

Aufsuchende Angebote für Messiepatienten

Karoline Mayer

1. Die Anfänge der aufsuchenden Ergotherapie im FTZ

Das FTZ – FrauenTherapieZentrum wurde 1978 von acht Frauen aus der Frauenbewegung, der Antipsychiatrie und der Selbsthilfebewegung in ehrenamtlicher Arbeit gegründet und beständig ausgebaut. Mittlerweile ist der größte Teil der Einrichtungen, dazu gehören z. B. eine Tagesstätte, Beratungsstellen mit unterschiedlichen Schwerpunkten, Betreute Wohngruppen, Betreutes Einzelwohnen, in eine gemeinnützige GmbH ausgegliedert. Insgesamt umfasst das FTZ elf Einrichtungen. Es wurde eine Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungskette konzipiert mit Angeboten der psychosozialen Beratung, der psychiatrischen Versorgung, der Suchthilfe sowie der Ergotherapie. Heute beschäftigt das FrauenTherapieZentrum rund 150 hauptamtliche Mitarbeiterinnen, über 60 Honorarkräfte und zahlreiche Praktikantinnen. Mehr als 50 ehrenamtlich engagierte Frauen unterstützen die Klientinnen.

Ein wichtiger Bestandteil des Gesamtkonzeptes des FTZ ist seit 2005 die Ergotherapie. Diese besteht aus einer ergotherapeutischen Praxis und seit Oktober 2011 zusätzlich aus THEAmobil – Therapie und Hilfen im Alltag älterer Frauen.

1.1 Was ist THEAmobil?

THEAmobil richtet sich an Frauen, die unter altersspezifischen Erkrankungen leiden. Der überwiegende Teil der Patientinnen ist über 60 Jahre alt. Aber auch Frauen, welche stark vorgealtert

sind oder Diagnosen aus dem geriatrischen Formenkreis vorweisen, können das ergotherapeutische Angebot von THEAmobil nutzen. Die Therapie findet im häuslichen Umfeld der Patientin statt. Es handelt sich ausschließlich um Hausbesuche. Neben dem Erhalt des selbstständigen Wohnens geht es darum, Hilfen gezielt zu koordinieren bzw. ein Helfernetzwerk aufzubauen. Das Projekt wird von der Stadt München, genauer dem Referat für Gesundheit und Umwelt, unterstützt.

1.2 Messie-Patientinnen bei THEAmobil

Bei den Hausbesuchen begegnet das Team von THEAmobil häufig dem Messie-Syndrom. Die betroffenen Patientinnen waren sehr oft bereits in den ersten Kontakten, welche telefonisch erfolgten, nach einem bestimmten Muster auffällig. So fiel den meisten von ihnen schwer, einen passenden Termin zu finden und sich zeitlich zu strukturieren. Nicht selten berichteten sie von „mehreren Kalendern und Notizblättern“, auf denen sie den Termin aufschreiben und mit anderen Terminen abgleichen mussten. Viele Patientinnen sagten den vereinbarten Termin dann doch noch kurzfristig ab oder öffneten beim ersten Hausbesuch erst gar nicht die Tür.

Im Zusammenhang mit dem Zustand der Wohnung berichten sie von großer Scham und Angst. Oft wollen sie den Termin für den Hausbesuch verschieben, da sie nicht dazu gekommen seien, die Wohnung aufzuräumen. In Ausnahmefällen arrangiert eine Mitarbeiterin deshalb den ersten Ter-

min in Räumlichkeiten des FTZ oder in einem Café. Bei diesem ersten Treffen ist es besonders wichtig, sehr feinfühlig und empathisch auf die Situation der Patientin einzugehen.

Von vorne herein wird der Patientin ganz deutlich und mehrfach zugesagt: Absolut nichts wird gegen ihren Willen weggeworfen, umgeräumt, geplant, organisiert oder sonst irgendwie unternommen! Einem kleinen Teil der Patientinnen gelingt es trotzdem nicht, Vertrauen zu fassen; diese Frauen unterbrechen die Behandlung bereits, bevor sie begonnen hat. Zum Teil gelingt es ihnen zu einem späteren Zeitpunkt zu starten.

2. Erste Interventionen

2.1 Diagnostische Einteilung

Der Messie-House-Index (MHI): Dieses Messinstrument eignet sich, um das Ausmaß der Störung zu kategorisieren, u.a. aber auch, um bei erneuter Durchführung Therapieerfolge bzw. Veränderungsprozesse zu belegen und zu dokumentieren.

