Latenzkinder in suchtgefährdeten Familien

Autor(en): **Bilke-Hentsch, Oliver / Gremaud, François**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **39 (2013)**

Heft 5

PDF erstellt am: **29.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-800062

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Latenzkinder in suchtgefährdeten Familien

Die sog. Latenzzeit – also die Lebensphase der späten kindlichen Entwicklung zwischen dem 8. und 12. Lebensjahr – ist häufig für Familien eine relativ ruhige Zeit. Das Kind ist «aus dem Gröbsten raus», hat sich in Schule und im Sozialbereich etabliert und ist in seiner Emotionalität weitgehend stabil. In Familien mit einem erhöhten Suchtrisiko bzw. einem Risiko von psychiatrischen Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten kann diese Phase aber die Basis für in der Adoleszenz auftretende Verhaltensprobleme, Suchterkrankungen sowie psychosomatische Störungen sein.

Oliver Bilke-Hentsch
Dr. med., MBA, Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie FMH, Chefarzt und Stv. Geschäftsleiter Modellstation SOMOSA Winterthur, Ärztlicher Leiter Schweizer Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters Zürich, oliver.bilke-hentsch@somosa.ch, www.doktor-bilke-hentsch.ch

François Gremaud
Dr. phil., Fachpsychologe für Psychotherapie FSP, Verhaltenstherapeut SGVT, www.psychotherapie-gremaud.ch, praxis@psychotherapie-gremaud.ch

Schlagwörter:
Latenzzeit | Adoleszenz | Familie | Früherkennung | Frühintervention |

Die Latenzphase als scheinbare Ruhezeit

Die neurobiologische Entwicklung des kindlichen Gehirns, ebenso wie die sozial-interaktionelle Entwicklung, scheint in den Lebensjahren zwischen dem 8. und 12. Lebensjahr zu einer gewissen Beruhigung gekommen zu sein. Zwar wächst das Kind und nimmt an Grösse und Gewicht zu, ist in der Schule im sportlichen Bereich und in anderen sozialen Belangen leistungsbezogen aktiv, es finden aber nicht mehr die dramatischen Entwicklungssprünge der ersten drei bis ersten sechs Lebensjahre statt.

Das Kind erlebt eine Phase der Rhythmisierung, d.h. der wohltuenden Wiederholungen, des Erwerbens von Routinen und Automatismen, die teilweise ein lebenslang hilfreiches Rückgrat der Gesamtentwicklung sind. In dieser Lebensphase geht es um Themen wie Leistung, Körperkontrolle, Erwerb von einzelnen Fähigkeiten.

Auch im Bereich der neurobiologischen Aktivität erreichen Kinder in einem Alter von 8 bis 10 Jahren die maximal mögliche neuronale Verschaltung und Stabilität, sodass erst die Sicherheit gebenden Routinehandlungen im sozialen Bereich möglich werden.

In dieser Phase besteht die Gefahr, dass Eltern und Bezugspersonen insbesondere bei früher als problematisch geltenden Kindern etwas mit ihrer Aufmerksamkeit, Fürsorge und kritischen Begleitung der kindlichen Entwicklung nachlassen. Das Kind kann sich alleine und nicht verstanden fühlen, wobei etwaige Ängste, Sorgen und Probleme nicht sprachlich in den Vordergrund treten, sondern verschwiegen oder inszeniert werden.

In der klinischen Alltagspraxis zeigt sich, dass jüngere PatientInnen in Risikofamilien mehr Schwierigkeiten haben, die Ursache für ihren Leidensdruck zu benennen. Auch in dem etwas ruhigeren Alter zwischen dem 7. und 12. Lebensjahr trifft das Kind Situationen im Alltag (in der Schule, beim Umgang mit Gleichaltrigen und zu Hause), die Bewältigungskapazität fordern. Als Stressoren gelten vor allem Spannungen im Zusammenhang mit Schulleistungen und im sozialen Bereich. In diesem Alterszeitraum können auch negative Handlungsmuster habitualisiert werden.[1] Anders als bei älteren Jugendlichen werden Stressoren von belasteten Eltern oft übersehen oder als unauffällige Persönlichkeitsentwicklung interpretiert.

Typische Entwicklungsaufgaben der Latenzphase

Zu den Entwicklungsaufgaben der Latenzphase gehört es, durch beständiges Üben und Wiederholen eine intellektuelle, motorische, sensorische und soziale Sicherheit zu erlangen, die es dem Kind ermöglicht, immer neue zusätzliche schulische Fächer und Aufgaben und soziale Themen anzugehen. Der Erwerb von Verhaltensroutinen im motorischen Bereich besteht in einer deutlich besser werdenden Körperkontrolle, Kraftentwicklung und Einschätzung der eigenen körperlichen Fähigkeiten. Im sensorischen Bereich kann sich das Kind zunehmend auf seine Wahrnehmungen «verlassen», was ihm Sicherheit und geringere Irritabilität gibt.

