkeit bekommen oder wurde es vernachlässigt? Sind Kindheitserfahrungen überhaupt von Bedeutung für die Entstehung des „Messie“-Syndroms? Welche Rolle spielen dabei Gegenstände die gesammelt bzw. nicht weggeworfen werden? Anschließend wird die Bedeutung der bereits gewonnenen Erkenntnisse über das „Messie“-Syndrom für mögliche Interventionen dargestellt. Grundlage für diese Darstellung bilden die Ergebnisse der Studie von Anja Beate Raskob. Anhand ihrer Ergebnisse wird diskutiert, ob im Fall des „Messie“-Syndroms eine psychoanalytische oder eine verhaltensorientierte Therapie sinnvoll bzw. effektiv ist.

Um die Merkmale des verhaltensorientierten Ansatzes zu skizzieren, werde ich im vierten Kapitel eine Interventionsfallstudie von Gisela Steins und Mitarbeitern vorstellen, bei der die lösungsorientierte Kurzzeittherapie mit einer „Messie“-Frau durchgeführt wurde. Dabei werden zunächst die theoretischen Grundlagen vorgestellt, auf die sich die Untersucher gestützt haben. Im Anschluss wird der Verlauf der Therapie sowie das daraus folgende Ergebnis vorgestellt. Da es bei dieser Therapie einige Aspekte gibt, die mir zweifelhaft erscheinen, schließt sich nach der Darstellung eine Diskussion an, in der diese Zweifel begründet werden.

Im fünften Kapitel wird – als Gegensatz zu der verhaltensorientierten Kurzzeittherapie – die Psychoanalyse angeführt. Hier werden zunächst das Vorgehen der Therapie sowie einige Grundbegriffe geklärt. Die Psychoanalyse befasst sich im Gegensatz zu verhaltensorientierten Therapieformen mit den unbewußten Vorgängen im inneren des Menschen. Sie dauert länger (ca. vier bis fünf Jah-

re) und verfolgt das Ziel, dem Patienten Unbewußtes bewußt werden zu lassen und somit zum Verstehen der eigenen problematischen Verhaltensweisen beizutragen. Die Verhaltenstherapie hat das Ziel, unangemessenes Verhalten durch angemessenes Verhalten zu ersetzen. Die Ursachen für problematisches Verhalten liegen nach Ansicht der Verhaltenstherapie - im Gegensatz zur Psychoanalyse - nicht in der Vergangenheit, sondern in der Gegenwart.

Nach der Darstellung der Psychoanalyse wird auf die Bedeutung dieser Therapie für die Behandlung von „Messies“ eingegangen.

Im zweiten Teil des fünften Kapitels wird die psychoanalytische Vorgehensweise des Psychoanalytikers Rainer Rehberger vorgestellt, da sie Aspekte enthält, welche für die Therapie von „Messies“ sehr hilfreich sein könnten. Rehberger entwickelte diese Methode für Patienten, die unter Trennungsängsten leiden. Vor dem Hintergrund der Bindungstheorie entwickelte er in der Beziehung zu seinen Patienten Umgangsformen in der Therapie, die eine sichere Bindung und gute Beziehung zwischen Patient und Therapeut schaffen. Ich halte diese Form der Therapie auch bei der Behandlung von „Messies“ für angebracht. Anhand der Ergebnisse von Raskob - die ebenfalls vor dem Hintergrund der Bindungstheorie die Beziehung der „Messies“ zu ihren Eltern in der Kindheit untersuchte – werde ich zeigen, inwiefern diese Form der Therapie den Betroffenen helfen kann, ihr Sammelverhalten in den Griff zu bekommen.

Es stellt sich bei diesen unterschiedlichen Therapierichtungen die Frage, ob eine lösungsorientierte Therapie, die allein auf ein verändertes Verhalten zielt, langfristig Erfolge zeigen kann, wenn man die Struktur unter der Symptomatik des „Messie“-Syndroms berücksichtigt. Kann ein jahrelang erlerntes Verhalten durch eine Kurzzeittherapie umgelernt bzw. beseitigt werden? Macht es für einen langfristigen Erfolg nicht mehr Sinn, gemeinsam mit dem Patienten der Struktur auf den Grund zu gehen? Ist es nicht nötig, dem Patienten zu helfen, für sein rätselhaftes Verhalten eine Zuordnung zu bekommen? Ist er nicht dann erst fähig, sich aus eigenem Willen umzuorientieren?

1. Definition des „Messie“-Begriffs

Da es bis zum heutigen Zeitpunkt keine offizielle Definition für den Begriff des „Messies“ gibt, werde ich im Folgenden verschiedene Definitionen und Beschreibungen vorstellen, die im Laufe der letzten Jahre veröffentlicht wurden.

Die Bezeichnung „Messie“ entstand in Anlehnung an das Wort „mess“ (engl. Für Chaos, Durcheinander, Unordnung). Erstmals wurde es von Sandra Felton, der Initiatorin der Messie – Bewegung, verwendet.

„Es begann alles mit einem defekten Wasserrohr...in der Küche einer Frau, in deren Haus das Chaos tobte. Seit 23 Jahren tobte das Chaos bereits. Diese Frau hatte unter ihrer Spüle Stöße von Zeitungen gestapelt, „für alle Fälle“. Eine undichte Stelle in der Wasserleitung wurde nicht bemerkt und vergrößerte sich nur langsam. Die Zeitungen sogen brav das Wasser auf und der Schrank unter der Spüle fing an zu modern. Das Ende vom Lied war eine Komplettrenovierung der Küche.“ (Jüntsche 2001, S. 20)

Bei dieser Frau handelt es sich um Sandra Felton. Wie man sieht, war sie selbst auch betroffen. Unter ihrer Leitung entstanden 1997 die ersten Selbsthilfegruppen in Amerika. Die Hausfrau hatte in Anlehnung an das 12-Punkte-Programm der anonymen Alkoholiker ein ähnliches Programm für ihre anonymen „Messies“ entwickelt, das diese befähigen sollte, Ordnung in ihr Leben und ihren Wohnraum zu bringen. (Raskob 2002, S. 5)

Sandra Felton definiert in einem ihrer Bücher den „Messie“ Begriff folgendermaßen:

„Ein Messie ist eine Person, deren Ordnung im Haushalt nicht dem entspricht, was in der Gesellschaft, in der die Person lebt, als annehmbar gilt, und deren häusliche Gewohnheiten ernste Beziehungs- oder Funktionsprobleme hervorrufen.“ (Sandra Felton in: Jüntsche 2001, S. 21)

Hier spricht sie bereits zwei wichtige Punkte an, welche im Laufe dieser Arbeit genau beschrieben werden. Erstens nennt sie das Beziehungsproblem. Dies entsteht einerseits aufgrund der Symptomatik (Probleme in der Partnerschaft oder mit Angehörigen

wegen des häuslichen Chaos), ist aber andererseits im Verhalten der Betroffenen zu beobachten. „Messies“ leben häufig sozial isoliert und sind anderen Menschen gegenüber unbegründet mißtrauisch. Sie fühlen sich von ihrer Umwelt bedroht.(vgl. Raskob 2002)

Zweitens erwähnt sie das Funktionsproblem. Aufgrund der Tatsache, dass die Betroffenen Probleme haben, alltägliche Aufgaben zu bewältigen, entsteht eine Art Domino-Effekt. Sie fangen viele Dinge gleichzeitig an und führen angefangene Tätigkeiten nicht zu Ende. Dadurch geraten sie in einen Teufelskreis, schaffen es nicht Termine einzuhalten oder ihren Haushalt zu organisieren.

Marianne Bönigk-Schulz, die Initiatorin des FEM.e.V. (Förderverein zur Erforschung des Messie-Syndroms) in Blomberg, nennt vier Kernpunkte, die der Problematik des „Messie“-Syndroms zugrunde liegen:

- „Messies“ sind dadurch gekennzeichnet, dass sie sich über einen langen Zeitraum blockiert und gehemmt fühlen
- dass sie vorgefassten Ideen verhaftet bleiben
- dass sie in einmal gelernten Gedanken und Reaktionen festgefahren sind
- dass sie keinen Anfang und kein Ende kennen

(<http://www.femmessies.de/>)

Dieses Erleben zieht erhebliche Handlungsschwierigkeiten nach sich. Betroffene haben das Gefühl, dass ihre Energie nicht ausreicht, um eine Handlung durchzuführen, die eigentlich eine Routinetätigkeit sein sollte (<http://www.femmessies.de/>). Der Grund für diese Energielosigkeit könnte sein, dass sich im Vorfeld schon so viel in den Gedanken der Betroffenen abspielt, dass sie bei der eigentlichen Ausführung einer Tätigkeit blockiert sind.

„Bei Messies spielt sich ein Großteil des Lebens in ihren Gedanken ab. Die Folge ist, dass sie sich mit tropfenden Wasserhähnen und kaputtem Werkzeug abfinden, weil es einfach zu viel Aufwand ist, die Sachen zu reparieren.“(Felton 1997, S. 18)

Messies planen etwas zu tun. Der Wunsch, es tatsächlich durchzuführen, kann sehr stark sein. Doch dann kommt ein anderer Gedanke hinzu und sie verschieben den eigentlichen auf morgen

oder auf die nächste Woche, dann kommt noch ein Gedanke hinzu und immer wieder wird ein Vorhaben verschoben. So entsteht ein gedankliches Durcheinander. Die Durchführung einer konkreten Tätigkeit bleibt aus, stattdessen werden viele Dinge begonnen, aber nicht zu Ende gebracht.

„Im tragischen Endzustand wird jede Tätigkeit unmöglich.[...]Das Leid des Messie-Erlebens, die Auswirkung auf die engere Umgebung sowie die Folgen für die Angehörigen können dramatisch sein.“ (www.femmessies.de)

Gisela Steins von der Universität Bielefeld betrachtet das „Messie“-Sein als Desorganisation und verwendet statt der Selbstbezeichnung „Messies“ die Bezeichnung *Personen mit Desorganisationsproblemen*, was bedeutet, dass sie unter massiven Problemen mit der Organisation von „Raum und Zeit“ leiden (Steins 2003, S. 11). Die Gruppe der „Messies“ ist vielfältig und kommt in vielen unterschiedlichen Berufsfeldern vor. Das „Messie-Syndrom“ ist also *schichtübergreifend* anzutreffen (Steins 2004, S. 15). Die Betroffenen empfinden Tätigkeiten, die andere Menschen automatisch verrichten, als große Last. Sie erleben solche Tätigkeiten als frustrierend und vermeiden sie deshalb häufiger. Ein Grund für diese Schwierigkeiten liegt in der Tatsache, dass sie sich oft „schwer von Dingen trennen können, die für sie eine Bedeutung haben, welche von außen nur schwer zu begreifen ist“ (Steins 2004, S. 16). Die Betroffenen lassen sich bei Aufräumaktivitäten von allen möglichen Dingen ablenken bzw. sie lenken sich selber ab. Sie telefonieren, essen oder gehen verschiedenen Hobbys nach. Eine große Gruppe der „Messies“ ist sehr vielseitig interessiert, und horten deshalb so häufig unkontrolliert Zeitschriften mit Artikeln, die zu lesen sie noch keine Zeit gefunden haben. So entwickelt sich langsam ein Teufelskreis aus unerledigten Aufgaben und einem daraus resultierenden schlechten Gefühl, welches Scham und ein vermindertes Selbstwertgefühl hervorruft. Steins beschreibt es folgendermaßen:

„Da sie ‚ihre Aufgaben‘ nicht erledigen, erleben sie einen ständigen Widerspruch zwischen dem ‚wie sie sein sollten‘ und dem ‚wie sie sind‘. Depressionen können die Folge sein. Bestehende Depressionen können verstärkt werden, der Selbstwert sinkt. Um diese negativen Gefühle zu durchbrechen, suchen sie verstärkt nach Anerkennung von außen, die zu weiteren Ablenkungen führt“ (Steins 2004, S. 16)

Fangen „Messies“ an, sich mit den Augen anderer zu betrachten, entsteht ein extremes Schamgefühl. Aus diesem Grund isolieren sich die Betroffenen häufig. Niemand wird mehr in die Wohnung gelassen. Unangemeldeter Besuch stellt eine Bedrohung dar.

Laut Steins sind auch solche Personen als „Messies“ zu bezeichnen, die zwar in einer dem Standart unserer Gesellschaft entsprechenden, also ordentlichen Umgebung leben, jedoch die Diskrepanz zwischen dem „wie es ist“ und dem „wie es sein sollte“, erleben. Also auch Menschen, die in ordentlichen Wohnungen leben, können unter die Gruppe der „Messies“ fallen. Wichtig ist nach Steins die Wahrnehmung und der Leidensdruck, den die Menschen dabei empfinden.

„Messie“-Sein bedeutet nicht „nur“ eine unordentliche oder gar unbewohnbare Wohnung zu haben und darunter zu leiden. Die Komorbidität (die mit einer Problematik einhergehenden weiteren Störungen) ist bei diesem Krankheitsbild bedeutsam. Die Betroffenen weisen neben ihrer Unfähigkeit, Ordnung zu schaffen oder zu erhalten häufiger als andere Menschen Depressionen oder Essstörungen auf. Sie erleben stärkere Ängste, höher ausgeprägten Stress und andere psychische Beeinträchtigungen (Steins 2004, S. 18). „Messies“ leiden unter ihrer Krankheit massiv.

„Sie erleben sich eher *passiv* in einer auf sie einstürmenden Welt und weniger als aktiv ihr eigenes Leben frei gestaltend.“
(<http://www.stangltaller.at/ARBEITSBLAETTER/SUCHT/Messie.shtml>)

„Messie-Sein ist ein ernst zu nehmendes Leiden, welches die Lebensqualität betroffener Personen außerordentlich stark und über eine lange Periode ihres Lebens beeinträchtigen kann“ (Steins 2004, S. 18).

Die folgende Tabelle gibt zusammenfassend einen Überblick über die Symptomatik des Messie-Syndroms:

Tabelle1: Übersicht der Symptomatik der Desorganisationsproblematik¹

Symptome	Quelle
Schwierigkeiten der Organisation von Raum und/oder Zeit, die zum Bild eines generellen Chaos des Haushaltes beitragen, häufige Verspätungen oder Nichteinhaltungen von Terminen	Selbstberichte betroffener Personen, Beobachtungen
Tendenz zu exzessivem Sammeln verschiedener Objekte, verbunden mit der Unfähigkeit diese Dinge zu ordnen oder wegzuworfen, was zum Bild eines generellen Chaos in der häuslichen Umgebung beiträgt	Selbstberichte Betroffener, Beobachtungen; Untersuchungen und Beobachtungen von Frost et al., 1993, 1995, 1996
Bereichsspezifität der Desorganisationssymptomatik mit starkem Überwiegen der Beeinträchtigungen im Bereich Haushalt weniger starker Beeinträchtigung im Bereich Beruf	Studie Steins, 1999
Soziale Probleme, teilweise soziale Isolation aus Schamgefühl, häufig soziale Konflikte mit sekundär Betroffenen (häufig Familienmitgliedern/Mitbewohnern)	Selbstberichte betroffener Personen
Zum Teil erheblicher bestehender Leidensdruck	Studie Steins, 1999
Chronizität der Desorganisationsproblematik mit meist frühem Beginn in jugendlichem Alter (15,33 Jahre)	Studie Steins, 1999
Hohe Komorbidität (Depressionen (42,55%), Eßstörungen (30,04%), Angststörungen (24,11%), etc.)	Studie Steins, 1999
Spezifisches Erleben der Problematik, Gefühl der Unkontrolliertheit und zum Teil eher passives Erleben	Studie Steins, 1999
Zum Teil euphorischer Beginn neuer Aufgaben ohne vorheriges Bedenken des Zeit- und Kostenaufwandes, teilweise bestehende finanzielle Verschuldung	Selbstberichte betroffener Personen; Artikel Frost und Hartl, 1995
Teilweise Wahrnehmung einer erhöhten Ablenkbarkeit	Selbstberichte betr. Personen
Zum Teil perfektionistisch wirkender Anspruch an die eigene Person, hoher Grad an Pflichtbewußtsein	Selbstberichte Betroffener, Artikel Frost und Hartl, 1995
Teilweise Abgrenzungsschwierigkeiten gegenüber anderen Personen	Selbstberichte betroffener Personen, Beobachtungen

¹ Schröder 1999, S.8

1.1. Mögliche Ursachen

Wie kommt es dazu, dass ein Mensch „Messie“ wird? Auf diese Frage wird im Laufe der Arbeit noch genauer eingegangen (siehe Kap. 3). Hier stelle ich zunächst einige mögliche Erklärungsansätze dar.

Als Auslöser werden in der bisher vorhandenen Literatur häufig *Überforderungssituationen bzw. kritische Lebensereignisse* genannt. Diese können das eigene Leistungsvermögen, Wissen, Besitz und Können betreffen. Kritische Ereignisse wie Trennung, Hochzeit, Geburt oder Krankheiten kommen als Auslöser in Frage.

(www.stangltaller/ARBEITSBLAETTER/SUCHT/Messie.de)

Häufig genannt wird der Auszug aus dem Elternhaus. Kritische Ereignisse im Leben wie z.B. Trennung vom Partner bedeuten Veränderungen. Diese Veränderung kann Stress und Überforderung auslösen.

Die Frage nach stressauslösenden Situationen wurde auch betroffenen Personen gestellt. Insgesamt 62 Personen wurden in einer von Steins durchgeführten Studie dazu befragt. Die am häufigsten genannten Ereignisse waren:

- Zum ersten mal alleine Leben (10 Personen)
 - Verkettung kritischer Lebensereignisse (10 Personen)
 - Geburt eines Kindes (7 Personen)
 - Partnerschaftsschwierigkeiten (6 Personen)
 - Anstrengende Berufstätigkeit (6 Personen)
 - Tod einer wichtigen Bezugsperson (5 Personen)
 - Schwierigkeiten im Zusammenhang mit anderen Personen (3 Personen)
 - Trennung (2 Personen)
 - Generelle soziale Schwierigkeiten (1 Person)
 - Übernahme eines Pflegefalls (1 Person)
- (Steins 2003, S. 47)

Wie man erkennen kann, konnten über die Hälfte der Befragten konkrete Lebensereignisse nennen, mit denen das „Messie“- Sein begann.

Es gibt allerdings nicht *das* Ereignis, welches als Auslöser zu nennen ist. Den Ereignissen gemeinsam ist allerdings die Ver-

lustthematik. Dabei ist sowohl die Trennung, als auch die Geburt eines Kindes von der Verlustthematik betroffen. Im Falle der Trennung bedeutet es, vom Partner Abschied zu nehmen. Im Falle einer Geburt kann es bedeuten, Abschied zu nehmen von einer bestimmten Lebensweise bzw. Lebensphase (z.B. in einer Partnerschaft). Allen Ereignissen gemeinsam ist, dass sie veränderte Lebensumstände nach sich ziehen, die eine Anpassung an diese verlangen.

Der Zusammenhang zwischen Veränderung der Lebensbedingungen und dem Ausbilden psychischer Probleme spielt bei Poul Bjerre (vgl. Steins 2003) eine entscheidende Rolle in seinen Überlegungen zur Entstehung von Unruhe, Zwang und Angst. Neurosen können demnach eine Folge einer notwendig gewordenen Umfassung im Leben sein, gegen die sich ein Mensch gewehrt hat. Steins formuliert es folgendermaßen:

„Das Nicht-Akzeptieren“ des Aufgebenmüssens einer Lebensphase ist kombiniert mit einem Wehren gegen den Schmerz. Die permanente Flucht vor dem Schmerz mündet in eine mehr oder weniger verallgemeinerte und ausgeprägte Entschlusslosigkeit[...]. Unruhe, Angst und Zwang sind demnach möglicherweise Symptome von Umfassungskrisen.“ (Steins 2003, S.48/49)

Die Betroffenen entschließen sich also nichts zu tun, um mögliche Fehlentscheidungen zu vermeiden. „Messies“ berichten als auslösendes Ereignis immer wieder das Erleben von Verlust. Diese Aussage könnte erklären, weshalb sich die Betroffenen so stark an Gegenstände klammern.

Mögliche Wurzeln des Chaosproblems können in der frühen Kindheit liegen. Erleben Kinder schon früh Verlust- und Existenzängste, dies führt zu einem Mangel an Urvertrauen.

„Wird ein Kind von seinen Eltern in den Grundbedürfnissen enttäuscht, lernt es, dass auf seine Bezugspersonen kein Verlass ist. So *klammert es sich an Dinge*, von denen es glaubt, dass sie dauerhaft oder zeitlos sind. Sie geben ihm eine *Pseudoselbstsicherheit*.“ (<http://www.stangltaller.at/ARBEITSBLAETTER/SUCHT/Messie.shtml>)

Was hier vereinfacht dargestellt ist, wird später noch ausführlicher beschrieben. Deutlich wird hier bereits, dass das Klammern an Gegenstände als Substitut für eine stabile Bindung zu Menschen benutzt wird.

Wichtig zu erwähnen ist hier noch, dass „Messies“ nicht zum Aufräumen gezwungen werden dürfen. Solche Ansprüche von Seiten der Umwelt empfinden sie als bedrohlich, sie werden höchstwahrscheinlich mit starkem Widerstand reagieren. Sie empfinden das Aufräumen durch andere Personen als enormen Eingriff in ihre Privatsphäre.

Ein „Messie“ kann erst anfangen aufzuräumen, also das äußere Chaos zu eliminieren, wenn er seiner individuellen Wurzel des Problems auf den Grund gegangen ist und sein Selbstvertrauen wiedererlangt hat. Die Voraussetzung hierfür ist allerdings in den meisten Fällen eine Therapie. Ist der Zustand der Wohnung einmal so chaotisch geworden, schaffen es die wenigsten „Messies“ aus eigener Kraft, ihr Leben wieder zu ordnen. Eine Therapie kann nur erfolgreich sein, wenn der/die Betroffene den Willen hat, etwas an der Situation zu ändern.

1.2. Fallbeispiele

Ich möchte dieses Kapitel mit einigen Aussagen Betroffener beenden, um zu verdeutlichen, wie das „Messie“- Syndrom im Einzelfall in Erscheinung treten kann. Außerdem soll anhand der individuellen Probleme der Leidensdruck deutlich gemacht werden, unter dem die „Messies“ stehen.

„Jede Kleinigkeit verlangt von mir eine riesige Anstrengung, obwohl ich mich doch zusammennehmen möchte. Ich schäme mich vor meinem Mann, der doch Verständnis für mich hat. Ich kann es einfach nicht. Ein Geschirrtuch in die Hand nehmen? Schon das geht über meine Kräfte. Ich soll kochen und möchte es auch gern tun. Aber auch das kann ich nicht. Hunderte von kleinen Gedanken beschäftigen mich, ohne dass ich sie in Zusammenhänge bringen kann. Ich lasse alles laufen, und mir ist dabei todlangweilig...Irgendwann lasse ich alles fallen und ergreife unter irgendeinem Vorwand die Flucht“(www.femmessies.de).

