

Zeitschrift: Palliative.ch : Zeitschrift der schweizerischen Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung = revue de la Société suisse de médecine et de soins palliatifs = rivista della Società svizzera di medicina e cure palliative

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

Band: - (2005)

Heft: 1: Palliative Care in der Geriatrie = Soins palliatifs en gériatrie = Cure palliative in geriatrics

Artikel: "X-MOMENTS" Konzept eines Betreuungs- und Beschäftigungsmodells dementieller Patienten (DAT) = "Instants-X" Un modèle de prise en charge et d'animation pour les patients souffrant de démence (Résumé) = "X-MOMENTS" Concetto di un modello assistenziale e ...

Autor: Schwind, Suzanne

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1091875>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 25.04.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Auf einer geschlossenen geronto-psychiatrischen Station wurden im Laufe der Zeit immer mehr Patienten hospitalisiert, die an einer schweren dementiellen Erkrankung mit Sprachverlust und grosser motorischer Unruhe litten, so dass sich das Klientel zusehends veränderte und sich auf der Station hauptsächlich Patienten mit einer Alzheimer Demenz befanden. Eine Eingliederung (Sozialisierung) dieser dementiell Erkrankten in die ursprüngliche Patientengruppe der hauseigenen Aktivierungstherapie, wie dies bis anhin noch versucht wurde, brachte immer grössere Schwierigkeiten und war schliesslich nicht mehr möglich.

Suzanne Schwind

«X-MOMENTS» Konzept eines Betreuungs- und Beschäftigungsmodells dementieller Patienten (DAT)



Suzanne Schwind

Grundlage

Durch die kognitiven Defizite der dementiell Erkrankten, gekoppelt mit motorischer Unruhe und dem steten Drang umherzulaufen, fühlten sich die anderen Gruppenteilnehmer gestört und lehnten die dementiellen Patienten ab. Es kam zu Beschimpfungen und Ausgrenzungen, was zu Überforderungen und erhöhter Aggressivität führte. In der Folge konnte das ursprüngliche Beschäftigungsangebot ausserhalb der geschlossenen Station nicht mehr oder nur sehr unstrukturiert wahrgenommen werden. Da diese externen Beschäftigungen zudem in offenen, nicht abschliessbaren Räumen stattfanden, war auch die Weglaufgefahr erheblich.

Gewünscht war daher ein geschützter und betreuter Rahmen, in dem die dementiell Erkrankten x-mal für x-Momente («X-Moments») an einer Sache beteiligt werden konnten, wo sie problemlos kommen und entsprechend ihrer motorischen Unruhe wieder weggehen konnten, um vielleicht kurze Zeit später wieder mitzumachen oder sich selbständig zu beschäftigen.

Blick in die Literatur

Der Verlauf der dementiellen Erkrankung (Alzheimer) hat Held (2001) in seinem Drei-Welten-Modell dargelegt. Die Patienten auf unserer Abteilung sind gemäss diesem Modell mehrheitlich der Welt der Ziellosigkeit zuzuordnen. Mit der Beschreibung der Störungen gibt Held gleichzeitig Hinweise auf mögliche Zugänge, wobei die Verhaltensweisen durchaus individuell und biographisch geprägt sind.

Kunz (2001) stellt die Frage nach der Lebensqualität und weist klar darauf hin, dass bei dementiell Erkrankten die Dimension der Gefühle kaum oder nur am Rande betroffen ist: «Wir haben somit zwei Gegensätze vor uns: ein zunehmender Verlust von intellektuellen Fähigkeiten und ein intaktes oder vielleicht sogar sensibleres Gefühlsleben. (...) Heisst Lebensqualität aber, Gefühle zeigen und erle-

ben zu können, Freude und Wohlbehagen empfinden zu dürfen, so können demente Menschen durchaus eine Lebensqualität besitzen.»

