

Kommunikation

April 2010

Gewaltfreie Kommunikation • NLP • Business

Seminar

Coaching • Mediation • Pädagogik • Gesundheit

K&S ist das Magazin für Profis, die Menschen in Veränderungsprozessen begleiten.

Die Zeitschrift wendet sich an Berater, Coaches, Therapeuten, Manager und vermittelt Wissen zu modernen kommunikativen Methoden. K&S erscheint alle zwei Monate aktuell beim Junfermann Verlag, Paderborn. www.ks-magazin.de

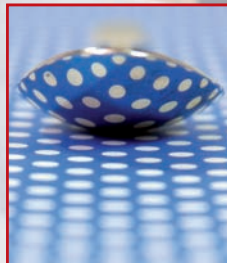
Mein Platz im Team

Gruppenprozesse im Business



Coach oder Couch

Wo verläuft die Grenze?



Mythos NLP

Das Gründer-Geheimnis



Was bleibt?

Zum Tod von Ruth Cohn

Coach oder Couch

Von Constantin Sander
und Sabine Kagerer

Manche Coaching-Klienten brauchen eine Psychotherapie. Unsere Autoren zeigen, wo die Grenze zwischen Coaching und Therapie verläuft und was dies für die Praxis heißt.

Aktuelle Fälle machen immer wieder deutlich, wie schwer erkennbar eine psychische Störung selbst für das direkte Umfeld des Betroffenen sein kann. Erst recht lautet für einen Coach die Frage, wie er erkennt, ob sein Klient möglicherweise gar kein Coaching, sondern eine Psychotherapie benötigt. Kann Coaching sogar kontraproduktiv sein? Was unterscheidet eine behandlungsbedürftige psychische Störung von einem Problem, das der Klient zwar ohne Unterstützung derzeit nicht lösen kann, das aber im Coaching ausreichend bearbeitbar ist?

Coaching ersetzt heutzutage zum Teil die Arbeit von Therapeuten im weitesten Sinne, kann dies aber im engeren Sinne, bei Vorliegen einer psychischen Störung, gar nicht leisten. Was macht ein Coach zum Beispiel, wenn ein Klient schon mit der Fragestellung „Ich bin mir gar nicht sicher, ob Sie mir helfen können oder ob ich einen Therapeuten brauche“ ins Coaching kommt? Gibt es Kriterien, anhand derer ein Coach ohne Therapieausbildung prüfen kann, ob beim Klienten eine psychische Störung vorliegt oder nicht?

Nach den Ergebnissen des Bundes-Gesundheitssurveys erkrankt etwa jeder vierte erwachsene Deutsche im Laufe eines Jahres zumindest zeitweise an einer psychischen Störung (Psychotherapeutenkammer 2009). Angststörungen, Störungen durch psychotrope Substanzen (u.a. Alkohol), affektive Störungen (u.a. Depression) und somatoforme Stö-



rungen (körperliche Beschwerden ohne ausreichende organische Ursache) sind die häufigsten Diagnosen. Persönlichkeitsstörungen variieren in ihrem Auftreten von Studie zu Studie. Es wird von einer durchschnittlichen Störungshäufigkeit (Prävalenz) von etwa 7 Prozent ausgegangen. Psychische Störungen sind also alles andere als selten, und Coaches sollten darauf vorbereitet sein.

Was ist eine psychische Störung?

Der Begriff „Krankheit“ wird in der Fachwelt immer mehr umgangen, stattdessen spricht man von „Störung“. Damit vermeidet man, Menschen zu stigmatisieren. Auch setzt sich die Ansicht durch, dass sich „krank“ von „gesund“ nicht immer klar abgrenzen lässt. Übergänge sind fließend und auffälliges Verhalten oder eine auffällige Persönlichkeitsstruktur können, müssen aber nicht als Störung betrachtet werden. Darüber hinaus weicht das laienhafte Bild psychischer Erkrankungen stark von den inzwischen wesentlich differenzierteren wissenschaftlichen Konzepten ab. Wer etwas tiefer in die Materie einsteigt, wird feststellen, dass zum Beispiel die von der Psychoanalyse geprägten Begriffe wie Hysterie oder Neurose heute in der Wissenschaft nicht mehr verwendet werden. Allerdings sei auch erwähnt, dass die vorhandenen Klassifizierungssysteme lediglich den Versuch darstellen, das weite Feld psychischer Störungen zu systematisieren.

