

## Ik heb wa(n)t ik heb

Problematische verzamelzucht in theorie en praktijk

*"Mensen die gemakkelijk afstand doen van hun bezit /even gefragmenteerd. Zij zijn zich niet bewust van historisch perspectief, hechten weinig waarde aan datgene wat hen heeft gemaakt tot wie zij zijn. Ja,... ik ben wat ik heb, zeg maar... of ik ben omdat ik heb..."*

Dal was het antwoord van mijn buurman op de vraag waarom hij zoveel spullen bewaart. Dankzij zijn echtgenote blijft he! beperkt tot slechts enkele ruimten. Of zij belemmert hem om de hele woning ten dienste van de collecties te stellen, he! is maar vanuit welk perspectief je he! bekijkt. Ik kan mijn buurvrouw troosten. He! kan nog vele malen erger: Stapels, nee rijen oude kranten en tijdschriften. Tientallen lege flessen, muren van verpakkingen, plastic tasjes en etensresten. Woningen zo vol dat douchen, koken en normaal door he! huis bewegen een uitdaging wordt of zelfs onmogelijk is; he! is wat ik regelmatig tegenkom in de praktijk van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg, waar ik sinds een jaar werkzaam ben. Spullen verschuiven roept paniek reacties op. Ontruimen van de woning wordt door de eigenaar beleefd als een verkrachting, een amputatie, een aantasting van hun 'zijn' (Frost e.a., 2000). Dal roept vragen op, althans bij mij. Wat is hier aan de hand? Wat beweegt of verlamt deze mensen zo dat di! he! resultaat is? En willen zij werkelijk in deze omstandigheden leven? Deze vragen kan ik na bestudering van de vakliteratuur beantwoorden. Want antwoorden van de betrokkenen lie! nog even op zich wachten; he! contact werd afgehouden, de aangeboden hulp vermeden.

Verzamelzucht wordt in de literatuur op verschillende wijzen gedefinieerd. De ideeën over behandelmethoden zijn schaars en prognoses zijn ongunstig. In Amerika is meer aandacht besteed aan di! fenomeen dan in Nederland. Dankzij verschillende onderzoeken aldaar, zijn meer aanknopingspunten voor effectievere behandeling gevonden. In di! artikel geel ik een overzicht van de beschikbare literatuur over verzamelzucht en de omschreven behandelmogelijkheden. Tot slot onderbouw ik hoe de praktijk leert dat een alternatieve aanpak, gebaseerd op de inzichten uit Amerika, een bijdrage kan hebben aan een meer effectieve en humane behandeling van mensen met verzamelzucht.

### Verzamelzucht. Een syndroom, symptoom of ziekte?

Wat is nu eigenlijk verzamelzucht, en wie zijn die 'verzamelzuchtigen'? Kan iedereen verzamelwoede ontwikkelen of past di! alleen een bepaalde persoonlijkheid?

Eerst maar eens een antwoord op de eerste vraag. Er zijn drie gedragingen die di! beeld karakteriseren: he! verwerven van te veel bezittingen, moeite hebben met weggooien terwijl de bezittingen niet langer nuttig of nodig zijn en moeite met he! organiseren van bezittingen. Wanneer deze gedragingen leiden tot genoeg rommel en wanorde die van invloed zijn op iemands gezondheid of veiligheid of leiden tot significante mate van lijden, dan wordt verzamelzucht ziekte. Gewoon verzamelen of veel dingen bezitten vallen hier niet onder. Een belangrijk kenmerk is de grote hoeveelheid van de ongeorganiseerde rommel dat leidt tot chaos in huis: kamers die niet meer kunnen worden gebruikt waarvoor ze bestemd zijn, bewegen door het huis wordt een uitdaging, uitgangen zijn geblokkeerd, en het leven in het huis wordt moeilijk. Wanneer de rommel inbreuk maakt op de leefruimte van de woning, of wanneer he! leidt tot andere problemen zoals de financiële druk van he! betalen voor de opslag, kan he! fenomeen worden beschouwd als problematische verzamelzucht (Frost e.a., 2000).

In de literatuur wordt verzamelzucht op drie manieren gedefinieerd: he! Diogenes syndroom, een symptoom van de Obsessief Compulsieve stoornis (OCS) en Hoarding Disorder. He! syndroom, he! symptoom of de stoornis, is maatschappelijk relevant en roept veel vragen op wat betreft de etiologie, de diagnostiek, de behandeling, he! beloop en de ethiek. Prevalentie cijfers zijn schaars maar wordt in een studie door Amerikaanse studenten geschat op 2- 4% (Frost, e.a., 2003). Bij 81% zorgt he! verzamelgedrag voor een bedreiging van de fysieke gezondheid (Fast, 1989). Onderstaand volgt een wat nadere beschrijving van deze verschillende illustraties van hetzelfde fenomeen.

