

Im Gespräch

WENN DAS FASS ÜBERLÄUFT

Der Tropfen zu viel

Psychische Erkrankungen, die besonderen Belastungen des Berufs und Behandlungsansätze. Was steht auf der To-do-Liste der Sicherheitsbehörden?





Sven Steffes-Holländer (l.),
Facharzt für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie,
im Interview mit DP-Redakteur
Benjamin Jendro,

Foto: Bensmail

Benjamin Jendro

Sven Steffes-Holländer hat in seiner Laufbahn mehr als 500 Polizistinnen und Polizisten behandelt. Seit 16 Jahren beschäftigt er sich mit „seelischen“ Berufsbelastungen und Krankheitsbildern. Der Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie leitet seit 2017 die Heiligenfeld Klinik Berlin.

DP: Herr Steffes-Holländer, wie viele Polizisten tragen eine psychische Erkrankung mit sich herum?

Sven Steffes-Holländer: Ich gehe von jedem zweiten aus.

DP: Ist das nicht etwas pauschal?

Steffes-Holländer: Ja schon, aber exakte Zahlen zu nennen, ist sehr schwierig. Es gibt Untersuchungen in verschiedenen Bundesländern. Wenn man davon ausgeht, dass die Wahrscheinlichkeit einer behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung in der Normalbevölkerung im Laufe der Lebensspanne laut Quellen der Bundesärztekammer bei 42,5 Prozent liegt, dürfte klar sein, dass die Erkrankungsraten aufgrund der besonderen Belastung in diesem Beruf deutlich höher liegt. Es gibt wenige genaue Daten, aber wir wissen schon, dass das Risiko, an einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), an Depressionen, Angst- und Suchterkrankungen zu erkranken, sehr hoch ist. Vor diesem Hintergrund könnte im Laufe eines Dienstlebens jeder zweite Polizist psychisch erkranken. Da das aber häufig unentdeckt bleibt, gibt es hier eine hohe Dunkelziffer.

DP: Welche psychischen Erkrankungen treten verstärkt bei Polizisten oder auch Feuerwehrlern auf?

Steffes-Holländer: Die höchsten Raten haben wir in der Tat bei Depressionen und Angsterkrankungen, gefolgt von der PTBS. Das deckt sich bei den ersten beiden mit der Normalbevölkerung, bei der PTBS haben wir einen höheren Wert. Es gibt aber auch andere Erkrankungen wie Alkoholsucht oder sogenannte Somatisierungsstörungen, starke körperliche Symptome ohne eine erklärbare körperliche Ursache. Bei psychischen Erkrankungen haben sie selten die eine Ursache, sondern oftmals eine Verkettung.

Es gibt ein Modell für die Entstehung psychischer Erkrankungen, das Vulnerabilitäts-Stress-Modell. Jeder von uns hat eine bestimmte Anfälligkeit. Je nachdem, wie viel Stress hinzukommt, entwickelt sich eine Erkrankung oder nicht. Man kann sich das als ein Fass vorstellen, das sich im Laufe der Lebensspanne immer weiter auffüllt. Es muss nicht immer ein besonders tragisches Ereignis sein, dass dieses Fass zum Überlaufen bringt. Das erklärt auch, warum im Laufe der Dienstjahre und Hunderten von Ereignissen die Bewältigungsmechanismen irgendwann nicht mehr greifen.

Die Erkrankungsraten aufgrund der besonderen Belastung liegen in diesem Beruf deutlich höher.

DP: Ist es möglich, eine PTBS, eine Depression, generell mehrere Erkrankungen gleichzeitig zu haben? Was genau sind die Unterschiede?

Steffes-Holländer: Oft überschneidet es sich. Es gibt keine Depression, die nicht auch mit Ängsten vergesellschaftet ist. Es gibt keine Angsterkrankung, die nicht auch Wirkungen auf die Stimmung und den Antrieb hat. Auch wenn Sie die Symptome einer Angst- oder Panikstörung mit denen einer PTBS vergleichen, finden Sie große Schnittmengen. Es sind alles Stressfolgeerkrankungen. Auf der anderen Seite ist es in der Differenzierung der Erkrankungen so, dass Sie Anteile haben können, ohne zum Beispiel die vollständige Diagnose einer Depression zu erfüllen.

DP: Wie ist das in der Praxis vorstellbar, Sie diagnostizieren eine 5/8-Depression?

