

ESTHER MATOLYCZ

Basiswortschatz

Gerontologie und gerontologische Pflege

Esther Matolycz
Basiswortschatz Gerontologie
und gerontologische Pflege

Esther Matolycz

Basiswortschatz Gerontologie und gerontologische Pflege

facultas

Die Autorin

Esther Matolycz, Mag. Dr. phil., DGKP, LfGuK, Studium der Erziehungs-/Bildungswissenschaft und Publizistik, tätig in der Aus-, Fort- und Weiterbildung im Pflege- und Sozialbereich.

Eine geschlechtergerechte Schreibweise wird in diesem Buch vorwiegend durch die Verwendung der Schreibung mit Stern * realisiert. Ist eine korrekte, alle Endungen berücksichtigende Schreibung auf diese Weise nicht möglich oder erfordert sie Ergänzungen, die den Lesefluss hemmen, so wird – stellvertretend für beide Geschlechter – die männliche Form gewählt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Alle Angaben in diesem Fachbuch erfolgen trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr, eine Haftung der Autorin oder des Verlages ist ausgeschlossen.

1. Auflage 2023

Copyright © 2023 Facultas Verlags- und Buchhandels AG
facultas Verlag, 1050 Wien, Österreich

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und der Verbreitung sowie der Übersetzung, sind vorbehalten.

Umschlagfoto: Prostock-Studio, istockphoto.com

Lektorat: Laura Hödl

Satz: Wandl Multimedia-Agentur, Groß Weikersdorf

Druck: Facultas Verlags- und Buchhandels AG

Printed in Austria

ISBN 978-3-7089-1997-3

e-ISBN 978-3-99111-252-5

Vorwort

Der vorliegende Grundwortschatz möchte nicht nur Auszubildenden, sondern allen Berufsgruppen in der gerontologischen bzw. geriatrischen Pflege und Betreuung eine Hilfe sein.

In den letzten Jahrzehnten sind in diesem Bereich viele Modelle, Konzepte, Theorien und Interventionsformen entstanden. Ebenfalls setzen sich Schritt für Schritt auch eigene Begrifflichkeiten (z. B. für Verhaltensweisen bei Demenzbetroffenheit) durch, da das Feld sich zunehmend professionalisiert.

Ob Biografiearbeit, Mäeutik, Validation oder Psychobiografisches Pflegemodell – sie alle verfügen über zentrale Begriffe, teils eigene Interventionsformen und Ziele.

Über all das soll ein Überblick gegeben werden, ebenso aber über zentrale Diagnosen, Symptome, Verhaltensweisen und Zustandsbeschreibungen.

Auch zum Altern selbst finden sich Konzeptionen und Theorien (wie zum Beispiel die Unterscheidung des dritten und vierten Lebensalters, des primären und sekundären Alterns und von Formen des Copings, z. B. das Modell der Selektion, Optimierung und Kompensation oder das der Assimilation und Akkommodation) sowie ganz unterschiedliche Begriffe der Biografiearbeit oder der zugehörigen Erhebung von Daten.

Das Buch ist allerdings nicht nur als Nachschlagewerk gedacht. Es muss, wie auch schon der Basiswortschatz, etwas leisten, das einfaches „Goo-geln“ nicht kann.

Es geht also weniger darum, einzelne Begriffe in jedem Detail zu erörtern, vielmehr jeweils ums Wesentliche, damit rasch auch Überblickswissen entstehen kann, denn:

Der Grundwortschatz ist ein Angebot zum Blättern und Finden, wobei auch das gefunden werden soll, was gar nicht gesucht werden konnte – weil es vielleicht nicht bekannt war.

Es ist allerdings unmöglich, jedem einzelnen Begriff alle denkbaren Querverweise zuzuordnen – auch, wenn das im Wesentlichen geschieht, wenn man über einen Querverweis zum nächsten, thematisch verwandten Begriff gelangt, und hier wieder zum nächsten usw.

Daher sind den Begriffen unterschiedliche Kategorien zugeordnet:

- Modell, Theorie oder Konzept
- Assessment
- Intervention
- Diagnose, Symptom, Zustands- oder Verhaltensbeschreibung
- Sonstiger Fach- oder Spezialbegriff

Wer also nicht nur nachschlagen möchte, sondern zugleich auch wissen will, welche Interventionsformen, Assessments oder Modelle, Theorien und Konzepte gängig sind, kann anhand der Symbole suchen.

Selbstverständlich kann und will dabei kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben werden. Aber schon die Bewegung in diesen Begriffswelten wird Orientierung im Thema schaffen, ebenso Sensibilität – und schließlich auch Anregungen zu weiterer Vertiefung außerhalb des Grundwortschatzes geben.