### **Het syndroom van Diogenes**

Het Diogenessyndroom werd in 1966 voor het eerst uitgebreid beschreven en als syndroom herkend. Clarke.a. (1975) vernoemden het syndroom naar de Griekse filosoof Diogenes. Volgens deze filosoof moest men zich van alle banden met de samenleving bevrijden en zich losmaken van de cultuur om terug te kunnen keren naar de natuur.

Verschil met mensen die lijden aan dit syndroom is dat zij niet uit filosofische overwegingen sociaal teruggetrokken leven, in tegenstelling tot het beeld bij de door Clarke.a. beschreven patiënten. Het syndroom wordt omschreven als 'een stoornis in de persoonlijke- en omgevingshygiëne' (Macmillan&Shaw,1966). De verslechtering komt voort uit een 'actieve vijandige houding en een verwerping van de buitenwereld.' Diverse auteurs beschrijven de persoonlijkheid als afstandelijk, achterdochtig, koppig, agressief en geneigd tot vervorming van de werkelijkheid (Macmillan e.a., 1966; Clarke.a., 1975). De woning is verwaarloosd en er is sprake van een enorme verzameling oude spullen zoals kranten, flessen en voden. Ook is frequent sprake van stankoverlast, ongedierte en brandgevaar. De patiënten zelf zijn vervuild: lagen vieze kleding, onverzorgde haren en huid. Er is weinig vers voedsel in huis en vaak lopen er vele huisdieren rond. Vrijwel altijd komen zij in beeld bij hulp- en gezondheidsdiensten doordat de omgeving alarm slaat. De patiënten hebben een opvallend gebrek aan ziekte-inzicht en gaan mede daardoor niet in op een behandel aanbod. Dit beeld lijkt een soort eindstadium van mensen met problematische verzamelzucht. Het betreft dan ook meestal ouderen. Bij deze omschrijving staat de vervuiling centraal. Een klinische omschrijving vanuit het perspectief van de auteur, want de betrokkene hecht wel degelijk waarde aan zijn bezit.

### **Een symptoom van de Obsessief compulsieve stoornis**

Verzameldwang wordt in de jaren daarna het meest geassocieerd met de obsessieve - compulsieve stoornis (Coles, Frost, Heimberg & Steketee, 2003). Van de OCD patiënten lijdt 18-42 % ook aan symptomen van verzameldwang (Frost, Krause, & Steketee, 1996). Verzameldwang wordt binnen de DSM-IV-R (een beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria) geclassificeerd als een symptoom van OCD.

In Amerika is veel onderzoek gaande naar de relatie tussen OCD en verzameldwang, waarbij nog veel onduidelijk is. De fenomenologie bij verzamelzucht toont enige gelijkenis. Bijvoorbeeld het vermijden van het ervaren van problemen met weggooien, wat lijkt voort te komen uit de vrees voor verlies van belangrijke informatie, het verliezen van voorwerpen met een emotionele betekenis of het maken van ernstige fouten. Deze zijn verwant aan obsessieve angsten wat kenmerkend is voor patiënten met OCD. Ook wordt angst ervaren wanneer een buitenstaander spullen aanraakt of verplaatst.

Aan de andere kant zijn er nog al wat verschillen. De gedachten bij verzamelzucht worden niet ervaren als opgedrongen zoals bij OCD, of ervaren als repetitief, pijnlijk of onaangenaam zoals bij obsessies. Er is meestal geen sprake van een ritueel in het verzamelgedrag. Het niet kunnen wegdoen van bezittingen is meer uit passiviteit dan vanuit een sterke actieve paging om impulsen of ongewenste gedachten te neutraliseren. Er is meer sprake van preoccupaties in het denken dan van obsessies. De gevoelens die worden ervaren bij het verwijderen van spullen zijn verdriet of woede. Dit in tegenstelling tot mensen met OCD die veelal angst ervaren. We treden in beide gevallen schuldgevoelens op. De symptomen worden ervaren als ego- symptoom, wat betekent dat de persoon het gedrag als normaal beschouwd, terwijl OCD symptomen veelal worden beschouwd als inconsistent met het normale gedrag en het gevoel van eigenwaarde (Pertusa, Fullana, Singh, Alonso, Menchen, Mataix-Cols, 2008).