(...) ich bin nicht ganz sicher, ob ich hier richtig bin. ich weiß nicht genau ob ich ein Messi bin, aber ich will jetzt endlich erfahren, was mit mir los ist. ich bin schon immer sehr unordentlich gewesen, aber seit ich von daheim ausgezogen bin ist es unerträglich geworden.ich vermülle regelrecht. von aussen sieht mir man, daß aber nicht an,

meine freunde wundern sich nur, weshalb sie mich nur ganz selten besuchen dürfen. ich nehme mir immerwieder vor aufzuräumen, meinen üll zu entsorgen etc. - aber ich schaffe es einfach nicht. es ist ganz merkwürdig, denn ich hänge nicht an den sachen, aber jedesmal wenn ich mir vornehme aufzuräumen, erstarre ich. ich sitz' dann wie erstarrt auf meinem bett und sage mir andaurnd räume auf nadine räume auf, aber es geht einfach nicht ich bin wie gelähmt. ich weiß nicht mehr was ich tun soll, dass hört sich jetzt vielleicht ein bisschen extrem an aber am liebsten würde ich fortlaufen. bitte helft mir!!!

(...)(<http://members.aol.com/messies/l>)

(...) ich schreibe hier weil wir alle das selbe Problem haben. Nur ist es bei mir noch viel Schlimmer gekommen ,da ich ein Messie der schlimmsten Sorte bin ,das heisst ,das meine Bude voll mit Müll ist ,seit jahren nichts gemacht. Das hat mich Nervlich Kaputt gemacht ,ich hab letzten Dezember 2001 mich selbst aufgegeben ,hab dadurch meinen Job verloren . Es kam dazu weil Handwerker in meine Wohnung mussten ,das konnte ja jeder wer macht schon gern die Tür auf ,nunja seitdem sitze ich hier jeden tag und warte das es an der tür klopfht und auch wieder aufhört ,aber es wird schlimmer ,ich hab kein Geld mehr ich hab kein Arbeitlosengeld beantragt weil ich Türkischer Staatsbürger bin und mein Pass ist auch schon seit 1 1/3 jahren abgelaufen ... das dazu Ich stecke so tief in der klemme ,das ich nicht mehr weiter weiss ,ich hab niemanden an dem ich mich vertrauensvoll wenden kann . Sobald der vermietet diesen monat druck macht weil ich keinerlei Überweisungen mehr vornehmen kann ,dann sitz ich auf der Strasse und muss mich mit dem Gedanken anfreunden als Penner durch die Strassen zu ziehen ... Wenn mir jemand wertvolle Tips geben kann wie ich einen NEUANFANG starten könnte wäre ich jedem Dankbar !!! Meine Wohnung hat mir mein leben genommen (...)

(<http://members.aol.com/messies/l>)

2. Klinische Aspekte

Wie bereits erwähnt, ist die Komorbidität beim „Messie“-Syndrom sehr hoch (siehe Kap.1). Die Betroffenen weisen häufig neben der Problematik des Sammelns und der damit einhergehenden Unordnung bzw. Vermüllung in der Wohnung vermehrt Ängste und Depressionen auf (Steins 2003, S. 55). Ebenso wird im Zusammenhang mit dem „Messie“-Syndrom in der Literatur häufig AD(H)S (das Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom) erwähnt.

Für das „Messie“-Syndrom gibt es bislang keine eigenständige, offizielle Definition nach ICD-10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen) oder DSM IV (Diagnostisches Statistisches Manual der seelischen Erkrankungen der amerikanischen Vereinigung für Psychiatrie). Ein Grund für eine fehlende Diagnose könnte sein, dass sich in den oben erwähnten Störungen Überlappungen in den Diagnosekriterien finden lassen. So könnte man beispielsweise das „Messie“-Syndrom als Zwangserkrankung definieren.

Im folgenden Abschnitt werde ich auf überlappende Symptome bei der Zwangsstörung und der zwanghaften Persönlichkeit mit dem „Messie“-Syndrom eingehen und die Frage klären, ob es als Zwangsstörung definiert bzw. diagnostiziert werden kann.

2.1. Ist das „Messie“-Syndrom eine Zwangserkrankung?

Das ICD-10 beschreibt unter Zwangsstörungen folgendes Diagnosekriterium (Symptom), welches sich mit dem „Messie“-Syndrom überlappt:

„Die Betroffenen leiden unter den Zwangsgedanken und Zwangshandlungen oder werden in ihren sozialen oder individuellen Leistungsfähigkeit behindert, meist durch den besonderen Zeitaufwand“.
(ICD-10, F42/C)

Wie oben bereits erwähnt, ergeben sich bei „Messies“ erhebliche Probleme bei der Organisation ihrer Zeit, da sie ständig neue Handlungen beginnen, jedoch keine Tätigkeit zu Ende führen. Ebenso können sich Probleme im zwischenmenschlichen bzw.

sozialen Bereich ergeben, da sie nicht in der Lage sind, Termine einzuhalten (s.o.). In ihrer Leistungsfähigkeit werden sie allein durch die Tatsache behindert, dass sie zu viele Dinge auf einmal beginnen und sich auf diese Weise selbst behindern. Wie man sieht, trifft das oben genannte Kriterium auf das „Messie“-Syndrom zu.

Ebenso wird folgendes Diagnosekriterium im ICD genannt:

„Die Ausführung eines Zwangsgedanken oder einer Zwangshandlung ist für sich genommen nicht angenehm (dies soll von einer vorübergehenden Erleichterung von Spannung und Angst unterschieden werden.)“ (ICD-10 F42/B4)

Auch dieses Kriterium stimmt mit einem Symptom des „Messie“-Syndroms überein. Nehmen wir an, das Sammeln oder das Nicht-Wegwerfen von Gegenständen sei die Zwangshandlung. Indem ein Betroffener Dinge, die ihm wichtig erscheinen oder die er vielleicht irgendwann noch einmal gebrauchen könnte, sammelt, gibt ihm dieses Handeln ein Gefühl von Sicherheit und Kontrolle (Raskob 2002, S.157). Die Angst, die Kontrolle zu verlieren (möglicherweise eine Erinnerung oder eine Emotion, die mit diesem Gegenstand in Verbindung gebracht wird), wird zunächst reduziert. Allerdings ergeben sich durch das ständige Aufbewahren neuer, für den Betroffenen wichtiger Gegenstände immer größere Probleme, nämlich wenn die Wohnung vermüllt und unbewohnbar wird, er keinen Besuch mehr empfangen kann und sein Selbstwertgefühl immer weiter sinkt (siehe Kap.1).

Ein Kriterium aus dem ICD möchte ich hier noch erwähnen, denn es zeigt, dass das „Messie“-Syndrom keine klassische Zwangsstörung ist:

„Die Zwangsgedanken und Zwangshandlungen wiederholen sich dauernd und werden als unangenehm empfunden, und mindestens ein Zwangsgedanke oder eine Zwangshandlung werden als übertrieben oder unsinnig erklärt“. (ICD-10 F42/B2.)

Aus diesem Symptom geht hervor, dass der Betroffene sich seiner Zwangsgedanken- oder handlungen bewußt ist, sie als störend und unangenehm empfindet. „Messies“ können zwar die Ausmaße der Unordnung in ihren Wohnungen als unangenehm empfinden, jedoch sind die Handlungen in ihren Augen nicht unsinnig. Sie rationalisieren ihre Sammeltätigkeiten. Das Hauptargument der „Messies“ ist, dass sie die Dinge vielleicht irgend-

wann noch einmal gebrauchen könnten (Raskob 2002, S. 8). Jede Handlung hat einen Sinn. Sie bewahren z.B.

„alte Klamotten auf und sind davon überzeugt, dass sie sie irgendwann flicken oder ändern wollen.“ (Felton 1997, S.18)

Wie man sieht, gibt es bei den Diagnosekriterien für Zwangsstörung zwar Überlappungen, die vorhandenen Unterschiede der Symptome verbieten jedoch, das „Messie“-Syndrom als Zwangsstörung zu diagnostizieren.

Viele Überlappungen mit dem „Messie“-Syndrom finden sich im DSM-IV bei der Störung **„Zwanghafte Persönlichkeit“**. Ich werde im Folgenden die Diagnosekriterien nach DSM-IV nennen und anschließend systematisch mit dem „Messie“-Syndrom vergleichen. Ziel ist es, die diagnostischen Schwierigkeiten beim „Messie“-Syndrom darzustellen.

Diagnostische Kriterien für 301.4 (F60.5) Zwanghafte Persönlichkeit:

Ein tiefgreifendes Muster von starker Beschäftigung mit Ordnung, Perfektion und psychischer sowie zwischenmenschlicher Kontrolle auf Kosten von Flexibilität, Aufgeschlossenheit und Effizienz. Die Störung beginnt im frühen Erwachsenenalter und zeigt sich in verschiedenen Situationen. Mindestens 4 der folgenden Kriterien müssen zutreffen:

- (1) beschäftigt sich übermäßig mit Details, Regeln, Listen, Ordnung, Organisation oder Plänen, so daß der wesentliche Gesichtspunkt der Aktivität dabei verlorenght,
- (2) zeigt einen Perfektionismus, der die Aufgabenerfüllung behindert (z.B. kann ein Vorhaben nicht beendet werden, da die eigenen Normen nicht erfüllt werden),
- (3) verschreibt sich übermäßig der Arbeit und Produktivität unter Ausschluß von Freizeitaktivitäten und Freundschaften (nicht auf offensichtliche Finanzielle Notwendigkeit zurückzuführen),
- (4) ist übermäßig gewissenhaft, skrupulös und rigide in Fragen von Moral, Ethik und Werten (nicht auf kulturelle oder religiöse Orientierung zurückzuführen),
- (5) ist nicht in der Lage, verschlissene oder wertlose Dinge wegzuzwerfen, selbst, wenn sie nicht einmal Gefühlswert besitzen,
- (6) delegiert nur widerwillig Aufgaben an andere oder arbeitet nur ungern mit anderen zusammen, wenn diese nicht genau die eigene Arbeitsweise übernehmen,

- (7) ist geizig sich selbst und anderen gegenüber; Geld muß im Hinblick auf befürchtete künftige Katastrophen gehortet werden,
 (8) zeigt Rigidität und Halsstarrigkeit.

So wie die Störung der zwanghaften Persönlichkeit, entwickelt sich auch das „Messie“-Syndrom bei den Betroffenen im frühen Erwachsenenalter. Gisela Steins erhielt in ihrer Studie zur Erforschung des „Messie“-Syndroms folgendes Ergebnis zum Krankheitsbeginn: die meisten Betroffenen gaben an, im Alter zwischen 16 und 20 Jahren (14,90%) und zwischen 21 und 25 Jahren (14,19%) „erkrankt“ zu sein (Steins 2003, S. 45).

Das erste diagnostische Kriterium, welches oben aufgeführt ist, trifft auf eine Person zu, die am „Messie“-Syndrom leidet. Wie bereits oben erwähnt, verlieren sich „Messies“ in Details, so dass sie eine angefangene Tätigkeit nicht zu Ende bringen können (Steins, 2003; Raskob, 2002; Felton 1997; Jüntsche, 2001; Koch, 2003).

Auch das zweite Kriterium stellt eine typische Verhaltensweise eines „Messies“ dar. Betroffene berichten, dass das „Messie“-Sein mit einer Neigung zum Perfektionismus einhergeht. „Ich bin überperfekt“ ist eine typische Aussage von Betroffenen. Dieser Perfektionismus wird als wesentliche Ursache der Eskalation der Unordnung betrachtet (Koch, 2003). Sandra Felton beschreibt dieses Erleben folgendermaßen:

„Die Messie-Persönlichkeit möchte im Allgemeinen nur große Dinge tun. Dies wird durch ihre perfektionistische Denkweise hervorgerufen. Ihr Aufgabenansatz ist umfassend. Wenn beispielsweise Krümel auf dem Teppich sind, möchten sie warten, bis sie Zeit haben den ganzen Teppich zu saugen. Oder sogar die ganze Wohnung. Wenn ein Korb voll sauberer Wäsche gefaltet werden muss, möchten sie warten, bis die ganze Wäsche fertig ist, damit es sich auch lohnt. Sie wischen zum Beispiel den Küchenboden nicht nach einer Mahlzeit, sondern warten, bis sie auch die Küchenschränke auswaschen können.“ (Felton 1997, S.36)

Das dritte Kriterium einer zwanghaften Persönlichkeit trifft nicht zwingend auf einen „Messie“ zu. Zwar konnte einerseits gezeigt werden, dass „Messies“ dazu neigen, sich sozial zu isolieren (s.o.). Der Grund für die Isolation ist beim „Messie“ jedoch das Schamgefühl, welches er wegen des Chaos in seiner Wohnung empfindet und in manchen Fällen ein grundsätzliches Mißtrauen

anderen Menschen gegenüber (siehe Kap.1). Bei der zwanghaften Persönlichkeit geht es darum, die Zeit sinnvoll zu nutzen („verschreibt sich übermäßig der Arbeit und Produktivität“).

Das fünfte Kriterium ist interessant:

„ist nicht in der Lage, verschlissene oder wertlose Dinge wegzuwerfen, selbst, wenn sie nicht einmal Gefühlswert besitzen.“ (s.o.)

Hier trifft der erste Teil des Satzes sehr wohl auf die Symptomatik eines „Messies“ zu. Ein Betroffener ist tatsächlich nicht in der Lage, verschlissene oder wertlose Dinge wegzuwerfen, doch diese Dinge besitzen für den „Messie“ sehr wohl einen Gefühlswert. Sie stellen eine emotionale Bindung zu den Gegenständen her (Raskob 2002, S. 7). Diesen Aspekt enthält das oben genannte Kriterium nicht, und trifft somit auch nicht auf das „Messie“-Syndrom zu.

Die letzten drei Kriterien zur Diagnose einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung wurden bislang im Zusammenhang mit dem „Messie“-Syndrom nicht ausreichend untersucht und werden aus diesem Grund an dieser Stelle nicht weiter analysiert.

Am Beispiel der zwanghaften Persönlichkeitsstörung kann man deutlich erkennen, dass zwar einige Symptome mit denen des „Messie“-Syndroms übereinstimmen, jedoch spezielle, für das „Messie“-Verhalten typische Symptome (z.B. die emotionale Bindung an Gegenstände) nicht erwähnt werden. Aus diesem Grund kann das „Messie“-Syndrom nicht zu den Zwangsstörungen gezählt werden. Nach den diagnostischen Kriterien im ICD-10 und DSM IV könnte man sagen, dass „Messies“ Menschen mit zwanghaften Zügen sind. Für eine Zuordnung zu den Zwangsstörungen reichen die Übereinstimmungen der Kriterien allerdings nicht aus.

Ebenso gibt es Überlappungen mit dem „Messie“-Syndrom bei AD(H)S. Auf diese Störung werde ich im nächsten Abschnitt eingehen.

2.2. AD(H)S

AD(H)S ist die Abkürzung für Aufmerksamkeits Defizit Syndrom (mit Hyperaktivität). AD(H)S ist nach derzeitigem Wissensstand eine genetisch veranlagte Störung im Gehirnstoffwechsel. Dies führt zu einer verzerrten Informationsverarbeitung, da die Betroffenen wichtige und unwichtige Informationen nicht filtern können (www.babyzimmer.net).

Es gibt laut DSM IV drei Hauptsymptome bei dieser Störung, nämlich *Unaufmerksamkeit*, *Hyperaktivität* und *Impulsivität*. Für die Diagnose AD(H)S werden auch bei Erwachsenen sechs Symptome aus den drei verschiedenen Symptomgruppen verlangt (Fitzner; Stark 2000, S. 118).

AD(H)S wird häufiger bei Kindern diagnostiziert, doch die Krankheit kann auch bis ins Erwachsenenalter fortbestehen. Symptome, die im Kindesalter stärker auffallen, wie die Hyperaktivität (z.B. wildes Umherspringen), zeigen sich im Erwachsenenalter anders (nervöses Wippen mit den Beinen oder mit den Fingern auf dem Tisch Trommeln) und fallen so im Verhalten weniger auf. Etwa zwei bis vier Prozent der Erwachsenen leiden unter einer ADHS, wobei Männer bis zu zweimal häufiger betroffen sind als Frauen (Dlubis-Mertens 2004 in: Deutsches Ärzteblatt, S. 76).

„Die Forschung legt nahe, dass die Schwierigkeiten in 60 Prozent der Fälle anhalten und dann mit anderen emotionalen und Verhaltensstörungen auftreten können.“ (Holowenko 1999, S. 29)

Wie äußert sich AD(H)S bei Erwachsenen und wie könnte es mit dem „Messie“-Syndrom zusammenhängen?

Symptome bei Erwachsenen mit AD(H)S können unter anderem sein:

- signifikante Impulsivität
 - Vergesslichkeit und Unzuverlässigkeit (z.B. von Terminabsprachen)
 - Ruhelosigkeit und Unaufmerksamkeit / Ablenkbarkeit
 - Schwierigkeiten, Aufgaben durchzuhalten
- (www.7.sinn.net)

Es gibt bei den Symptomen von AD(H)S Überlappungen zu denen des „Messie“-Syndroms. Eine wichtige Überlappung ist die „*Unordnung und chaotische Organisation im beruflichen und privaten Bereich*“ (Steins 2003, S.27). Betroffene haben in ihrer Zeit- und Lebensplanung wenig Überblick. Sie sind nicht in der Lage, eine Arbeit rechtzeitig zu planen, den notwendigen Zeitaufwand und Arbeitsaufwand zu kalkulieren. So leben sie in ständigem Chaos, weil sie nie eine Aufgabe in Ruhe erledigen. Bevor eine Aufgabe zu Ende geführt ist, fangen sie aus Zeitgründen mit der nächsten an, bis sich schließlich Stapel von nicht beendeten Aufgaben türmen (Fitzner; Stark 2000, S. 122-123). Auf diese Weise kommt es bei „Messies“ häufig zu dem enormen häuslichen Chaos.

Eine weitere Überlappung gibt es im sozialen Verhalten. Sowohl „Messies“ als auch Erwachsene mit AD(H)S neigen dazu, sich aus der Gesellschaft zurück zu ziehen und sich *sozial zu isolieren* (siehe Kapitel 1). Die Gründe hierfür sind allerdings unterschiedlich. Das Selbstwertgefühl des „Messies“ sinkt wegen der Unordnung in seiner Wohnung und seiner Unfähigkeit, etwas dagegen zu unternehmen immer weiter (siehe Kapitel 1). Er schämt sich für den Zustand seiner Wohnung und öffnet niemandem mehr die Tür.

Ein Mensch, der an der AD(H)S leidet, erlebt häufig starke Stimmungsschwankungen. Diese können unerwartet und schnell auftauchen, aber auch genauso schnell wieder verschwinden. Diese Unvorhersehbarkeit der Stimmungswechsel senkt das Selbstwertgefühl des Betroffenen, da er sich selbst als sehr labil wahrnimmt. Aus diesem Grund stellen sich weitere Probleme im sozialen Bereich ein. Die Stimmungsschwankungen sind häufig eine Hauptursache für den Rückzug aus dem Gesellschaftsleben (Fitzner; Stark 2000, S. 121).

Trotz bestehender Überlappungen in der Symptomatik (wie die affektive Labilität und die Unfähigkeit, die Zeit zu organisieren) kann man nicht davon ausgehen, dass Menschen, die am „Messie“-Syndrom leiden, eine AD(H)S haben, geschweige denn diese diagnostizieren. Allein durch das Fehlen der Hyperaktivität ist diese Diagnose nicht möglich (siehe DSM IV). Ein weiterer wichtiger Unterschied ist die Ordnung bzw. Unordnung. Beim AD(H)S spielt sie eine untergeordnete Rolle, während sich „Messies“ ständig mit dem Thema Ordnung befassen. Durch diesen Zustand entsteht ja erst der enorme Leidensdruck.

Zusammenfassend kann man festhalten, dass es – ähnlich wie bei Zwangsstörungen – zwar Überlappungen in den Symptomen gibt, man jedoch bei einem „Messie“ nicht die Diagnose AD(H)S stellen kann. Dafür gibt es zu viele Unterschiede in der Ausprägung dieser Störungen.

Viele „Messies“ interessieren sich sehr für die AD(H)S und lassen sich mit Ritalin behandeln, das häufig Menschen mit AD(H)S verabreicht wird. Eine Lösung ist das Einnehmen dieses Medikaments allerdings nicht, denn ohne therapeutische Intervention kehren die Symptome nach dem Absetzen des Medikaments wieder (Steins 2003, S. 28). Ein Grund für das starke Interesse der „Messies“ für AD(H)S könnte der Wunsch einer schnellen Lösung ihres Problems sein. Im Gegensatz zum „Messie“-Syndrom ist AD(H)S bekannt und es gibt für diese Störung offizielle Diagnosekriterien (siehe ICD-10 und DSM IV) und Behandlungsformen (Steins 2003, S. 28).

2.3. Angststörungen

Wie eingangs erwähnt, leiden „Messies“ häufiger als andere Menschen unter Angstzuständen. In diesem Kapitel werde ich folgenden Fragen nachgehen: Wie entstehen bzw. wie entwickeln sich Ängste? Welche Auswirkungen können Ängste auf das Verhalten von Menschen haben? Welcher Zusammenhang besteht zwischen Ängsten und dem „Messie“-Syndrom? Was bedeutet dies für mögliche Interventionen?

John Bowlby (1951) - Bindungstheoretiker – kam in seinem Bericht für die Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu zwei bedeutenden Schlussfolgerungen:

- 1) Die Erziehung von Heimkindern ist deswegen beklagenswert, weil ihnen menschenfreundliche und liebevolle Zuwendung fehlt
- 2) Mutterliebe ist für die psychische Gesundheit des Kindes genauso wichtig wie Vitamine und Proteine für seine körperliche Gesundheit (Mönks J., Knoers M.P. 1996, S.76)

Bowlby wurde aufgrund der Generalisierung im zweiten Punkt vielfach kritisiert. Rutter (1972) konnte mit Hilfe empirischer Untersuchungen beweisen, dass es nicht nur die biologische Mutter ist, die eine gesunde psychische Entwicklung des Kindes gewährleisten kann. Genauso gut kann es der Vater, die Großmutter

oder eine fremde Person sein. Der *Kernpunkt* ist, dass das Kind die Möglichkeit erhält, ein *Bindungsverhalten* zu entwickeln. Eine Bezugsperson, die das Kind akzeptiert, die ihm die Möglichkeit gibt, sich an sie zu binden und die auf das Verlangen des Kindes eingeht, sich an andere zu binden, ist die Grundvoraussetzung für eine psychisch gesunde Entwicklung (Mönks J., Knoers M.P. 1996, S. 76).

Ein Zustand, indem ein Kind diese Beziehung zur Mutter oder einer entsprechenden Ersatzperson nicht besitzt, bezeichnet Bowlby als „Mutterentbehrung“ (Bowlby 1995, S. 11). Dieser Begriff ist allgemein und kann verschiedene Zustände beschreiben. Ein Kind kann an „Mutterentbehrung“ leiden, auch wenn die Mutter oder die Bezugsperson anwesend ist, das Kind jedoch vernachlässigt, oder dem Kind die notwendige Zuwendung nicht geben kann (Bowlby 1995, S. 11).

