

Zur Abgrenzung von (Gesundheits-)Coaching und Psychotherapie: Theorie-basierte Glaubensbekenntnisse versus empirische Befunde

Prof. Dr. Dr. Andreas Hillert, FA Psychiatrie/Psychotherapie, FA Psychosomatische Medizin
Schön Klinik Roseneck, Prien am Chiemsee

Coaching-Klienten sind bezüglich psychischer Erkrankungen absolut gesunde Menschen, deren aktuelle persönliche, berufliche und/oder familiäre Probleme durch den Einsatz von Coaching-Strategien bzw. „Tools“ gelöst werden. Ziel und Inhalt der Psychotherapie bzw. der diese ausübenden Ärzte und Therapeuten ist es hingegen, an psychischen Erkrankungen bzw. Störungen leidende Menschen zu behandeln und zu heilen.

Und wenn sie nicht gestorben sind, dann coachen bzw. heilen sie noch heute.

Die kategorische Trennung gesunder Coaching-Klienten versus kranker Psychotherapie-Patienten mag auf dem Papier überzeugend, politisch opportun und allen Beteiligten ein Bedürfnis sein: mit der Realität hat sie wenig bis nichts zu tun. Zum einen, was die angewendeten Methoden anbelangt: im Coaching wie in der Psychotherapie geht es letztlich um angewandte Psychologie mit dem Ziel von Verhaltensänderungen. Zum anderen, weil eine scharfe Trennung von „gesund“ und „krank“ im Hinblick auf psychische Störungen de facto unmöglich ist. Psychische Störungen, wenn man die aktuellen Diagnosekriterien der Weltgesundheitsorganisation (International Classification of Diseases: ICD-10) zugrunde legt, sind sehr häufig (Tab. 1). Repräsentativen Untersuchungen zur Folge erleidet in Laufe eines Jahres etwa ein Drittel der erwachsenen Bevölkerung zumindest einer nach ICD-10 diagnostizierbare Störung/Erkrankung. Zwar gibt es viele im Alltag kaum beeinträchtigende Diagnosen (etwa umschriebene Phobien), aber eben auch hochrelevante psychische Erkrankungen. Etwa 8,5% aller Erwachsenen erleiden innerhalb eines Jahres eine depressive Episode, d.h. sie sind zumindest zwei Wochen, meistens erheblich länger, manifest depressiv. Nur ein Teil dieser Menschen nimmt irgendeine Form von ärztlicher oder therapeutischer Hilfe in Anspruch. Letzteres auch deshalb, weil viele psychische Störungen für die Betroffenen, für deren Angehörige, Vorgesetzte und Mitarbeiter als solche nicht erkennbar sind. Man fühlt sich schlecht, antriebsarm und lustlos. So wie aktuell zumindest 1/3 der Gesamtbevölkerung ist man beruflich „im Stress“, woran wiederum vorzugsweise Konstellationen am Arbeitsplatz als ursächlich angesehen werden, irgendwie „burnout“ – aber krank ist man nicht? Mag sein. Etwa jeder sechste, sich subjektiv „ausgebrannt“ fühlende

Mensch, leidet de facto unter einer Depression (Abb. 2). Und wenn sich schon Hausärzte schwer tun, beispielsweise eine Depression als solche zu diagnostizieren, wie hoch ist dann die diesbezügliche „Trefferquote“ von relativ dazu noch weniger substanziell ausgebildeten Coaches? Was ich nicht weiß bzw. erkenne, braucht mich (berufspolitisch – s.o.) nicht zu beunruhigen? Eine solche Haltung ist angesichts dessen, dass es vorzugsweise psychisch belastete Menschen und damit absehbar zu einem nicht unerheblichen Prozentsatz auch nach ICD-10 Kriterien manifest erkrankte Menschen sind, die die Hilfe eines Coach in Anspruch nehmen, zumindest fatalistisch. Leider ist sie gelebte, in jedem Coaching-Lehrbuch als grundlegend für die Coaching-Arbeit postulierte Realität. Also: beide Augen zudrücken und weiter coachen? Zumindest im Bereich des „Gesundheitscoachings“, also dort, wo es im Sinne und Auftrag des Klienten darum geht, gesundheitsfördernde Strategien zur Anwendung zu bringen, sollte es anders sein.

Aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Perspektive, jenseits berufspolitischer Interessen, sind angesichts der skizzierten Ausgangssituation (Evidenz-basiert!) folgende Konsequenzen angemessen: zum einen bedeutet das Vorliegen einer „psychischen Störung“ in den meisten Fällen nicht, dass die Anwendung „normalpsychologischer“ Strategien falsch oder per se gefährlich wäre (nur nützen sie mitunter nichts, weil sie „krankheitsbedingt“ beim Klienten/Patienten nicht „ankommen“). Dies und die latente Gefahr, psychisch erkrankte Menschen durch ein deren Ressourcen massiv überforderndes Coachings zusätzlich zu belasten, was gravierende Folgen bis hin zu Suiziden haben kann, machen es unabdingbar, dass jeder im Coaching Tätige, über hinreichendes Wissen hinsichtlich Symptomatik, Verlauf und Behandlung seelischer Erkrankungen verfügen muss. Zum anderen ist es auch dann, wenn manifeste seelische Störungen vorliegen, zunächst einmal nicht verkehrt, Klienten eben dort „abzuholen“, wo sie stehen. Also bei ihrem subjektiven Problem-Verständnis und ihren in aller Regel aus dem „normalen Menschenverstand“ abgeleiteten Erwartungen hinsichtlich angemessener Lösungsstrategien. Die inhaltlichen Überschneidungen der im Coaching und in der Psychotherapie angewendeten, letztlich allesamt psychologischen Strategien, sind (wie gesagt) erheblich. Entscheidend ist, dass die als Coach tätige, vom Klienten als „Experte“ konsultierte Person, sowohl über ein dem aktuellen psychologischen, psychotherapeutischen und psychiatrischen Forschungsstand entsprechendes Grundwissen und ein möglichst großes Repertoire an Methoden verfügt, um diese unter Berücksichtigung der individuellen Konstellation, gezielt und angemessen-dosiert respektive hinreichend konsequent anwenden zu können. Wenn es gelingt, beispielsweise unter einer Depression leidenden Klienten in

ihren Ressourcen zu stärken, sie vor Überlastung zu schützen und gleichzeitig eine hinreichende Tagesstruktur zu fördern, ihre Erholungsfähigkeit zu verbessern etc., dann ist diesen Menschen in aller Regel sicher mehr geholfen, als wenn sie von einem Lehrbuchgetreuen Coach als Klienten abgelehnt und an einen Psychiater und/oder Psychotherapeuten verwiesen würden, bei dem sie dann 6 Monate auf einen Termin warten oder, noch ungünstiger, zu dem sie nicht gehen würden, weil sie sich ja eben nicht psychisch krank fühlen. Aber das hat natürlich Grenzen und notfalls gibt es an großen Kliniken psychiatrische Ambulanzen, die rund um die Uhr kontaktiert werden können. All dies gilt es abzuwägen, wozu wiederum entsprechendes Wissen und Erfahrungen nötig sind.

Angesichts dieser in diversen Abstufungen vorkommenden Konstellationen ist die eingangszitierte Festlegung, wonach Coaching nur Gesunden zuteil werden soll/darf, als Illusion abzuhaken. Ein Festhalten daran liefe auf eine Coaching-Ausbildung mit Scheuklappen hinaus. Die Realität, was die Prävalenz psychischer Störungen anbelangt, und die Bedürfnisse der Klienten/Patienten sollten über berufspolitischen Dogmen stehen. Umgekehrt dürfen sich allerdings auch die im Coaching tätigen Personen nicht auf den bequemen Grundsatz, mit dem Thema psychische Erkrankungen müsse man sich nicht näher beschäftigen, weil das jenseits des eigenen Tätigkeitsfeldes liege, ausruhen. Vielmehr gilt es Qualitätskriterien für das Coaching, speziell auch für den Bereich des „Gesundheits-Coachings“, zu definieren und umzusetzen, in dem der skizzierten, komplexen Realität angemessen Rechnung getragen wird. Jeder Coach muss über Symptomatik, Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten der häufigsten psychischen Störungsbilder substanziell informiert und in der Lage sein, diese bei deutlicherer Symptomatik zu erkennen, in seinem Vorgehen zu berücksichtigen und ggf. in die nötigen Weichenstellungen in Richtung Therapie / Medizin stellen zu können. Kooperationen zwischen allen in diesem Bereich tätigen Berufsgruppen sind überfällig. Dies beinhaltet umgekehrt auch die Integration gehaltvoller Coaching-Strategien in das psychotherapeutische Methoden-Repertoire. Hinsichtlich der Ausbildung zum Gesundheits-Coach muss es darum gehen, deutlich über bisherige Standards hinaus, psychologische, psychiatrische und psychotherapeutische Basiskenntnisse zu vermitteln. Das praktizierte Methoden-Repertoire jedes Coach sollte deutlich über einige wenige, mehr oder weniger zufällig erlernte „Tools“ hinausgehen. Nur auf hinreichend breiter, fachlich elaborierter Grundlage ist eine auf Verhaltensänderung abzielende Arbeit mit Klienten (von denen schon aus epidemiologischen Gründen – s.o. - viele de facto Patienten sind) verantwortbar sowie Kommunikation auf Augenhöhe und Kooperationen mit anderen Berufsgruppen, psychologische

Psychotherapeuten und Ärzte eingeschlossen, zum Wohle der Klienten bzw. Patienten möglich.