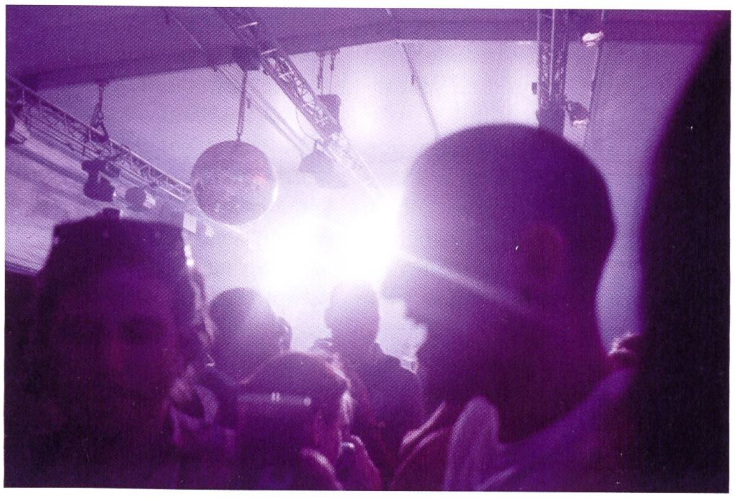
Im sozialen Bereich erlebt das Kind, dass Dinge sich wiederholen, dass bestimmte Sicherheiten und nicht verrückbare Grundsätze bestehen, dass Erwachsene offenbar nach bestimmten Werten und Grundhaltungen handeln und dass Gleichaltrige sich mit sehr ähnlichen Fragen auseinandersetzen.[2]

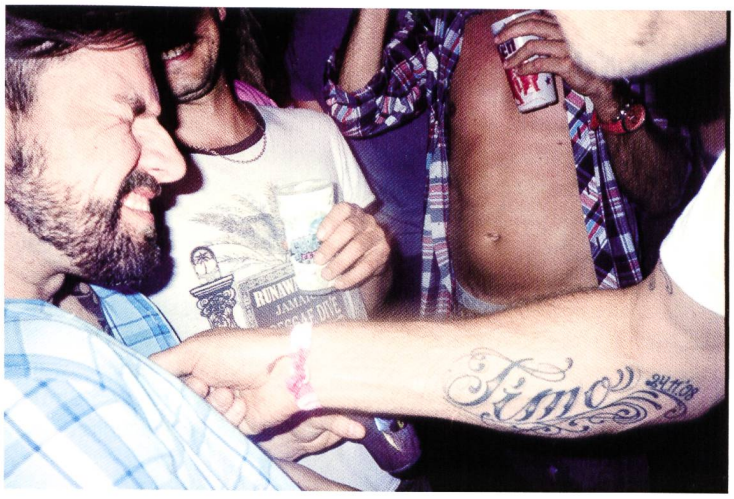
Die Entwicklungsaufgaben in diesem Alter bauen auf den frühkindlichen und kleinkindlichen Erfahrungen auf und legen den Grundstein für die Pubertätsentwicklung. Viele Studien zum Grundschulalter zeigen, dass während dieser Latenzzeit aber auch Schwierigkeiten bei Bewältigungsprozessen auftreten können und entsprechende Interventionsmöglichkeiten notwendig sind.[3]

Typische Verhaltensauffälligkeiten in der Latenzphase

In der Latenzphase sind Kinder durch zwei grosse Störungsbereiche betroffen.

Die externalisierenden Störungen wie z.B. das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, motorische Störungen, Tic-Erkrankungen und Störungen des Sozialverhaltens betreffen in überzufälligem





JUGENDSCHUTZ

Masse Jungen und zeichnen sich durch eine die Umwelt störende, «lärmende» und irritierende Komponente aus. Sie fallen relativ früh vor allem im schulischen Kontext auf, geben zu Unverständnis, Besorgnis und im Einzelfall dann zu Diagnostik und Therapie Anlass.
Die internalisierenden Störungen sind eher unauffällig und «still». Insbesondere Mädchen aus Risikofamilien zeichnen sich in diesem Alter gehäuft durch das Auftreten psychosomatischer Erkrankungen, wie Bauchschmerzen und somatoforme Störungen, aber auch durch den frühen Beginn von depressiv-phobischen Erkrankungen aus (internalisierende Symptome).
Insgesamt sind Störungsbilder in diesem Alter schwer zu diagnostizieren, da sie oft wechselhaft-fluktuierend sind, stark von den aktuellen äusseren Rahmenbedingungen abhängen können und oft durch einfache Interventionen, zumindest vorübergehend, verschwinden.