### **Hoarding Disorder**

Onderzoekers beginnen te denken dat verzamelzucht een op zichzelf staande ziekte is, maar dat het vaak wordt gevonden in combinatie met andere psychische stoornissen, waaronder schizofrenie, stoornissen door een middel te worden gebruikt, eetstoornissen, hersens- beschadigingen, sociale fobie, depressie, de obsessief- compulsieve persoonlijkheidsstoornis en verschillende vormen van dementie (Steketee en Frost, 2003). Overwogen wordt om verzamelzucht in de nieuwe DSM V als een aparte aandoening op te nemen, genaamd Hoarding Disorder (Mataix- Cols e.a., 2010).

Uit diverse onderzoeken blijken de problemen zich te bevinden op het gebied van emotionele verbondenheid, gedragsmatige vermijding, misvattingen over eigendommen en informatie verwerkingsproblemen (Frost en Steketee, 1996). Verzamelzuchtpatiënten zien objecten als een onderdeel van hen zelf en objecten krijgen menselijke kwaliteiten toegeschreven. Afstand van deze

objecten doen, voelt als afstand doen van een hechte vriendschap. In de nabijheid zijn van hun objecten geeft hen een veilig en aangenaam gevoel (Frost, Hartl, Christian & Williams, 1995). De overtuiging bestaat dat weggooien hetzelfde is als een deel van het eigen leven weggooien (Steketee, Frost & Kyrios, 2003).

Gedragmatige vermijding zorgt ervoor dat een beslissing om iets te houden of weg te gooien niet genomen hoeft te worden. Die beslissing uitstellen, voorkomt de kans dat iets weggegooid wordt wat je later misschien nog nodig hebt. Ze willen te allen tijde controle hebben over hun eigendommen, voelen zich sterker verantwoordelijk voor hun objecten en zijn ervan overtuigd dat ze hun objecten nodig hebben. Ze zijn heel liefdevol de enige die controle hebben over hun spullen en geven minder graag toestemming om anderen aan hun eigendommen te laten zitten (Steketee, Frost & Kyrios, 2003).

Op het gebied van de informatieverwerking blijken deze patiënten moeite te hebben met het nemen van beslissingen (Steketee, Frost & Kyrios, 2003). Ook blijken dwangmatige verzamelaars minder goed te presteren op specifieke verbale en non-verbale geheugentaken en hebben ze significant minder vertrouwen in hun geheugen en een grotere behoefte om eigendommen in het zicht te hebben. Ze maken zich overmatig zorgen over de catastrofale gevolgen van het vergeten van de vindplaats van een object (Hartl, Frost, Allen, Deckersbach, Steketee, Duffany & Savage, 2004). Mensen met verzameldwang zouden wanneer ze categorieën maken, nadruk leggen op het unieke van elk object in plaats van op de overeenkomsten. Elk object is zo uniek dat het een op zichzelf staand iets is, wat niet in een groep past met een ander object.

MRI scans tonen verhoogde activiteit in de hersengebieden die verantwoordelijk zijn voor besluitvorming, aandacht en beheersing van emoties. De verzamelaars denken dus anders en kampen met verminderde besluitvorming. Ook blijken trauma's van invloed bij het ontstaan van verzamelzucht. Vrijwel alle patiënten met problematische verzamelzucht hebben een verlieservaring achter de rug. De ongeorganiseerde rommel ten tijde dat het minder goed gaat kan een eerste slap zijn.

Tot slot hebben verschillende studies aangetoond dat ongeveer 50% van de verzamelaars een eerstegraads familielid heeft die hamster! en er sprake is van een genetische gevoeligheid voor verzamelzucht. Het NTRK3-gen, een regio verbonden aan chromosoom 14, kan bijdragen aan de genetische gevoeligheid voor verzamelzucht (Gothelf, 2004). Verder blijken er geen geslachtsgebonden verschillen te zijn, is het fenomeen terug te vinden in alle sociale klassen en zijn er minder personen met verzamelzucht gehuwd. In 44% van de gevallen gaat verzamelzucht gepaard met een psychiatrische aandoening (Steketee e.a., 2003). Hoe de verdeling ligt tussen genetische oorzaken, aangeleerd gedrag en opvoeding, is nog onzeker.