Die theoretische Verbindung zwischen Bindungsgeschichte und Angststörungen liegt laut Bowlby in einer Angst um die Erreichbarkeit der frühen Bindungsperson (Raskob 2002, S. 83).

„Personen mit generalisierter Angst berichten in verstärktem Ausmaß über Gefühle der Überbehütung sowie Diffusionen in der familiären Rollenverteilung [...]. Retrospektive Analysen der Eltern-Kind-Beziehung weisen darauf hin, dass ein überbehütender Stil und mangelnde emotionale Wärme zu einem Mangel an Coping-Strategien[...]führen können. Familiäre Kontrolle und fehlende Wärme können so prinzipiell als Vulnerabilitätsfaktoren zur späteren Entwicklung von pathologischer Angst wirken[...]. (Reinecker 2002, S.188)

Zusammenhänge zwischen frühkindlicher Bindungserfahrungen fanden Warren, Huston, Egeland und Soroufe (1997) insbesondere bei ambivalent gebundenen Kindern (Raskob 2002, S.83). Agoraphobie geht häufig mit früher, langer Trennung von der Mutter einher (Favielli, Webb, Ambonetti, Fonnesu & Sessarego 1985 in: Raskob 2002, S. 83). Die meisten Menschen, die an Angststörungen leiden, hatten lieblose und kontrollierende Eltern (Chambless, Gillis, Tran & Steketee 1996 in: Raskob 2002, S.83).

Wie deutlich wird, gibt es empirische Befunde, die den Zusammenhang zwischen der Bindungserfahrung und der Entwicklung einer Angststörung belegen.

Ich möchte mich nun der Frage widmen, was Angst bedeutet. Wie wirken sich Ängste auf das Verhalten von Menschen aus?

Welche Rolle können Ängste bei einem „Messie“ spielen? Haben sie Einfluss auf das Sammelverhalten?

Angst ruft Symptome hervor, die je nach Situation und Art der Angst unterschiedlich sein können. Laut Flöttmann bewirkt Angst:

- 1) Veränderungen der Verstandesfunktion
- 2) Veränderung der Körperfunktionen
- 3) Veränderung des Verhaltens
 - a) Angriff
 - b) Flucht
 - c) Bindung

(Flöttmann 1993, S. 23)

Ich möchte nun auf den Punkt Bindung genauer eingehen. Angst bewirkt Bindung, so heißt es bei Flöttmann.

„Tritt Gefahr auf, so flüchten wir an einen sicheren Ort, wenn wir uns nicht für den Angriff entschieden haben. Sicherheit finden wir zunächst bei der Mutter, bei der Familie. Sie stellt einen Hort der Zuflucht dar, den man bei Gefahr aufsuchen kann.“ (Flöttmann 1993, S.27)

Verhaltensforscher sprechen von Angstbindung. Kinder beruhigen sich durch das Saugen am Schnuller oder das Halten eines weichen Gegenstands. Säuglinge fangen an zu schreien, wenn man sie ablegt und sie beruhigen sich meist sehr schnell, wenn man sie wieder aufnimmt. Fängt ein Kind an zu krabbeln, sucht es sofort die Mutter auf, wenn es Angst hat und klammert sich an ihr fest (Flöttmann 1993, S. 28).

In all diesen Fällen kann man feststellen, dass durch die Flucht bzw. durch die Bindung nach Geborgenheit gestrebt wird.

„Was für die Maus das Mausloch und für den Korallenfische die Deckung am Riff ist, ist in diesen Fällen der Artgenosse. Er bietet Deckung und Schutz und gewinnt damit eine gewisse Heimvalenz.[...] Bis zum Menschen hinauf ist die Angst eine starke verbindende Kraft geblieben...“ (Eibl-Eibesfeldt in: Flöttmann 1993, S.28).

Über die Angst, so Eibl-Eibesfeldt, wird ein Eltern-Kind-Verhältnis induziert, wobei der Ranghöhere sich mütterlich-

väterlich, der Rangniedere sich kindlich-abhängig verhält (Flöttmann 1993, S. 28).

Verhalten sich die Eltern in der Erziehung ihrer Kinder zu ängstlich, so bewirken sie, dass sie die Kinder zu sehr an das Elternhaus binden. So können sich die Kinder nicht frei bewegen und erleben die Welt als bedrohlich und gefährlich. Solche Kinder hören ständig Worte wie: „Paß gut auf!“ oder „Mami hat Angst, wenn Du so weit weg läufst.“ So werden die Kinder in ihrer Autonomieentwicklung beeinträchtigt und bleiben von der Eltern stark abhängig (Flöttmann 1993, S. 29).

Wie Bowlby feststellte, ist eine Bezugsperson, an die sich ein Kind binden kann, auf die sich ein Mensch verlassen und die einem Menschen Sicherheit und Unterstützung bietet, *die* Voraussetzung für eine gesunde psychische Entwicklung (s.o.). Ebenso sind Überbehütung und fehlende emotionale Wärme in der Familie Faktoren, die zu der Entstehung einer Angsstörung beitragen können (s.o.). Wie eben dargestellt, führt Angst zu bestimmten Verhaltensweisen. Empfinden Menschen Angst, suchen sie Zuflucht bei anderen Menschen. So löst sich beispielsweise in Katastrophenzeiten die Anonymität unter den Menschen sehr schnell auf und sie rücken näher zusammen (Flöttmann 1993, S. 29). Der Mensch entwickelt demnach Handlungsstrategien, die zur Linderung der Angst und zum Gefühl der Sicherheit und Geborgenheit beitragen. Dies tut er nicht nur in extremen Situationen, sondern auch bei der Bewältigung von täglichen Anforderungen und Schwierigkeiten.

Was geschieht, wenn Menschen in solchen Zeiten keine Person haben, bei der sie Zuflucht suchen können und die ihnen die Geborgenheit gibt, die sie benötigen? Was geschieht, wenn ein Mensch nie den Rückhalt und die Unterstützung in seiner Familie erfahren hat, die man für eine sichere Basis im Leben braucht? Wie handelt ein Mensch, wenn er Angst hat und keine Person zur Verfügung steht, die ihm Schutz bieten kann?

In solch einem Fall greift der Mensch möglicherweise auf Verhaltensweisen zurück, die ihm bereits in der Vergangenheit geholfen haben, Ängste und Unsicherheiten zu überwinden, als es keine Bezugsperson gab.

Ein „Messie“ verwendet möglicherweise das Sammeln von Gegenständen als Rückhalt gebende Handlungsstrategie. So fühlt er sich wieder sicher, wenn er ängstlich ist. Wie bereits erwähnt, sind die einzelnen Gegenstände, die „Messies“ in ihren Wohnungen horten, meist mit Erinnerungen und starken Emotionen ver-

knüpft (siehe Kapitel 1). So kann ein Gegenstand an eine Situation erinnern, in der man sich besonders geborgen und sicher gefühlt hat. Die Sorge eines Betroffenen könnte die sein, dass mit dem Wegwerfen des Gegenstandes auch das damit verknüpfte Gefühl der Sicherheit verschwinden und somit alles außer Kontrolle geraten könnte. Die Funktion, die Mitmenschen in Situationen der Angst haben, nämlich das Gefühl von Sicherheit zu vermitteln, werden bei einem „Messie“ durch die Gegenstände erfüllt. Das Problematische bei diesem Verhalten ist, dass dieses Gefühl der Sicherheit durch das Sammeln oder Nichtwegwerfen von Gegenständen, zeitlich begrenzt ist. Ein Mensch, der einem anderen durch seine Anwesenheit oder seinen Zuspruch hilft, ist real. Der Rückhalt in diesem Fall ist real. Bei einem Menschen, der diese Eigenschaften (unbewußt) Gegenständen zuschreibt, ist der Rückhalt unreal. Der Mensch ist trotz des vermeintlichen Rückhalts allein. Er bekommt keine Unterstützung von außen, er unterstützt sich gewissermaßen selbst. Solch ein Verhalten erfordert viel Energie und Kraft. So fällt er nach einer Weile wieder in ein Loch der Leere und der Angst und sammelt weiter und weiter, aber er bleibt allein.

Für eine erfolgreiche Interventionsmaßnahme wäre es meiner Meinung nach sinnvoll, gemeinsam mit dem Patienten nach Situationen in der Vergangenheit zu „suchen“, in denen beispielsweise das Besitzen von Dingen zu einem guten und sicheren Gefühl beigetragen hat. Das Verhalten muss eine Zuordnung bekommen. Das Sammeln und Horten hatte in der Vergangenheit für den Betroffenen sicherlich eine wichtige Funktion, nämlich Ängste auszuhalten und dabei psychisch nicht völlig zu entgleisen. Solange der Patient nicht weiß, wozu dieses Verhalten „gedient“ hat bzw. immer noch „dient“, wird er nicht in der Lage sein, sein Verhalten zu ändern. Ich halte deshalb psychoanalytische Interventionsmaßnahmen für angebracht, da gemeinsam mit dem Patienten versucht wird, mit Hilfe seiner Erinnerungen Antworten auf diese Fragen zu finden (mehr dazu in Kapitel 5).

3. Psychologische Aspekte

3.1. Entwicklungspsychologische Ursachen

Mit dem „Messie“-Syndrom gehen häufig weitere psychische Störungen einher. Es gibt Störungen, für die es bereits offizielle Diagnosekriterien gibt und die Überlappungen mit dem „Messie“-Syndrom aufweisen. Die am häufigsten auftretenden psychischen Störungen wurden im vorangegangenen Kapitel vorgestellt und genauer beleuchtet.

Bei den Angststörungen wurde bereits der bindungstheoretische Aspekt angesprochen. Ein besonderes Augenmerk lag hierbei auf den frühkindlichen Erfahrungen mit der primären Bezugsperson. Auf diesen Aspekt möchte ich in diesem Kapitel näher eingehen. Es wird gezeigt, welche große Rolle die frühkindliche Beziehung zu den Eltern bei der Entstehung des „Messie“-Syndroms und psychischen Erkrankungen generell, spielt. Mit Hilfe empirischer Befunde wird belegt, dass die meisten „Messies“ tatsächlich in problematischen Familienverhältnissen aufgewachsen sind, die höchstwahrscheinlich dazu beigetragen haben, dass sich diese Störung entwickelt hat. Dabei werde ich mich hauptsächlich auf die Ergebnisse aus der Studie von Anja Beate Raskob beziehen, die sie im Rahmen ihrer Diplomarbeit *„Bindung, Besitz und Desorganisation“* (2002) erhalten hat. 222 Personen nahmen an der Befragung per Fragebogen teil, von denen 156 „Messies“ waren und 66 der Kontrollgruppe angehörten. Das Durchschnittsalter in der „Messie“-Gruppe betrug 38,98 Jahre, in der Kontrollgruppe 37,97 Jahre. Es werden die Ergebnisse vorgestellt, welche Informationen über die Beziehung der „Messies“ zu ihren Eltern, die Beziehung der Eltern zueinander, sowie die Art der Erziehung enthalten. Weiterhin werden Ergebnisse vorgestellt, die den Bezug der Messies zu ihren Besitztümern beschreiben.

Nach der Beschreibung der Ergebnisse wird diskutiert, welche Bedeutung diese Ergebnisse für die Intervention beim „Messie“-Syndrom haben könnten. Um der Fragestellung nachzugehen, ob psychoanalytische oder verhaltensorientierte Therapieverfahren sinnvoll sind, sind die Ergebnisse von Beate Raskob von großer Bedeutung.

3.1.1. Emotionaler Rückhalt bzw. emotionale Vernachlässigung im Elternhaus

In der Befragung von Raskob wurde bei der Skala zum emotionalen Rückhalt bzw. zur emotionalen Vernachlässigung im Elternhaus (mit Hilfe von fünfzehn Items) vor allem die emotionale Beziehung zu den Eltern erfragt. Zunächst wurde für Vater und Mutter getrennt erfragt, wie die Beziehung zu diesen jeweils war, die nachfolgenden Fragen wurden jedoch für die Eltern gemeinsam gestellt, um den Fragebogen nicht noch umfangreicher werden zu lassen (Raskob 2002, S. 124). Weiter wurde erfragt, wie sehr die Person sich als Wunschkind ihrer Eltern gefühlt hat, ob sie sich von ihren Eltern geliebt gefühlt hat, ob sie jeweils die Zuwendung bekommen hat, die sie benötigt hat, ob mit dem Elternhaus allgemein ein Gefühl des Wohlbefindens in Verbindung gebracht wurde (Raskob 2002, S. 124). Weiterhin wurde nach körperlicher Zuwendung gefragt und allgemein nach der Erreichbarkeit der Eltern, sowie nach dem Gefühl des Rückhaltes bei schwierigen Situationen, ob die Eltern bei Traurigkeit Trost spendeten, sowie ob die Eltern Vertrauen in die Fähigkeiten und Interesse an den Belangen des Kindes hatten (Raskob 2002, S. 125). Ebenso gehörten zu dieser Skala Items, die das Gefühl der Vernachlässigung sowie den Eindruck, dass die Eltern keine Zeit für das Kind gehabt hätten, erfragten (Raskob 2002, S. 125).

„Für alle Items wurden bedeutsame Mittelwertunterschiede zwischen den Gruppen offensichtlich, was bedeutet, dass diese sich auch hinsichtlich des Skalenmittelwertes hochsignifikant unterscheiden.“ (Raskob 2002, S. 125)

Ergebnisse der Befragung

In ihrem Elternhaus haben sich „Messies“ deutlich weniger gut aufgehoben und wohl gefühlt als die Kontrollpersonen. Häufig hatten sie als Kind das Gefühl, von ihren Eltern nicht richtig geliebt zu werden. Selten bekamen sie von ihren Eltern die Liebe und Zuwendung, die sie gebraucht hätten. Im Gegenteil: Sie hatten oft den Eindruck, ihren Eltern im Weg zu sein (Raskob 2002, S.125). Teilweise haben sie sich als Kinder von ihren Eltern vernachlässigt gefühlt. In problematischen Lebenssituationen oder

bei der Bewältigung neuer Aufgaben hatten sie kaum die Sicherheit, von ihren Eltern Unterstützung zu bekommen (Raskob 2002, S. 125). Ihre Eltern waren nur selten in der Lage, ihnen das Gefühl zu geben, Vertrauen in ihre Fähigkeiten zu haben. Es entstand eher der Eindruck, dass die Eltern nicht wirklich für sie greifbar waren (Raskob 2002, S. 125).

„Messies“ beschreiben, dass sie gefühlsmäßig nicht gerade die Wunschkinder ihrer Eltern waren. Sie hatten zu ihren Vätern eher mittelmäßige und auch zu ihren Müttern keine besonders gute Beziehung. Die Eltern hatten oft wenig Zeit für sie. Aus diesem Grund, so die Ergebnisse der Befragung, haben sie manchmal nicht geweint, denn es hätte sie sowieso niemand getröstet. Daran, dass ihre Eltern zärtlich zu ihnen waren, als sie klein waren, können sie sich fast gar nicht erinnern (Raskob 2002, S. 125).

„Insgesamt entsteht das Bild größerer emotionaler Vernachlässigung und Zurückweisung durch Eltern, die mehr mit sich als mit den Kindern beschäftigt waren, diesen und ihren Bedürfnissen nicht in kindgerechter Weise entsprochen haben. Gerade dann, wenn das Kind sie als Rückhalt und zur Rückversicherung gebraucht hätte, erscheinen die Eltern der „Messies“ in deren Rückerinnerung als nicht greifbar, haben nicht den notwendigen Rückhalt bieten können. In diesem Sinne haben „Messies“ im Elternhaus nicht die emotionale Rückversicherung erfahren, von der Bowlby, Ainsworth u.a. sagen würden, dass sie dem „sicheren Hafen“ entspräche, dessen Kinder bedürfen, um sich emotional gesund entwickeln zu können, sichere Bindungen aufbauen und mit Neugier in die Welt hinausgehen zu können, getragen von einem guten Selbstbewusstsein und dem Wissen um elterliche Unterstützung und familiärem Rückhalt in schwierigen Situationen.“ (Raskob 2002, S. 126)

3.1.2. Sanktionierung durch die Eltern

Die Studie von Beate Raskob enthält weiterhin die Skala Sanktionierung durch die Eltern. Diese fragt nach dem Verhalten bzw. den Reaktionen der Eltern auf „unerwünschte“ Emotionen wie Wut oder Trauer, sowie auf Fehler und Ungehorsam des Kindes. Gefragt wurde in diesem Zusammenhang ebenso nach Bestrafung im allgemeinen und im einzelnen durch Nichtachtung, Androhung einer Heimunterbringung oder Verlassen des Kindes, moralischen Vorwürfen, Bloßstellung und Auslachen. Außerdem, ob die Eltern schlechte schulische Leistungen bestrafen

und ob sie gute schulische Leistungen als selbstverständlich angesehen haben. Ebenso wurde untersucht, ob die Teilnehmer und Teilnehmerinnen selbst das Ausleben negativer Emotionen wie Wut oder Trauer vermieden haben, da es von den Eltern als ungehörig empfunden worden wäre, inwieweit sie das Gefühl hatten, es ihren Eltern nicht recht machen zu können, ob sie ihre Eltern als hartherzig und ungerecht und deren Verbote als zu große Einschränkung empfunden haben (Raskob 2002, S. 126).

„Auf Itemebene ergaben sich in allen Fällen signifikante Mittelwertunterschiede zwischen den Gruppen, sodaß sich auch der Skalenmittelwert signifikant unterscheidet.“ (Raskob 2002, S. 126)

Ergebnisse der Befragung

Aus der Befragung geht hervor, dass in Elternhäusern der „Messies“ ein autoritäres Erziehungsklima herrschte. Sie hatten den Eindruck, in den Augen ihrer Eltern nichts richtig zu machen, haben sich nicht getraut, negative Emotionen wie Wut oder Trauer auszuleben, da ihre Eltern dieses Verhalten als ungehörig empfunden hätten. Ihre Eltern stellten sie recht häufig bloß und lachten sie aus. Sie empfanden ihre Eltern nicht selten als ungerecht und hartherzig und sind gelegentlich für schlechte Noten zu Hause hart bestraft worden. Für Ungehorsam im allgemeinen hatten sie schwere Strafen zu erwarten. Außerdem machten die Eltern ihnen moralische Vorwürfe, wenn ihr Verhalten nicht deren Erwartungen entsprach. Gute Leistungen zu erbringen war eine Selbstverständlichkeit und wurde gar nicht erst erwähnt, schon gar nicht lobend anerkannt. Ungehorsam hatte Zimmerarrest und Nichtbeachtung zur Folge, ebenso wurde Wut einfach durch Nichtachtung beantwortet. Deutlich häufiger als in der Kontrollgruppe, drohten die Eltern bei Ungehorsam mit der Androhung einer Heimunterbringung oder dem Verlassen des Kindes. „Messies“ fühlten sich durch die Verbote der Eltern stark eingeschränkt, was allerdings auch bei den Kontrollpersonen keine Seltenheit war (Raskob 2002, S. 127-128).

„Damit ist das Kind mit einem Bild von sich als unannehmbar, unvollkommen und weder liebens- noch lobenswert aufgewachsen, hat im Zweifel mit enormen Selbstwertdefiziten im späteren Leben zu kämpfen, der konstruktive Umgang mit negativen Emotionen ist ihm fremd, hier ist aufgrund der Sanktionierung und Nichtbeachtung eher

mit Abspaltung und/oder Verdrängung zu rechnen.“ (Raskob 2002, S. 128)

3.1.3. Beziehung der Eltern zueinander

Um die Beziehungsqualität der Eltern zu erfassen, fragte Raskob nach Anspannung und Häufigkeit von Streit in der Beziehung, nach einer Belastung des Probanden durch elterliche Probleme und danach, inwieweit eine stabile bzw. instabile elterliche Beziehung ein Gefühl der Sicherheit bzw. Unsicherheit vermittelt habe, bzw. ob der Eindruck entstanden ist, dass die Eltern sich liebten oder lieben (Raskob 2002, S. 128).

„Auch bei dieser Skala erweist sich die Skalenreliabilität sowohl für die Gesamtstichprobe wie für „Messies“ und Kontrollgruppe als hoch[...].“ (Raskob 2002, S. 128)

Ergebnisse der Befragung

Die Ergebnisse zeigen, dass „Messies“ die Beziehung ihrer Eltern als angespannter, instabiler und gewaltsamer erlebt haben als die Kontrollpersonen. Durch die Probleme, die ihre Eltern miteinander hatten, haben sie sich sehr belastet gefühlt. Deutlich weniger hatten sie den Eindruck, dass ihre Eltern sich liebten oder lieben als dies in der Kontrollgruppe der Fall war. Besonders deutlich wird, dass die Beziehung der Eltern zueinander durch ihre Stabilität den „Messies“ kaum ein Gefühl der Sicherheit vermitteln konnte (Raskob 2002, S. 129).

„Hier entsteht der Eindruck, dass „Messies“ Eltern hatten, die ihrerseits bereits ein belastendes Beziehungsleben führten, dadurch ihren Kindern wenig Sicherheit vermittelt und zudem diese oft in ungebührlicher Weise mit diesen Problemen belastet haben.“ (Raskob 2002, S. 130)

3.2. Subjektpsychologische Ursachen

3.2.1. Besitztümer in identitätskonstituierender- und konsolidierender Funktion

Mit dieser Skala wurde erfragt, ob eine sentimentale Bindung an Besitztümer im Sinne von Habermas (1996) insofern vorhanden ist, als dass Besitztümern eine Erinnerungsfunktion zugeordnet wird und sie als identitätsbildend erlebt werden. Ebenso wurde erfragt, inwieweit eine emotionale Bindung an diese vorhanden ist, sie so etwas wie Denkmäler darstellen (Raskob 2002, S. 152).

Ergebnisse der Befragung

Die statistischen Befunde zeigten, dass „Messies“ sehr viel häufiger Besitztümer als Erinnerungsstützen betrachten. Sie haben Sorge, ohne diese Gegenstände die Fähigkeit, sich an Details aus der Vergangenheit zu erinnern, zu verlieren. Ebenso fühlen sie sich ihren Besitztümern emotional verbunden, sie erleben diese als mit ihrer Identität verbunden. Aus diesem Grund haben sie die Qualität von Denkmälern (Raskob 2002, S. 153).