Aus diesem Grunde werden seelische Störungen in dieser Altersgruppe oft als «präpubertäre» Phänomene missgedeutet und die Kinder werden insbesondere in belasteten Familien und Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil zu spät einer entsprechenden Diagnostik und Therapie zugeführt.
Eine vorschnelle Typologisierung und Medikalisierung von schwierigen Entwicklungsschritten aber ist in dieser Phase dazu geeignet, dem Kind früh den festen Eindruck zu geben, mit ihm sei grundsätzlich etwas nicht in Ordnung, es sei behindert, gestört und bedürfe sicher über einen langen Zeitraum der therapeutischen Hilfe. Insofern ist die Latenzphase eine für eine Interventionsplanung ausgesprochen anspruchsvolle Lebenszeit.[4] Tab. 1 zeigt eine Übersicht über die verschiedenen Entwicklungsaufgaben während dieser Latenzzeit mit entsprechenden Bewältigungsstrategien bzw. möglichen pathogenen Entwicklungen.

Früherkennung seelischer und suchtbezogener Probleme

Die oben beschriebenen externalisierenden Störungen sind relativ leicht zu erkennen und führen oft zu frühzeitiger Diagnostik und Therapie in einem gut ausgebauten Gesundheitssystem. Die Erkennung depressiver Zurückgezogenheit, übernormaler Anpassung an die Umgebung, die Verschleierung phobischer und ängstlicher Symptome, sowie vielfältige Ablenkungsmöglichkeiten in dieser Altersstufe führen bei den internalisierenden Störungen häufig dazu, dass diese nicht frühzeitig erkannt werden. Es gilt daher, dass alle Berufsgruppen – hier sind insbesondere Lehrpersonen, Erziehende und FreizeitanimatorInnen gefragt – auch bei zurückgezogenen, oberflächlich freundlich angepassten Kindern immer ein wachsames Auge haben. Insbesondere ein stark auf soziale Anpassung fokussierendes Schulsystem und eine früh die individuelle Leistung des Einzelnen fordernde Gesellschaft können hier negative Auswirkungen haben, wenn die Fachpersonen nicht aufmerksam sind.

In Familien mit suchterkrankten Elternteilen bzw. bei einer Geschwister- oder Halbgeschwisterkonstellation, in der der vielleicht schon adoleszente Bruder Drogenprobleme hat, ist auf die Anpassungsmechanismen der jüngeren Kinder in der Latenzzeit besonderes Augenmerk zu richten. Häufig sind diese Kinder überangepasst und versuchen den Problemverhaltensweisen völlig auszuweichen. Sie negieren auffällig jegliches Interesse an Suchtmitteln und versuchen so durch eine sog. kontraphobische Abwehr, die die eigentliche Angst umkehrt, sich den familiären Problemen nicht stellen zu müssen. Diese Verhaltensweisen können oft bis in die mittlere Jugend «durchgehalten» werden, machen dann aber ggf. einem intensiven eigenen Gebrauch bis hin zur Abhängigkeit Platz.
Insofern gilt für die Latenzphase wie für alle anderen Entwicklungsphasen eine besondere Fokussierung der Interessen und Ressourcen auf Risikopopulationen und Problemfamilien, die mehr Ressourcen als die durchschnittliche Familie benötigen.[7]

Frühintervention und Familienbegleitung

Aus dem bisher Dargelegten wird deutlich, dass bestimmte Risikokonstellationen in Familien besonderes Augenmerk der HelferInnen benötigen. Eine typische Situation ist, dass eine alleinerziehende Mutter mit einem älteren Geschwisterkind Schwierigkeiten hat, bspw. im aggressiven oder im Suchtbereich, und das jüngere Kind in der Latenzphase auffällig unauffällig ist, sodass die ersten Warnzeichen, wie körperliche Symptome, Schlafstörungen oder depressive Anteile übersehen werden. Die Familie fokussiert sich auf den abwesenden biologischen Vater, den problematischen älteren Bruder, sozioökonomische Stressfaktoren und vergisst naheliegender- und auch verständlicherweise, die Aufmerksamkeit auf das stillere und unauffälligere Latenzkind zu richten, das mit seinen 9 bis 10 Jahren keine grossen, besonderen und auffälligen Phänomene bietet.