In seinem Lehrbuch plädiert Böhm (2001) für eine psychobiographische Pflege, im Sinne einer reaktivierenden Pflege. Er regt an, die im Altgedächtnis gespeicherten Fähigkeiten wiederzubeleben. Der ständige Versuch, den Betroffenen etwas Neues beizubringen, sollte unterbleiben, um Überforderung zu vermeiden. Es gelte vielmehr die Altersseele anzuregen. Böhm betont, dass es hierzu unabdingbar sei, die Biographie des Menschen zu kennen, seine Gepflogenheiten, sein soziales Umfeld, seine Gewohnheiten.

Noch stärker betont Romero (2000) in ihrem Selbst-System SET die Individualität eines Menschen. Es soll das SELBST als personale Identität bewahrt werden, indem eine Biographie- und Erinnerungsarbeit kreativ umgesetzt wird. Für beginnende dementielle Störungen konstruiert sie daraus das therapeutische Vorgehen SET: Selbst-Erhaltungstherapie, dem ein differenzierter Biographie-Bogen zugrunde liegt.

Ähnlich wie Romero stellt Steiner (1998) Erinnerungsstücke in den Vordergrund und fokussiert auf eine «Erinnerungspflege». Als Trigger dient z.B. das «Lebensbuch», eine Sammlung von Themen und Materialien, die eine wesentliche Bedeutung für den Patienten hatten/haben. In diesem Lebensbuch können Photos, Dokumente, Briefe, etc. abgeheftet werden, kurzum alles, was eine Erinnerung provozieren kann.

Schweizer (2000) verfolgt in ihrem integrativen Ansatz «Age Exchange» ein generationenübergreifendes Arbeiten. In der Begegnung älterer Leute mit Schulkindern werden z.B. Erinnerungen an die eigene Schulzeit wach – das bedeutet, dass mit spezifischen Projekten ein Austausch eingeleitet und gefördert wird. Wenngleich hier nicht unbedingt dementiell Erkrankte als Zielgruppe angesprochen werden, ist doch die Erinnerungsarbeit als zentrales Moment zu erkennen.

In der palliativen Betreuung und Begleitung steht für die kranken Menschen die bestmögliche Lebensqualität im Mittelpunkt. Es wird hier nicht auf Beseitigung der Störungen gesetzt, sondern auf eine mögliche Linderung der belastenden Symptome (Unruhe, Sprachverlust, kognitive Defizite etc.), ein Erträglichmachen durch Eingehen auf die Bedürfnisse und Wünsche der erkrankten Person, indem primär die Betreuungsmöglichkeiten angepasst werden. Da die entsprechenden Massnahmen meist biographieorientiert sind, muss ein entsprechender individueller Behandlungsplan schrittweise erarbeitet werden. Den Angehörigen als Informationsträger kommt hier eine besondere Rolle zu, woraus sich eine hohe Zusammenarbeit des Betreuungsteams mit den Angehörigen ergibt.

In einer eingehenden Untersuchung hat Schwind (1999) die funktionellen Störungen und Ausprägungen bei dementiell erkrankten Menschen erhoben und mögliche Zugänge zu spezifischen Störungen erläutert.

Umsetzung

1. Reminiszenzordner

Für unsere Arbeit in der Gerontopsychiatrie war es nötig, die verschiedenen Modelle und Konzepte zu einem einheitlichen Vorgehen zu integrieren. Aufgrund von Beobachtungen und Hinweisen der unmittelbar Pflegenden wurde für die Gruppe der dementiell Erkrankten ein eigenes Vorgehen konzipiert, das deren Bedürfnissen entgegen kommen sollte.

Zunächst wurde für jeden Patienten ein Reminiszenzordner erstellt. Der Aufbau und die Gestaltung eines Erinnerungsbuches sind personenzentriert und individuell. Ein Reminiszenzordner ist keine Biographie, sondern eine Sammlung von Themen, Ereignissen, Daten und Materialien, die von Bedeutung für Patient und Angehörige sind (Briefe, Karten, Fotos, Informationen über spezielle Aktivitäten/Vorlieben etc.).