„Eine identitätskonstituierende- und konsolidierende Verwendung von Besitztümern wird sicherlich um so wichtiger, je fragiler das Selbst bzw. die eigene Identität ausgebildet sind, je weniger innere und äußere Sicherheit vorhanden ist, bzw. je negativer die kognitiven Arbeitsmodelle des Selbst und der Anderen sind.“ (Raskob 2002, S.153)

3.2.2. Besitztümer als Substitut zwischenmenschlicher Beziehungen

Mit Hilfe der Skala „Besitztümer als Ersatz für andere“ wurde folgenden Fragen nachgegangen: Inwieweit stehen Besitztümer als Ersatz für bedeutsame Personen? Löst das Wegwerfen derselben also ähnliche Verlustgefühle aus, wie dies die Beendigung

einer Freundschaft oder der Verlust eines nahestehenden Menschen tun würde? Löst das Wegwerfen das Gefühl aus, einen engen Freund zu verraten? Besteht eine starke innere Bindung zu den Besitztümern und ist diese derjenigen zu liebgewonnenen Freunden ähnlich? Ist das Wegwerfen mit dem Verlust eines nahestehenden Menschen vergleichbar? Wird den Besitztümern gegenüber eine ähnliche Verantwortung empfunden wie gegenüber Freunden? Sind Besitztümer im Allgemeinen imstande eine gewisse Macht über die betreffende Person auszuüben (Raskob 2002, S. 153-154)?

„Sowohl auf Itemebene wie auf Skalenebene unterschieden sich die Gruppe der „Messies“ und die Gruppe der Kontrollpersonen hoch signifikant.“ (Raskob 2002, S. 154)

Ergebnisse der Befragung

Die statistischen Befunde belegen, dass „Messies“ die Tendenz haben, Besitztümer zu personifizieren, ihre Beziehung zu diesen zu behandeln, als seien die Besitztümer Menschen, Freunde, nahestehende Personen, für die man verantwortlich sei. Sie üben eine gewisse Macht über den „Messie“ aus, und auf deren Verlust reagieren sie mit ähnlich heftigen Gefühlen wie auf den Abbruch einer Freundschaft oder den Verlust eines nahestehenden Menschen. Diese emotionale Aufladung der Beziehung zu materiellen Dingen steht im Einklang mit der Tendenz zur sozialen Isolation (Raskob 2002, S. 154). Es ist davon auszugehen, so Raskob, dass bei Kontrollpersonen eine derartige Vermenschlichung nur im Ausnahmefall stattfindet, während ein solches Empfinden bei den „Messies“ nicht eben selten und häufig stark ausgeprägt ist (Raskob 2002, S. 154).

3.2.3. Kontrolle und Sicherheit durch Besitztümer

Die Skala „Kontrolle und Sicherheit durch Besitztümer“ sucht Antworten auf folgende Fragen: Versuchen „Messies“, mit Hilfe von Besitztümern ein Gefühl der Kontrolle über und in der Welt aufrecht zu erhalten? Nutzen sie Besitztümer, um sich sicherer zu fühlen, innere Unsicherheit und mangelndes Wohlbefinden in der Welt sowie ein Gefühl der Hilflosigkeit mit Hilfe materieller Ob-

jekte zu kompensieren? Fühlt sich jemand am sichersten, wenn er sich inmitten all seiner Besitztümer zurückzieht, sie sozusagen als „sichere Basis“ aufsucht, aus einem Gefühl innerer Unsicherheit heraus zudem dazu tendiert, alle Besitztümer in Sicht- und Reichweite zu halten, wengleich dies die Herstellung oder Aufrechterhaltung von Ordnung ungemein erschweren kann? Hebt jemand Dinge auf, die noch einmal brauchen könnte, wappnet sich also sozusagen für alle zukünftigen Eventualitäten, damit, auch unabhängig vom tatsächlichen zukünftigen Nutzen der Dinge, ein Gefühl der Sicherheit und des Wohlbefindens entsteht? Inwieweit fühlt sich jemand ohne seine Besitztümer nackt und hilflos oder hat das Gefühl, dass damit ein vollständiger Kontrollverlust verbunden sei?

„Für alle Items sind deutliche Mittelwertunterschiede zwischen „Messies“ und Kontrollpersonen offensichtlich, folglich unterscheiden sich die Gruppen hochsignifikant.“ (Raskob 2002, S. 157)

Ergebnisse der Befragung

Die Ergebnisse zeigen, dass die Gruppe der „Messies“ stärker dazu neigt, durch Besitztümer ihr Kontrollempfinden in der Welt zu erhöhen und auf einen Verlust derselben mit Verunsicherung zu reagieren, ihn als Kontrollverlust zu erleben. Wenn es ihnen nicht gut geht, ist es wichtig für sie, die Besitztümer in Sicht- und Reichweite zu wissen, denn die räumliche Nähe zu ihren Besitztümern gibt ihnen ein Gefühl der Sicherheit und des Wohlbefindens,

„sodaß der Eindruck entsteht, dass hier die Besitztümer etwas wie eine sichere Basis darstellen, der Rückversicherung und psychischen Erholung dienen, also Funktionen aufweisen, die gemeinhin dem Bereich enger zwischenmenschlicher Beziehungen zugeordnet werden.“ (Raskob 2002, S. 158)

3.2.4. Emotionale Reaktionen auf das Wegwerfen von Besitztümern

Diese Skala erfaßt allgemeine emotionale Reaktionen im Zusammenhang mit dem Wegwerfen von Gegenständen, wie die Leichtigkeit, mit der Dinge weggeworfen werden können, Angst etwas wegzuworfen, was man noch einmal gebrauchen könnte,

aufsteigende Panik, wenn man beschließt, etwas wegzuwerfen, Trauer und ausgeprägtes Unwohlsein, wenn man sich nur vorstellt, sich von etwas trennen zu sollen. Hier geht es jedoch nicht um konkret genannte Besitztümer. Diese Frage wurde mittels einer Vorstellungsaufgabe untersucht.

„Auf Itemebene weisen hochsignifikante Mittelwertunterschiede auf beträchtliche Gruppenunterschiede hin[...]“ (Raskob 2002, S.159).

Ergebnisse der Befragung

Hier wurde festgestellt, dass es „Messies“ deutlich mehr Panik macht, Dinge wegzuwerfen als den Kontrollpersonen. Sie fühlen sich dabei deutlich unwohler und trauern über den Verlust von Sachen. Sie haben Angst, die verlorenen Dinge noch einmal zu brauchen. Wegwerfen fällt ihnen sehr schwer. Die hier gefundenen Ergebnisse wurden durch die Vorstellungsaufgabe unterstrichen und ausdifferenziert (Raskob 2002, S. 160).

Ergebnisse der Vorstellungsaufgabe

„Messies“ empfinden die Vorstellung, einen bestimmten Gegenstand wegzuwerfen als mit wesentlich stärkeren negativen Emotionen besetzt als die Kontrollpersonen. Deutlich wird dies noch einmal dadurch, dass bei den „Messies“ die Werte von zwölf Personen vollständig fehlten, was auf starke innere Widerstände gegenüber der Aufgabe schließen läßt. Bei der Kontrollgruppe fehlte nur der Wert einer Person (Raskob 2002, S. 162).

3.3. Bedeutung der Ergebnisse für die Intervention

In den oben dargestellten Ergebnissen sind wichtige Informationen für die Frage nach geeigneten Interventionsmethoden für Menschen mit dem „Messie“-Syndrom enthalten.

Sehr deutlich wurden die Beziehungen zu den primären Bezugspersonen der „Messies“ untersucht. Zusammenfassend kann man feststellen, dass „Messies“ in „ungünstigen“ Familiensituationen aufgewachsen sind, in denen sie kaum Rückhalt und Unterstützung von Seiten der Eltern erfahren haben. In problematischen Situationen, in denen sie Rat oder Hilfe brauchten, konnten sie

nicht mit der Hilfe ihrer Eltern rechnen, da diese zu sehr mit sich selbst beschäftigt waren und häufig ihre eigenen Probleme mit dem Partner hatten. So konnten sie dem Kind nicht die Aufmerksamkeit, Liebe, Zuwendung und Sicherheit geben, die es gebraucht hätte, um sich psychisch gesund entwickeln zu können und ein stabiles Selbstbewußtsein aufzubauen. In Bowlbys Sprache könnte man sagen: „Messies“ haben in ihrer Kindheit an „Mutterentbehrung“ gelitten (siehe Kap. 2.4). Die Bezugsperson war zwar physisch anwesend, konnte dem Kind jedoch nicht die nötige Zuwendung geben. Schlimmer noch: Verhielt sich das Kind nicht den Erwartungen der Eltern entsprechend, so wurde es bestraft und zwar nicht selten durch Nichtbeachtung. Erbrachte es gute Leistungen, beispielsweise in der Schule, so wurde dies nicht einmal lobend anerkannt, sondern stillschweigend als selbstverständlich betrachtet.

Nicht zu verachten ist die schlechte Beziehung der Eltern zueinander. Das Kind, das schon deswegen verunsichert und ängstlich war, weil es von den Eltern keine Unterstützung erfahren hat und streng, ungerecht und hartherzig behandelt wurde, wurde durch die instabile Beziehung der Eltern zueinander noch zusätzlich verunsichert. Das Verhältnis der Eltern zueinander konnte ihm keine Sicherheit geben.

Wie ich bereits in Kapitel 2.4 erwähnte, entwickelt ein Mensch in Situationen, in denen er Angst hat und keinen Menschen hat, bei dem er Geborgenheit findet, alternative Handlungsstrategien, um das Gefühl von Sicherheit wieder zu erlangen.

Das ist auch hier der Fall. Die Ergebnisse von Raskob machen dies sehr deutlich. Viele „Messies“ benutzen Gegenstände, ihre Besitztümer, als Ersatz zwischenmenschlicher Beziehungen. Das Gefühl, das ihre Eltern ihnen nicht geben konnten, erhalten sie durch ihre Besitztümer. Es sind Gefühle wie Sicherheit, Kontrolle, Selbstwertgefühl. Wie die Ergebnisse zeigen, sammeln „Messies“ viele Dinge und werfen sie aus dem Grund nicht weg, dass sie sie irgendwann noch einmal gebrauchen könnten. Sie sorgen vor für den Notfall. Egal was geschieht, sie wollen vorbereitet sein. So könnte man sagen, die Besitztümer erhalten die Funktion, die ihre primären Bezugspersonen nie erfüllt haben. Sie spenden Trost und Sicherheit. Die Besitztümer „kümmern“ sich sozusagen um die Betroffenen. Umgekehrt kümmert ein „Messie“ sich aber auch um seine Besitztümer. Da er in seiner Kindheit keine Wärme und Zuneigung erfahren hat, das Familienklima kalt und streng war, hatte er auch nicht die Möglichkeit,

selbst Zuneigung und Wärme zu spenden. Dies wird dadurch deutlich, dass Betroffene sich schon als Kinder zurückzogen und wenig Kontakt zu anderen Kindern hatten.

„Aus den statistisch ermittelten Unterschieden zwischen Messies und Kontrollpersonen entsteht das Bild, dass Messies ihr Leben und Erleben im Kindergarten(alter) als aufregender, beängstigender, weniger lustig, problematischer und eher ziemlich schlimm erlebt haben, als dies bei den Kontrollpersonen der Fall war. Darüber hinaus haben sie weder im Kindergarten schnell Kontakt zu den anderen bekommen noch außerhalb des Kindergartens in diesem Alter sehr viele Freunde besessen.“ (Raskob 2002, S. 134)

Ihren Besitztümern gegenüber empfinden die Betroffenen ein großes Verantwortungsbewußtsein, wie aus den oben dargestellten Ergebnissen hervorgeht. Hier haben sie die Möglichkeit, ihrem Bedürfnis Zuneigung zu geben, nachzukommen, ohne Angst haben zu müssen, zurückgewiesen zu werden, wie es bei Menschen geschehen könnte.

Was bedeuten diese Ergebnisse für Interventionsmaßnahmen beim „Messie“-Syndrom? Wie bereits erwähnt, möchte ich mich der Frage widmen, ob verhaltensorientierte oder psychoanalytische Therapieformen im Falle des „Messie“-Syndroms sinnvoll sind.

Nun möchte ich kurz darstellen, welches Menschenbild und welche methodischen Grundlagen den jeweils unterschiedlichen Therapierichtungen zugrunde liegen. Anschließend werde ich auf die Ergebnisse von Raskob Bezug nehmen und erläutern, weshalb ich beim „Messie“-Syndrom psychoanalytische Interventionsmaßnahmen für angebracht halte.

Die Verhaltenstherapie ist von allen Therapierichtungen diejenige, die sich am stärksten an den Naturwissenschaften orientiert, d.h. sie legt großen Wert auf die wissenschaftliche Überprüfbarkeit ihrer Theorien und Konzepte (Piontek 2002, S. 57). Zu Beginn des 20. Jahrhunderts setzte sich der forschungsmethodische Ansatz des Behaviorismus zum Ziel, menschliches Erleben und Verhalten experimentell und objektiv zu erforschen (Piontek 2002, S.57). Geprägt von dieser naturwissenschaftlichen Weltanschauung ist das Menschenbild der Verhaltenstherapie. Im Mittelpunkt der kognitiven Verhaltenstherapie steht das sichtbare Verhalten und das ihm zu Grunde liegenden Denkmuster.

„Der Mensch wird gesehen als ein auf der Basis seiner biologischen Ausstattung von Beginn an lernendes Wesen. Störung ist demnach

immer auf etwas im Laufe der Entwicklung falsch Gelerntes zurückzuführen. Die Interventionsstrategien in der Therapie zielen deshalb vom Prinzip her darauf ab, die >Lernfehler< zu korrigieren und neue, brauchbarere, für das Leben hilfreichere Muster des Erlebens und Verhaltens zu erlernen.“ (Piontek 2002, S.57)

Die Verhaltenstherapie legt großen Wert auf eine Analyse der bestehenden Probleme. Es wird analysiert, wie ein Problem entstanden ist und wie man es konkret lösen kann. Dies geschieht anhand unterschiedlicher Methoden. Hat ein Klient beispielsweise nach einem Autounfall Angst, sich wieder ans Steuer zu setzen, so wird systematisch an diesem Problem gearbeitet. Mit der alten Reiterweisheit „Wer einmal vom Pferd fällt, muss gleich wieder aufsteigen“ könnte man das Grundprinzip der systematischen Desensibilisierung beschreiben. Sie ist ein zentrales Element der verhaltenstherapeutischen Praxis (Piontek 2002, S. 62). Der Klient ist selbst dafür verantwortlich, erarbeitete Lösungsmöglichkeiten auszuprobieren. Die aktive, eigenverantwortliche Rolle des Klienten steht bei der kognitiven Verhaltenstherapie im Mittelpunkt (Piontek 2002, S. 61). Vergangene Traumatisierungen werden dabei ähnlich behandelt wie aktuelle Störungen.

In der Psychoanalyse (begründet von Sigmund Freud) wird nicht nach dem Prinzip „Konkrete Probleme brauchen konkrete Lösungen“ gearbeitet. Hier bekommt der Klient einen offenen Raum zur Verfügung gestellt. Er soll so möglichst viel seiner persönlichen Geschichte in freier Assoziation darlegen. Dabei kommen häufig zentrale Aspekte der frühen Kindheit, der Beziehung zu den Eltern und zu anderen bedeutsamen Menschen zur Sprache (Piontek 2002, S.70). Im Gegensatz zur Verhaltenstherapie, hält sich der Therapeut bei der Psychoanalyse zurück und unterstützt gleichzeitig den Selbstreflexionsprozess des Klienten.

„Jede Art von führendem oder direktem Eingreifen durch den Therapeuten wird als Manipulation betrachtet.[...]Das Ziel ist es, aus den verbalen und nonverbalen Botschaften die unbewußten Konflikte und neurotischen Strukturen herauszufinden.“ (Piontek 2002, S. 70)

Die Therapie ist ergebnisoffen. Es gibt weder Zielklärungen, Ratschläge noch Verhaltensexperimente.

„Die Veränderung des Bewußtseins läuft über einen dynamischen Prozess von sich öffnen, Gefühle intensiver wahrnehmen und sich damit zeigen, Einsichten gewinnen, sich neu organisieren und dann anders fühlen, denken und verhalten.“ (Piontek 2002, S. 71)

Die Aufgabe des Therapeuten ist es, dem Klienten, seine Wahrnehmung hilfreich zur Verfügung zu stellen.

Eine Psychoanalyse beansprucht viel Zeit, da in der Therapie nicht an einem konkreten Problem gearbeitet wird, sondern durch Aktivierung des Unterbewusstseins eine hilfreiche Neuordnung der inneren Strukturen angestrebt wird, welche dann die mitgebrachten Probleme des Klienten sozusagen miterledigt (Piontek 2002, S. 71).

Anhand dieser kurzen Darstellung lassen sich bereits wesentliche Unterschiede der Therapieschulen erkennen. Während in der Verhaltenstherapie die Ziele im therapeutischen Prozess mit dem Klienten zusammen immer wieder explizit gesucht und benannt werden, ist der Therapieprozess in der Psychoanalyse eher zieloffen. Der Therapeut benennt hier keine Ziele, sondern unterstützt den Klienten, damit er eigenständig herausfinden kann, wo die Ursachen seiner Probleme herkommen.

Anhand der Ergebnisse von Beate Raskob kann man erkennen, dass es in der Kindheit der „Messies“ viele Defizite gab, was die Beziehung zu den Eltern, Rückhalt und Unterstützung durch diese und emotionale Zuwendung betrifft. Sie konnten sich nicht vertrauensvoll an sie wenden, wenn sie Angst oder Probleme hatten, da sie damit rechnen mussten, ausgelacht, bestraft oder nicht beachtet zu werden. Aufgrund dieser Erfahrungen haben sie sich Verhaltensweisen angeeignet, die ihnen helfen, dieses Defizit wieder auszugleichen bzw. das zu ersetzen, was ihre Eltern nicht in der Lage waren, ihnen zu geben. Im Erwachsenenalter, so zeigt die Studie, scheinen „Messies“ zu versuchen, mit Hilfe ihrer Besitztümer, dieses Defizit auszugleichen. Sie fühlen sich sicher, wenn sie ihre Besitztümer in unmittelbarer Reichweite wissen. In gewisser Weise erhalten sie so Kontrolle und emotionale Zuwendung. Das kann man daran erkennen, dass die Besitztümer der „Messies“ häufig mit Emotionen verbunden sind, z.B. mit Situationen, in denen sie sich geborgen fühlten oder mit positiven Erinnerungen aus der Vergangenheit. Ohne die Gegenstände haben sie Angst, diese Erinnerungen und die damit verbundenen Gefühle zu verlieren. Auf der anderen Seite haben die Gegenstände eine große Macht über sie und schränken sie in ihrem Leben stark ein (s.o).

Interessant ist, dass sich ein gewisses Muster erkennen läßt, das sich zu wiederholen scheint, wenn man die Beziehung zu den Eltern und die zu den Besitztümern näher betrachtet. Betroffene

lieben ihre Eltern ebenso und fühlen sich emotional an sie gebunden, doch diese haben sie in bezug auf ihre Persönlichkeitsentwicklung in der Vergangenheit stark eingeschränkt. Mit den Besitztümern ist es ähnlich. Einerseits fühlen sich „Messies“ ihnen gegenüber emotional verbunden, doch andererseits nehmen die Gegenstände so viel Raum in ihrem Leben ein, dass sie sich sozial immer weiter isolieren und aufgrund des Zustands in ihrer Wohnung und ihrer Unfähigkeit etwas daran zu ändern, immer mehr an Selbstvertrauen verlieren.

Betrachtet man die oben genannte Studie, erkennt man, dass sich das Krankheitsbild der „Messies“ über viele Jahre entwickelt hat. Den Betroffenen ist allerdings nicht klar, aus welchem Grund sie so handeln. Zu erwähnen ist hier in aller Deutlichkeit, dass bei allen „Messies“ unterschiedliche Biographien und individuelle Erfahrungen und Voraussetzungen gegeben sind. Die Ergebnisse der Studie zeigen lediglich gewisse Gemeinsamkeiten und Strukturen in der Kindheit, die helfen können, zu verstehen, wie sich ein solches Krankheitsbild entwickeln kann.

Ziel einer Therapie könnte es z.B. sein, einem Betroffenen zu helfen, die oben genannten Muster zu erkennen, so dass er die Möglichkeit erhält, sein Verhalten bestimmten Ereignissen in seinem Leben zuzuordnen. Er könnte sich selbst mit anderen Augen sehen und sich besser verstehen lernen. Wenn er sich ändern möchte, ist solch eine veränderte Wahrnehmung bzw. solch eine Erkenntnis über sich selbst von größter Bedeutung. Wichtig ist dabei, dass der Betroffene sich diese Erkenntnis möglichst selbst erarbeitet, denn nur so wird ihm der Weg zu einer Veränderung bzw. „Heilung“ sinnvoll und notwendig für sein Leben erscheinen. Solch ein Vorgehen würde bei psychoanalytischen und bei tiefenpsychologisch orientierten Therapiemethoden angewandt.

Dass eine Verhaltenstherapie bei einer Krankheit wie dem „Messie“-Syndrom langfristig erfolgreich sein kann, halte ich für fragwürdig. In der Sprache der Verhaltenstherapie würde man bei „Messies“ die „falsch“ gelernten Verhaltensweisen durch neue, brauchbarere ersetzen und irrationale durch rationale Gedanken ersetzen. In der Verhaltenstherapie wird im Falle eines „Messies“ also konkret am Chaos-Problem angesetzt. Ziel einer verhaltensorientierten Therapie wäre, das Sammelverhalten zu modifizieren und das Schaffen und Aufrechterhalten von Ordnung zu erlernen.

Wie man gesehen hat, hat sich das „Messie“-Syndrom bei den Betroffenen über viele Jahre entwickelt. Bereits Erfahrungen aus der frühesten Kindheit spielen dabei eine bedeutende Rolle. Das

„Messie“-Syndrom ist begleitet von starken Emotionen, wie Existenzängsten und Schamgefühlen. Wenn „Messies“ bereits bei der Vorstellung, Gegenstände wegwerfen zu müssen, in panikartige Zustände verfallen, stellt sich doch die Frage, wie mit diesen Menschen zu Beginn einer Verhaltenstherapie sofort das konkrete Problem der Unordnung und des Chaos angegangen werden soll. Wie soll ein „Messie“ sein Verhalten ändern, wenn er es nicht versteht?

Um einen Einblick in die Praxis einer solchen Therapie zu gewähren, werde ich im folgenden Kapitel eine Interventionsfallstudie vorstellen, die verhaltensorientiert mit einem „Messie“ durchgeführt wurde.

4. Die lösungsorientierte Kurzzeittherapie als Beispiel einer verhaltensorientierten Intervention

Im Jahre 2004 wurde eine von Gisela Steins und ihren Mitarbeitern durchgeführte Interventionsfallstudie zum „Messie“-Phänomen veröffentlicht. Durchgeführt wurde diese Studie bzw. diese Therapie mit einer Studierenden der Universität Bielefeld, die sich selbst als „Messie“ bezeichnet.

Im Folgenden werde ich diese Studie, die aus insgesamt fünf Gesprächen zwischen Therapeut und Klientin bestand, vorstellen. Zunächst werden die Grundlagen der lösungsorientierten Kurzzeittherapie dargelegt, auf die sich die Untersucher gestützt haben. Danach wird beschrieben, wie die Studie durchgeführt wurde, wo die Therapie stattgefunden hat, wer die Klientin und wer der Therapeut war. Außerdem wird auf das konkrete Vorgehen eingegangen. Anhand von Zitaten aus den Therapiesitzungen wird die Art der Kommunikation zwischen Therapeut und Klientin aufgezeigt. Als letztes wird das Ergebnis der Therapie vorgestellt.