Es bedarf daher im Kontext von suchtbelasteten Familien, aber auch Familien mit einem psychisch oder schwer somatisch erkrankten Elternteil eines Blickes auf die gesamtfamiliäre Situation, weswegen die Mituntersuchung und Befragung eines nach aussen hin gut funktionierenden Latenzkindes im Rahmen der Diagnostik eines Jugendlichen ausgesprochen wichtig sein kann. Das Latenzkind merkt hier, dass auch ihm von fachlicher Seite Hilfe zuteil werden könnte. Es wird ermutigt, die eigene Befindlichkeit gegenüber den Problemen der Familie zu erkennen und im geschützten Rahmen zu äussern.

Die Intervention besteht meist aus präventiven, korrektiven bzw. fördernden Massnahmen in Anbetracht des aktuellen Lebensabschnittes im Sinne einer Entwicklung von adaptiven Bewältigungsstrategien (assimilatives bzw. akkommodatives Coping).
In hochproblematischen Familien ist im Rahmen von Familientherapieprogrammen wie dem MDFT[8] oder intensiveren

Entwicklungsaufgaben[5]	Erforderliche Bewältigungsstrategien[6]	Mögliche Störungsentwicklung
	Veränderung:	
– Körperliche Geschicklichkeit	– Assimilatives Coping	– Externalisierende Störung bzw.
– Adäquater Umgang mit Gleichaltrigen	– Situative Bedingungsänderung	– Internalisierende Störung
– Männliches/weibliches Rollenverhalten	– Selbstkorrektive Handlung	
	Kognitive Anpassung zur Entlastung:	
– Erlernen von Schulfertigkeiten sowie von Denkschemata (Exekutivfunktionen)	– Akkommodatives Coping	
– Moralische Entwicklung	– Veränderung der Prioritäten bzw. der Ziele	
– Erlernen der Autonomie		

Tab. 1: **Entwicklungsaufgaben und entsprechendes Coping bzw. Störungsentwicklung.**

Programmen wie dem MST, den jeweiligen Geschwisterkindern grosse Aufmerksamkeit zu schenken, auch um eine Früherkennung und Frühintervention zu planen.[9] Es hilft den anderen Familienmitgliedern zu erkennen, dass sie durch Veränderung des eigenen Verhaltens (bspw. die Reduktion von Suchtmittelkonsum) der nächstjüngeren Generation helfen können.
In einer Intervention werden in der Regel verschiedene Ansätze und Techniken kombiniert, im Sinne einer integrierten Behandlung: neben Familienintervention u.a. Emotionsregulation (dialektisch-behaviorale Intervention), verhaltensorientierte (Training sozialer Kompetenzen) und kognitive Ansätze (Umstrukturierung der Selbstwahrnehmung). Eine integrierte Behandlung ermöglicht die Modifikation von maladaptiven Bewältigungsstrategien und kann auch als präventive Massnahme gelten.

Fazit

Insgesamt stellt die phänomenologisch vielleicht etwas unspektakulär wirkende und wissenschaftlich stiefmütterlich behandelte Latenzzeit zwischen dem 7./8. und 11./12. Lebensjahr eine sozial und entwicklungsbiologisch hoch interessante Lebensphase dar, in welcher die Grundlagen für das Coping und die Umgehensweisen mit den Herausforderungen der Pubertät und der Adoleszenz geübt und vorbereitet werden. Ist diese wichtige Phase der Automatisierung und Rhythmisierung biologischer, motorischer, sensorischer und sozialer Abläufe durch nicht erkannte und nicht behandelte psychische oder somatische Störungen beeinträchtigt, werden die Ausgangsmöglichkeiten des Kindes zur Bewältigung der pubertären und adoleszenten Entwicklungsaufgaben geschwächt.
In dieser scheinbaren «Latenz»-Phase bilden sich im Störungsfall entwicklungspsychologisch bedingte maladaptive Bewältigungsstrategien heraus, die möglicherweise von Eltern und Fachleuten nicht wahrgenommen werden können. Zusätzlich fordern externe Stressoren Bewältigungsstrategien beim Latenzkind und können zu unsichtbaren Symptomen führen. Aus diesem Grunde scheint es ratsam, auch der «Backfisch»-Phase der kindlichen Entwicklung adäquate Aufmerksamkeit zu schenken und insbesondere bei Risikofamilien entsprechend zu (be-)handeln.●

Literatur

Herpertz-Dahlmann, B./Resch, F./Schulte-Markwort, M./Warnke, A. (2003): Entwicklungspsychiatrie. S. 315-357 in dies., Entwicklungspsychiatrie – biopsychosoziale Grundlagen und die Entwicklung seelischer Störungen. Stuttgart: Schattauer.