#### Behandeling en prognose

Tot de komst van de DSM- V zal verzamelzucht nog worden gedefinieerd als een symptoom van OCS. De huidige algemeen beschikbare behandelingsstrategieën zullen daarom doorgaan met voldoen aan eisen van de OCS behandeling. De meeste auteurs zijn het eens over de farmacologische behandeling, die -afhankelijk van de etiologie-, bestaat uit antidepressiva (SSRI's) of antipsychotica.

Toch blijkt een opvallend gebrek aan respons op SSRI's. Hoe ernstiger de verzamelzucht, hoe slechter het behandelresultaat, met name bij patiënten bij wie Obsessieve Compulsieve Stoornis (OCS) is gediagnosticeerd.

Antipsychotica zou verzamelzucht kunnen verminderen wanneer de verzamelzucht vooral voortkomt uit repetitief gedrag (Jacobsen, 1995). Uit diverse case- studies blijkt echter dat daarbij gelijktijdig cognitieve stoornissen optreden. (Herran & Vazquez- Barquera, 1999). Uit onderzoek naar de effectiviteit van standaard OCD behandelingen die bestaat uit SSRI's en Cognitieve Gedragstherapie, komt naar voren dat de meeste patiënten met verzamelzucht hier niet op reageren.

Daarom zijn de belangrijkste pijlers in begeleiding gedrags- en milieutherapeutische interventies: het beperken van opslagruimte, het wegnemen van potentieel gevaarlijke voorwerpen, het zorgen voor een daginvulling en het op geregelde tijden verwijderen van collecties (Damecourt & Charron, 1998; Hwang e.a., 1998).

Begrijpelijke reactie, maar helaas met een averechts effect. Dit zijn eigenlijk herhaaldelijke aantastingen van het 'zijn' van de patiënten, traumatiserende interventies die ook niet eens effectief

zijn: in 43% van de gevallen ziet men geen verandering, bij 15% is sprake van een achteruitgang, of eerst een vooruitgang en daarna een terugval (8%).

Verzamelzucht is in veel gevallen een reactie op verlies- of trauma ervaringen. Een vorm van coping om gevoel van veiligheid te creëren. Het weghalen van de bezittingen roept daarom in de meeste gevallen een versterking van het verzamelgedrag op.

In slechts 15% van de gevallen na ontruiming kan men spreken van een duidelijke verbetering (Kim, Steketee e.a., 2001). Gedwongen behandeling is evenmin een gunstige optie (Cooney & Hamid, 1995). Psychiatrische opname leidde bij een groot aantal patiënten tot volledige apathie. Na vier jaar was de helft overleden. De weinig beschikbare gegevens over de prognose van deze behandeling zijn dus niet erg bemoedigend.

### **Alternatieve behandeling, methode Frost en Steketee**

Frost en Steketee hebben op basis van alle onderzoeksbevindingen een alternatieve behandeling voor mensen met verzamelzucht ontwikkeld. Dit gedragsmodel is gebaseerd op de Cognitieve Gedrags Therapie (CGT) zoals bij de behandeling van mensen met OCS, maar dan meer intensief over een langere periode. Hierin worden onderdelen opgenomen die betrekking hebben op het vergroten van de motivatie om problemen aan te pakken. Het gaat hierbij om het aanleren van vaardigheden zoals besluitvormingsvaardigheden en het 'bootstellen' aan weggooien van spullen (Talen, 2007). De samenwerking is gebaseerd op een gelijkwaardige relatie, waarvoor de behandelaar allereerst moet investeren in het contact en het winnen van vertrouwen. Dit is een onderdeel van de motiverende benadering. Vanuit een empathische houding worden reflectieve vragen gesteld met als doel discrepantie te ontwikkelen tussen de huidige omstandigheden en de wensen van de patient.

Het is van groot belang dat eerst een bewustzijn van deze discrepantie bestaat, een herkenning van het probleem, alvorens men kan komen tot verandering. De behandelaar ondersteunt de zelfwerkzaamheid, de patienten moet het gevoel krijgen dat hij zelf iets aan het probleem kan doen. Zonder hoop ontstaat defensief en vermijdend gedrag (Miller, 2008). Pas daarna worden de doelen gericht op het organiseren van spullen. Te snel overgaan op weggooien leidt tot afhaken van de patient. Er moet eerst voldoende vertrouwen zijn en de hoop is dat de patient bij het organiseren zelf tot de conclusie komt dat hij ook spullen moet weggooien. Gebeurt dit niet dan moet de hulpverlener overgaan op educatie. Uitleg en educatie, om de patient bewust te maken van de gevolgen van zijn gedrag, zodat deze zelf conclusies kan trekken en daar vervolg aan kan geven. Daarna wordt gewerkt aan het vergroten en verbeteren van de leefruimte en het gebruik van de leefruimte. Denkfouten als: 'het is een ramp als ik iets nodig heb wat ik heb weg gegooid,' worden gecorrigeerd. In de laatste fase wordt overgaan op het wegdoen, recyclen of weggeven van spullen die niet nodig zijn en het voorkomen van verzameldwang in de toekomst (Talen, 2007).