Im letzten Teil dieses Kapitels wird die Studie kritisch beleuchtet. Die Auswahl der Klientin sowie das therapeutische Setting und die Art und Weise der Auswertung dieser Studie werden dabei im Vordergrund stehen.

4.1. Grundlagen der lösungsorientierten Kurzzeittherapie

In den 80er Jahren wurde das Konzept der lösungsorientierten Kurzzeittherapie von Steve De Shazer, Insoo Kim Berg und anderen im „Brief Family Therapy Center“ (BFTC) in Milwaukee (USA) entwickelt. Ursprünglich entstand sie aus der therapeutischen Arbeit mit Menschen aus sozialen Brennpunkten (Piontek 2002, S.48).

Die Idee war, ein niedrighschwelliges Angebot zu entwickeln, das den Bedürfnissen der sozial Benachteiligten angepasst ist, da diese Menschen nur schwer Zugang zu den gängigen Therapien fanden.

Im Ansatz der lösungsorientierten Kurzzeittherapie wird davon ausgegangen, dass der Klient (der Mensch) grundsätzlich über Ressourcen und Fähigkeiten verfügt, seine Probleme zu lösen (Piontek 2002, S. 85).

In der Therapie wird wenig Zeit damit verbracht, das Problem zu beschreiben. Es wird sofort mit der Zieldefinition begonnen. Die Zentrale Frage dabei ist: „Was wird anders sein, wenn das Problem nicht mehr besteht?“ Die Antwort des Klienten könnte sein: „Ich würde mit meiner Frau weniger streiten und besser über Probleme reden können.“ (Piontek 2002, S. 85). Steins beschreibt diese zentrale Frage als *Wunderfrage*. Der Therapeut fordert den Klienten auf, sich vorzustellen, über Nacht sei ein Wunder geschehen und alle Probleme seien verschwunden. Der Klient soll dann beschreiben, woran er es merken würde. Durch diese Frage erhält der Klient die Möglichkeit, ein Ziel zu formulieren, welches die Anwesenheit von etwas Erwünschtem beschreibt und nicht bloß die Abwesenheit von etwas (Steins 2004, S. 40). Nach der Schilderung der „Wundersituation“ wird gefragt, was der Klient tun könnte, um seinem Ziel ein Stückchen näher zu kommen. Was würde er als erstes tun, was als zweites usw. Danach folgen Fragen nach bereits bestehenden „Wundersituationen“ oder in der Vergangenheit einmal da gewesen. Wenn wir beim oben genannten Beispiel bleiben, könnte die Frage des Therapeuten lauten: „Wann war das schon mal anders, dass sie mit ihrer Frau über ein Problem geredet haben, ohne zu streiten?“ (Piontek 2002, S. 83). Im nächsten Schritt wird die genannte Ausnahmesituation konkretisiert und es werden Details geklärt. Was war damals anders? Was hat es ermöglicht, dass man sich z.B. nicht gestritten hat? Wie hat man sich verhalten? Die aus solchen Situationen abgeleiteten Verhaltensweisen werden dann vom Klienten im Alltag erprobt. Da der Fokus bei dieser Therapieform auf der konkreten Lösung des Problems liegt, ist es wichtig nicht ständig das zu wiederholen, was nicht funktioniert hat, sondern das zu machen, was gut funktioniert hat (Piontek 2002, S. 85).

Eine weitere Methode ist das Stellen von Skalierungsfragen. Eine typische Skalierungsfrage lautet: „Wie würden sie sich heute auf einer Skala von eins bis zehn einschätzen, wobei eins den Tag darstellt, als das Problem am größten war, und zehn den Tag, nachdem das Wunder geschehen ist?“ Angenommen der Klient schätzt sich bei vier ein, so könnte der Therapeut fragen: „Wie kommt es, dass sie heute bei vier sind, was macht die vier aus

und wieso keine drei, was wäre der erste Schritt, um zur fünf zu gelangen?“ (Steins 2004, S. 41).

In der lösungsorientierten Kurzzeittherapie wird mit „Hausaufgaben“ gearbeitet. Der Therapeut gibt dem Klienten eine Hausaufgabe, die lauten könnte: „Versuchen sie in der Zeit bis zur nächsten Sitzung im Gespräch mit ihrer Frau besser zuzuhören und ruhig zu bleiben.“ Die Hausaufgaben werden zwar vom Therapeuten gestellt, doch formuliert werden sie vom Klienten selbst, nämlich in der Antwort auf eine Wunder- oder Skalierungsfrage. So stellt er sich seine Hausaufgabe im Prinzip selbst. Er gibt sich selbst die Antwort auf die Frage: Wie kann ich mein Problem lösen?

Ein Klient, der für sich selbst kein Ziel formulieren kann (oder will), erhält keine Hausaufgabe. Der Wunsch nach Veränderung und der Wille zur aktiven Teilnahme am Therapiegeschehen des Klienten sind für den Erfolg der Therapie von großer Wichtigkeit. Wird ein Klient beispielsweise gegen seinen Willen zur Therapie geschickt und formuliert keine Ziele, so befindet er sich in der Rolle des *Besuchers*. Für den Therapeuten entsteht kein Auftrag. Andere kommen in die Therapie, um über ihr schweres Problem zu klagen und ihr Herz auszuschütten (Steins 2004, S. 40). Diese werden als *Klagende* bezeichnet. *Besucher* oder *Klagende* sofort mit der Lösungssuche zu konfrontieren, macht wenig Sinn. Erst wenn der Wille da ist, etwas zu verändern, werden aus den *Besuchern* oder den *Klagenden Kunden*, die ein Ziel definieren und aktiv mitarbeiten wollen (Piontek 2002, S. 86).

Das Menschenbild, welches hinter dieser Form der Therapie steht, ist ein positiv vorwärts gerichtetes. Es wird davon ausgegangen, dass der Mensch die Ressourcen für die Lösung eines jeden Problems in sich trägt. Durch die Unterstützung des Therapeuten sollen diese aktiviert werden. Der Klient wird immer wieder vom Therapeuten bestärkt und bekommt Lob und Anerkennung, was den Aufbau von Selbstwert fördern soll. Da die Lösung eines konkreten Problems im Mittelpunkt steht, wird bereits in der ersten Sitzung gezielt auf die Lösungssuche eingegangen. Kommt ein Klient zur ersten Sitzung, wird häufig vom Therapeuten die Frage gestellt: „Wie kann ich Ihnen helfen?“. Diese Frage impliziert bereits, dass hier kein Problem erörtert werden soll, sondern die Erarbeitung von Lösungsmöglichkeiten im Vordergrund steht.

4.2. Die Studie

Das Buch „Aber Messie bin ich noch!“ von Gisela Steins und ihren Mitarbeitern, sowie die darin enthaltene Einzelfallstudie mit einer Betroffenen, entstand im Rahmen eines mehrsemestrigen Werkstattseminars mit dem Thema „Messies“ an der Universität Bielefeld.

Die Klientin der Einzelfallstudie war Frau B. Sie hatte wie einige andere betroffene Frauen an dem oben genannten Seminar teilgenommen. In diesem Zusammenhang wurde sie gefragt, ob sie sich bereit erklären würde, an der Interventionsfallstudie teilzunehmen. Sie zeigte sich sofort begeistert (Steins 2004, S. 44).

Frau B. war zu dem Zeitpunkt der Therapie 61 Jahre alt und mit einem Berufsschullehrer verheiratet. Ihre Kinder sind bereits erwachsen. Sie hat ein Studium der Mathematik und Biologie absolviert. Damals besuchte sie an der Universität Bielefeld Seminare im Fach Politikwissenschaften. Frau B. hatte bereits eine tiefenpsychologische Therapie hinter sich, die phasenweise als Paartherapie gestaltet war (Steins 2004, S. 51).

Wichtig zu erwähnen ist, dass Frau B. nicht zu den „Messies“ gehört, die sich regelrecht zumüllen. Wie bereits erwähnt, geht Steins davon aus, dass auch diejenigen Menschen als „Messies“ zu bezeichnen sind, die nur in ihrer subjektiven Wahrnehmung zu unordentlich und chaotisch sind und unter diesem Umstand leiden (siehe Kap.1). Der Zustand der Wohnung von Frau B. wird folgendermaßen beschrieben:

„Objektiv betrachtet ist ihre Wohnung nicht als sehr ordentlich zu bezeichnen, aber auch nicht als besonders unordentlich.[...] Auf einem Kontinuum von extrem ordentlich bis extrem unordentlich würde sie sich im mittleren Bereich bewegen.“ (Steins 2004, S. 51)

Der Therapeut war ein 44-jähriger Student der Psychologie. Er hatte seine Kenntnisse in der lösungsfokussierten Therapie durch einen Intensivkurs mit praktischen Übungen erworben und hatte für die Zeit des Therapieverlaufs einen Experten auf diesem Gebiet als Ansprechpartner für die Supervision. Zusätzlich konnte er Erfahrung im therapeutischen Kontext durch seine Arbeit in einer Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und Familienangelegenheiten vorweisen (Steins 2004, S. 44).

Das therapeutische Setting war folgendermaßen konzipiert: Am Ende jeder Sitzung konnte die Klientin selbst entscheiden, wann der nächste Gesprächstermin stattfinden sollte. Es entstanden in unterschiedlich großen Abständen fünf Gespräche, wobei die ersten beiden Gespräche im Abstand von einer Woche stattfanden. Danach erschien Frau B. erst nach drei Wochen, und die letzten zwei Sitzungen fanden im Abstand von zwei Wochen statt. Die Gespräche dauerten durchschnittlich vierzig Minuten, wobei das Feedback nochmals 10 Minuten in Anspruch nahm (Steins 2004, S. 45).

Die Gespräche fanden in einem Raum der Universität Bielefeld statt. In diesem Raum konnte Frau B. mit dem Therapeuten in einem Teil des Raumes sitzen, während das Team (bestehend aus weiteren sieben Personen der Projektgruppe) sich in dem anderen Teil des Raumes befand und die Gespräche beobachten konnte (Steins 2004, S. 45).

Nach den Gesprächen wartete Frau B. auf dem Flur, während das Team das Feedback vorbereitete. Als das Team fertig war, wurde Frau B. wieder hereingebeten und bekam ihr Feedback.

Um die Gespräche mit Frau B. auswerten zu können, d.h. um Informationen über ihren psychischen Zustand vor, während und nach der Therapie zu erhalten, verwendete das Team einen psychologischen Fragebogen. Diesen füllte Frau B. zu verschiedenen Zeitpunkten der Therapie aus. Insgesamt wurde er ihr drei Mal vorgelegt. Der erste Zeitpunkt war vor der ersten Sitzung, der zweite war der Termin vor der letzten Sitzung und das letzte Mal füllte Frau B. den Fragebogen fünf Wochen nach der letzten Sitzung aus (Steins 2004, S. 46).

Steins und ihre Mitarbeiter sehen *Hoffnungslosigkeit*, einen *geringen Selbstwert* und *externale Kontrollüberzeugungen* als zentrale Merkmale von „Messies“ an (vgl. Steins 2004). So wählten sie diese drei Konzepte aus, um Veränderungen, die auf die Intervention zurückzuführen sind, zu erfassen.

Zur Erfassung von Veränderungen bezüglich der Hoffnungslosigkeit wurde die *revidierte Skala zur Erfassung der Hoffnungslosigkeit* von Krampen (1994) verwendet. Diese besteht aus zwanzig Aussagen, welche auf einer sechsstufigen Skala beantwortet werden (von – „sehr falsch“ bis +++ „sehr richtig (+3)). Mögliche Aussagen hierbei sind:

- a) Häufig möchte ich alles hinschmeißen , weil ich es doch nicht besser machen kann.

- b) Die Zukunft liegt für mich im Dunkeln.
- c) Alles, was ich im Moment so vor mir liegen sehe, ist eher unschön als schön und angenehm.
(Steins 2004, S.47)

Um Veränderungen des Selbstwertes bei der Klientin zu erfassen, verwendete das Team eine Übersetzung der von Rosenberg (1965) entwickelten Selbstwertskala. Diese umfasst 10 Aussagen, die zur Hälfte positive und negative Selbstwerteinschätzungen beschreiben. Die Beantwortung dieser Skala erfolgt mit einer vierstufigen Skala (von 0 „trifft gar nicht zu“ bis 4 „ trifft voll und ganz zu“). Hier einige mögliche Aussagen:

- a) Hin und wieder denke ich, dass ich gar nicht taue.
- b) Ich fürchte, es gibt nicht viel, worauf ich stolz sein kann.
- c) Ich fühle mich von Zeit zu Zeit richtig nutzlos.
(Steins 2004, S. 47)

Veränderungen in den Kontrollüberzeugungen wurden mit Hilfe des IPC-Fragebogens von Krampen erfasst. Hierbei sollte festgestellt werden, ob internale oder externale Kontrollüberzeugungen vorliegen. Internale Kontrollüberzeugungen liegen nach Rotter dann vor, wenn eine Person Ereignisse oder Gegebenheiten in ihrem Leben, als durch das eigene Verhalten verursacht wahrnimmt. Externale Kontrollüberzeugungen liegen vor, wenn eine Person die Ereignisse nicht als durch das eigene Verhalten verursacht wahrnimmt, sondern sie als Ergebnis von Glück, Pech, Schicksal oder als von anderen Personen abhängig wahrnimmt (Steins 2004, S. 48).

Angelehnt an diese Unterteilung umfasst der IPC- Fragebogen drei Subskalen mit jeweils acht Aussagen.

1. *Die Internalitätssubskale (I-Skala)*
2. *Skala zur Erfassung der Externalität (P-Skala) Machtlosigkeit*
3. *Skala zur Erfassung der Externalität (C-Skala) Fatalismus*

Aussagemöglichkeiten:

I-Skala: Wenn ich Pläne schmiede, bin ich sicher, dass das geplante auch Wirklichkeit wird.

P-Skala: Ich habe das Gefühl, dass das meiste, was in meinem Leben passiert, von anderen Leuten abhängt.

C-Skala: Zufällige Geschehnisse bestimmen mein Leben.

Die Aussagen sollen auf einer sechsstufigen Skala (von – „sehr falsch“ bis +++ „sehr richtig“ (+3)) eingeschätzt werden (Steins 2004, S. 49).

Zusätzlich füllte Frau B. zu allen Zeitpunkten eine Befindlichkeitsskala aus. Diese enthielt 56 Eigenschaftswörter, die die momentane subjektiv erlebte Befindlichkeit der Klientin erfassen sollte. Auf diese Weise sollte kontrolliert werden, wie sich Frau B. vor, während und nach der Therapie fühlte.

Um zu kontrollieren, ob Veränderungen in der Zeit der Intervention nicht auf andere Ereignisse als die Intervention zurückzuführen sind, füllte Frau B. einen Fragebogen zu kritischen Lebensereignissen aus. Dieser erfragte neben den möglichen kritischen Lebensereignissen wie z.B. „Tod des Partners / der Partnerin“ oder „Verletzung oder Krankheit“, ob die Ereignisse in den letzten drei Monaten aufgetreten sind (Steins 2004, S. 50).

Während der Therapie kamen einige Dinge zur Sprache, die Frau B. zu schaffen machten. Da die Ausführung aller Probleme hier den Rahmen sprengen würde, werde ich mich im Folgenden auf die „Messie“-spezifischen Probleme konzentrieren, die Frau B. hatte.

In der ersten Sitzung erzählte sie, dass sie Probleme habe, ihre Papiere und ihre Bücher zu sortieren, im Haus aufzuräumen und es zu renovieren und vor allen Dingen den Garten in Ordnung zu bringen. Da der Garten ein zentrales Problem für Frau B. darstellte, war dieser immer wieder Thema während der Therapie. Im Folgenden möchte ich einige Auszüge aus den Gesprächen vorstellen, um zu zeigen, wie dieses konkrete Gartenproblem in der lösungsorientierten Kurzzeittherapie behandelt wurde.

Die Ziele der Klientin bezüglich des Gartenproblems werden bereits in der ersten Sitzung formuliert. Ihr Garten soll endlich ordentlich sein, sie braucht einen Gärtner. Es stört sie das viele Unkraut und die zu dicht bepflanzten, nun groß gewordenen Bäume. Einiges muss raus, alles muss sie allein entscheiden und damit ist sie überfordert. Sie möchte Anregungen erhalten, wie sie ihre Probleme angehen kann, sie hätte gerne mehr Kenntnisse, wie man etwas macht und sich auch darauf konzentrieren kann. Sie hätte gerne mehr Kenntnisse darüber, wie man richtig im Garten arbeitet usw. (Steins 2004, S. 52).

Der Therapeut führt die Zustandsskala (s.o.) ein. Frau B. ordnet sich auf der Skala bei Stufe 7 ein, da sie heute guter Dinge ist, räumt jedoch ein, dass ihr Garten in Ordnung sein müsste, damit es so bleibt. Es müssten z.B. die Gartenabfälle weg transportiert werden, was sie nicht erledigen könne, da sie keinen Führerschein habe. Der Therapeut fragt, ob es nicht andere Möglichkeiten gäbe? Daraufhin schlägt sie vor, die Zeitung zu kaufen und nachzusehen, ob nicht jemand solche Dienstleistungen anbiete. Im Feedback wird diese Idee vom Therapeuten verstärkt und als Hausaufgabe gestellt (Steins 2004, S. 56).

Im Verlauf der Intervention kümmert sich Frau B. weiter um das Gartenproblem, wobei sie immer wieder auf Hindernisse stößt. Eines dieser Hindernisse ist folgendes: Frau B. informierte sich in der Zeitung, rief Dienstleister an und holte Angebote ein. Doch die zwei Unternehmen, die Frau B. kontaktiert hatte, kamen für sie nicht in Frage. Eines der beiden hatte vor, das Unkraut mit Gift zu beseitigen, das wollte Frau B. nicht. Das zweite war zu teuer. Also hat sie bis zur zweiten Sitzung nichts weiter unternommen. Es folgt nun ein Ausschnitt dem Gespräch zwischen dem Therapeuten und Frau B..

„Therapeut: Also das mit dem Garten, das haben wir schon zur Hälfte geschafft. Jetzt müssen wir nur noch jemanden finden, der das professionell macht. Müssen wir den überhaupt finden?

Frau B.: Doch, also ich will das nicht wieder liegen lassen, sonst fängt das alles wieder von vorne an. Wie sieht das aus? Ach, dann ist ja bald Herbst, dann verwelkt alles. Nein, das will ich nicht.

Therapeut: Was müsste sich verbessern?

- Frau B.: Wenn das ganze Unkraut weg ist, und die unnötigen Bäume gefällt sind, dann würde ich es sehen.
- Therapeut: Ich meine jetzt sofort.
- Frau B.: Ich muss gucken, ob ich jemanden finde. Ich guck noch mal in der Zeitung [...].“
(Steins 2004, S. 93)

Hier fragt der Therapeut zunächst, ob Frau B. denn tatsächlich etwas an ihrer Situation ändern möchte. Dies tut er mit der Frage „Müssen wir den überhaupt finden?“ Auf diese Weise „erinnert“ er Frau B. daran, dass *sie* diesen Wunsch hatte, und es in *ihrer* Macht steht, etwas an der Situation zu verändern. Nachdem sie deutlich macht, dass sie es will, fragt er danach, *was* sich genau verbessern muss. Daraufhin antwortet Frau B., dass sie eine Veränderung bemerken würde, wenn die Bäume und das Unkraut weg wären. Anhand dieser Aussage kann man sehen, wie Frau B. denkt. Sie denkt in zu großen Schritten. Vor dem inneren Auge sieht sie bereits den aufgeräumten Garten, also die Situation, wie sie sein sollte, aber nicht ist. Dies wiederum kann schnell dazu führen, dass Frau B. sich blockiert fühlt und sie keine Energie hat, etwas zu unternehmen, da ihr auf diese Weise alles zu viel und unüberwindbar erscheint.

An dieser Stelle greift der Therapeut ein und sagt: „Ich meine jetzt sofort.“ Er führt sie damit wieder auf den „richtigen“ Weg. Frau B. soll Schritt für Schritt vorgehen und dabei aktiv bei der Sache bleiben ohne das Ziel aus den Augen zu verlieren. Durch dieses Korrigieren von Seiten des Therapeuten kann sie sich wieder auf den nächsten kleinen Schritt konzentrieren, nämlich erneut in die Zeitung zu schauen und nach Alternativen zu suchen (s. o.).

In den folgenden Sitzungen wurde immer wieder die Skalierungsfrage verwendet, um zu überprüfen, wie sich Frau B. selbst einschätzt und um weitere Ziele bzw. Hausaufgaben zu formulieren, um dem Ziel näher zu kommen. So wurden auch andere Themen behandelt, wie z.B. die Beziehung zu ihrem Ehemann und die zu ihrer Schwester, die hier allerdings nicht weiter ausgeführt werden sollen.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Interventionsfallstudie zusammengefasst, wobei zunächst auf die Auswertung der Fragebögen eingegangen wird und anschließend auf das Gartenproblem.

4.3. Das Ergebnis

Bei der Auswertung legte das Team besonderen Wert auf die Veränderung, die zwischen dem ersten und den beiden späteren Zeitpunkten der Befragung auftraten. Sie gingen davon aus, dass man anhand dieser Methode feststellen kann, ob einerseits Veränderungen bei der Klientin aufgetreten sind und ob diese andererseits über die Zeit nach der Therapie stabil sind. Ergeben sich keine negativen bzw. positive Veränderungen zwischen den letzten beiden Messzeitpunkten, so Steins, kann man davon ausgehen, dass die Klientin von der Intervention profitiert hat und sie die Erfahrungen auf den Alltag übertragen kann (Steins 2004, S. 145). Auf diese Annahme werde ich in der Diskussion noch näher eingehen.