Steffes-Holländer: Diagnosesysteme basieren auf theoretischen Konstrukten. All diese Erkrankungen sind ein Syndrom, der Oberbegriff für eine Reihe von Symptomen, die man einer bestimmten Erkrankung zuordnen kann. Man überprüft, ob Symptome vorliegen oder nicht. Es kann also sein, dass jemand verminderten Antrieb und ein-

geschränkte Stimmung hat, trotzdem nicht alle Kriterien einer Depression erfüllt. Deshalb ist es wichtig, die Patienten genau zu untersuchen.

DP: Was sind denn Symptome für eine Depression, eine Angststörung oder eine PTBS?

Steffes-Holländer: Die Kernsymptome einer Depression sind verminderter Antrieb, man kann sich nicht mehr so gut aufrufen, verliert Lust, Interesse an Sachen, zieht sich sozial zurück, hat eine eingeschränkte Schwingungsfähigkeit, ist nicht mehr so empathisch. Manche reagieren gereizt und entwickeln Ängste im Kontakt mit anderen. Bei Angststörungen sind die bekanntesten Symptome Gefühle von Panik und Todesangst – man fängt an zu schwitzen, das Herz rast – und die Agoraphobie, die Vielen bekannte Platzangst. Dann gibt es auch noch die generalisierte Angststörung. Man kann sie auch als Sorgenstörung bezeichnen. Man macht sich plötzlich um alles und jeden Sorgen. Bei der Posttraumatischen Belastungsstörung gibt es ein Wiedererleben der Situation, Flashbacks. Man kann plötzlich nicht mehr entscheiden, ob man in der bedrohlichen Situation in der Vergangenheit ist oder im Hier und Jetzt. Man ist schreckhaft, erlebt überall Bedrohung, fühlt sich unsicher. Typisch ist eine Dissoziation, man steht neben sich, fühlt sich wie gefangen, kann nicht mehr handeln.

DP: Was sind mit Blick auf unsere Kolleginnen und Kollegen Einflussfaktoren, die diese Erkrankungen auslösen?

Steffes-Holländer: Wir wissen, dass Menschen, die ab einem gewissen Alter im Schichtdienst arbeiten, ein erhöhtes Risiko haben. Polizisten sind in der besonderen Position, dass sie es ständig mit der Lösung von Konflikten zu tun haben, verstärkt mit Situationen hoher Anspannung in Berührung kommen. Die komplette Verarbeitung dieser Erfahrungen kann nicht immer funktionieren. Das klappt, wenn man sozial gut eingebettet ist, durch das familiäre und kollegiale Umfeld unterstützt wird. Es wird aber schnell schwierig, wenn diese Komponenten wegfallen. Die Vererbung kann auch eine Rolle spielen. Wenn es in der Familie bestimmte Vorerkrankungen gibt, bedeutet das nicht zwangsläufig, dass man auch erkrankt, aber das Risiko ist hö-

her. Üblicherweise treten psychische Erkrankungen in Schwellenphasen der Biografie auf. Anfällig sind junge Erwachsene, der Eintritt ins Berufsleben erfordert eine hohe Anpassungsleistung. Man lebt das erste Mal selbstständig, in einer neuen Lebenssituation. Anfällig ist man auch beim Übergang in den Ruhestand. Hier treten viele Depressionen auf, weil die Alltagsstruktur wegbricht, Aufgaben fehlen, man fällt in ein Loch. Das sieht man bei Polizeibeamten besonders häufig. Auch die Spanne zwischen 40 und 50 ist durch die gestiegene Verantwortung im Beruf, eigene Kinder oder auch die Pflege der Eltern eine sehr vulnerable Phase.

» Es muss nicht immer ein besonders tragisches Ereignis sein, dass dieses Fass zum Überlaufen bringt.

DP: Schichtdienst macht krank?

Steffes-Holländer: Das ist zu pauschal. Aber klar: dieser erfordert eine besonders hohe Anpassungsfähigkeit des Körpers, gerade im Wechselschichtdienst. Bei wochenweisen Schichten ist die Belastung geringer, weil sich der Körper ähnlich wie beim Jetlag nach einer gewissen Zeit an einen neuen Rhythmus anpassen kann. Wir sehen aber schon, dass bei Beschäftigten jenseits der 40 verstärkt Schlafstörungen auftreten. Wenn diese vorliegen, starte ich schon mit einem gewissen Erschöpfungsgrad in den Tag. Dazu kommt die reguläre Belastung.

