

Josef Laimbacher

# Latenzkinder in psychosozial belasteten und suchtgefährdeten Familien

Inspiziert durch einen Artikel zum Thema [1], das meines Erachtens zu wenig öffentliches Interesse und Beachtung findet, möchte ich diese Problematik einer breiteren Leserschaft näher bringen und sie dafür sensibilisieren. Ich möchte darauf abzielen, dass sie im Praxisalltag daran denken.

## Die Latenzphase

Als Latenzphase in der kindlichen Entwicklung bezeichnen wir die Zeit zwischen dem 8. und 12. Lebensjahr. Sie entspricht für Familien häufig einer relativ ruhigen Zeit, in der die neuropsychologische Entwicklung des Kindes eine gewisse Beruhigung erfahren hat. In diesem Zeitabschnitt sind die dramatischen Entwicklungssprünge der ersten 3–6 Jahre abgeschlossen. Stattdessen nimmt die Rhythmisierung von Abläufen im Alltag eine zentrale Rolle ein. Auch Themen wie Leistung, Körperkontrolle oder der Erwerb von einzelnen Fähigkeiten sollen die Weiterentwicklung in die Adoleszenz und ins Erwachsenenalter fördern sowie eine gute Grundlage für die Zukunft bilden. Neurobiologisch erreicht das Kind in diesem Alter von 8–10 Jahren die maximal mögliche neuronale Verschaltung und Stabilität. Diese scheinbare Ruhezeit birgt jedoch auch die Gefahr, dass die Fürsorge, die Aufmerksamkeit oder die kritische Begleitung durch Eltern oder Bezugspersonen nachlassen; insbesondere gegenüber früher als problematisch geltenden Kindern. Das hat Folgen für die Kinder, die sich in dieser Situation häufig alleine und nicht verstanden fühlen.

## Störungen

Während der Latenzphase sind Kinder durch zwei Störungsbereiche betroffen:

1. Externalisierte Störungsbilder wie das ADHS oder Störungen des Sozialverhaltens, welche häufig vor allem die Knaben betreffen.
2. Internalisierte Störungen, die vor allem Mädchen betreffen und sich in psychosomatischen Erkrankungen, somatoformen Störungen oder in depressiv-phobischen Störungen äussern.

Solche seelischen Störungen werden in dieser Altersgruppe oft als «präpubertäre Phänomene» missdeutet. Die richtige Interpretation solcher Phänomene bedarf einer guten Beziehung zwischen Eltern, die ihre Sorgfaltspflicht in der Betreuung ihrer Kinder ernsthaft praktizieren, und Kindern, die ihnen vertrauen. Eine solche Basis fehlt aber häufig bei belasteten Familien oder in Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. Die Folge ist, dass die beschriebenen Störungen bei Kindern in diesen Familien nicht oder meist zu spät einer adäquaten Diagnostik oder Therapie zugeführt werden. So sind insbesondere auch Familien mit suchtkranken Mitgliedern (Elternteil, Geschwister oder Halbgeschwister) besonders davon betroffen. Insbesondere wenn z.B. der adoleszente Bruder oder die Schwester Drogenprobleme aufweisen, müssen die jüngeren präpubertären Geschwister besonders beachtet und begleitet werden.

Kinder aus solchen Familien reagieren häufig überangepasst und versuchen diesen Problemen mit inadäquaten Verhaltensweisen völlig auszuweichen. Sie können jegliches Interesse an Suchtmitteln negieren und versuchen durch eine kontraphobische Abwehr, sich den familiären Problemen zu entziehen. Kinder können demnach verschiedene Reaktionsmuster zeigen:

1. verbal, indem sie bagatellisieren oder bei einer Auseinandersetzung mit dem Suchtproblem auf andere Themen ausweichen, die dann ins Zentrum der Diskussion rücken,
2. nonverbal, indem sie den Clown machen oder Gesten äussern, die gar belustigend wirken.

Solche Verhaltensweisen werden oft bis in die frühe Adoleszenz durchgehalten, um dann in einen intensiven Gebrauch von Suchtmitteln oder gar in Abhängigkeiten zu münden. So schliesst sich der desolate Teufelskreis und die Problematik wird transgenerational übertragen.

## Vorgehen

Es ist ausgesprochen sinnvoll, die systemische Sichtweise in der Gesamtevaluation solcher Problemfelder frühzeitig und präventiv einzubeziehen, damit adäquate Betreuungsmassnahmen eingeleitet werden können. Im konkreten Fall bedeutet dies, dass der Grundversorger bei der Behandlung von kranken Eltern oder einem Elternteil auch deren Kinder in die Überlegungen einzubeziehen hat. Er muss die Kinder auch einmal physisch sehen, um sich ein Bild der aktuellen Situation zu machen und um konsekutiv allenfalls spezifische Massnahmen für die Kinder einleiten zu können. Entweder evaluiert er die Kinder selbst umfassend oder er weist sie einer psychologisch/psychiatrisch versierten Fachperson zu. Der Kinder- und Jugendarzt seinerseits, der in seiner Praxis Kinder mit obengenannten Störungen sieht oder behandelt, muss in der Systemevaluation seine Sichtweise auf potentiell kranke respektive belastete Eltern ausweiten. Sind nebst dem kranken Kind auch deren Eltern, ein Elternteil oder Geschwister krank, respektive psychosozial belastet, drängt sich nebst der Individualbetreuung fast zwingend eine fachspezifische Systemtherapie auf. Im Idealfall wird die Indikation für eine solche therapeutische Massnahme im Einklang aller involvierten Fachpersonen getroffen.

## Literatur

- 1 Bilke-Hentsch O, Gremaud F. Latenzkinder in suchtgefährdeten Familien. SuchtMagazin. 2013;(05):30–33.

## Korrespondenz:

Dr. med. Josef Laimbacher  
 Chefarzt Jugendmedizin  
 Ostschweizer Kinderspital St. Gallen  
 FMH für Kinder- und Jugendmedizin  
 FA Psychosomatische und Psychosoziale Medizin SAPP  
 josef.laimbacher[at]kispisg.ch