Folgende Veränderungen bei Frau B. wurden beschrieben:

Hoffnungslosigkeit

„Auf der Hoffnungslosigkeitsskala zeigte sich vom ersten bis zum dritten Messzeitpunkt eine stetige Verbesserung in den Rohwerten, die sich in sinkenden Hoffnungslosigkeitswerten widerspiegelt [...]. Jedoch deutet die positive Entwicklung der Klientin auf einen Erfolg der Intervention hin, denn im Verlauf der Sitzungen konnte Frau B. ihre Hoffnung steigern. [...] Eine schrittweise Annäherung an die Ziele hält die Motivation aufrecht, den Weg bis zum Ende zu gehen. Weiterhin hat die Klientin neue Wege bzw. Strategien kennen gelernt, wie sie auf das Erreichen ihrer Ziele hinarbeiten kann.“ (Steins 2004, S. 145)

Kontrollüberzeugungen

„[...] Frau B. konnte zum ersten Messzeitpunkt bezogen auf interne Kontrolle als unterdurchschnittlich, bezogen auf die externe Kontrolle als durchschnittlich beschrieben werden. Bei den letzten beiden Erhebungszeitpunkten stieg die erlebte Internalität auf ein durchschnittliches Niveau an und Externalität auf beiden Subskalen fiel auf ein unterdurchschnittliches bis weit unterdurchschnittliches Niveau ab.[...]“ (Steins 2004, S. 146)

Selbstwert

„Der Selbstwert stieg vom ersten bis zum letzten Messzeitpunkt stetig an[...].“ (Steins 2004, S. 146)

Wie oben beschrieben, hatte Frau B. zunächst aufgegeben, als zwei Angebote, die sie für die Aufräumarbeiten eingeholt hatte, nicht ihren Vorstellungen entsprachen. Sie überkommt also schnell Hoffnungslosigkeit - eine „Messie“- typische Eigenschaft laut Steins und Mitarbeitern. Erst durch ein erneutes Therapiegespräch, in dem ihr die Hausaufgabe gestellt wurde, ihren Garten einmal zu genießen, indem sie sich mit einem Buch dort hinsetzt und es sich gut gehen läßt, fielen ihr wieder schöne Aspekte des Gartens auf. So wurde sie motiviert und kümmerte sich weiter um die Gartenangelegenheit, bis sie jemanden fand, der die Arbeit nach ihren Vorstellungen verrichten konnte.

4.4. Diskussion

Dieses Ergebnis der Intervention, welches bereits nach fünf Gesprächen erreicht zu sein scheint, klingt zunächst einmal sehr gut. Etwas überspitzt ausgedrückt könnte man sagen: die Klientin – ein „Messie“ – kam mit einem Problem zum Team und ging 13 Wochen später ohne dieses Problem wieder heim.

Im Folgenden werde ich zu diesem Therapieverfahren Stellung nehmen und es kritisch kommentieren. Es gibt einige Aspekte dabei, die ich für sehr fragwürdig halte.

4.4.1. Die Auswahl der Klientin

Der erste Punkt, der mir bei der Interventionsfallstudie von Gisela Steins und ihrem Team kritikwürdig erscheint, ist die Auswahl der Klientin.

Wie aus der Beschreibung der Studie hervorgeht (s.o.), schien das Team die Klientin bereits aus den Seminaren zu kennen. Offen bleibt wie viele Informationen sie tatsächlich schon vor Beginn der Therapie über Frau B. hatten. In den Ausführungen bleibt dieser Gesichtspunkt unerwähnt. Ich halte ihn allerdings für sehr wichtig. Kennen sich der Therapeut / das Team und die Klientin schon vorher, kann dies bedeuten, dass ein gewisses Vertrauen von beiden Seiten schon vorhanden war. Dies kann das Therapieschehen beeinflussen und somit auch ein Ergebnis

verfälschen. Dieses vertraute Verhältnis bedeutet z.B. für die Arbeit des Therapeuten, dass seine Klientin schon in der ersten Sitzung als aktiv teilnehmen wollende *Kundin* (s.o.) zu ihm kommt. Eventuell auftretende Schwierigkeiten bezüglich der Haltung des Klienten fallen somit von vorne herein weg.

4.4.2. Ist Frau B. ein „Messie“?

Desweiteren halte ich für diskussionswürdig, ob es sich bei Frau B. tatsächlich um einen „Messie“ handelt. Ich möchte an die Art und Weise erinnern, wie ihre Wohnung beschrieben wird (siehe S. 46 in dieser Arbeit). So, wie sie hier beschrieben wird, könnte man die Wohnung von 90% der deutschen Bevölkerung beschreiben. An dieser Stelle gelangt man wieder ganz schnell zur fehlenden Diagnose des „Messie“-Syndroms. Da es keine offiziellen Diagnosekriterien gibt, konnte die Studie mit Frau B. durchgeführt werden, denn nach Frau Steins sind auch die Menschen als „Messies“ zu bezeichnen, die ihre Wohnung in ihrer subjektiven Wahrnehmung als chaotisch empfinden, und enorm darunter leiden (s.o.).

Zeichnet einen „Messie“ aber nicht gerade die durch die vielen gesammelten Gegenstände unbewohnbar gewordene Wohnung aus? Ist es nicht *der* Grund, aus dem die Betroffenen unter solch einem massiven Leidensdruck stehen? Sicherlich spielen bei der „Messie“-Problematik weitere psychische Beeinträchtigungen eine Rolle (s.o.), doch das Chaos und die Unordnung in der Wohnung (der Umstand, aus dem der Begriff „Messie“ überhaupt entstanden ist) führen doch gerade häufig zur Resignation, die Betroffenen fühlen sich blockiert, überfordert und wie gelähmt, so dass sie nicht wissen, wo sie anfangen sollen, um das Chaos zu beseitigen.

Frau B. hingegen scheint Probleme zu haben, sich zu organisieren, sowie sie Angst zu haben scheint, etwas falsch zu machen. Sie als „Messie“ zu bezeichnen ist in meiner Meinung nach hier nicht angebracht. Würde Frau B. tatsächlich am „Messie“-Syndrom leiden, so könnte man weitaus mehr Menschen als „Messies“ bezeichnen, denn viele Menschen haben Probleme, ihre Zeit so zu organisieren, dass sie alles, was sie gerne erledigen wollen, innerhalb der geplanten Zeit auch schaffen.

Durch die fehlende Diagnose bleibt ein Ergebnis allerdings offen. Hier kann man lediglich für oder gegen eine Position argumentieren.

4.4.3. Die Evaluation

Mein dritter Kritikpunkt ist das Evaluationsverfahren. Um zu überprüfen, ob sich etwas im Verhalten und in der Einstellung der Klientin verändert hat, wurde ihr ein Fragebogen vorgelegt, der oben ausführlich beschrieben ist. Dieser wurde zu drei Zeitpunkten von Frau B. ausgefüllt, und zwar vor der ersten Sitzung, vor der letzten Sitzung und fünf Wochen nach der letzten Sitzung.

Es wurde also bereits fünf Wochen nach der letzten Sitzung überprüft, ob die Klientin in der Lage war, ihre Erfahrungen und die in der Therapie gewonnenen Erkenntnisse in den Alltag zu übertragen. Es stellt sich hier die Frage, wie aussagekräftig ein ausgefüllter Fragebogen sein kann, der schon fünf Wochen nach der Intervention der Klientin vorgelegt wird und danach nie wieder. Sinnvoller erscheint mir – wenn man schon diese Methode verwendet – diese Fragebögen in größeren Abständen über einen längeren Zeitraum, wie etwa einem Jahr, von der Klientin ausfüllen zu lassen. So hat man als Untersucher-Team die Möglichkeit, die Entwicklung der Klientin über einen längeren Zeitraum hinweg zu verfolgen. Der Grund, aus dem die Fragebögen ein so erfreuliches Ergebnis gezeigt haben, könnte z.B. der sein, dass Frau B. ein Erfolgserlebnis bezogen auf ihre Ziele hatte und sich im Moment des Ausfüllens besonders gut fühlte. Das Ausfüllen dieses Fragebogens zu einem späteren Zeitpunkt hätte vielleicht einen Rückschlag aufgedeckt.

Eine weitere Möglichkeit, die das erfreuliche Ergebnis der Therapie erklären könnte, ist die, dass Frau B. über das Vorgehen der Therapie durch das Seminar informiert war. Sie wußte also, dass sie fünf Wochen nach der Intervention erneut einen Fragebogen ausfüllen wird. So wäre hier ein möglicher Grund für das Ergebnis die soziale Erwünschtheit.

Im folgenden Kapitel soll die Psychoanalyse als Gegensatz zur lösungsorientierten Kurzzeittherapie dargestellt werden. Leider gibt es bislang noch keine Veröffentlichung, die eine psychoanalytische Therapie mit einem „Messie“ beschreibt. Daher bleibt

die Auseinandersetzung mit der Psychoanalyse im Hinblick auf die Behandlung von „Messies“ auf theoretischer Ebene.

5. Die Psychoanalyse

5.1. Das therapeutische Setting

Das Markenzeichen der Psychoanalyse war und ist bis heute die Couch. Heutzutage werden allerdings nicht mehr alle Patienten auf der Couch behandelt. Einigen Menschen ist es unangenehm, sie fühlen sich dadurch ausgeliefert. Alternativ kann der Therapeut dem Patienten anbieten, die Analyse im Sitzen zu beginnen. Dies hängt jedoch von der Vereinbarung zwischen Therapeut und Patient ab (König 2002, S. 86).

Die Sitzungen finden 4 bis 5 Mal wöchentlich statt und dauern jeweils 45 bis 50 Minuten. Die Therapie dauert so lange, wie der Prozeß der Heilung dauert. Dies ist bei jedem Patienten unterschiedlich. Durchschnittlich werden 4 bis 5 Jahre genannt (Schuster & Springer-Kremser 1998, S. 129).

In der klassischen Situation mit Couch und Sessel liegt der Patient entspannt auf der Couch. Der Analytiker sitzt hinter ihm auf einem bequemen Sessel und hat keinen Blickkontakt mit dem Patienten. Das Couch-Setting bietet einige Vorteile. Hierbei konzentriert sich die Kommunikation allein auf den akustischen Kanal und wird nicht durch optische Informationen beeinflusst. König beschreibt es folgendermaßen:

„Es fördert das Auftauchen frühkindlicher Erlebensweisen dadurch, dass der Analysand wie ein Kind auf seinem „Bettchen“ liegt und der Analytiker neben oder hinter ihm sitzt, wie das eine Mutter tun könnte. So bietet es Übertragungsauslöser aus der frühen Kindheit.“ (König 2002, S. 85)

Ein weiterer Vorteil des Couch-Settings ist der, dass es vielen Menschen leichter fällt über unangenehme und peinliche Dinge zu sprechen, wenn sie dem Analytiker dabei nicht ins Gesicht schauen. Diese Rollenverteilung in der therapeutischen Situation - nämlich die quasi abhängige, kindliche Rolle des Patienten gegenüber dem Therapeuten - wird im Vorfeld geklärt und vom Patienten freiwillig anerkannt (Kutter 2002, S. 249).

„Beide stellen sich auf das ein, was sich über die freie Assoziation des Patienten entwickelt.“ (Kutter 2002, S. 249)

Die Psychoanalyse legt großen Wert auf die inneren *unbewussten* Prozesse, sie interessiert sich dafür, was *in* der Person vor sich geht. Durch die freie Assoziation können unbewusste Gedanken ins Bewußtsein gelangen und für den Patienten wieder zugänglich werden. Dies kann ihm helfen, seine „kranken“ Verhaltensweisen zu verstehen. Bei der Psychoanalyse wird davon ausgegangen, dass psychische Beeinträchtigungen im Erwachsenenalter ihren Ursprung in der frühen Kindheit haben. In der Therapie macht sich der Patient gemeinsam mit dem Therapeuten sozusagen auf die Suche nach Situationen oder Beziehungen, welche die Ursache für die heutigen Konflikte sein können.

Der Therapeut verhält sich während der Therapie sehr zurückhaltend. Diese Zurückhaltung führt beim Patienten zu unvermeidlicher Frustration, denn der Therapeut geht nicht - so wie es in der alltäglichen Kommunikation meist geschieht - sofort auf die Äußerungen des Patienten ein, sondern er schweigt sehr viel, um den Patienten zu weiteren Assoziationen anzuregen (Kutter 2000, S. 249).

Der Analysand übernimmt die Aufgabe, während der Therapie-stunde das Verfahren der freien Assoziation auszuführen, wobei er alles ansprechen sollte, was ihm einfällt. Egal, wie unangenehm oder peinlich es ihm ist. Auch Dinge, von denen er glaubt, sie seien für die Analyse unwichtig, gehören in die Sitzung (Schuster & Springer-Kramser 1998, S. 129).

Der Therapeut hat die Aufgabe, aufmerksam und unvoreingenommen zuzuhören. Zunächst versucht er sich in die Lage des Patienten zu versetzen. In ihm geht also eine Zeit lang ähnliches vor, wie im Patienten selbst. Doch bald werden dem Analytiker durch seine Fähigkeit zur Introspektion weitere Aspekte bewußt, die in einem weiteren Schritt zu einem tieferen Verstehen des Materials des Patienten führen. Schließlich kann der Analytiker - sofern er es für angemessen hält - dem Patienten seine Deutung des Gesagten mitteilen (Schuster & Springer-Kremser 1998, S. 129).

Die Mitteilungen des Therapeuten an seinen Patienten sollen das innerpsychische Gleichgewicht, wie es sich bisher verfestigt hat, destabilisieren, um dem Patienten angemessenere Lösungen des Konfliktes zu ermöglichen.

„Das Wesentliche des psychoanalytischen Prozesses besteht in dem beständigen Klären und Deuten des Wechselspiels der verschiedenen miteinander in Konflikt liegenden psychischen Kräften.“ (Schuster & Springer-Kremser 1998, S. 130)

Der Patient versucht unbewusst, immer wieder zu seiner unbewusst angestrebten Befriedigung zu gelangen; er versucht also dem Deutungsprozess auszuweichen. Dies tut er, indem er dem Analytiker in seinem unbewußten Szenario kindlicher Wunschvorstellung eine Rolle zuschreibt und ihn zum „Mitspielen“ verführen möchte. Der Analytiker deutet das Verhalten des Analysanden als Ausdruck eben dieser unbewußten Wünsche, wobei er sich nicht von seiner neutralen Position abbringen läßt. Er hilft dem Patienten, zwischen Phantasie und Realität, zwischen Vergangenheit und Gegenwart zu unterscheiden. Der Patient erfährt dadurch etwas über seine Konflikte, und ihm wird bewußt, dass er dieselben Strategien, die er in der Vergangenheit benutzt hat um seine Konflikte zu lösen, auch in der Gegenwart verwendet.

„Die konsequente Anwendung der Prinzipien der psychoanalytischen Situation führt dazu, daß der Patient im Verlaufe des psychoanalytischen Prozesses verstehen lernt, daß seine Schwierigkeiten eben nicht interpersonelle, sondern intrapsychische sind.“ (Schuster & Springer-Kremser 1998, S. 130)

Der therapeutische Prozess, der soeben dargestellt wurde, soll im nächsten Abschnitt ergänzt werden. Dabei werde ich die Freud'schen Begriffe Übertragung, Gegenübertragung, Widerstand und Deutung erklären, da diese zum Verständnis des therapeutischen Vorgehens und des therapeutischen Dialogs beitragen.

5.1.1. Übertragung

In der Sprache der Psychoanalyse meint man mit Übertragung die Verlagerung von Wünschen oder Befürchtungen in einer Beziehung von Personen, denen sie ursprünglich galten, auf andere Personen. Jemand überträgt Erfahrungen, die er mit anderen Menschen gemacht hat, auf Menschen, die er neu kennenlernt (König 2000, S.15).

Schuster & Springer-Kremser definieren den Begriff folgendermaßen:

„Übertragung: bezeichnet in der Psychoanalyse und psychoanalytischen Therapie den Vorgang, wodurch die unbewußten Wünsche an bestimmten Objekten im Rahmen eines bestimmten Beziehungstypus, der sich mit diesen Objekten ergeben hat, aktualisiert werden. Es handelt sich dabei um die Wiederholung infantiler Muster, die mit einem besonderen Gefühl von Aktualität erlebt werden.“ (Schuster, Springer-Kremser 2000, S. 128)

Bei der Übertragung werden also Emotionen negativer oder positiver Natur, Einstellungen und Erfahrungen auf einen anderen Menschen übertragen. Dabei wird die Beziehung zu der Person beeinflusst, auf die übertragen wird.

In der Psychoanalyse hat die Übertragung eine wichtige Bedeutung bzw. Funktion. Im Laufe der Therapie wird der Patient seine ungelösten Konflikte mit früheren Bezugspersonen in der Beziehung zum Analytiker wieder inszenieren bzw. wieder beleben. Die in der Vergangenheit erlebten Gefühle werden im „Hier und Jetzt“, also in der therapeutischen Situation, lebendig (Kutter 2000, S. 253). Gefühle, die damals eigentlich einer Bezugsperson galten, werden vom Analysanden in der Gegenwart auf den Analytiker übertragen. Durch diesen Vorgang wird, bildlich gesprochen, eine Tür geöffnet, was die Grundlage für eine erfolgreiche Therapie werden kann. Durch die Übertragung wird die Krankheit des Patienten der analytischen Bearbeitung zugänglich (Kutter 2000, S. 253). Anstelle der inneren Konflikte des Patienten treten äußere Konflikte zwischen Patient und Analytiker auf. Hierbei spielt die Wahrnehmung des Analytikers eine entscheidende Rolle, da er bemerken sollte, wann eine Übertragung stattfindet. Dadurch erhält er die Möglichkeit, die in der Kindheit erlernten Muster des Patienten zu erkennen und zu verstehen. Werden diese Muster aus der Vergangenheit dem Patienten bewußt (mit Hilfe des Therapeuten), so können Verhaltensmöglichkeiten für ihn entwickelt werden, die in seiner aktuellen Situation angemessener sind (Schuster & Springer-Kremser 1998, S. 128).

Die Übertragung erkennt der Analytiker an den Äußerungen des Patienten. Etwas in der Beziehung zwischen Patient und Analytiker wird wirksam, was nicht dazugehört. Dies kann eine unpassende Freundlichkeit oder eine unangemessene Feindseligkeit sein. Durch das „Unangemessene“, „Übersteigerte“ und „Ungewöhnliche“ erkennt der Analytiker, dass eine Störung der Beziehung durch eine Übertragung entstanden ist. Man unterscheidet erotische, aggressiv aufgeladene, positive und negative Übertra-

gung (Kutter 2000, S. 254). Es folgt ein Fallbeispiel für eine negative Übertragung:

„ Patient: „Ich hatte mein Auto in der Inspektion. Die haben nichts gemacht, nur Geld kassiert. Das ist doch allerhand! Die Benzinleitung war so gelegt, daß der Geruch unmittelbar in den Kofferraum ging. Da gehe ich doch lieber zu einem anderen, und sei der auch noch so weit.“

Der Analytiker bezieht das Gesagte auf sich, nimmt es, im Jargon gesprochen, „in die Übertragung“ und denkt, daß die Unzufriedenheit über die Inspektion des Autos in verschlüsselter Form eine Unzufriedenheit über die Inspektion des Patienten in der Analyse ausdrückt, und deutet: „Meinen sie nicht, daß dies, was Sie über die Werkstatt sagen, auch für die Situation hier zutrifft? Im Grund meinen Sie nämlich mich. Ich bin der, der zu wenig getan hat, der nur Geld kassiert und nicht so genau arbeitet, wie sie es erwarten.“

Darauf der Patient nach längerem Nachdenken: „Ja, das stimmt. So war auch mein Vater, der hat nie etwas gemacht, so schwach und unfähig wie er war, und wenn er mir geholfen hat, dann hat er mir falsch geholfen[...].“ (Kutter 2000, S. 254)

Wie bereits erwähnt, ist eine gute Ausbildung des Psychoanalytikers sehr wichtig, denn der Analytiker läuft beständig Gefahr, auf bestimmte Übertragungsneigungen des Patienten so zu reagieren, dass diesen entsprochen wird. Dann hätte der Patient erreicht, dass der Analytiker sein Spiel „mitspielt“ (vgl. Kap. 5.1.). Die Gefahr dabei ist, dass bestimmte Übertragungsneigungen des Patienten nicht bearbeitet, sondern stabilisiert werden. Die Konsequenz wäre, dass das Leiden der Patienten verfestigt würde. Analytiker, die tiefenpsychologisch arbeiten, müssen Abstand nehmen vom unkontrollierten Ausleben eigener unbewußter Wünsche, Ängste oder Abwehrneigungen, die den therapeutischen Prozeß immer wieder zu behindern drohen (Sluneko & Sonnek 1999, S. 89).

5.1.2. Gegenübertragung

Ich möchte diesen Abschnitt mit einer Definition des Begriffs der Gegenübertragung nach Schuster & Springer-Kremser beginnen:

„Unter Gegenübertragung verstehen wir[...]die Gesamtheit der unbewußten Reaktionen des Therapeuten auf den Patienten und ganz besonders auf dessen Übertragung. Subsumiert man die Schwierigkeiten, die der Analytiker im Umgang mit Patienten haben kann unter den Begriff der Gegenübertragung, so ist die Abstinenz das beste Mittel, diese, nämlich die Gegenübertragung, so zu handhaben, dass man seine Arbeit erfolgreich weiterführen kann. Diese grundsätzliche Verpflichtung auf die Abstinenz als Basis jeder analytischen Arbeit, d.h. auf das, was an der Abstinenz methodenimmanent ist, hilft, die Gegenübertragung unter Kontrolle zu halten.“ (Schuster & Springer-Kremser 1998, S. 128)

Hier wird einerseits aufgeführt, was unter Gegenübertragung verstanden wird. Andererseits wird bereits angemerkt, dass sich durch die Gegenübertragung Hindernisse im therapeutischen Prozeß ergeben können. Dies muss nicht der Fall sein, wenn der Analytiker sich selbst gut kennt und mit den Gefühlen, die bei ihm entstehen, angemessen umgeht.

An einem Beispiel möchte ich die „angemessene“ Reaktion erläutern. Ein Analytiker kann beispielsweise spüren, dass eine Patientin versucht, ihn zu verführen. Über sein Gefühl spürt er, dass die Patientin versucht, ihn in die Rolle einer Bezugsperson zu drängen. Sie wünscht, dass der Analytiker die ihm übertragene Rolle im tatsächlichen Umgang mit ihr spielen soll. Das Entscheidende bei der Reaktion des Analytikers ist, dass er gerade dies *nicht* tut. Er konzentriert sich darauf, in seiner Reaktion (in der Gegenübertragungsreaktion) wahrzunehmen, welche Rolle die Patientin auf ihn überträgt (Kutter 2000, S. 255).

Dies hilft dem Therapeuten den Patienten besser zu verstehen bzw. nachzuvollziehen, woher seine inneren Konflikte stammen. Hat der Therapeut dies erkannt, so ist gewährleistet, dass er die Distanz wahren kann. Er ist in der Lage, die Übertragung nicht persönlich zu nehmen und er kann seine eigenen Emotionen im therapeutischen Kontext zurücknehmen und sie im Sinne der Gegenübertragung für den Bewußtwerdungsprozeß des Patienten nutzbar machen.

Das Gewährwerden und Verstehen eigener Gegenübertragungstendenzen des Therapeuten eröffnet in besonderer Weise Zugän-

ge zum Verstehen des Patienten (Slunecko & Sonneck 1999, S. 90).