Inhaltsübersicht

Vorwort	5
Abkürzungen/Symbole	8
Literaturverzeichnis	131

Abkürzungen/Symbole

Modell, Theorie oder Konzept = M/T/K 

Diagnose, Symptom, Zustands- oder Verhaltensbeschreibung = D/Z/S/V 

Sonstiger Fach- oder Spezialbegriff = FB 

Assessment 

Intervention 

24-Stunden-R.O.T., das  	Eines von drei Elementen des R.O.T. (Realitätsorientierungstrainings) Es findet grundsätzlich über 24 Stunden statt, steht für orientierende Kommunikation und Interaktion und kann Folgendes beinhalten: 1. Informationen, die über Gespräche erfolgen 2. Orientierende Raumgestaltung 3. Weitere, orientierende Angebote Zu 1.: Findet eher „beiläufig“ statt, indem zu passenden Gelegenheiten Zeit, Datum, Jahreszeiten, saisonale Feste, Alltagsgegenstände o. ä. erwähnt und zugeordnet werden; zum Beispiel thematisiert man beim Ankleiden unterschiedliche Kleidungsstücke („Was zieht man im Winter oft an?“ etc.). Falsche Nennungen können einfühlsam korrigiert werden, es darf zu keinem Zeitpunkt zur Verkindlichung kommen. Zu 2.: Das können z. B. saisonale Dekorationen (gibt Orientierung zu Jahreszeiten und besonderen Festen), ein großer Abreißkalender (Orientierung zum Datum bzw. Wochentag), oder Tonsignale (z. B. ein Gong zum Mittagessen, eine bestimmte Kennmelodie aus dem Radio zu bestimmten Tageszeiten etc.) sein. Zu 3.: Etwa z. B. Handläufe, große Schilder (mit eindeutigen → Symbolen), Farbleitsysteme oder Bodenmarkierungen <i>Siehe auch:</i> → R.O.T
„Abbau“, der 	Verlust von Fähigkeiten, Fertigkeiten oder Körperfunktionen in Zusammenhang mit fortschreitendem Lebensalter; meist wird von intellektuellem Abbau (→ Abbau, intellektueller) oder funktionellem Abbau (→ Abbau, funktioneller) gesprochen <i>Der Begriff ist unklar, weshalb er hier auch unter Anführungszeichen gesetzt ist. Zeitgemäße gerontologische/geriatriische Pflege und Betreuung stellt nicht den sogenannten Abbau ins Zentrum, sondern zielt auch auf unterschiedliche Formen der Bewältigung altersbedingter Veränderungen. Der sogenannte „Abbau“ ist zudem nicht zwingend irreversibel (→ Irreversibilität).</i>

„Abbau“, funktioneller, der 	1. (→ „Abbau“) Meint in der GPB (Gerontologische Pflege und Betreuung) Verluste unterschiedlicher Körperfunktionen, die altersbedingt sind 2. Meint in der GPB auch Verluste der Fähigkeit zur insgesamten, selbstständigen Alltagsbewältigung <i>Siehe auch:</i> → <i>Abbau</i> → <i>Defizitmodell</i>
„Abbau“, intellektueller, der 	(→ „Abbau“) Meint in der GPB Verluste der verstandesmäßigen („geistigen“) Fähigkeiten. Sie können mit bestimmten Erkrankungen einhergehen und sind keinesfalls immer irreversibel (→ Irreversibilität), sondern können schwanken. <i>Siehe auch:</i> → <i>Abbau</i> → <i>Defizitmodell</i>
Abhängigkeitsgrad, der 	Nach Abhängigkeitsgrad (bzw. Grad der Einschränkung) zu unterscheiden, ist eine im angloamerikanischen Raum übliche Beschreibung der Lebensphase Alter, typisch sind dabei die Begriffe: → Go-Go, → Slow-Go und → No-Go, wobei wesentlich nach Allgemeinzustand und hierbei wieder nach Mobilität unterschieden wird. <i>Siehe auch:</i> → <i>Altersabschnitte</i> → <i>Alternsformen</i>
Adaptionszeit, die 	Zeit, die für die Wahrnehmung und Verarbeitung eines Reizes notwendig ist. Sie kann im → Alter verlängert sein (sehr oft spielen hier bestimmte Erkrankungen eine Rolle). Eine verlängerte Adaptionszeit muss unbedingt beachtet werden, da ältere Menschen sonst Unterhaltungen oder überhaupt dem Geschehen nicht mehr folgen können. Das kann wiederum den Verlust von Fähigkeiten oder Fertigkeiten zur Folge haben. <i>Siehe auch:</i> → <i>Psychobiographisches Pflegemodell (der Begriff spielt hier eine tragende Rolle – die geänderte Adaptionszeit bietet darin den Anlass zu einer entsprechend geänderten Pflege und Betreuung)</i> → <i>Gedächtnisspeicher-Modelle</i>