Psychische Störungen werden definiert als eine Beeinträchtigung der normalen Funktionsfähigkeit des menschlichen Erlebens und Verhaltens. Dies zeigt sich im Empfinden, im Denken, sowie in Beeinträchtigungen des Verhaltens, des Körpers und der Persönlichkeit. Die Störung wird von der betroffenen Person, meist aber auch vom Umfeld als sehr belastend empfunden. Die beiden internationalen Klassifikationssysteme für psychische Störungen (ICD-10, DSM-IV) definieren hunderte von psychischen Störungen. Es wird dort angegeben, an welchen aktuellen Symptomen eine psychische Störung zu erkennen ist.

Wir beschränken uns hier auf die Gruppe der Persönlichkeitsstörungen, der neurotischen und Belastungs-Störungen, der affektiven Störungen, sowie auf Merkmale von Psychosen, die bei verschiedenen Störungsbildern auftreten können. Aufgrund ähnlicher Symptomatiken gibt es Überlappungen zwischen einzelnen Diagnosen.

Es wird zwischen überdauernden Störungen (hierzu gehören die Persönlichkeitsstörungen) und aktuellen klinischen Störungen (z.B. affektive Störungen, Angststörungen, Essstörungen) unterschieden.

Was versteht man unter Persönlichkeit, Persönlichkeitszügen und Persönlichkeitsstörungen? Die American Psychological Association (1994) liefert die sehr treffenden Definitionen: „*Persönlichkeitszüge* sind überdauernde Formen des Wahrnehmens, der Beziehungsmuster und des Denkens, und zwar im Hinblick auf die Umwelt und auf sich selbst. Sie kommen in einem breiten Spektrum in wichtigen sozialen und persönlichen Situationen und Zusammenhängen zum Ausdruck. Wir

sprechen von *Persönlichkeitsstörungen* nur dann, wenn Persönlichkeitszüge unflexibel und wenig angepasst sind und die Leistungsfähigkeit wesentlich beeinträchtigen oder zu subjektiven Beschwerden führen.“ Weitere Kriterien für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung sind:

- Eine deutliche Unausgeglichenheit in Einstellungen und Verhalten in mehreren Funktionsbereichen: Affektivität, Antrieb, Impulskontrolle, Wahrnehmung und Denken sowie in Beziehungen zu anderen Menschen.
- Das störende Verhalten ist andauernd und gleichförmig, nicht episodenhaft und eindeutig unpassend in vielen sozialen Situationen.
- Der Beginn der Störung liegt in der Kindheit oder Jugend, die Störung manifestiert sich auf Dauer im Erwachsenenalter.
- Subjektives Leiden entsteht oft erst im späteren Verlauf.

Es lassen sich drei Gruppen von Persönlichkeitsstörungen unterscheiden: mit sonderbar exzentrischer, ängstlich furchtsamer und dramatisch emotional launischer Ausprägung. In der ängstlich furchtsamen Gruppe zeigen die Betroffenen eine ausgeprägte Internalisierung von Konflikten, was sich in Tendenzen zur Selbstbestrafung und zu ängstlich-unterwürfiger Anpassung bemerkbar macht. Die Störungen in der dramatisch emotional launischen Gruppe wiederum zeigen eine starke Externalisierung von Konflikten, die sich in Dramatisierungen, ausgeprägten Schuldzuweisungen an Andere bis hin zu unkontrollierter Aggressivität äußern kann.