Kramer, K./Bovenschen, I./Spangler, G. (2007): Schulkindalter. S. 175-186 in: M. Hasselhorn/W. Schneider (Hrsg.), Handbuch der Entwicklungspsychologie. Göttingen: Hogrefe.

Larisch, H./Lohaus, A. (1997): Coping als Prozess: Entwicklungspsychologische Aspekte für den Aufbau von Bewältigungsstrategien im Kindes- und Jugendalter. S. 105-118 in: C. Tesch-Römer/C. Salewski/G. Schwarz (Hrg.), Psychologie der Bewältigung. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Oerter, R./Dreher, E. (2002): Jugendalter (Unterabschnitt: Identität: das zentrale Thema des Jugendalters). S. 290-302 in: R. Oerter/L. Montada (Hrsg.), Entwicklungspsychologie. (5.Aufl.), Weinheim: Beltz.

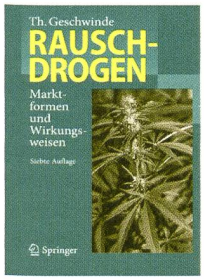
Rothermund, K./Brandtstädter, J. (1997): Entwicklung und Bewältigung: Festhalten und Preisgeben von Zielen als Formen der Bewältigung von Entwicklungsproblemen. S. 120-133 in: C. Tesch-Römer/C. Salewski/G. Schwarz (Hrsg.), Psychologie der Bewältigung. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Silbereisen, R.K./Weichold, K. (2007): Entwicklungspsychologische Aspekte des Drogenkonsums. S. 581-590 in: M. Hasselhorn/W. Schneider (Hrsg.), Handbuch der Entwicklungspsychologie. Göttingen: Hogrefe.

Endnoten

1 Vgl. Larisch/Lohaus 1997.
2 Vgl. Kramer et al. 2007.
3 Vgl. Larisch et al. 1997.
4 Siehe hierzu grundlegend Herpertz-Dahlmann 2003.
5 Vgl. Oerter/Dreher 2002.
6 Vgl. Rothermund/Brandtstädter 1997.
7 Vgl. Silbereisen/Weichold 2007.
8 Vgl. dazu auch die Beiträge zum MDFT im SuchtMagazin 5/2011.
9 Publikationen zu MDFT und MST finden sich auf den Seiten von Infodrog: www.tinyurl.com/q473vd4

Neue Bücher



Rauschdrogen. Marktformen und Wirkungsweisen
Thomas Geschwinde
2013 (7. vollst. überarb. Aufl.), Springer, 1203 S.
Die Neuauflage des Standardwerks geht neben den «klassischen», meist halbsynthetisch gewonnenen Drogen wie etwa Cocain vertiefend auf vollsynthetische Rauschdrogen, sog. research chemicals, ein. Beschrieben werden auch pflanzliche Stoffe, die über Online-Shops verfügbar sind und als «Legal High»-Produkte vertrieben werden. Ein weiterer Schwerpunkt der Neuauflage widmet sich Lifestyle-Medikamenten, etwa aus der Gruppe der Amphetamin-artigen Stimulantien, die u. a. im Online-Handel angeboten und zur kognitiven Leistungssteigerung eingenommen werden. Das Nachschlagewerk zu den Wirkungen und Wirkungsweisen verschiedener Rauschdrogen und als Drogen missbrauchter Arzneimittel ermöglicht den Vergleich der Gemeinsamkeiten und Unterschiede der jeweiligen Wirkungen.

Interkulturelle Familientherapie und -beratung. Eine systemische Perspektive
Saied Pirmoradi
2012, Vandenhoeck & Ruprecht, 248 S.
In einer von Mobilität geprägten Welt haben Professionelle im psychosozialen Bereich auch die Aufgabe, KlientInnen mit Migrationshintergrund beim Entwurf neuer Lebensperspektiven und bei Bewältigungsstrategien zu begleiten. Kulturelle Sensibilität ist dabei eine wichtige Voraussetzung. Das Buch führt in die interkulturelle Familientherapie und -beratung ein. Neben erkenntnistheoretischen Grundlagen werden zentrale psychologische und psychotherapeutische Konzepte aus der systemischen Perspektive analysiert und praxisrelevante Aspekte beleuchtet. Besondere Beachtung finden der Erstkontakt, der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung, die kultursensible Problemdefinition sowie die Erarbeitung passender Behandlungsvorschläge für ratsuchende Familien mit Migrationshintergrund.