ADCS/ADL (Alzheimer's disease cooperative study/Activities of daily living inventory for Alzheimer's disease scale) 	Assessment-Instrument zur Erfassung der → Alltagsfähigkeiten von an (Alzheimer-)Demenz Erkrankten. Abgefragt werden ganz typische Aktivitäten des täglichen Lebens, die auch Grundlage dieser Testung sind (beispielsweise die Fähigkeit, sich zu bewegen, zu lesen, Haushaltsgeräte zu bedienen, sich spielerisch zu beschäftigen etc.) <i>Siehe auch:</i> → <i>Assessment, geriatrisches</i> → <i>Basis-Assessment, geriatrisches</i>
Adhärenz, die 	Einverständnis zwischen behandelnden Personen und Patient*in oder → Klient*in, das dazu führt, dass die gemeinsam vereinbarten Therapiemaßnahmen eingehalten werden. <i>Siehe auch:</i> → <i>Compliance, wobei der Begriff häufig synonym verwendet wird. Der Unterschied zwischen den Begriffen liegt darin, dass die Compliance nur die „Therapietreue“ der/des Patient*in/→ Klient*in im Blick hat, während die Adhärenz auch die Zustimmung der/des Patient*in bzw. die Aushandlung zwischen Patient*innen und Behandelnden betont.</i>
Adherence, die 	→ Adhärenz
Adoleszenz, die 	„Junges“ Erwachsenenalter, Zeitraum, der der Pubertät folgt (bzw. sie auch noch einschließt) Gängig ist folgende Unterscheidung nach Steinberg: - frühe Adoleszenz (11.–14. Lebensjahr) - mittlere Adoleszenz (15.–17. Lebensjahr) - späte Adoleszenz (18.–21. Lebensjahr) <i>Siehe auch:</i> → <i>Lebensphasen nach Erik Erikson</i> → <i>Adoleszenz-Maximum-Hypothese</i>
Adoleszenz-Maximum-Hypothese, die 	Teil einer → Alternstheorie Annahme, dass der Höhepunkt der → kognitiven/„geistigen“ Leistungsfähigkeit um das zwanzigste Lebensjahr erreicht wird und sie danach kontinuierlich abnimmt. Die Adoleszenz-Maximum-Hypothese steht in Zusammenhang mit dem → Defizitmodell des Alterns. Beides wurde schon zum Zeitpunkt seiner Entstehung (Ende des 19. – Mitte des 20. Jahrhunderts) angezweifelt und gilt heute als überholt. Adoleszenz-Maximum-Hypothese und Defizitmodell beruhen auf Testungen und Schlussfolgerungen, die wesentliche Aspekte nicht berücksichtigen.

Adoleszenz- Maximum- Hypothese, die 	sichtigten (so zum Beispiel, dass ältere Menschen die Testaufgaben nicht lösen konnten, da sie darin nicht so geübt waren wie jüngere – was aber nichts über die geistige Leistungsfähigkeit aussagt). <i>Siehe auch:</i> → Adoleszenz → Defizitmodell
Affekt, der 	Gefühlsregungen (wie Ärger, Freude etc.), die häufig von körperlichen Empfindungen begleitet werden und so stark sein können, dass sie „rationales“, also „vernünftiges“ Denken und Handeln verunmöglichen <i>Die Affektivität bzw. die Affekte können in Zusammenhang mit unterschiedlichen Erkrankungen (→ Depression, → Demenz) verändert sein.</i> <i>Siehe auch:</i> → Affektverflachung
Affekt- inkontinenz, die 	Das Unvermögen, → Affekte zu beherrschen (z. B. weinen oder lachen), wobei die Affekte innerhalb von Sekunden wechseln können und nicht unbedingt so empfunden werden müssen, wie sie sich zeigen <i>Die Affektinkontinenz tritt oft in Zusammenhang mit Erkrankungen (z. B. Schlaganfall oder → Demenz) auf</i> <i>Siehe auch:</i> → Affektlabilität
Affektive Störung, die 	Überbegriff für Erkrankungen, bei denen die Stimmungslage verändert ist, und zwar in Richtung einer → Manie oder → Depression <i>Siehe auch:</i> → Altersdepression
Affektlabilität, die 	Starke Schwankungsbreite von → Affekten, kann Krankheitswert haben, muss aber nicht <i>Affektlabilität kann auf Erkrankungen hindeuten, allerdings auch Teil bestimmter Lebensphasen oder -situationen ohne Krankheitswert sein (z. B. Teil der kindlichen Entwicklung).</i> <i>Siehe auch:</i> → Affektinkontinenz
Affekt- verflachung, die 	Anders als bei der → Affektlabilität sind hier die → Affekte abgeflacht, werden also weniger stark empfunden. <i>Affektverflachung kann Teil eines → Rückzugsverhaltens sein oder ebenfalls im Zusammenhang mit Erkrankungen stehen.</i>