

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin der Universität zu Lübeck

Direktor: Prof. Dr. med. Jost Steinhäuser

**Coaching als Behandlungsansatz bei Flugangst
– eine qualitative Studie mit wingwave®-Coaches**

Inauguraldissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der Universität zu Lübeck

– Aus der Sektion Medizin –

Vorgelegt von

Kristina Magdalena Djordjevic aus Bremen

Lübeck 2021

1. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Jost Steinhäuser

2. Berichterstatter: Priv.-Doz. Dr. med. Sebastian Rudolf

Tag der mündlichen Prüfung: 23.6.2021

Zum Druck genehmigt. Lübeck, den 23.6.2021

– Promotionskommission der Sektion Medizin –

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	4
Tabellenverzeichnis	5
Abkürzungsverzeichnis	6
1 Einleitung	7
1.1 Flugangst.....	7
1.1.1 Demoskopie	7
1.1.2 Definition	8
1.1.3 Angewandte Behandlungsmethoden	8
1.2 Die Coachingmethode wingwave®	12
1.2.1 Coaching	12
1.2.2 wingwave®-Coaching.....	13
1.3 Zielsetzung und Fragestellung.....	17
2 Material und Methode	18
2.1 Qualitative Methode.....	18
2.2 Interviewleitfaden.....	19
2.3 Rekrutierung	19
2.4 Datenerhebung.....	20
2.4.1 Interviewdurchführung und Erhebungskontext.....	20
2.4.2 Transkriptionsregeln	21
2.5 Datenauswertung	21
2.5.1 Qualitative Inhaltsanalyse.....	22
2.5.2 Deduktion und Induktion	22
2.5.3 Analyse der Interviews im Codier-Leitfaden.....	22
2.5.4 Konsensusversion	23
2.6 Gütekriterien	23
2.7 Ethik	24
2.8 Datenschutz.....	24
3 Ergebnisse	25
3.1 Soziodemographie der Studienteilnehmer	25

3.2	Einführung in die Ergebnisdarstellung.....	25
3.3	Ergebnisse zu den Hintergründen von Flugangst	26
3.3.1	Gründe für Flugangst.....	27
3.3.2	Emotionen als Auslöser für Flugangst	29
3.3.3	Ursachen für Flugangst	30
3.4	Ergebnisse zum wingwave®-Coaching bei Flugangst.....	32
3.4.1	Erfahrungen mit wingwave® bei Flugangst.....	32
3.4.2	Stärken von wingwave® bei Flugangst	32
3.4.3	Schwächen von wingwave® bei Flugangst	34
3.4.4	Einfluss der Flugangstsymptome auf wingwave®	36
3.5	Ergebnisse zu den Hintergründen von wingwave®-Klienten	37
3.5.1	Daten zu den wingwave®-Klienten	37
3.5.2	Menschen, die wingwave® nutzen	38
3.6	Ergebnisse zur Anwendertreue und wingwave® als Coaching-Methode	39
3.6.1	Zugang zum Coach	39
3.6.2	Durchführung von wingwave® nach dem 12-Phasen-Prinzip	40
3.6.3	Abbruchkriterien	41
3.6.4	Zusätzlich zu wingwave® angewandte Techniken	42
3.6.5	Weitere Aspekte/Anmerkungen aus den Interviews.....	44
4	Diskussion	45
4.1	Diskussion der Ergebnisse zu den Hintergründen von Flugangst	45
4.1.1	Das Kausalitätsprinzip „Ursache & Wirkung“.....	46
4.1.2	Die Notwendigkeit der Ursachenbehandlung	47
4.2	Diskussion der Ergebnisse zum wingwave®-Coaching bei Flugangst	50
4.2.1	Abgrenzung von Coaching und Psychotherapie	50
4.2.2	Übergang von Coaching und Psychotherapie.....	52
4.3	Diskussion der Ergebnisse zur Anwendertreue und wingwave® als Coaching- Methode	54
4.3.1	Die Anwendertreue (oder Prozessdurchführung) der wingwave®-Coaches.....	54
4.3.2	Allgemeine Wirkfaktoren im wingwave®-Coaching	56

4.4	Diskussion der Fragestellung.....	58
4.5	Diskussion der Methode	59
4.5.1	Stärken.....	59
4.5.2	Schwächen.....	60
4.6	Ausblick.....	60
5	Zusammenfassung.....	61
	Literaturverzeichnis.....	63
	Eigene Publikationen.....	70
	Anhang	71
I.	Teilnehmerinformation.....	71
II.	Transkriptionsregeln des Instituts für Allgemeinmedizin.....	73
III.	COREQ-Checkliste	75
IV.	Positives Ethikvotum.....	77
V.	Einverständniserklärung.....	78
	Danksagung	80