Slunecko & Sonneck führen ein Beispiel der Gegenübertragung im therapeutischen Kontext auf, welches an dieser Stelle zu Illustration zitiert werden soll:

„In ähnlicher Weise berichtet Schmidt-Löw-Beer (1987) von der Arbeit mit einer Patientin, die ihr bald das Gefühl gibt, im therapeutischen Prozeß auf der Stelle zu treten. Die Therapeutin bemüht sich zunächst um Souveränität; doch kommt es erst dann zum entscheidenden Umschwung, als die Therapeutin den Gefühlen der Hilflosigkeit und des Ärgers, die sich bei ihr selbst breit machen, intensiver nachgeht. Sie beginnt unter anderem zu verstehen, daß im Stagnieren des therapeutischen Prozesses und in der Art, wie die Patientin darüber klagt, die unbewußte Neigung der Patientin zum Ausdruck kommt, andere Menschen die massiven Gefühle der Schwäche und der Wut spüren zu lassen, die die Patientin selbst, bewußt kaum wahrnehmen kann – und die sie gerade deshalb so stark blockieren. Als es gelingt, dies zu deuten und zu bearbeiten, wird unter anderem deutlich, welche Ängste die Patientin hindern, Veränderungen herbeizuführen.“ (Slunecko & Sonneck 1999, S. 90)

Um erfolgreich eine Therapie durchzuführen, sollte der Therapeut Impulse und Gefühle positiver oder negativer Natur erst einmal zurückhalten (Abstinenz) und überprüfen, ob sie aus der eigenen Konflikthaftigkeit herrühren oder ob sie auf unbewußte Prozesse im Patienten zurückzuführen sind (Schuster & Springer-Kremser 1999, S. 128).

Hindernisse in der Therapie können auch entstehen, wenn der Patient Widerstand leistet, also nicht „mitarbeitet“, die freie Assoziation verweigert und auf Deutungen mit Abwehr reagiert. Im nächsten Abschnitt wird zunächst der Widerstand erläutert.

5.1.3. Widerstand

Als Widerstand wird alles bezeichnet, was den psychoanalytischen Prozeß bremst. Beim Widerstand werden vom Patienten Abwehrmechanismen eingesetzt. Auch bewußtes Verschweigen oder Zuspätkommen gelten als Widerstand. Er richtet sich, allgemein gesagt, in einer psychoanalytischen Therapie gegen das Fortschreiten des therapeutischen Prozesses und somit gegen

Veränderung (König 2002, S.98). Die Veränderung verursacht bei Patienten häufig Angst und Unsicherheit.

Patienten, die sich freiwillig in eine psychoanalytische Behandlung begeben, möchten im allgemeinen selbst beim Aufdecken der Hintergründe ihres seelischen Leidens mitarbeiten. Gemeinsam mit dem Analytiker wollen sie herausfinden, welche Zusammenhänge zwischen den ihnen selbst merkwürdig erscheinenden Verhalten und den dahinter liegenden Gründen bestehen (Kutter 2000, S. 252). Doch die Veränderung von Einstellungen und Verhaltensweisen erfolgt nicht so einfach, wie man es in der theoretischen Beschreibung eines Therapieverlaufs nachlesen kann. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist für einen Patient die Persönlichkeitsstruktur und die Lebensweise, die er hat, die bestmögliche, auch wenn es noch so „krank“ erscheint. Es ist für ihn bisher die einzige Art und Weise, auf die er mit seiner „Störung“ umgehen kann. Gewissermaßen kann man eine Störung als Hilfe bezeichnen, auch wenn es paradox klingt. Aus diesem Grund wird eine Veränderung gefürchtet. Eine Veränderung würde bedeuten, die für den Patienten „kranken“ - aber sicheren - Strukturen aufzugeben und durch neue - unbekannte - zu ersetzen. Um diesen Schritt zu erreichen - was schon schwierig genug erscheint, wenn man bedenkt, dass der Patient über Jahre diese Strukturen besitzt - muss sich der Patient zunächst einmal für diesen Vorgang öffnen.

Viele Analysanden sträuben sich gegen das Wiedererinnern der ihnen unangenehmen Konflikte. Sie befürchten, in eine ähnlich leidvolle Situation zu geraten, wie sie sie in ihrer Kindheit erlebt haben.

„Es ist ihnen *peinlich*, an ihr Versagen erinnert zu werden. Sie *schämen sich* deswegen und fürchten, vom Analytiker ausgelacht oder lächerlich gemacht zu werden. Die Patienten werden daher aus unbewußtem *Widerstand* ein sie früher beschämendes Erlebnis lange Zeit nicht erinnern.“ (Kutter 2000, S. 252)

Ein Analytiker kann Widerstände – wenn er sie erkennt – mit der Widerstandsanalyse bearbeiten. Kutter (2000) nennt das Beispiel einer Patientin, die Wut auf den Analytiker empfindet, da er ihr keine zusätzliche Stunde geben möchte. Sie möchte ihre Wut zeigen und dem Analytiker die Meinung sagen, hat jedoch Angst davor und bekommt Migräne. Hier entwickelt die Patientin unbewusst ein Symptom, um der Angst, wegen der empfundenen Wut vom Analytiker zurückgewiesen zu werden, auszuweichen.

Die Widerstandsanalyse bestünde darin, der Patientin bewußt zu machen, dass in der Migräne ein versteckter Vorwurf gegen den Analytiker steckt, der nur nicht geäußert wird, weil dahinter ein Widerstand verborgen ist, nämlich die Angst, abgewiesen zu werden (Kutter 2000, S. 253).

Natürlich ist es nicht immer einfach, Widerstände zu bearbeiten bzw. zu analysieren, erst recht nicht, wenn der therapeutische Prozess sich gar nicht erst entwickeln kann, weil sich der Patient nicht öffnet.

5.1.4. Deutung

Bisher wurden schon einige Merkmale der psychoanalytischen Therapie dargestellt, nämlich das therapeutische Setting sowie die Grundlagen der Interaktion zwischen Analysand und Analytiker. Die Begriffe Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand, welche für das Verständnis des therapeutischen Prozesses und die Art der Kommunikation wichtig sind, wurden anhand von Definitionen und Beispielen dargestellt. Es wurde gezeigt, dass die Überwindung der Widerstände und das Wiedererleben der krankheitserzeugenden Konflikte in Übertragung und Gegenübertragung von großer Bedeutung sind. Doch dadurch kommt noch nicht der psychoanalytische Prozeß zustande. Im Inneren des Analysanden kann sich dadurch noch nichts verändern und es ergeben sich noch keine neuen Möglichkeiten in den Beziehungen zu den wichtigsten Bezugspersonen.

Für die Veränderung ist eine Deutung des Analytikers unerlässlich. Das Deuten gilt als Markenzeichen der Psychoanalyse. Mit der Deutung will der Psychoanalytiker dem Patienten Unbewusstes bewußt machen und somit helfen.

„In der Formulierung ‚Wo ES war, soll ICH werden‘ hat Freud (1923) zum Ausdruck gebracht, dass dem ES Zugehöriges unter die Kontrolle und Herrschaft des ICH gebracht werden soll.[...] Das wirkt deshalb heilend, weil Symptome, die auf unbewußten Konflikten zwischen dem ES und dem ICH oder dem ÜBERICH beruhen, verschwinden können, wenn der Konflikt dem bewussten Anteil des ICH eingemeindet wird, wo er gelöst oder ausgehalten werden kann, ohne dass Krankheitssymptome auftreten.“ (König 2002, S. 119)

Die Deutung hat das Ziel das Undeutliche deutlich, das Unbekannte bekannt zu machen, das Verdeckte aufzudecken, das im Dunkeln verborgene ans Licht zu bringen (Kutter 2000, S. 258). Sie ist ein wichtiges Instrument der Veränderung. Sie wirkt dann verändernd,

„wenn sie unmittelbar das aktuelle Geschehen zwischen Analysand und Analytiker in Übertragung und Gegenübertragung benennt und dem Patienten zu neuer Einsicht verhilft.“ (Kutter 2000, S. 257)

Bis es von Seiten des Analytikers zu einer Deutung kommt, braucht es Zeit. Der Analytiker sollte sich genügend Zeit nehmen, sich in den Patienten einzufühlen. Er muss erleben, was der Patient erlebt, um ihn zu verstehen. Erst dann ist er in der Lage, zu analysieren und sich selbst zu erklären, wie die „Krankheit“ oder das „kranke“ Verhalten des Patienten entstanden ist; nur dann wird er dem Patienten seine Erkenntnis in Form einer Deutung zukommen lassen können. So kommt der psychoanalytische Prozess zustande und der Grundstein für eine Veränderung in der Einstellung und im Verhalten des Patienten wird gelegt.

5.1.5. Die Behandlung des „Messie“-Syndroms mit Hilfe der Psychoanalyse

In der psychoanalytischen Behandlung sehe ich, im Gegensatz zur lösungsorientierten Therapie, viele Vorteile für Menschen, die am „Messie“-Syndrom leiden. Dies soll nicht bedeuten, dass hier verhaltensorientierte Verfahren grundsätzlich abgelehnt werden. Im Gegenteil, verhaltensorientierte Therapien können, je nach dem welche Störung vorliegt, durchaus hilfreich und angemessen sein. Darauf werde ich in Kapitel 6 noch eingehen. Zunächst möchte ich jedoch erläutern, wo genau ich die Vorteile in der Psychoanalyse für „Messies“ sehe.

Zunächst einmal sehe ich einen Vorteil darin, dass die Therapie-sitzungen 4 bis 5 Mal wöchentlich stattfinden. In der lösungsorientierten Kurzzeittherapie (siehe Kap. 3) können einige Wochen zwischen den Sitzungen vergehen, da die Patienten selbst bestimmen können, wann sie wiederkommen. „Messies“ leben seit Jahren, teilweise seit Jahrzehnten mit ihrem Chaos, ihren Ängsten und ihren sozialen Problemen. Ein regelmäßiges Wie-

dersehen mit dem Therapeuten und ein damit verbundenes regelmäßiges Sich-Auseinandersetzen mit der eigenen Person bzw. der eigenen Geschichte, kann ein Gefühl von Sicherheit hervorrufen. „Messies“ fühlen sich häufig allein und hoffnungslos überfordert mit ihrer Situation (s.o.). Dieses Gefühl könnte durch eine solche Therapieform gemildert werden.

Wie bereits gezeigt wurde, geht die Psychoanalyse davon aus, dass Störungen im Erwachsenenalter ihren Ursprung in der Kindheit haben. Erinnern wir uns an die Ergebnisse der Studie von Raskob (Kap.3), so haben „Messies“ in der Kindheit viele schlechte Erfahrungen mit ihren primären Bezugspersonen machen müssen. Sie fühlten sich häufig im Stich gelassen und konnten ihren Eltern nicht vertrauen. „Messie“- Sein, bedeutet nicht nur im Chaos zu leben, sondern massive *Beziehungsprobleme* zu haben. Wie die Ergebnisse zeigen, scheinen „Messies“ die vielen Besitztümer *unbewusst* als Substitut für zwischenmenschliche Beziehungen zu verwenden. Dadurch erlangen sie das Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit, welches sie in ihrer Kindheit nicht erlebt haben. Die Betonung dabei liegt darauf, dass sie dies *unbewusst* tun. Sie fühlen sich für kurze Zeit besser, wenn sie einen neuen Gegenstand erworben haben oder geschenkt bekommen, wissen aber nicht weshalb. Bei jedem neuen Gegenstand stellt sich dieses Gefühl erneut ein und so geht der Teufelskreis immer weiter und die Besitztümer häufen sich, bis das gute Gefühl über den Besitz einem Gefühl der Machtlosigkeit und totaler Überforderung weicht. Die Psychoanalyse legt großen Wert auf die unbewussten Prozesse, auf das, was in einer Person vor sich geht. In diesem Kapitel wurde gezeigt, wie in der Psychoanalyse gearbeitet wird. Durch Übertragung und Gegenübertragung werden Situationen und Gefühlszustände aus der frühen Kindheit ins Bewusstsein gerufen, die lange Zeit vom Patienten verdrängt wurden. Die Deutung verhilft dazu, diesen Bewusstwerdungsprozess zustande kommen zu lassen. Gelingt dies, so lernt der Patient zu verstehen, weshalb er sich so „krank“ verhält. Erst mit Hilfe dieser Erkenntnis über sich selbst wird er in der Lage sein, über sein Verhalten auf einer Metaebene zu reflektieren und es gegebenenfalls zu verändern.

Auf diese Weise könnte in der Psychoanalyse einem „Messie“ geholfen werden. Die Tatsache, dass er unbewusst Gegenstände verwendet, um zwischenmenschliche Beziehungen zu kompensieren, müsste ihm dabei bewusst werden. Mit Hilfe einer solchen Erkenntnis über sich selbst wird ein „Messie“ eher in der

Lage sein, seine Situation zu verändern, als wenn er sich lediglich darauf beschränkt, Ordnung in seine Wohnung zu bringen. Würde er bloß aufräumen - was in den meisten Fällen nicht funktioniert - würde er sich noch schlechter fühlen, da er sich von seinem Besitz trennen müsste, der ihm doch eigentlich ein gutes Gefühl verschafft. Mit dem Wissen darüber, wo dieses Verhalten des Sammelns herrührt und was eigentlich dahintersteckt, wird es zwar nicht unbedingt einfacher, das Chaos zu beseitigen, das sich über Jahre angesammelt hat, doch es wird wesentlich leichter sein, sich von den Gegenständen zu trennen. Der „Messie“ weiß dann nämlich, dass es nicht die Gegenstände sind, die ihm Sicherheit und Geborgenheit geben können. Was hier so vereinfacht dargestellt ist, dauert in der Praxis sehr lange.

Laut Steins ist die lösungsorientierte Kurzzeittherapie deshalb für „Messies“ gut geeignet, da „Messies“ eine geringe Frustrationstoleranz aufweisen (s.o.). Mit der Kurzzeittherapie steigt laut Steins die Motivation, da schnell eine Veränderung zu sehen ist. Die Frage ist, verändert sich tatsächlich etwas? Wenn ja, wie lange hält dieser Zustand an? Darüber gibt es keine Informationen in der oben dargestellten Studie von Steins.

Psychoanalytische Verfahren dauern erheblich länger. Tritt allerdings hierbei eine Veränderung auf, dann aus dem Grunde, dass der Patient einen inneren Zugang zu seinem Verhalten gefunden hat, den er sich mit Unterstützung des Therapeuten selbst erarbeitet hat.

Leider gibt es bislang keine Veröffentlichungen über bereits durchgeführte psychoanalytisch orientierten Therapien mit „Messies“. Aus diesem Grund bleiben an dieser Stelle lediglich die theoretischen Argumente für diese Methode, die allerdings nicht von der Hand zu weisen sind.

Der Psychoanalytiker Rainer Rehberger hat in seinem Buch „Verlassenheitspanik und Trennungsängste“ (2000) eine interessante therapeutische Sichtweise unter dem Aspekt der Bindungsorganisation jedes Menschen dargestellt. Er wendet dieses Vorgehen bei Menschen mit Trennungs- und Verlassenheitsängsten an. Ich möchte einige Aspekte der Behandlungstechnik von Rehberger darstellen, da mir diese für die Behandlung von „Messies“ ebenso sinnvoll erscheinen.

5.2. Psychoanalytische Behandlung unter Einbeziehung der Bindungstheorie

Das psychoanalytisch-psychotherapeutische Behandlungskonzept von Rehberger stützt sich auf

- a) *Freuds Theorie der Übertragungsanalyse* als Grundlage der herkömmlichen psychoanalytischen Arbeit
- b) Die Fairbairnsche Objektbeziehungspsychologie und seine Ichtheorie
- c) die *Bindungstheorie*
- d) das Konzept des „Fear of Breakdown“ Winnicots und
- e) Bowlbys Vorstellung über die zentrale Rolle der Trauerabwehr

Im Folgenden wird besonders auf die Bedeutung der Übertragungsanalyse und die Bindungstheorie im Rahmen der psychoanalytischen Behandlung eingegangen.

Die Grundlage der von Rehberger praktizierten Behandlung ist die Psychoanalyse, wie sie oben dargestellt wurde. Er bezieht sich in seiner Behandlung von Patienten mit Trennungsängsten zusätzlich auf die *Bindungstheorie*. Dies wirkt sich sowohl auf die Interaktion zwischen Patient und Therapeut aus, als auch auf Aspekte der therapeutischen Rahmenbedingungen (Termine, Therapiepausen etc.).

Trennungsangst bei Kindern und bei Erwachsenen ist Ausdruck eines Mangels an Bindung und der Erfahrung nicht zuverlässiger Berechenbarkeit der Bindung in Situationen des Angewiesenseins auf Rückhalt, Sicherheit, Trost und Schutz. Rehberger berichtet, dass sich Trennungsangst bei seinen Patienten besonders beim Kommen und Gehen im Alltag und im Verlauf üblicher Therapiepausen und Unterbrechungen, sowie bei Beendigung der Behandlung bemerkbar machen. In diesen Situationen wird die Bindung aktiviert (Rehberger 2000, S. 111). Verhält sich ein Therapeut angemessen, so können die Ängste des Patienten gemildert werden.

Das Ziel, welches Rehberger bei der Einbeziehung der Bindungstheorie in den therapeutischen Kontext verfolgt, ist folgendes: Menschen, die unter Bindungs- bzw. Beziehungsstörungen lei-

den, sollen durch die gut funktionierende Beziehung zum Therapeuten (kennen)lernen, dass Beziehungen und Bindung zu Menschen durchaus positiv sein können. Der Therapeut trägt dazu bei, indem er für den Patienten berechenbar bleibt (z.B. zuverlässig ist, was Terminabsprachen betrifft). Dabei sollen die Analysanden erfahren, dass auch sie selbst über Handlungs- bzw. Verhaltensmöglichkeiten verfügen, um zu positiven Aspekten einer Beziehung beizutragen.

Für die Therapie mit „Messies“ halte ich diesen Ansatz für ebenso sinnvoll, wie für Patienten mit Trennungsängsten. Die Erfahrungen, die „Messies“ in ihrer Kindheit mit ihren Bezugspersonen gemacht haben, sind gezeichnet von Misstrauen, Angst, Unzuverlässigkeit, Autonomiebehinderung etc. „Messie“ - Sein ist also ein *Beziehungsproblem* (s.o.). In einem solchen therapeutischen Kontext zu erfahren, dass Beziehungen möglich sind, die Zuverlässigkeit, Respekt, Autonomiefreiheit und Diskretion als Grundlage haben, unterstützt den Patienten noch zusätzlich bei seinem Heilungsprozess.

Wie dies in der Praxis gehandhabt wird, soll im Folgenden gezeigt werden.

5.2.1. Sicherheit im Behandlungsrahmen

Zu Beginn einer Therapie wird zunächst der Rahmen der Behandlung zwischen Therapeut und Patient besprochen. Der Rahmen beinhaltet die Zeit, den Raum der Begegnungen und das Honorar für den Therapeuten.

Rehberger versucht, das Wissen über die grundlegenden Bedingungen für eine sichere kindliche Bindung für die Therapie nutzbar zu machen. Zu den grundlegenden Bedingungen gehört, dass die Bezugsperson ausreichend anwesend und zuverlässig sein muss, ihre Verfügbarkeit muss berechenbar sein, sie muss zugänglich sein und eine freundliche, besorgte und die Eigenständigkeit des Kindes respektierende Haltung im Augenblick des Bindungsverlangens des Kindes einnehmen (Rehberger 2000, S.112).

Für die Arbeit in der Therapie bedeutet es folgendes: Wäre der Therapeut nun unzuverlässig und unzugänglich, so würde der Patient die negativen Gefühle, die ihm von seinen unsicheren Bindungserfahrungen aus der Kindheit bekannt sind, wiedererle-

ben. Die Folge wäre, dass er mit Abwehr reagieren würde, was für die Beziehung zwischen Therapeut und Patient und somit auch für den weiteren Verlauf der Therapie von Nachteil wäre. Dies kann durch Zuverlässigkeit und Berechenbarkeit der Anwesenheit des Therapeuten zu vereinbarten Zeiten oder sonstigen Absprachen vermieden werden. Patienten mit unsicheren Bindungserfahrungen erhalten durch die neue Erfahrung von Zuverlässigkeit die Möglichkeit, sich innerhalb der Bindung zum Therapeuten, sicher zu fühlen und Vertrauen zu entwickeln (Rehberger 2000, S.112).

„Diese *sichere Bindungswirklichkeit* in der Therapie bietet die Voraussetzung für die Klienten, in der Übertragung die aufgrund unsicherer Bindungserfahrungen unbewusst erwarteten Abweisungen bewusst zu erleben und zu überwinden.“ (Rehberger 2000, S.112)

In der Therapie mit „Messies“ wäre solch ein vertrauensvolles Verhältnis zum Analytiker sehr hilfreich. Zunächst einmal erhielten sie die Möglichkeit, eine positive Bindungserfahrung zu machen, wie sie eben beschrieben wurde. Zudem könnte dadurch eine Offenheit bei ihnen erreicht werden, die auf andere Weise nicht zu erreichen wäre. „Messies“ schämen sich für ihre Situation und neigen dazu, sich immer weiter zu isolieren, anstatt sich einem Menschen anzuvertrauen. Daher wäre eine solche Beziehung in der Therapie, welche Sicherheit durch eine vertrauensvolle Bindung bietet, sicherlich von Vorteil.

5.2.2. Zugänglichkeit im Behandlungsrahmen

Üblich ist, dass die Zugänglichkeit des Therapeuten für den Patienten auf die vereinbarten Behandlungsstunden begrenzt ist. Vor dem Hintergrund der Bindungstheorie ist es laut Rehberger jedoch sinnvoll, diese Zugänglichkeit zu erweitern. Bei Menschen mit unsicheren Bindungserfahrungen kann sie der Entwicklung eines Gefühls von Sicherheit in der Behandlung dienen. Rehberger selbst praktiziert die Therapie auf diese Weise. Er bietet zu Beginn der Therapie seinen Patienten an, die Verbindung zu ihm, wenn nötig, auch außerhalb der Sprechzeiten aufzunehmen. Dieses Vorgehen begründet er folgendermaßen:

„Praktische Grundlage für dieses Angebot ist die Erfahrung, dass die Kenntnis des Aufenthalts eines abwesenden Angehörigen sowohl für ältere Kinder als auch für Erwachsene eine große Bedeutung hat. Dieses Wissen trägt zur inneren Sicherheit in der Trennung bei. Innere Sicherheit wiederum erleichtert eigene Aktivitäten.“ (Rehberger 2000, S. 113)

Auch das rechtzeitige Absagen einer Stunde von Seiten des Therapeuten gehört laut Rehberger in den Bereich ausreichender Zugänglichkeit und Zuverlässigkeit, denn kurzfristige häufige Stundenabsage belastet das Vertrauensverhältnis. Das Angebot der erweiterten Zugänglichkeit sollte gleich zu Beginn der Behandlung vom Therapeut gemacht werden, damit der Patient nicht den Eindruck erhält, er wirke auf den Therapeuten besonders schwach oder hilflos..