Neben den Persönlichkeitsstörungen, die als extreme Ausprägung von Persönlichkeitsstilen gesehen werden können, sollten auch die nichtüberdauernden, episodenhaft auftre-

Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

☛ **Phobien, Angststörungen**

unbegründete und anhaltende Angst vor Situationen, Gegenständen, Tätigkeiten oder Personen bzw. unspezifische Ängste vor nicht existierenden Objekten oder Personen

☛ **Zwangsstörung**

sich aufdrängende, beängstigende Gedanken, Zwangsvorstellungen, Zwangsimpulse; Zwangshandlungen, um Angst zu reduzieren

☛ **Reaktionen auf schwere Belastungen**

diverse Symptome in Folge von akutem oder andauerndem Stress bzw. von Traumatisierung, z.B. psychische Krise, Schreckhaftigkeit, Hilflosigkeit, Schlafstörungen, Reizbarkeit, Flashbacks, Konzentrationsprobleme

☛ **Anpassungsstörungen**

depressive Symptome, Besorgnis, Angst, Störung der sozialen Funktionen und der Leistungsfähigkeit aufgrund einer Belastung (z.B. Trauerfall, Krankheit)

☛ **Dissoziative Störungen**

Verlust der Erinnerung, des Identitätsbewusstseins, der Wahrnehmung unmittelbarer Empfindungen sowie der Kontrolle von Körperbewegungen.

☛ **Somatoforme Störungen** – Wiederholte Darbietung körperlicher Symptome, Einbildung einer organischen Erkrankung, hartnäckiges Einfordern medizinischer Versorgung, obwohl keine körperliche Erkrankung feststellbar ist.

tenden psychischen Störungen im Coaching beachtet werden. Hierzu gehört die Gruppe der neurotischen-, Belastungs- und somatoformen Störungen. Die Gruppe der phobischen Störungen und der Angststörungen sind sehr weit verbreitet. Eine weitere Gruppe stellen die affektiven Störungen dar, bei denen die Stimmung und der Affekt der Betroffenen beeinträchtigt sind. Dies ist meist mit einer Veränderung des allgemeinen Aktivitätsniveaus verbunden, das entweder stark verflacht oder überhöht ist. Die folgende Übersicht beschränkt sich auf die Grundformen.

Affektive Störungen

...⇒ Depression

Verbindung von Stimmungseinengung („innere Leere“), Freudlosigkeit, Interessenverlust, Energielosigkeit, Antriebslosigkeit, innerer Unruhe, Schlafstörungen, Appetitverlust oder vermehrter Appetit, Verminderung oder Fehlen des Selbstwertgefühls

...⇒ Manie

Stimmung situationsinadäquat gehoben, sorglose Heiterkeit bis starke Erregung, Rastlosigkeit, Weitschweifigkeit, Konzentrationsverlust, Hemmungsverlust, Größenideen und übertriebener Optimismus, teilweise zu wahnhaften Ideen gesteigert, vermindertes Schlafbedürfnis

...⇒ Bipolare Störung (manisch-depressive Erkrankung)

wiederholtes und abwechselndes Auftreten manischer und depressiver Phasen

Erwähnt werden sollten Störungen aufgrund von Alkohol- und Drogenmissbrauch, da diese sehr häufig vorkommen. Sie sind mit Fortschreiten der Abhängigkeit durch einen zunehmenden Erinnerungs- und Kontrollverlust, soziale Isolation, körperliche Symptome (z.B. Hände zittern, Schweißausbrüche) und im chronischen Stadium teilweise durch psychotische Symptome gekennzeichnet.

Schließlich noch zu den Symptomen von Psychosen: Psychotisches Erleben kann bei verschiedenen Störungen auftreten, z.B. bei der paranoiden Schizophrenie, der wahnhaften Störung, der bipolaren Störung, und auch dem Alkoholdelir. Psychotische Episoden gehen mit einem zeitweiligen, weitgehenden Realitätsverlust einher. Zum einen können paranoide Wahnvorstellungen und Halluzinationen (in allen Sinnesmodalitäten, d.h. Hören, Sehen, Fühlen etc.) auftreten, bei anderen Betroffenen sind eine Stimmungsverflachung und unvorhersehbares Verhalten, Manierismen und soziale Isolation typisch. Auch können psychomotorische Störungen auftreten, die sich entweder in körperlicher und geistiger Bewegungslosigkeit bis hin zu Zwangshaltungen, aber auch in episodenhaften starken Erregungszuständen

zeigen können. Die schizotype Störung, die im DSM-IV zu den Persönlichkeitsstörungen gezählt wird, steht in der ICD-10 wegen ihrer Ähnlichkeit im selben Kapitel wie die Schizophrenie. Sie ist gekennzeichnet durch exzentrisches Verhalten und Anomalien des Denkens und Verhaltens mit einer Tendenz zu sozialem Rückzug, sowie paranoiden und bizarren Ideen. Vorübergehende quasi-psychotische Episoden (keine echte Psychose) mit intensiven Illusionen, akustischen oder anderen Halluzinationen und wahnähnlichen Ideen können bei der schizotypen Störung oder auch der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus auftreten.