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Myostatiktest bei wingwave [®] , Handkraft-Messgerät Sporthochschule Köln, mit freundlicher Genehmigung Besser-Siegmund Institut GmbH Hamburg.....	14
Abbildung 2	Schematische Darstellung wingwave [®] -Prozess, eigene Darstellung.....	17
Abbildung 3	Zeitstrahl Studienablauf, eigene Darstellung.....	18
Abbildung 4	Themenkomplexe Interviewergebnisse mit Oberkategorien, eigene Darstellung	26
Abbildung 5	Entwicklungskonstrukt für das zeitliche Auftreten und das Zusammenspiel von Grund, Auslöser und Ursache einer Flugangst, eigene Arbeit und Darstellung	46

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1</i>	Soziodemographie der Studienteilnehmer	25
<i>Tabelle 2</i>	Interviewergebnisse zu Gründen für Flugangst.....	28
<i>Tabelle 3</i>	Interviewergebnisse zu Emotionen als Auslöser für Flugangst	29
<i>Tabelle 4</i>	Interviewergebnisse zu Ursachen für Flugangst	31
<i>Tabelle 5</i>	Interviewergebnisse zu Erfahrungen mit wingwave® bei Flugangst	32
<i>Tabelle 6</i>	Interviewergebnisse zu Stärken von wingwave® bei Flugangst	33
<i>Tabelle 7</i>	Interviewergebnisse zu Schwächen von wingwave® bei Flugangst	35
<i>Tabelle 8</i>	Interviewergebnisse zu den Einflüssen von Flugangstsymptomen auf wingwave®	36
<i>Tabelle 9</i>	Interviewergebnisse zu den Daten der wingwave®-Klienten	37
<i>Tabelle 10</i>	Interviewergebnisse zu den Menschen, die wingwave® nutzen.....	38
<i>Tabelle 11</i>	Interviewergebnisse zu dem Zugang zum Coach	39
<i>Tabelle 12</i>	Interviewergebnisse zu der wingwave®-Durchführung in zwölf Prozessschritten.....	40
<i>Tabelle 13</i>	Interviewergebnisse zu den Abbruchkriterien eines wingwave®-Coachings..	42
<i>Tabelle 14</i>	Interviewergebnisse zu zusätzlich zu wingwave® angewandten Techniken ..	43
<i>Tabelle 15</i>	Interviewergebnisse zu weiteren Aspekten der Interviews	44

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
AIP	Adaptive Information Processing
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
COREQ	Consolidated criteria for Reporting Qualitative research
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. Auflage
EEG	Elektroenzephalographie
EFT	Emotional Freedom Technique
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
e.V.	eingetragener Verein
f./ff.	folgende / fortfolgende
Hrsg.	Herausgeber/in
i.S.	im Sinne
ICD	International Classification of Diseases
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification
Kap.	Kapitel
LUST	Lübeck University Students Trial
Max.	Maximum
Min.	Minimum
MRT	Magnetresonanztomographie
MW	Mittelwert
NLP	Neurolinguistisches Programmieren
PsychThG	Psychotherapeutengesetz
PEP	Prozess- und Embodimentfokussierte Psychologie
RCT	Randomized Controlled Trial (randomisierte kontrollierte Studie)
REM	Rapid Eye Movement
s.	siehe
Tab.	Tabelle
TN	Teilnehmer
UzL	Universität zu Lübeck
US	United States
ww	wingwave [®]
vgl.	vergleiche
VR	Virtual-Reality
Z.	Zeile

1 Einleitung

1.1 Flugangst

In der globalisierten Welt sind Flugreisen mittlerweile selbstverständlich und im Beruf ist das Fliegen häufig eine unabdingbare Voraussetzung für die eigene Karriere. Daher ist der Leidensdruck durch eine Flugangst sehr hoch, weshalb die unter Flugangst Leidenden Strategien finden, die Angst zu ertragen. Vor und während des Fluges greifen Betroffene im Rahmen der Selbstmedikation oft auf Alkohol zurück um die Flugangst zu betäuben, oder sie nehmen anxiolytische Medikamente ein [32]. Dabei weisen die verwendeten Substanzen der Selbstmedikation ein Suchtpotenzial durch den regelmäßigen Konsum auf [69].