Zur Berechnung des Indexwertes geht das MHI-Modell von der zur Gesamtfläche in Relation gesetzten Nutzfläche der Wohnung aus. Dabei werden die einzelnen (noch) frei begehbaren Flächen zur Gesamtfläche der Wohnung in Bezug gesetzt und in die 10-stufige Rangskala eingetragen (Tab. 1).

Der Normalbereich liegt zwischen 1 und 4. Bei einem MHI von 5 zeigen Betroffene bereits einen Leidensdruck.

Die Patientinnen können hier auch einen Wunschwert angeben, wie die

Fläche begehrbar	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10
Fläche belegt	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90
MHI	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Tab. 1: Über den Messie-House-Index (MHI) kann das Ausmaß der Störung kategorisiert werden. Dabei werden die einzelnen (noch) frei begehbaren Flächen der Wohnung in Bezug zu ihrer Gesamtfläche gesetzt und in die Rangskala eingetragen.

Situation für sie am Ende der therapeutischen Maßnahme beziffert werden soll. Daraus ergibt sich ein erster Anhaltspunkt über die Vorstellungen der Betroffenen. Nicht zu unterschätzen bei dem gesamten Therapieprozess sind eigene Ideen und Lebensgewohnheiten bezüglich Ordnung und Sauberkeit.

2.2 Therapiemotivation

Einmal mehr ist es wichtig, eigene Ansprüche aus dem Therapieprozess rauszuhalten und genau nachzufragen, worin der Leidensdruck der Patientin besteht. Dies kann ebenfalls über ein Messinstrument geschehen. Bei THEAmobil wird häufig dafür der OSA (Occupational self assessment) benutzt.

Bei einem Teil der Patientinnen wird sich herausstellen, dass es ihnen selbst eigentlich gar nicht so wichtig ist, dass sich die Wohnsituation verändert. Vielmehr besteht sehr häufig eine hohe Fremdmotivation.

Die Problematik ist oft eine „systemische“. Von der Unordnung und dem daraus resultierenden Chaos sind auch die Menschen um den Messie herum betroffen. Dies können beispielsweise Partner, Kinder, Nachbarn oder Vermieter sein. Zum Teil kann es sich dabei auch um Betreuer, das Jugendamt oder andere Institutionen handeln. Die Einforderung einer „aufgeräumten und sauberen“ Wohnung von Institutionen oder Dritten kann für Betroffene besonders belastend sein.

Es ist daher sehr wichtig, im Vorfeld mit der Patientin abzuklären, welche

Ziele in welchem Zeitrahmen erreicht werden sollen. Wie soll die Wohnung aussehen, was konkret wünscht sich die Patientin?

► Auch hier gilt: weg von eigenen Vorstellungen! Ein Mensch, der seit mehreren Jahrzehnten an einem Desorganisationsproblem leidet, wird nicht in den nächsten Wochen oder Monaten in einer aufgeräumten und sauberen Wohnung leben – unter Umständen wird er das nie bzw. nur für kurze Zeit.

Bei sehr weit auseinander liegenden Vorstellungen in Bezug auf Therapieziele zwischen Patientin und Dritten (beispielsweise Betreuer) ist es sehr wichtig, trotzdem einen gemeinsamen Konsens für die Ziele zu finden. Auch

wenn die Betroffenen selbst kein allzu großes Interesse an einer aufgeräumten und sauberen Wohnung haben, so wollen doch die meisten negative Konsequenzen (wie z. B. die Inobhutnahme von Kindern oder den Verlust der Wohnung) vermeiden.

2.3 Therapeutische Grundhaltung

► **Absolut nichts wird gegen den Willen der Patientin weggeworfen, umgeräumt, geplant oder organisiert.** Dieser Punkt ist enorm wichtig und muss in jedem Falle eingehalten werden. Erkrankte haben speziell in diesem Punkt sehr oft bereits negative Erfahrungen gesammelt und Angst vor Fremdbestimmung und Kont-



Gegenstände, die vor dem Hauseingang liegen und damit das Wohnumfeld der Nachbarn beeinträchtigen, werden in die Wohnung geräumt.

rollverlust. Bei mehreren Personen im Helferkreis wird auch keine Entscheidung ohne Wissen der Patientin getroffen. Bei einem gemeinsamen Austausch wird die Patientin informiert. Außerdem bedarf es hierfür selbstverständlich einer Schweigepflichtentbindung.