Rehberger berichtet, dass ein Drittel seiner Patienten in den vergangenen fünfzehn Jahren das Angebot, ihn in Ferienzeiten zu erreichen, in Anspruch genommen haben (Rehberger 2000, S. 114). Einer seiner Patienten erzählte ihm nach einer fünfwöchigen Behandlungspause, dass er seine Telefonnummer im Urlaub an die Pinnwand gesteckt hatte. Immer, wenn er sie dort sah, dachte er, dass er ihm nicht den Gefallen tun würde, in den Ferien anzurufen, er würde ohne ihn auskommen (Rehberger 2000, S. 115). Dieses Beispiel zeigt, dass die Möglichkeit, sich außerhalb der Sprechzeiten mit dem Therapeuten in Verbindung zu setzen, den Patienten ausreichen kann, sich sicherer zu fühlen, ohne tatsächlich Kontakt aufnehmen zu müssen.

Auch dieser Gesichtspunkt wäre für die therapeutische Arbeit mit „Messies“ erfolgversprechend. In Zeiten, in denen „Messies“ sich unsicher und/oder ängstlich fühlen, verschaffen sie sich durch ihre Besitztümer das Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit. Hätten sie im Zeitraum einer Behandlungspause während der Therapie die Möglichkeit, die *Bezugsperson* Therapeut zu erreichen, so würde sich der Wunsch, weitere Gegenstände zu sammeln bzw. sich emotional an diese zu binden, möglicherweise verringern, da sie sich durch das Angebot des Therapeuten innerlich sicher fühlen könnten.

5.2.3. Abgrenzung und Autonomie der Patienten

Eine gelingende Bindung prägt das soziale Miteinander und schafft Vertrauen. Auf der anderen Seite führen Abgrenzungen und Trennungen zu Eigenständigkeit. Durch Abgrenzungen kann sich ein Mensch von einer Bindungsperson distanzieren, d.h. seine eigenen Interessen verfolgen und durchsetzen. Abgrenzungen sind die Grundlage der Autonomie. Die Motive für eine temporäre und auch langfristige Trennung von einer Bindungsperson sind Affekte wie Neugier und Tatendrang, die Welt zu erforschen und auf sie einzuwirken. Kinder, die beginnen sich eigenständig fortzubewegen, trennen sich (temporär) von der Mutter, um ihre Umgebung zu erforschen. Die Erfahrungen bei der Entwicklung der Autonomie als Kind werden später auf Menschen übertragen, mit denen eine Person in sozialem Kontakt steht (Rehberger 2000, S. 120).

Viele Patienten, die sich in therapeutische Behandlung begeben, bringen Bindungserfahrungen mit, die mit Verzicht auf Abgrenzung oder Trennung verbunden sind. Sie haben dadurch wenig Selbstvertrauen, sind wenig selbständig und aktiv, was die Verfolgung eigener Ziele betrifft. In der Therapie wird kurz- und langfristig größere Eigenständigkeit und die Überwindung von Ängsten vor Trennungen angestrebt (Rehberger 2000, S. 120).

Im Behandlungsrahmen ist es wichtig, dem Patienten zuzusichern, dass alle Geschehnisse und Informationen aus der Behandlung diskret behandelt werden. Nur, wenn es der Patient selbst wünscht, werden Informationen an Dritte weitergegeben. Auf diese Weise wird dem Patienten gezeigt, dass er das Recht auf eigene Entscheidungen im Behandlungsrahmen hat, die Respektiert werden. Rehberger gibt seinen Patienten zudem die Möglichkeit, ärztliche Berichte (z.B. für Versicherungen), die er angefertigt hat, zu lesen und Korrekturen vorzuschlagen, wenn sie ihnen nötig erscheinen (Rehberger 2000, S. 120). Durch diese Transparenz wird zusätzlich Vertrauen zum Therapeuten aufgebaut und Spekulationen von Seiten des Patienten über das Geschriebene entfallen.

Die Ergebnisse von Raskob zeigen, dass „Messies“ als Kinder von ihren Eltern häufig bloßgestellt und ausgelacht und in ihrer Autonomieentwicklung eingeschränkt wurden (vgl. Kap.3). Das Wissen um Diskretion in der Behandlung und die Förderung der

Autonomie in der Therapie ist also für einen „Messie“ von Vorteil.

Eine weitere Stärkung der Eigenständigkeit kann auch gefördert werden, indem der Patient entscheiden kann, wann die Behandlung beendet wird. Dabei empfiehlt sich eine rechtzeitige Mitteilung über ein geplantes Ende der Analyse. Die Wiederaufnahme der Gespräche nach der Behandlung sollte jederzeit zugestanden werden (Rehberger 2000, S. 120).

Den Patienten, so Rehberger, sollte nicht verboten werden, wichtige Entscheidung im Alltag ohne die vorherige Besprechung in der Behandlung zu treffen. Es sollte lediglich empfohlen werden. Verbote würden dem Ziel, Selbstvertrauen und Eigenständigkeit zu entwickeln, entgegenwirken, denn sie schränken die Selbstständigkeit ein.

5.2.4. Interaktionsfreiheit im Dialog für den Patienten

Die Art der Gesprächsführung bietet laut Rehberger in entscheidender Weise die Möglichkeit, die Entwicklung zu mehr Selbstständigkeit des Patienten zu fördern. Der Patient soll im therapeutischen Dialog immer wieder motiviert werden, eigene Entscheidungen zu treffen und „für sich zu sorgen“. Dies kann er beispielsweise tun, indem er die Freiheit des Sprechens in der Behandlung nutzt, und alles anspricht, was ihm wichtig erscheint.

„Je größer die Eingriffe in die Autonomie gewesen sind, desto wichtiger sind der Verzicht auf Übergriffe und die Betonung der Autonomiemöglichkeiten im Dialog.“ (Rehberger 2000, S. 123)

Den Patienten nur zu Beginn der Behandlung einmalig auf die Freiheit zu sprechen hinzuweisen, reicht meist nicht aus. Dies sollte den Patienten immer wieder bewusst gemacht werden. Die unbewusste Übertragung von Bevormundung (welche die Patienten häufig in ihrer Kindheit erlebt haben), ist meist so stark, dass die Freiheit im Gespräch nicht genutzt wird bzw. nicht genutzt werden kann. Dieses Verhalten der Patienten kann das Fortschreiten der Therapie und somit den Erfolg der Therapie verhindern. Um dem entgegen zu wirken, konfrontiert Rehberger seine Patienten mit ihrem Verhalten. Sprechen oder nicht endende Redeflüsse werden als mögliche Abwehrformen betrachtet und analysiert. Zieht sich ein Patient durch Schweigen zurück, so emp-

fehlt Rehberger seinen Patienten, ihr Verhalten zu analysieren und erklärt ihnen dabei, weshalb dies wichtig für sie sein könnte. Bei nicht endenden Redeströmen seiner Patienten kann interveniert werden, indem der Therapeut den Patienten unterbricht und fragt, ob er eine Frage erlauben würde. Ist der Patient einverstanden (und nur dann), so kann der Therapeut ihn fragen, welche Gründe der Anlass zu diesem Redestrom gewesen sein könnten. Der Therapeut fragt also den nicht enden wollenden „Redner“, ob er unterbrechen darf. Dem „Schweiger“ erklärt er, weshalb es wichtig sein könnte, sein Schweigen zu analysieren. Durch dieses Vorgehen werden Übergriffe in Form von Aufhalten des Redens oder durch die Forderung nicht länger zu schweigen, vermieden (Rehberger 2000, S. 123).

Die Einbeziehung der Bindungstheorie in die psychoanalytische Therapie hat neben der klassischen Analyse das Ziel, den Patienten in seiner Eigenständigkeit zu stärken. Er soll durch die respektvolle, einfühlsame und vertrauensvolle Behandlung des Therapeuten erfahren, dass er als Mensch vollkommen akzeptiert wird. Dabei spielt es keine Rolle, ob sich der Patient den Vorstellungen des Therapeuten entsprechend verhält oder nicht. Der Patient erfährt Sicherheit, Geborgenheit, Zuverlässigkeit sowie das Recht auf Freiheit in seinem Denken und Handeln. Im Prinzip soll der Patient all die Aspekte einer sicheren Bindung und einer gelingenden Autonomieentwicklung während der Therapie erfahren, die ihm in seiner Kindheit verwehrt geblieben sind. Durch diese Erfahrung erhält er die Möglichkeit, sich selbst besser kennenzulernen. Er lernt die Zusammenhänge zwischen seinem gegenwärtigen Verhalten und seinen Erfahrungen in der Vergangenheit kennen. Dieses Verständnis wiederum gibt ihm die Möglichkeit, zwischen der Vergangenheit und der Gegenwart zu unterscheiden. Hat er dies geschafft, so wird er in der Lage sein, sein gegenwärtiges Verhalten zu ändern. Dies gelingt durch die veränderte Sichtweise, die er in bezug auf seine Emotionen hat. Er wird seine Emotionen in bestimmten Situationen zuordnen können und wird nicht weiter von ihnen bestimmt.

6. Schlussbemerkung

Das „Messie“-Syndrom ist ein weitgehend unerforschtes Krankheitsbild. Zu Beginn dieser Arbeit wurden die Symptome dieser Störung bereits erläutert. „Messies“ haben Probleme ihren Alltag zu organisieren, verlieren sich in Details und sammeln viele unterschiedliche Gegenstände bzw. haben große Probleme sich von Gegenständen zu trennen. Dadurch sind die Wohnungen häufig nahezu unbewohnbar. All die gesammelten Dinge sind in der ganzen Wohnung verteilt, stapeln sich teilweise bis unter die Decke und verhindern, dass man sich frei bewegen kann. Hygienemängel kommen oft hinzu, so dass ein Leben in einer solchen Wohnung unmöglich erscheint. Die Betroffenen leiden massiv unter diesen chaotischen Zuständen und schämen sich dafür, was wiederum in den meisten Fällen zu steigender sozialer Isolation führt. Sie lassen niemanden in ihre Wohnung, da sie Angst haben, jemand könnte das Chaos entdecken. Unangemeldeter Besuch oder Handwerker, die in die Wohnung müssen, lösen enormen Stress bei den Betroffenen aus. Bei dem Gedanken aufzuräumen fühlen sich „Messies“ blockiert und werden handlungsunfähig. Mit der Situation, in der sie sich befinden, sind sie hoffnungslos überfordert. Für dieses Krankheitsbild gibt es bislang noch keine offizielle Diagnose. Dies erschwert die Intervention enorm.

Im zweiten Kapitel wurde gezeigt, dass das „Messie“-Syndrom eine hohe Komorbidität aufweist. Das bedeutet, dass neben dem enormen Chaos, unter dem die Betroffenen leiden, zusätzlich psychische Beeinträchtigungen wie Depressionen, Angststörungen, Alkoholumsorgung und Essstörungen auftreten. Es gibt Überlappungen der Symptome mit anderen Krankheitsbildern wie Zwangsstörungen und AD(H)S. Die ebenso vorhandenen Unterschiede erlauben jedoch nicht, das „Messie“-Syndrom diesen Krankheitsbildern zuzuordnen.

Die vorrangige Fragestellung dieser Arbeit ist, wie man den Betroffenen am besten helfen kann. Welche Interventionsmaßnahmen sind sinnvoll? Sind verhaltensorientierte Verfahren effektiv, die das Chaosproblem bearbeiten, oder sind eher psychoanalytisch orientierte Verfahren angemessen, die dem Betroffenen helfen, zu verstehen, wie sein Verhalten zu erklären ist.

Im dritten Kapitel habe ich einige Ergebnisse der Studie von Raskob dargestellt, die sie mit „Messies“ durchgeführt hat. Grundlage dabei war die Bindungstheorie. Raskob fragte Betroffene nach ihren Beziehungen zu ihren primären Bezugspersonen.

Wie war das Verhältnis zu den Eltern? Fühlten sie sich sicher in ihrem Elternhaus? Konnten sie sich auf die Eltern verlassen? Wie war die Beziehung der Eltern zueinander? Konnten sie den Eltern vertrauen etc.? Erfragt wurde also, ob sie die Voraussetzungen für eine sichere Bindung und eine gute Autonomieentwicklung in der Kindheit hatten. Weiter wurde erfragt, in wieweit die Besitztümer als Substitut für zwischenmenschlicher Beziehungen dienen?

Die Ergebnisse zeigten, dass „Messies“ sich als Kinder bei ihren Eltern nicht sehr sicher fühlten. Die Eltern waren nicht in der Lage, den Bedürfnissen der Kinder nach Sicherheit, Geborgenheit und Vertrauen nachzukommen. Es herrschte größtenteils ein autoritäres Klima in den Familien. Trost und Zärtlichkeit waren eine Seltenheit. Die Eltern waren meist mit ihren eigenen Problemen beschäftigt und kümmerten sich, emotional betrachtet, wenig um ihre Kinder. Weiterhin geht aus der Befragung hervor, dass „Messies“ die Besitztümer weitgehend als Substitut zwischenmenschlicher Beziehung verwenden. Die Gegenstände, die sie sammeln, geben ihnen das Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit. Die Bedürfnisse, die ihnen in ihrer Kindheit verwehrt geblieben sind, versuchen sie durch die Besitztümer zu kompensieren. Das Problem dabei ist, dass dieses Gefühl nur eine Pseudosicherheit darstellt, die nicht lange anhält. So werden immer wieder neue Gegenstände angeschafft, und schon bald herrscht das Chaos, und das Leid ist größer, als das Gefühl von Sicherheit, welches eigentlich erreicht werden sollte.

Die Ergebnisse von Raskob zeigen bereits, dass eine Struktur unter der Symptomatik des „Messie“-Syndroms zu erkennen ist. Die Erfahrungen, die die Betroffenen in der Vergangenheit gemacht haben, spielen bei der Entstehung der Krankheit eine wesentliche Rolle. Den Betroffenen ist dies allerdings nicht bewusst.

Was bedeutet dies nun für die Fragestellung dieser Arbeit? Sind verhaltensorientierte oder psychoanalytische Therapieverfahren für die Behandlung des „Messie“-Syndroms vorzuziehen?

Verhaltensorientierte Verfahren gehen davon aus, dass eine Störung auf ein falsch gelerntes Verhalten zurückzuführen ist. Ziel ist es, unangemessenes durch angemessenes Verhalten zu ersetzen (vgl. Kap. 3). Die konkrete Lösung eines Problems steht dabei im Vordergrund. Das Menschenbild ist ein positiv vorwärtsgerichtetes. Jeder Mensch verfügt über Ressourcen, die zur Lösung des Problems beitragen können. Diese müssen in der The-

rapie aktiviert werden. Ursachen werden in der Gegenwart und nicht in der Vergangenheit gesehen. Im Falle des „Messie“-Syndroms würde dies bedeuten, dass bei einer verhaltensorientierten Intervention, das konkrete Problem „Chaotische Wohnung“ bearbeitet würde. Ziel der Therapie wäre es, das falsch erlernte Verhalten eines „Messies“, nämlich Unmengen von Gegenständen zu sammeln, durch ein angemesseneres Verhalten, nämlich Dinge wegzuwerfen und Ordnung zu halten, zu ersetzen.

Prinzipiell wurde in der Studie von Steins dieser Ansatz in der Therapie mit einem so genannten „Messie“ verfolgt (vgl. Kap. 4). Meine Zweifel an dieser Studie habe ich in Kapitel 4 ausführlich dargestellt. Sie sollen an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt werden.

Das Prinzip, welches der Verhaltenstherapie zu Grunde liegt, halte ich für die Behandlung des „Messie“-Syndroms für nicht angemessen. „Messies“ fühlen sich schon bei dem Gedanken, etwas wegwerfen zu müssen, massiv bedroht und ängstlich. So zu leben, wie sie es tun, ist im Moment die einzige Möglichkeit, mit ihren Ängsten und ihrem Mangel an Schutz und Geborgenheit umzugehen. Wie kann also eine Therapie Erfolge zeigen, die darauf zielt, die Besitztümer zu eliminieren und Ordnung zu schaffen? Ein „Messie“ würde bei einer solchen Therapieform womöglich noch mehr Ängste entwickeln.

Bei der Behandlung von „Messies“ erachte ich die Psychoanalyse als wesentlich erfolgversprechender (vgl. Kap. 5). Hier wird auf die unbewußten Prozesse, die sich im Inneren des Menschen abspielen, großer Wert gelegt. Ziel ist es nicht, ein konkretes Problem zu bearbeiten, sondern durch das freie Assoziieren des Patienten Erinnerungen aus der Vergangenheit ins Bewusstsein zu rufen, die dem Patienten helfen sollen, den Ursprung seines rätselhaften Verhaltens zu erkennen. Die Therapie einer Krankheit, die ihren Ursprung in der Vergangenheit hat (was durch die Ergebnisse von Raskob belegt wird) kann nur dann langfristig Erfolge zeigen, wenn der Betroffene einen Zugang zu seinem Verhalten findet. Die Dauer der Therapie ist bei diesem Verfahren zwar wesentlich länger, sie hat jedoch den Vorteil, dass der Patient mit Unterstützung des Therapeuten die Ursachen seines Verhaltens erkennt. Erst mit diesem Wissen wird es möglich, das Verhalten dauerhaft zu ändern. Der Psychoanalytiker Rainer Rehberger entwickelte vor dem Hintergrund der Bindungstheorie eine Methode im Umgang mit seinen Patienten, welche die Ent-

wicklung von Vertrauen und Sicherheit im Behandlungsrahmen fördern soll. Ursprünglich entwickelte Rehberger diese Methode für Patienten mit Trennungsängsten. In der Therapie mit „Messies“ wäre sie meiner Meinung nach ebenso angebracht, wenn man die Ergebnisse von Raskob berücksichtigt. Rehbergers Konzept ist verkürzt dargestellt folgendes:

Der Therapeut sollte sich den Patienten gegenüber berechenbar und vertrauenswürdig zeigen. Es beginnt bei der Einhaltung von Behandlungsterminen und reicht bis über die Zusicherung von Diskretion, was die Informationen über die Patienten in der Behandlung betrifft. Zusätzlich bietet er seinen Patienten eine Zugänglichkeit an, die über den Behandlungsrahmen hinausgeht. Dies soll ihnen zusätzlich das Gefühl von Sicherheit geben. Der Patient erlebt im Prinzip in der Beziehung zum Therapeuten all die positiven Aspekte einer Bindung, die er in der Vergangenheit nicht erlebt hat. So entsteht Vertrauen und das Gefühl von Sicherheit. Einerseits lernt der Patient, dass es Beziehungen gibt, die von Sicherheit und Vertrauen geprägt sind, andererseits wird er sich auf diese Weise für die Therapie öffnen können, was für den Erfolg der Therapie von großem Vorteil ist.

Dies sind nur einige der Argumente, die mich dazu veranlassen, die psychoanalytische Behandlung zu favorisieren. Wie im gesamten Verlauf dieser Arbeit gezeigt wurde, überwiegen die positiven Effekte einer psychoanalytischen Therapie, während verhaltensorientierte Therapieansätze bei der Behandlung des „Messie“-Syndroms keine langfristigen Erfolge zeigen können.

Das Verhalten, das sich über Jahre hinweg entwickelt hat und über Jahre von einem Menschen praktiziert wurde, kann nicht in einer Kurzzeittherapie langfristig modifiziert werden. Es ist für die Betroffenen notwendig, ihr Verhalten zu verstehen. Nur dann wird eine willentliche Umorientierung möglich.

Literaturverzeichnis

- **Bertrand Flöttmann, Holger.** *Angst.* Stuttgart[u.a.]: Kohlhammer, 1993
- **Blöschl, Lilian.** *Grundlagen und Methoden der Verhaltenstherapie.* 5.unverä.Aufl. Bern, Stuttgart, Wien: Hans Huber Verlag, 1979
- **Bowlby, John.** *Mutterliebe und kindliche Entwicklung.* 3. Aufl. München: Ernst Reinhardt Verlag, 1995
- **Dlubis Mertens.** *ADHS bei Erwachsenen: Riskantes Leben* in: Deutsches Ärzteblatt; PP 3, Ausgabe Februar 2004, S.76
- **Felton, Sandra.** *Im Chaos bin ich Königin – Überlebenstraining im Alltag.* Moers: Brendow Verlag, 1997
- **Fitzner, Thilo; Stark, Werner.** *ADS: verstehen-akzeptieren-helfen – Das Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom mit Hyperaktivität und ohne Hyperaktivität.* Weinheim und Basel: Beltz Verlag, 2000
- **Holowenko, Henryk.** *Das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom(ADS) – Wie Zappelkindern geholfen werden kann.* Weinheim und Basel: Beltz Verlag, 1999
- **Jüntsche, Anja.** *Im Chaos bin ich der King – Überlebenstraining für Messie-Männer.* Moers: Brendow Verlag, 2001
- **König, Karl.** *Was ist Psychoanalyse?* Düsseldorf; Zürich: Walter Verlag, 2002
- **Kutter, Peter.** *Moderne Psychoanalyse – Eine Einführung in die Psychologie unbewußter Prozesse.* 3.überarb.Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag, 2000

- **Mönks, Franz J.; Knoers, Alphons M.P.** *Lehrbuch der Entwicklungspsychologie*. München: Ernst Reinhardt Verlag, 1996
- **Piontek, Rosemarie.** *Wegbegleiter Psychotherapie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2002
- **Raskob, Anja Beate.** „*Bindung, Besitz und Desorganisation – Eine Untersuchung im Kontext der Bindungstheorie.*“ [Masch.-schr.] Diplomarbeit. Bielefeld, 2002
- **Rehberger, Rainer.** *Verlassenheitspanik und Trennungsängste – Bindungstheorie und psychoanalytische Praxis bei Angstneurosen*. 2.verb.Aufl. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta Verlag, 2000
- **Reinecker, Hans.** *Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe-Verlag, 2002
- **Saß, Henning; Wittchen, Hans-Ulrich; Zaudig, Michael; Houben, Isabel.** *Diagnostische Kriterien DSM IV*. Göttingen: Hogrefe Verlag, 1998
- **Schröder, Tina.** „*Die Bedeutung der Frustrationstoleranz bei Desorganisationsproblematiken.*“ [Masch.-schr.] Diplomarbeit. Bielefeld, 1999
- **Schuster, P.; Springer-Kremser, M.** *Anwendung der Psychoanalyse- Gesundheit und Krankheit aus psychoanalytischer Sicht*. 2.überarb.Aufl. Wien: Wuv.Univ.Verl., 1998
- **Sluneko, T.; Sonneck, G.** *Einführung in die Psychotherapie*. Wien: Facultas-Univ.-Verl., 1999
- **Steins, Gisela.** *Aber Messie bin ich noch! Eine Interventionsfallstudie zum Messie-Phänomen*. Lengerich: Pabst Science Publishers, 2003
- **Steins, Gisela.** *Das Messie-Phänomen*. Lengerich: Pabst Science Publishers, 2004

- **Töller, Rainer.** *Psychiatrie*. 11.überarb.Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, 1996
- **WHO Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M.H.; Schulte-Markwort, E.** *ICD-10 – Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber Verlag, 1994

Internetquellen:

- <http://www.7sinn.net>
- <http://www.aol.com/messies>
- <http://www.femmessies.de>
- <http://www.stangl-taller.at/ARBEITSBLATTER/SUCHT/Messie.shtml>
- <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=40480>