Letztlich ist das Hantieren mit dem Begriff „psychische Störung“ oft ein Balanceakt zwischen der unzulässigen Pathologisierung von Menschen und dem leichtfertigen Übersehen einer behandlungsbedürftigen Symptomatik.

Gesund, gestört oder gar krank?

Ein Laie wird kaum in der Lage sein, zu entscheiden, ob eine Störung vorliegt und wenn ja, welche. Doch legen Indizien eine therapiebedürftige Symptomatik nahe.

Es lohnt sich, im Vorgespräch abzuklären, ob der Coachee sich derzeit in therapeutischer Behandlung befindet. Bejaht der Klient diese Frage, so sollte unbedingt mit dem Therapeuten geklärt werden, ob ein paralleles Coaching sinnvoll ist. Dies ist allein schon aus rechtlichen Gründen erforderlich, um dem Eindruck entgegenzutreten, der Coach wolle therapieren. Psychotherapie ist nach dem Psychotherapiegesetz allein zugelassenen Psychotherapeuten vorbehalten. Liegt keine fachliche Diagnose durch einen Psychotherapeuten vor, was im Coaching ja der Regelfall ist – arbeitet er doch mit „Normalos“, jedenfalls mit Menschen, die sich dafür halten – sollte der Coach bei bestimmten, mehr oder weniger charakteristischen Anzeichen aufhören:

- unangemessene Reaktionen auf tatsächliche oder scheinbare Belastungen (z.B. irrationale oder übersteigerte Ängste, übertriebene Empfindlichkeit, starkes Misstrauen, starke Erregtheit)
- inadäquate, nicht oder nur schwer steuerbare Erlebens-, Denk- und Verhaltensmuster (z.B. Zwanghaftigkeit, Neigung zum Grübeln, starke Niedergeschlagenheit, ausgeprägte Kontaktscheu, notorisches Vermeidungsverhalten, starkes Minderwertigkeitsgefühl, Ängstlichkeit, affektive Instabilität, starke Impulsivität, Aggressivität, Suchtverhalten, Essattacken)
- Verlust des Realitätsbezugs (z.B. wahnhafte Ideen, Halluzinationen)
- Körperliche Symptome (z.B. Schlafstörung, Erschöpfung, Schweißausbrüche, Zittern, Schwindel)
- Orientierungs- und Hilflosigkeit

Sollten dem Coach Zweifel kommen oder der Coachee diese selbst äußern, raten wir zum Abfragen von Symptomen entsprechend den Anzeichen. Wer Probleme hat, seinen Alltag zu meistern, wer sich oft hilflos oder ständig überlastet fühlt, wer schon auf geringe Belastungen sehr leicht gereizt oder depressiv reagiert, wer sein Erleben, sein Denken und Verhalten schwer steuern kann oder unverhältnismäßig, über einen längeren Zeitraum unter körperlichen Symptomen wie Schlaflosigkeit, allgemeiner Erschöpfung und Appetitlosigkeit leidet, sollte besser einen Therapeuten aufsuchen.

Wann ist von Coaching abzuraten?

Coaching beschränkt sich auf die zielorientierte Bearbeitung eines Anliegen des Klienten. Es arbeitet nicht an Störungen. Doch wenn das Problem des Coachees das Symptom einer Persönlichkeitsstörung oder eines psychischen Leidens ist, dann kann Coaching schnell zu einer Therapie bzw. zu einem Therapieversuch werden.