Viele Betroffene meiden außerdem die angstausslösende Situation [33], also das Fliegen, oder verzichten auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zur Behandlung ihrer Flugangst [27]. Der Leidensdruck durch die Flugangst ist zwar gegeben, jedoch wird die Lebensqualität nur innerhalb der spezifischen Zeitspanne einer Flugreise beeinträchtigt [6], weshalb viele Betroffene versuchen die umschriebene Situation auszuhalten oder zu verdrängen. Nicht allein durch diese Situation, sondern auch durch die Gefahr einer Stigmatisierung durch die Diagnose einer psychischen Erkrankung [40], fehlt vielen Betroffenen ein Verständnis für ihre Flugangst als Krankheit, die für sie die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems notwendig machen würde. Die Stigmatisierungsgefahr durch eine psychische Erkrankung bezieht hier sowohl eine öffentliche Stigmatisierung durch die Allgemeinbevölkerung als auch eine Selbststigmatisierung durch die Betroffenen selbst ein [3]. Das bedeutet für die Betroffenen eine doppelte Belastung: einerseits durch die Flugangst selbst, andererseits durch eine soziale Belastung, wovon gerade bei Flugreisen Familie und Freunde¹ ebenfalls betroffen sind [3]. Dies führt zu Scham und Verängstigung der Betroffenen ihre Erkrankung zu kommunizieren und zu verminderten Selbstheilungskräften [40]. Es liegt nahe, dass viele Betroffene daher auf eine diagnostische Feststellung und somit auf eine professionelle psychotherapeutische Behandlung ihrer Erkrankung verzichten.

1.1.1 Demoskopie

Verglichen mit dem Straßen-, Schienen- und Schiffstransport ereignen sich im Flugverkehr die wenigsten Unfälle [90]. Obwohl Flugzeuge somit zu den sichersten Transportmitteln gehören, leiden viele Menschen unter Flugangst. Bei der demoskopischen Erhebung für Deutschland im Jahr 2003 von dem Institut Allensbach

¹ In der vorliegenden Arbeit wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit ausschließlich die männliche Form verwendet. Sie bezieht sich jedoch auf Personen jeglichen Geschlechts.

gaben 16% der Befragten an, unter Flugangst zu leiden. Weitere 22% der deutschen Bevölkerung leiden unter deutlichem Unbehagen beim Fliegen. Frauen sind dabei jeweils häufiger betroffen als Männer [57].

1.1.2 Definition

Flugangst oder auch Aviophobie zählt in Deutschland zu den Angststörungen und definiert sich, angelehnt an die DSM V, in der ICD-10-GM unter F40.2 als spezifische (isolierte) Phobie [33]. Bei den phobischen Störungen wird Angst durch eindeutig definierte, eigentlich ungefährliche Situationen hervorgerufen. Die angstausslösenden Situationen werden dabei vermieden oder mit Angst, die sich in Einzelsymptomen wie beispielsweise Herzklopfen oder Luftnot zeigen können, ertragen. Bei der spezifischen Phobie ist diese Situation eng umschrieben, in diesem Fall durch das Fliegen. Oft treten zusätzlich sekundäre Ängste vor dem Sterben, Kontrollverlust oder das Gefühl wahnsinnig zu werden hinzu und es besteht eine Erwartungsangst bei den Betroffenen durch die Vorstellung, dass die angstausslösende Situation eintreten könnte. Weiterhin ist auch das Hervorrufen von Panikzuständen durch die Angst möglich [32, 33]. Angststörungen haben eine hohe Komorbidität durch Alkoholismus und Substanzabhängigkeit [27].

1.1.3 Angewandte Behandlungsmethoden

Für die Überwindung einer Flugangst bieten sich den Betroffenen vielfältige Strategien. Diese unterschiedlichen Behandlungsmethoden einer Flugangst sind nachfolgend im Einzelnen kurz dargestellt.

1.1.3.1 Pharmakologische Behandlung

Bei Angststörungen kommen pharmakologisch Benzodiazepine und verschiedene Antidepressiva zum Einsatz [49]. Der Einsatz des Benzodiazepins Alprazolam (z.B. Tafil[®], Xanax[®], Xanor[®]) bei Flugangstpatienten wurde während einer Exposition in vivo untersucht. Hier zeigte sich, dass die Angst durch das Medikament zwar gedämpft, der therapeutische Erfolg einer Expositionstherapie durch das Medikament jedoch behindert wurde [103]. In weiteren Studien wurde dieser unerwünschte Effekt der Anxiolytika bestätigt. Es finden sich jedoch Hinweise, dass pharmakologische Verstärker, wie beispielsweise Neurotransmitter, eine kognitive Verhaltenstherapie sowie eine Konfrontationstherapie positiv unterstützen können [87].

1.1.3.2 Entspannungsverfahren

Weiterhin sind verschiedene Entspannungsverfahren Bestandteil vieler Therapiemethoden gegen Flugangst [84]. Durch Atemübungen oder progressive Muskelentspannung können die Betroffenen direkt auf ihre Angst reagieren und diese reduzieren. Die Entspannungsverfahren sind vor allem als Vorbereitung einer

Expositionstherapie zu empfehlen, da sie besonders bei physiologischen Symptomen hilfreich scheinen [84].