Aus der Gestaltung des Reminiszenzordners heraus ergab sich gleichzeitig ein schrittweiser Kommunikations- und Informationsprozess zwischen Patient und Therapeutin, sowie zwischen Pflegeteam/TherapeutIn und den Angehörigen. Über die sachliche Arbeit und durch das immer wieder notwendige Gespräch wurde gleichzeitig eine Basis des Vertrauens zwischen den verschiedenen Instanzen aufgebaut.

2. X-Moments

Unruhige Patienten können nicht länger bei einer Sache bleiben, haben den Drang aufzustehen, umherzulaufen und sind im verbalen Ausdruck eingeschränkt. Eindrücklich war z.B. ein Patient, der sich bei jeder Begegnung mit Namen vorstellte, wieder ging, nach 5 Minuten wieder an den Tisch kam und sich wiederum vorstellte, als sei die Situation neu (was sie für dessen Erleben und seine Kognition wahrscheinlich auch war). Der Patient wurde von der Therapeutin bei jedem neuen Eintreffen so begrüsst, als sei er das erste Mal da (bis zu zehn Mal pro Nachmittag). Aus dieser Begegnung erwuchs der Gedanke, dass es doch möglich sein sollte, dass ein Patient kommen, gehen, wieder kommen, wieder gehen kann, so wie es seinem Bedürfnis entspricht.

Aus diesen Überlegungen formte sich das Modell «X-Moments». Zwei feste Therapeuten, eine freiwillige Helferin (IDEM) und eine Pflegeperson betreuen auf einer geschlossenen Abteilung nachmittags zwischen 13 und 18 Patienten. Als Fixpunkte wurden verschiedene «Beschäftigungsinseln» eingerichtet, zwischen denen die Patienten frei zirkulieren können:

Lesecke: Mit Büchern, Heften, Dokumenten, Poesialben, photographischem Material aus dem 19./20. Jahrhundert.

Kommunikationstisch: Für Gespräche mit Interessierten (Patienten, Angehörige, Physio-/ Ergotherapie, Ärzte, andere), thematisch aus dem Reminiszenzbuch resultierend.

Werkstisch: Angebot für solitären Umgang mit verschiedenstem Material, z.B. spezielle Holzpuzzle, spezielles Taktilmaterial, Memory, oder auch Vertrautes aus dem früheren Alltag (Stopfkugeln, Teigrädli, Schrauben, Flügelmuttern, Schreibmaschine, u.a.m.)

Bei diesen «Beschäftigungen» ist so die Möglichkeit gegeben, dass der Patient jederzeit den Tisch verlassen kann,

ohne dass die Runde gestört wird, was ebenso für sein Wiederkommen gilt.

3. Strukturbedingungen

Das Modell kann nicht einfach zusätzlich in den (therapeutischen) Rahmen gestellt werden, sondern braucht eine strategische Einbettung. Auch auf der Strukturebene sind bestimmte Voraussetzungen nötig:

Raum: Platz für drei Beschäftigungsinseln mit entsprechenden Tischen und Stühlen. Gute Beleuchtung ist zu berücksichtigen.

Material: Dieses führt als Trigger in die Erinnerungswelt des Patienten. Beim Zusammentragen entsprechender Gegenstände muss auf diese Funktion geachtet werden. Daher soll die Auswahl durch/mit den Betreuern und Angehörigen zusammen getroffen werden.

Personal: Bei ca. 15 Patienten sind 4 Betreuungspersonen notwendig, um eine ruhige Atmosphäre zu schaffen. Spezifische pflegerische, gerontologische und aktivierungstherapeutische Kenntnisse sind unabdingbar.

Dokumentation: Dient als Einschub in die Reminiszenzordner, zum anderen als Hinweis für die Angehörigen, welche Betreuung/Beschäftigung der Patient bei uns erfährt, sowie als qualitätssichernde Massnahme.