Im harmlosesten Fall bleibt das Coaching schlicht wirkungslos, im schlimmsten Fall können sich Symptome der Störung verstärken. Erkennt ein Coach nicht, dass sein Klient unter einer paranoiden Persönlichkeitsstörung leidet und dass der Klient ihn lediglich zur Abstützung seiner paranoiden Wahrnehmungen nutzt, wird er die Störung eher festigen oder sogar verstärken. Die Stärkung von Potenzialen bei hypomanischen oder manischen Anzeichen kann sich schnell zu einer Manie steigern. Ebenso kann Coaching einen Klienten mit Depression schnell an dessen aktuelle Leistungsgrenze bringen und symptom-verstärkend wirken. Michael Cavanagh, Psychologe an der Coaching Psychology Unit der Universität Sydney, rät Coaches, folgende Fragen zu prüfen (Cavanagh 2005):

- Liegt ein anhaltendes Leidensmuster über eine längere Periode vor?
- Fallen die emotionalen, verstandesmäßigen oder physiologischen Reaktionen des Klienten aus dem Rahmen des Üblichen?
- Ist das Problem des Klienten auf eine Situation oder einen Lebensaspekt beschränkt oder tritt es häufig und in verschiedenen Kontexten auf?
- Verhält sich der Klient abwehrend, d.h. vermeidet er die Auseinandersetzung mit seinen problematischen Verhaltensweisen?

- Bestehen die problematischen Muster fort, obwohl dem Klienten eine Änderung wünschenswert erscheint?

Ein wichtiges Entscheidungskriterium für oder gegen ein Coaching ist die Selbststeuerungsfähigkeit des Klienten. Ist er im Sinne von Selbstwirksamkeit nicht mehr in der Lage, sein Leben in befriedigender Weise zu gestalten, weil eine bestimmte psychische Symptomatik seine Wahrnehmung, sein Denken und Verhalten negativ dominiert, ist immer eine Therapie angesagt. Dazu kommt auch die Frage nach einer möglichen Selbst- oder Fremdgefährdung.

Eine rein zielorientierte Beratung im Sinne von Coaching ist dann kaum mehr möglich. Auch ein akutes Burnout ist kein Thema mehr für ein Coaching im Bereich Selbstmanagement, sondern ist ein Fall für eine Selbstmanagement-Therapie. Erst nach erfolgter Therapie kann ein Coaching sinnvoll sein. Die Aussage eines Coaches, „ich habe den Eindruck, dass bei Ihnen eine Therapie angesagt ist und kein Coaching“, ist in einem solchen Fall kein Eingeständnis von Inkompetenz, sondern ein kompetentes Erkennen von Grenzen der eigenen Fähigkeiten.

Soll ein Coach nun die Pathologenbrille aufsetzen und jeden Klienten auf mögliche psychische Störungen screenen? Keineswegs. Er sollte aber wachsam sein, wenn Anzeichen für ein tiefer liegendes Problem erkennbar sind, das sich durch ein Coaching allein nicht lösen lässt. Die in diesem Artikel genannten Indizien sollen eine Hilfestellung dafür sein. Wenn Coaching darauf abzielt, dem Coachee die bestmögliche Hilfestellung zu geben, dann gehört auch die Beratung für die bestmögliche Beratung dazu. Therapie kann im Einzelfall die bessere Option sein.

Literatur:

- American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition. American Psychiatric Press, Washington, DC 1994.
- Cavanagh, Michael: Mental health issues and Challenging Clients in executive Coaching. In: Cavanagh, M.; Grant, A. M.; Kemp, T. (Hg.): Evidence-based coaching. Australian Academic Press, S. 21–36, Bowen Hills, Qld. 2005.
- Psychotherapeutenkammer (2009): Häufigkeit psychischer Störungen. http://www.bptk.de/psychotherapie/zahlen_fakten/89067.html



Dr. Constantin Sander ist Coach (DVNLP) und arbeitet als Business Coach in Heidelberg (www.mind-steps.de). Von ihm erscheint in diesen Tagen bei Business Village das Buch „Change – Bewegung im Kopf“.

Sabine Kagerer ist Diplom-Psychologin und Psychologische Psychotherapeutin (VT) i.A.