► **Gegenstände, die in den Raum anderer eindringen, werden weggeräumt.** Häufig vermittelt einem das Bild vor der Wohnung, sprich der gemeinschaftliche Eingangsbereich, bereits einen ersten Eindruck, wie es in der Wohnung aussehen mag. All diese Dinge werden in die Wohnung geräumt. So verhält es sich auch mit Gegenständen, die vor Garagen, Kellerabteilen oder dergleichen deponiert sind.

► **Wir begegnen den Gegenständen und dem Leben der Patientin mit Interesse, Wertschätzung, Offenheit und Respekt.** Beispielsweise heißt das, dass wir nachfragen, was die Patientin mit den Gegenständen verbindet, weshalb sie ihr wichtig sind. Wir fragen die Patientin nach eigenen Ideen zur Verbesserung der Situation und was es ihr erleichtern würde, sich von Dingen zu trennen. Dazu gehört auch, dass wir keine Ausreden erfinden, wenn wir aus hygienischen Gründen nicht die Toilette bei der Patientin benutzen oder angebotene Lebensmittel nicht essen möchten.

3. Symptome (Pritz et al. 2008):

- Unordentlichkeit bis hin zur Geruchsbelästigung und zu hygienischen Problemen
- zwanghaftes Sammeln (scheinbar) wertloser und verbrauchter Dinge
- Zeitmanagementprobleme bis zur extremen Unpünktlichkeit
- ungeöffnete Post
- Sozialer Rückzug und Isolation
- eingeschränktes Sozialverhalten durch die Nicht- oder nur eingeschränkte Nutzbarkeit der Wohnung/des Hauses



Entrümpelungsaktionen müssen mit der Patientin gründlich vorbesprochen und sehr sensibel durchgeführt werden.

- Panikreaktion bei Entmüllungsaktionen

Der Leidensdruck hinsichtlich der Symptome kann sehr unterschiedlich sein und reicht von völliger Abwesenheit eines Leidensgefühls bis hin zur Niedergeschlagenheit aufgrund der Unfähigkeit zur Selbstorganisation. Das Messie-Dasein ist nicht unwesentlich auch eine soziale Krankheit, als sie zur Isolierung führen kann, die natürlich als schmerzhaft empfunden wird. Deshalb sollte eines der Therapieziele neben der Verbesserung der Wohnsituation auch immer die Förderung von sozialen Kontakten sein.

4. Erste therapeutische Maßnahmen

Alles was in den Lebensraum von anderen Menschen hineinreicht, wird entfernt. Sprich alles vor der Wohnung wird in die Wohnung geräumt. Zum Einen werden dadurch Konflikte mit Nachbarn eingedämmt, zum Anderen soll die Tendenz zu zerfließen, sich wahllos auszubreiten und immer weiter Raum für sich einzunehmen, begrenzt werden. Neben dem Respekt und der Wertschätzung für die Patientin soll eine Grenze gezogen und somit eine Achtung vor dem Allgemeingut

bzw. den Grenzen zu anderen Menschen verdeutlicht werden. Ähnliches gilt, soweit wie möglich, für Kinderzimmer in der Wohnung.

Liegt eine sehr starke Vermüllung oder Verwahrlosung vor, kann es notwendig sein, eine größere Entrümpelungsaktion anzustreben, um eine erste Grundordnung zu schaffen. Dies würde den Rahmen von ergotherapeutischen Hausbesuchen natürlich sprengen. Im Münchner Raum wurden mittlerweile mehrere Institutionen gegründet, welche sich auf Entrümpelungen und Grundreinigungen von Messiewohnungen spezialisiert haben. Eine solche Maßnahme muss zusammen mit der Patientin gründlich vorbesprochen und sehr sensibel durchgeführt werden. Je nach Ausmaß des Chaos und der Verschmutzung wird ein bestimmtes Stundenkontingent vereinbart; die Kosten werden von den zuständigen lokalen Behörden oder Ämtern übernommen.

4.1 Beispiele für Therapieinhalte

► Grundsätzlich ist von einer protrahierten Behandlungsdauer auszugehen, um langfristige Verbesserungen zu erzielen und insbesondere diese zu erhalten.

► Zusätzlich haben sich die besten Behandlungserfolge im aufsuchendem Setting erwiesen. Eine theoretische Aufarbeitung in der Praxis hat sich als nicht bzw. nur begrenzt erfolgreich in Bezug auf die Symptomatik gezeigt.

► Beispiele von therapeutischen Möglichkeiten bietet die Mount-Vernon-Methode (auch 3-Kisten-Methode genannt). Zum Erhalt der erzielten Erfolge können Wochen- und Tagespläne erarbeitet werden. Erinnerungsstützen sind dafür zu etablieren. Je nach kognitiven Ressourcen der Patientin lässt sich dabei direkter oder weniger direktiv vorgehen.