4. Ergänzende Elemente

Individuelle Musiktherapie: Regelmässiges Angebot in geschützter Atmosphäre.

Andacht: Rückgriff auf vertraute, spirituelle Inhalte.

Gemeinsame Ausflüge: Restaurant-/Stadtbesuche, Spaziergänge, etc.

Strukturierter Wochenplan: Alle Aktivitäten werden für jeden einzelnen Patienten auf einem eigens hierfür entwickelten Plan visualisiert, was sich als positives Informations- und Kommunikationsinstrument erwiesen hat.

Einbezug der Angehörigen: Als partnerschaftliches Miteinander, da gemeinschaftlich Erlebtes verbindet.

Erfahrungen

Mit der Etablierung der «X-Moments» konnte eine Basis des gegenseitigen Vertrauens aller Beteiligten (Patient, Angehörige, BetreuerTeam) gelegt werden. Informationen über Möglichkeiten und Grenzen der Patienten konnten in kontinuierlichem Fluss direkt am Ort des Geschehens ausgetauscht werden. Insbesondere führte das aktive Einbinden der Angehörigen zu einem besseren Verständnis und Akzeptanz dieser Form der dementiellen Erkrankung. Bei den Patienten konnte eine Abnahme der motorischen Unruhe beobachtet werden, Stresssituationen (Ausgrenzungen) liessen sich reduzieren, die Betroffenen wurden allgemein zugänglicher, was zu einer Zufriedenheitssteigerung aller führte. - Das Modell stellt kein starres System dar, sondern gilt als eine Form des individualisierten Zugangs zum Patienten. Seine Persönlichkeit, seine Individualität und Lebensqualität stehen im Zentrum der Betreuung, Pflege und Begleitung.

Quellen

- Böhm, Erwin: Psychobiographisches Pflegemodell
Verlag Wilhelm Maudrich, Wien 2001.
- Held, Christoph: Drei Welten Modell, Wetzikon
Klinik Sonnweid 2001.
- Kunz, Roland: Leben erhalten – sterben lassen?
Aus «Wie menschenwürdig sterben?».
- Hrsg: Matthias Mettner,
PAZ-NZN Buchverlag Zürich 2001.
- SGPMP: Aus Verantwortung für schwerkranke Menschen,
Broschüre 2001.
- Steiner, Irene: «Erinnerungspflege: Eine kreative
Umsetzung von Biographiearbeit mit Demenzkranken
und Hochbetagten.

Münsterlinger Tagung 2000.

- Schweizer, Pam: «Age Exchange», Generationenübergreifende Kultur und Erinnerungsarbeit
Seminar Tertianum Berlingen, 2000.
- Schwind, Suzanne: «Die etwas andere Kommunikation»
Projektarbeit. Palliative Care Kurs 1999
Bibliothek der Schweizerischen Krebsliga Bern.
- Romero, Barbara: «Selbsterhaltungskonzept» (SET)
Münsterlinger Tagung 2000.

Autorin:

Suzanne Schwind
8200 Schaffhausen, suschwind@bluewin.ch

Nous nous sommes trouvés dans la situation où notre unité de psychogériatrie fermée accueillait un nombre croissant de patients présentant une démence sévère accompagnée d'aphasie et d'une agitation motrice majeure. Lors des activités d'animation proposées par l'institution, ces patients étaient en butte à des comportements de rejet et d'agressivité de la part des autres patients à cause de leurs déficits cognitifs et de leur agitation, ce qui occasionnait de fortes tensions dans le groupe et une recrudescence de l'agressivité, entraînant à leur tour un risque accru de fugue. Nous sommes ainsi parvenus à la conclusion qu'un programme d'activités et d'animation commun n'était plus possible.