### **Treed binnen in de wondere wereld van de verzamelaar**

Samenvattend kan ik stellen dat aansluiting zoeken bij de belevingswereld van de 'verzamelzuchtige' een voorwaarde is. Goed contact is een essentiële voorwaarde voor een succesvolle behandeling. Nee inderdaad, het is geen nieuws. Het belang van goed contact wordt in vele onderzoeken bevestigd: **eerst contact maken en aansluiting vinden, daarna pas beginnen met toepassen van** behandelmethoden. Dat geldt dus ook voor mensen met problematische verzamelzucht. Als sprake is van een gelijkwaardige relatie en een goed contact, pas dan kan gestart worden met een behandeling, een hulpaanbod. Maar een "hulpaanbod" wat bestaat uit ontruiming, staat ver *af* van de belevingswereld van de patient. In feite bezorg je iemand een trauma, om vervolgens vast te stellen dat hij vijandig, koppig en afhoudend is. Twee werelden lijnrecht tegenover elkaar dus. Het gevolg is dat iemand afknappt op de hulpverlening en zorg gaat mijden. De behandelmethode van Frost en Steketee lijkt dan ook een goed en welkom alternatief. Het klinkt logisch allemaal, heel aannemelijk en ogenschijnlijk simpel. In praktijk blijkt het echter nog niet zo eenvoudig te zijn. Onderdeel van de problematiek is namelijk dat het verborgen blijft.

Mensen met problematische verzamelzucht vragen geen hulp, melden zich niet voor behandeling. Alleen al de suggestie dat de persoon gezien moet worden door een psychiater betekent einde relatie. Het is voor een huisarts ook moeilijk doorverwijzen naar de ggz omdat deze veelal geen weet heeft van de thuissituatie en er in veel gevallen geen sprake is van een duidelijke (andere) psychiatrische stoornis. Voor inwonende familieleden een onhoudbare toestand. De vele pogingen de situatie te

veranderen monden uit op frustraties met scheidingen en verbroken contacten tot gevolg. Eenmaal alleenwonend kan de verzamelaar vervolgens ongestoord verder verzamelen. Tientallen jaren kunnen voorbij gaan voor de problemen uiteindelijk letterlijk tot oppervlakte komen: op den duur ontstaat (stank) overlast en doen burens melding bij de gemeente, de woningbouw of de politie.

De bewoner van het volgepakte huis heeft zichzelf inmiddels levend begraven. De problematische verzamelaar is in feite opgehouden te leven. En pas na al die jaren van eenzaamheid, pijnlijke, en teleurstellende levenservaringen komt de verzamelaar in beeld bij de hulpverlening. Aan hen de "schone" taak de patiënten met problematische verzamelzucht te verleiden tot het accepteren van hulp. Dit vraagt inspanning van hulpverleners, heel veel inspanning en geduld. De muren van oud papier, lege flessen en afval symboliseren de teleurstellingen en het verdriet van tientallen jaren. Die zijn niet in enkele maanden of jaren al te breken. Ook niet met de methoden van Frost en Steketee. Na een jaar werkervaring in de OGGz kan ik in elk geval geen verslag doen van opgeruimde resultaten uit de dagelijkse praktijk. De problematische verzamelaars die ik het afgelopen jaar heb leren kennen, spreek ik meestal aan de deur. Slechts een enkeling nodigt me uit binnen in huis te komen. De gesprekken gaan over hun leven en over koetjes en kalfjes. Het woord 'hulp' hoer ik niet in de mond te nemen, dan is het einde gesprek. Commentaar leveren op de geur of de rommel zijn ook geen aanbevolen verleidingstechnieken.

Eigenlijk pas nadat ik mijn ideaal van een opgeruimd huis uit mijn hoofd zette en besloot het prima te vinden dat iemand zo leeft, werd het contact wat minder fragiel. Ik denk dat verzamelen de beste oplossing is die deze mensen voor handen hebben om hun problemen het hoofd te bieden. Deze accepterende houding scheidt overigens direct ruimte, zowel voor mij als voor de verzamelaar.