► Es gibt weitere hilfreiche und konkrete Behandlungsmöglichkeiten. Die ausführliche Darstellung dieser würde jedoch den Rahmen des Artikels sprengen. Um hierzu entsprechende Kompetenzen zu erlangen, empfiehlt es sich, themenorientierte Fortbildungen/Workshops zu besuchen.

5. Abgrenzung zu ADHS

In der Praxis kommt es vor, dass eine Messieproblematik von der Patientin selbst oder dem behandelnden Arzt beschrieben wird und wir vor diesem Hintergrund aufsuchend tätig werden. Die Patientin beschreibt, keine Struktur in ihren Alltag zu bekommen.

Bei genauerer Betrachtung kann jedoch festgestellt werden, dass es sich wohl eher um eine ADHS-Problematik handelt. In der Regel ist damit für die prognostische Einschätzungen bezogen auf die Veränderung der Wohnsituation eine günstigere Prognose verbunden.

Im Vergleich zu einer „typischen“ Messieproblematik zeigen sich bei dieser Patientengruppe zwar häufig Unordnung und Chaos, aber in der Regel keine hygienischen Probleme. Außerdem scheinen die Dinge und Gegenstände keinen so enorm hohen Stellenwert einzunehmen. Dinge wegzugeben fällt dementsprechend leichter. Die Patientinnen haben oft einen sehr hohen Leidensdruck und

zeigen weniger soziale Rückzugstendenzen. Diese Gruppe profitiert sehr von kognitiven Strategien, wie z. B. Tages- oder Wochenplänen. Außerdem kann es hilfreich sein, bei mehreren Menschen, die im Haushalt leben, Tätigkeiten abzugeben oder umzuteilen. Es fällt ADHS-Betroffenen im Vergleich zu Messiepatientinnen oft weniger schwer, Erledigungen aus der Hand zu geben.

Während die ADHS Erkrankte mit „Messietendenzen“ in der Regel prompt auf eine entsprechende Medikation reagiert, ist im Falle eines „genuinen“ Messiesyndroms unter Pharmakotherapie keine Verbesserung zu erwarten.

6. Weitere Behandlungsmöglichkeiten

► **Selbsthilfegruppen:** In vielen Regionen gibt es mittlerweile organisierte Selbsthilfegruppen. Diese wurden entweder von den Betroffenen selbst oder von Kliniken/Institutionen ins Leben gerufen. Manchmal werden diese auch von Fachpersonal begleitet. Solche Selbsthilfegruppen gibt es auch für Angehörige von Messies. Es entsteht nach außen häufig der Eindruck, dass die Angehörigen einen höheren Leidensdruck haben, insbesondere diejenigen, die mit dem Messie in derselben Wohnung leben.

► **Psychotherapie:** Letztlich ist die Problematik der Organisations-Defizit-Störung sehr häufig eine Lebensproblematik und nicht nur begrenzt auf den Wohnbereich. Oft kehrt sich dabei das innere Chaos nach außen. Eine Psychotherapie ist dann indiziert. Zusätzlich tritt die Symptomatik sehr häufig auch als Teilsymptomatik von anderen Krankheiten, z. B. Depressionen, Zwangsneurosen oder Schizophrenie, auf.

7. Ausblick

Die Erscheinung des „Messie-Daseins“ ist sicherlich kein Phänomen der post-

industriellen Gesellschaft. Menschen mit extremer Sammelleidenschaft gibt es, seitdem die Menschheit existiert. Dass sich ein breiteres Publikum dafür interessiert, ist jedoch ein jüngeres Phänomen und erst seit verhältnismäßig kurzer Zeit Gegenstand der Forschung. Zu den Ursachen gibt es viele Theorien. Am häufigsten genannt wird die Theorie der Bindungsstörung oder die der Traumatisierung. Derzeit laufen viele Studien zu diesem Thema. Es bleibt zu hoffen, dass sich daraus weitere Handlungsstrategien im Umgang mit Messies und letztlich auch für jeden einzelnen betroffenen Menschen ergeben.

Literatur:

Pritz, A., Vykoukal, E., Rebohy, K. & Agdari-Moghadam, N. (2008): Das Messie-Syndrom. Wien, New York: Springer.

Die Autorin:



Karoline Mayer
Karo_Mayer@gmx.de

Stichwörter:

- Messie
- Aufsuchende Angebote
- ADHS