Suzanne Schwind

«Instants-X» Un modèle de prise en charge et d'animation pour les patients souffrant de démence

(Résumé)

C'est dans ce contexte que nous avons imaginé le projet des «Instants-X», où nous privilégions une approche fondée sur des éléments biographiques et individuels, qui utilise les fenêtres ouvertes par la mémoire restante en créant des «classeurs de souvenirs» et qui propose des activités avec du matériel issu de l'environnement professionnel et domestique de la personne avant la maladie. La création et la mise en forme d'un livre de souvenirs sont une entreprise centrée sur la personne et en tous points individualisée. Le «classeur de souvenirs» n'est pas une biographie, mais un recueil d'éléments thématiques, d'événements, de données et de matériel qui ont un sens pour le patient et ses proches, sous forme aussi bien de lettres que de cartes postales, de photographies, d'informations sur des activités ou préférences particulières, etc.

En mettant à disposition des «îlots d'occupation» dans une pièce réservée à cet effet dans l'unité, nous offrons la possibilité d'entreprendre et de quitter à tout instant une activité particulière, avec des allées et venues, ce qui permet au

patient de répéter autant de fois qu'il en a envie un même schéma de comportement. Nous avons créé un coin lecture, une table de discussion et un atelier; ce sont des points fixes autour desquels les patients peuvent circuler librement. Le matériel ainsi mis à disposition a été rassemblé sur la base des informations données par les proches et des préférences individuelles.

Coin lecture: Propose des livres, des cahiers, des documents, des albums de poésie, du matériel photographique des XIXe-XXe siècles.

Table de discussion: À disposition pour des conversations avec toute personne intéressée (patient, proche, physiothérapeute, ergothérapeute, médecin, autres), à partir des thèmes qui se dégagent du livre de souvenirs.

Atelier: Permet de s'occuper seul avec différents jeux et objets, soit des puzzles spéciaux en bois, du matériel tactile, un memory, et des objets familiers issus du quotidien d'avant la maladie (boules à repriquer, roulettes à pâtisserie, vis, écrous à ailettes, machine à écrire, etc.)

Au cours de ces différentes activités, le patient a ainsi la possibilité de quitter la table à tout instant sans déranger le cercle commun, ce qui lui permet aussi de revenir à tout instant.

D'autres éléments sont inclus dans ce modèle de prise en charge et d'animation:

Musicothérapie individuelle: Offerte régulièrement dans une ambiance sécurisante.

Recueillement: Permet de retrouver accès à des éléments d'intériorité et de spiritualité.

Excursions en groupe: Sorties au restaurant, visites de villes, promenades, etc.

Programme hebdomadaire: Toutes les activités de la semaine figurent de manière compréhensible pour chacun des patients, ce qui s'est révélé être un instrument performant d'information et de communication.

Intégration des proches: Partage d'instant communs créant un lien et un sentiment de partenariat.

L'équipe nécessaire à la prise en charge d'une quinzaine de patients se compose de deux thérapeutes, d'une assistante bénévole, et d'une aide-soignante formés en animation et en gérontologie. L'intégration active des proches s'est montrée particulièrement fructueuse. D'une part, c'est ce qui nous a permis de connaître les préférences, les ressources et les limites de chaque patient. D'autre part, les proches ont eu accès à une meilleure compréhension et une meilleure acceptation de cette forme de démence, et une intense communication a pu avoir lieu dans le partage des activités et des événements. Enfin, nous avons pu

observer que les patients présentaient moins d'agitation motrice, qu'il y avait moins de tensions grâce au fait qu'ils n'étaient plus rejetés, que les personnes impliquées étaient davantage disponibles, et qu'un sentiment général de plus grande satisfaction était perceptible. Le modèle des «Instants-X» n'est pas un système figé, mais une forme parmi d'autres d'approche individualisée d'un patient dont la personnalité, les caractéristiques individuelles et la qualité de vie sont au centre de notre prise en charge, de nos soins et de notre accompagnement.