DP: Kommen wir zum Fassbeispiel zurück. Wenn ich Sie richtig verstanden habe, kann ein Polizist Amoklagen, Suizide, Schussabgaben erleben, und alles kann in Ordnung sein. Dann trennt sich die Frau und alles bricht zusammen?

Steffes-Holländer: Typischerweise haben wir im Leben mehrere Säulen. Das Berufliche ist wichtig. Ich kann aber auch enorme berufliche Belastungen verarbeiten, wenn ich zuhause ein ruhiges Umfeld habe. Wenn sich die Frau scheiden lässt, ist das schon

für den Nichtpolizisten eine enorme Belastung. Es geht grundsätzlich immer um Sicherheit und Vertrauen. Wenn ich dieses Grundgefühl zum Pegelabbau verliere und der Stress durch die Trennungssituation dazu kommt, läuft das Fass über.

DP: Kann es letztlich auch der verlorene Schlüssel im Supermarkt sein, der eine psychische Erkrankung auslöst?

Steffes-Holländer: Ja, der verlorene Schlüssel ist eine Stresssituation, das kann der I-Punkt oder der letzte Tropfen sein.

DP: Wie leere ich denn dieses Fass, was kann ich tun, damit es trotz stetigem Auffüllen nicht überläuft?

Steffes-Holländer: Schützende Faktoren sind regelmäßige Bewegung, jegliche Formen der Entspannung und beim Blick auf Polizisten auch außerdienstliche Aktivitäten. Weil es auch wichtig ist, wenn man über Sachen spricht. Das muss nicht immer gleich die Behandlung beim Psychologen sein, es kann auch schon das Gespräch im Freundeskreis helfen.

DP: Haben wir alle zu Beginn das gleich große Fass?

Steffes-Holländer: Nein, wir sind Individuen, die Prägung in jungen Jahren spielt hier eine besondere Rolle. Am stärksten prägen die Einflüsse bis zum 15. Lebensjahr. Die genetische Disposition, die Umstände, unter denen wir aufwachsen, bestimmen die Anfälligkeit. Aus meiner Erfahrung heraus kann dennoch jeder Mensch eine Depression, eine Angsterkrankung oder eine PTBS entwickeln. Die Analogie, dass nur ängstliche Menschen eine Angststörung bekommen können, ist nicht gültig. Es reicht eine unglückliche Verkettung der Umstände.

DP: Wie behandeln Sie solche Erkrankungen?

Steffes-Holländer: Man muss grundsätzlich zwischen ambulant und stationär unterscheiden. Bei ersteren haben wir die Gesprächstherapie. Im Stationären haben wir die Möglichkeit, unterschiedliche Therapieformen einzusetzen. Die Patienten haben ein wöchentliches Programm aus Psychotherapie, Sport und Bewegung, Entspannungsmethoden. Alle sind prinzipiell gut behandelbar. Wenn das Fass übergelaufen

ist, kann man versuchen, das Übergelaufene wegzuwischen und dann dem Patienten Möglichkeiten geben, damit das künftig nicht noch mal passiert.

DP: Wie sind die Sicherheitsbehörden nach ihrer Einschätzung im Bereich psychische Erkrankungen aufgestellt?

Steffes-Holländer: Es gibt in den letzten zehn Jahren ein stark erhöhtes Bewusstsein dafür, dass Einsätze auch psychische Folgen haben. Ich erlebe da keine Ignoranz, jedoch aber Schwierigkeiten beim Aufbau von Früherkennungs- und Behandlungsstrukturen. Das führt dazu, dass viele Erkrankungen chronifizieren. Wenn man diese früher erkennen würde, könnte man sie auch früher und damit erfolgsversprechender behandeln. Das hat nicht allein mit fehlenden Strukturen, sondern auch mit einer hohen Schamswelle, diese wahrzunehmen, zu tun. Im Bereich Prävention ist gerade durch die Arbeit der Gewerkschaften durchaus etwas passiert, und heute gibt es auch mehr Wissen über diese Erkrankungen. Das ist längst nicht der Weisheit letzter Schluss, aber diese Entstigmatisierung und Enttabuisierung sind ein Anfang. Man sollte jetzt von anderen Institutionen wie der Bundeswehr lernen. Aus meiner Sicht muss sich die Grundannahme ändern: Man sollte eher mit in Erwägung ziehen, dass eine psychische Erkrankung vorliegen kann, statt das Thema zu vermeiden. ■