Maar na een jaar nog niets opgeruimd? Is dat niet weinig hoopgevend? Nee, het kostte me een jaar om te doen inzien dat dit 'contact maken' is. En ik hou hoop. Mede door de ervaringen van mijn buurvrouw, al zijn die natuurlijk van een ander kaliber, zij heeft een ingang gevonden: Mijn buurman hecht waarde aan zijn spullen omdat deze iets zeggen over wie hij was en hem hebben gemaakt tot wie hij is. Mijn buurvrouw helpt haar man door samen met hem de afweging te maken welke spullen echt iets zeggen over wie hij was in een bepaalde levensfase en welke spullen dat minder doen en misschien wel weg kunnen worden gegooid. Zij sluit aan bij zijn belevingswereld en helpt hem bij de afweging wat gesorteerd en bewaard moet worden om zijn doel na te streven. Niet het doel van een opgeruimd huis staat voorop, maar het verhaal van de ander staat centraal. En dan blijkt dat je vertrouwen kunt verdienen als je het de ander eerst geeft. Ik koester de hoop dat blijkt dat de oplossing vanzelf wel komt als je stop eraan te zoeken.

## Literatuur

- Ashcraft, M. H. (2002). *Cognition*, Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall.
- Bergmann, K. (2002). Senile self-neglect or squalor (Diogenes syndrome). *Psychiatry in de elderly*. Oxford: Oxford University Press.
- Clark, A.N.G. (1975). Diogenes syndroom, a clinical study of gross neglect in old ages. *The lancet*, 15:366- 8.
- Coles, M. E., Frost, R., Heimberg, R. G., & Steketee, G. (2003). Hoarding behaviors in a large college sample, *Behaviour Research and Therapy*, 41, 179-194.
- Cooney, C., Hamid, W. (1995). Review: diogenes syndrome. *Age and Ageing*, 24, 451- 453.
- Damecour, C.L., Charron, M. (1998). Hoarding: a symptom, not a syndrome. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 267-272.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition (DSM-IV) - Text Revision, 2001, American Psychiatric Association, Washington (Nederlandstalige beknopte versie: Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM-IV-TR, 2001, Amersfoort: Harcourt Publishers)
- Fast, T., Planter, H. (1989). De vervuilers: een individueel en collectief probleem. *Tijdschrift voor sociale gezondheidszorg*. 67: 16-8.
- Frost, R., Hartl, T., Christian, R., & Williams, N. (1995). The value of possessions in compulsive hoarding: Patterns of use and attachment. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 897-902.
- Frost, R., Krause, M., & Steketee, G. (1996). Hoarding and obsessive compulsive symptoms. *Behavior Modification*, 20, 116-132.
- Frost, R.O., Steketee, G., Williams, L.F. & Warren, R. (2000), Mood, personality disorder symptoms and disability in obsessive compulsive hoarders: a comparison with clinical and nonclinical controls, *Behaviour research and therapy*, vol 38, 11, pp 1071-1081
- Grisham, J. R., Frost, R. O., Steketee, G., Kim, H.J., & Hood, S. (2006), Age of onset and course of compulsive hoarding, *Anxiety Disorders*, 20 675-686
- Halliday, G., Banerjee, S. Philpot, M., e.a. (2000). Community study of people who live in squalor. *Lancet*, 355, 882- 886.
- Hartl, T. L., Frost, R.O., Allen, G.J., Deckersbach, T., Steketee, G., Duffany, S.R., & Savage, C.R. (2004) Actual and perceived memory deficits in individuals with compulsive hoarding, depression and anxiety, 20, 59 -69.
- Hwang, J.P., Tsai, S.J., Yang, C.H., e.a. (1998). Hoarding behavior in dementia. A preliminary report. *The American journal of Geriatric Psychiatry*, 6, 285- 289.
- Jacobs, F. (1998). Zelfredzaamheid en solidariteit. Woningvervuiling, een verborgen probleem van thuisloosheid. In: Nuy MHR. Red. decor van sociale armoede. 's- Gravenhage: SDU.
- Jacobsen, F.M. (1995). Risperidone in treatment of affective illness and obsessive- compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56, 423- 429.
- Kim, H.J., Steketee, G, Frost, R.O., e.a. (2001). Hoarding by elderly people. *Health & Social Work*, 26, 176- 184.