In un reparto geronto-psichiatrico chiuso erano sempre più di frequente ricoverati pazienti affetti da grave demenza che presentavano perdita della facoltà di parola e marcata agitazione motoria. Nel corso della terapia ospedaliera di attivazione, i pazienti dementi, a causa dei deficit cognitivi e dello stato di agitazione, erano emarginati e ingiuriati dagli altri malati. Nel gruppo si riscontravano tensioni e aumento dell'aggressività, con incremento del pericolo di fuga. Per queste ragioni non era possibile attuare un programma occupazionale comune esterno.

Suzanne Schwind

«X-MOMENTS» Concetto di un modello assistenziale e occupazionale di pazienti dementi

(Riassunto)

Partendo da questa situazione di fatto, si è elaborato il concetto di «X-MOMENTS». Alla base di esso stanno l'approccio individuale orientato sulla biografia del soggetto, il rilevamento di spiragli di memoria mediante «ordinatori delle reminiscenze» e l'occupazione con oggetti della pregressa vita professionale e domestica. La costruzione e l'impostazione di un libro di memorie è individuale e centrato sulla persona. Un ordinatore di reminiscenze non è una biografia bensì la raccolta di argomenti, fatti, date e oggetti importanti per il malato e i suoi familiari (lettere, cartoline, fotografie, informazioni su attività e preferenze particolari, ecc.).

Con l'allestimento di «isole occupazionali» in uno spazio interno al reparto destinato a ciò, si è creata la possibilità di intraprendere in ogni momento una attività, di lasciarla, di ritornarvi e di ripartire, in altri termini di garantire la ripetizione per x volte («X-MOMENTS») di uno stesso modello comportamentale. Sono stati approntati un angolo di lettura, un tavolo di comunicazione e uno di lavoro, che rappresentavano «punti fissi» nel contesto della libera circolazione dei pazienti. Il materiale a disposizione è stato assemblato in base alle indicazioni dei familiari e in considerazione della disposizione individuale.

Angolo di lettura: con libri, riviste, documenti, raccolte di poesie, materiale fotografico del 19° e del 20° secolo.

Tavolo di comunicazione: destinato a colloqui con persone coinvolte (pazienti, familiari, fisio e ergoterapisti, medici e altri) che risultavano dalla raccolta delle reminiscenze.

Tavolo di lavoro: offerta di occupazione solitaria con gli oggetti più disparati, per esempio puzzle speciali in legno, materiale tattile speciale, materiale stimolante la memoria oppure anche oggetti familiari dal quotidiano precedente (uovo da rammendo, rotella tagliapasta, viti, dadi, macchina per scrivere, ecc.).

Queste «occupazioni» danno al paziente la possibilità di lasciare il tavolo quando lo voglia, senza turbare il turno, ciò che vale altrettanto per il suo ritorno.

Elementi complementari sono:

Musicoterapia individuale: offerta regolare in un ambiente protetto.

Raccoglimento: regresso a contenuti spirituali familiari al paziente.

Uscite in comune: visite in città e in ristoranti, passeggiate, ecc.

Programma settimanale strutturato: ogni attività viene illustrata ad ogni singolo paziente, il che si è rivelato uno strumento positivo di informazione e di comunicazione.

Coinvolgimento dei familiari: quali partners, in quanto legati da un vissuto comune.

Per circa 15 pazienti è necessario disporre di due terapisti, un aiuto volontario (IDEM) e un curante con conoscenze geriatriche e di terapia di attivazione. Il coinvolgimento attivo dei familiari si è rivelato molto utile. In tal modo si è venuti a conoscenza delle preferenze, delle possibilità e dei limiti del malato. I familiari hanno potuto meglio comprendere ed accettare questa forma di demenza, soprattutto quando la comunicazione è stata intensa. Nei pazienti si sono osservate la diminuzione dell'agitazione motoria e delle situazioni di stress conseguenti all'emarginazione. Le persone interessate erano più trattabili e si avvertiva un clima di maggiore soddisfazione di tutti. Il modello «X-MOMENTS» non rappresenta un sistema rigido bensì una forma di approccio individuale al paziente, le cui personalità, individualità e qualità di vita sono al centro dell'assistenza, della cura e dell'accompagnamento.