Kriterienkatalog

(psychotherapeutisches / psychiatrisches Basiswissen im Coaching / Gesundheitscoaching)

40 Stunden Theorie, zudem - idealerweise - zumindest 1 Woche Hospitation in einer psychiatrischen / psychotherapeutischen Einrichtung (soweit dies nicht durch eine vorhandene Berufsausbildung in diesem Bereich abgedeckt ist)

Definitionen des Phänomens: psychische Erkrankung - seelische Gesundheit

Grundlagen der Psychologie:

Entwicklungspsychologie, Lernpsychologie, Kognitionen und Emotionen

Ätiologie, Pathopsychologie und Pathogenese häufiger psychischer Störungen orientiert am ICD-10- und ICF-Klassifikationssystem (psychische Erkrankungen als „biopsychosoziale Phänomene“)

Geschichte und Konzepte der wichtigsten, aktuell praktizierten, wissenschaftlich fundierten Psychotherapieverfahren (Tiefenpsychologie, Kognitive-Verhaltenstherapie)

Kenntnisse hinsichtlich der – leitliniengerechten – psychotherapeutischen und medikamentösen Behandlung häufiger psychischer Störungsbilder: depressive Störungen, Angst- und Zwangsstörungen, Essstörungen sowie Persönlichkeitsstörungen

Umgang mit psychischen Krisen von Klienten:

Grenzen des Coachings, Erkennen und Umgang mit Suizidalität

Kenntnisse der Strukturen und Berufsgruppen im aktuellen Gesundheitssystem

Abb. 1

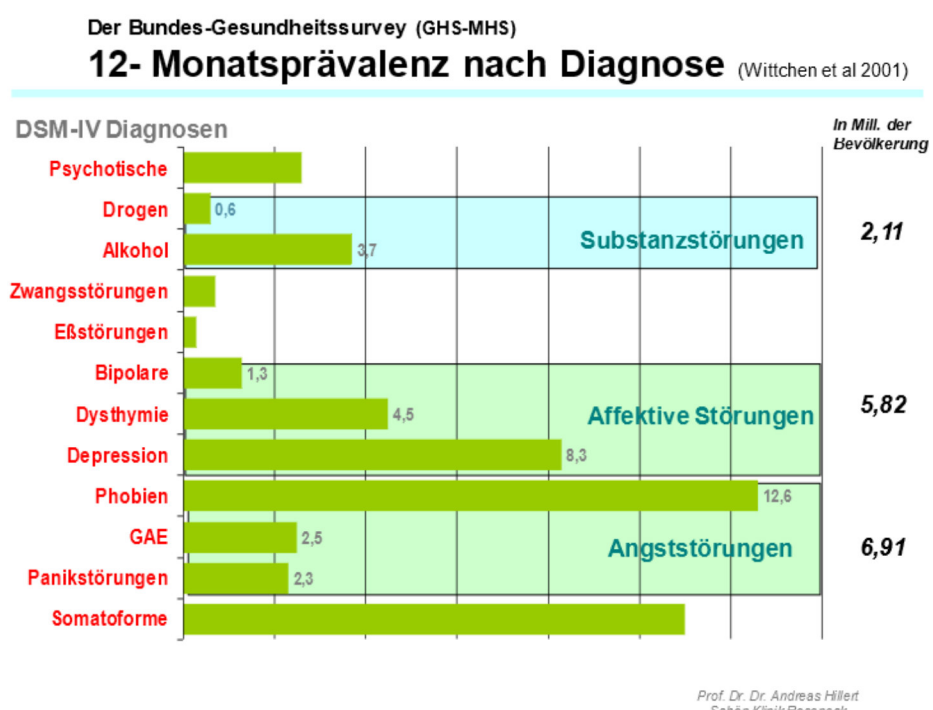


Abb. 2

„Burnout-Erleben“ & „ausgebrannt sein“ mit und ohne Anzeichen einer Depression