1.1.3.3 Flugangstseminare

In Deutschland sind Flugangstseminare weit verbreitet. Häufig arbeiten die Seminaranbieter in Kooperation mit Fluggesellschaften. Auch Krankenkassen vermitteln entsprechende Angebote für Betroffene. Die Kosten bis zu mehreren Tausend Euro tragen die Teilnehmer selbst. Die Anbieter werben mit hohen Erfolgsquoten im Internet, wobei eine Reduktion der Flugangst bei bis zu 80% der Teilnehmer beworben wird [93]. Dies ist aktuell durch wissenschaftliche Studien nicht bestätigt. Die Bochumer Ruhr-Universität hat im Jahr 2019 123 Flugangstbetroffene im Seminar begleitet und laut Projektleiter gaben die Teilnehmer nach dem Training an, etwa 50 Prozent weniger Flugangst zu haben, wobei die endgültige Studiauswertung noch aussteht [102].

In den Seminaren werden im Wesentlichen mehrere Komponenten verschiedener Behandlungsmethoden vereint. Zur Angstbewältigung lernen die Teilnehmer Entspannungstechniken wie die progressive Muskelentspannung sowie das Umstrukturieren von negativen Gedanken durch das Seminar begleitende Psychologen. Durch zudem anwesende Piloten wird den Teilnehmern fundiertes Technikwissen zum Thema Fliegen erklärt und abschließend wird häufig eine Konfrontation durch einen begleiteten Flug absolviert [94]. Beinhaltet die Flugangstseminare Ansätze der kognitiven Verhaltenstherapie und Virtual-Reality-Strategien zeigt sich eine Reduktion der Flugangst nach dem ersten Flug [37].

1.1.3.4 Kognitive Verhaltenstherapie

Zu den etablierten Therapien bei Angststörungen, und somit auch bei Flugangst, zählt die kognitive Verhaltenstherapie [27]. Sie vereint die kognitive Therapie und die Verhaltenstherapie, ist problemorientiert und richtet sich an die Zukunft und Gegenwart des Patienten. Ziel ist es, Denkmuster eines Patienten zu erkennen und erlerntes Verhalten, in diesem Fall Angst vor dem Fliegen, zu ändern [58]. Im Falle von Flugangst konnten Studien eine signifikante Verbesserung der Angst bei bis zu 77% der Studienteilnehmer innerhalb eines Jahres zeigen [100].

1.1.3.5 Konfrontationstherapie und Virtual-Reality

Thematisch zur Verhaltenstherapie gehörend ist die Konfrontationstherapie (oder Expositionstherapie), bei welcher der Patient direkt mit der angstausslösenden Situation konfrontiert wird. Sie gilt bei den Angststörungen als erfolgversprechendste Behandlungsmethode und wird ebenfalls zur Behandlung von Flugangst eingesetzt [5]. Indem sich der Patient schrittweise und kontrolliert der entsprechenden Reizsituation nähert, soll die Angst verringert werden [35]. In neueren Ansätzen wird die

Konfrontationssituation bei Flugangst durch „Virtual-Reality“ (VR) erzeugt. VR-Modelle kreieren dabei computerbasiert eine möglichst realistische virtuelle Umgebung, die durch spezielle Systeme, z.B. Datenbrillen oder Bildschirme, wahrgenommen wird [36]. Im Falle von Flugangst konnte bei dem VR-Einsatz ebenfalls eine Reduzierung der Angst gezeigt werden [29]. Weiterhin bestätigte sich in einem Vergleich zwischen VR- und klassischer Konfrontationstherapie der Erfolg beider Methoden mit ähnlichen Ergebnissen [82]. Wobei eine Studie zum Langzeitflugverhalten nach Expositionstherapie zwar stabile Ergebnisse über einen Zeitraum von drei Jahren zeigte, allerdings konnte der Effekt der Angstreduktion durch Gewöhnung lediglich kurzzeitig nach der Intervention gezeigt werden und nicht im Langzeitflugverhalten [23].

1.1.3.6 EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) - Therapie

Eine weitere Behandlungsmethode bei Flugangst ist EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). Das Ziel von EMDR liegt in der „Desensibilisierung“ belastender Erlebnisse mittels bilateraler Hirnstimulation [85]. Begründerin der EMDR-Intervention im Jahr 1989 war die US-amerikanische Psychologin Francine Shapiro. Sie entwickelte die EMDR-Technik zur Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen [85]. Die zentrale Annahme von Shapiro ist dabei, dass Menschen die Möglichkeit haben belastende Lebenserfahrungen mit Hilfe eines angeborenen Informationsverarbeitungssystems im Gehirn adaptiv zu bearbeiten [52, 86]. Bei belastenden Ereignissen bzw. Posttraumatischen Belastungsstörungen komme es zu einer Störung dieser Verarbeitung. Das Ziel der Intervention liegt in der „Desensibilisierung“ belastender Erlebnisse mittels bilateraler Hirnstimulation, indem das adaptive Informationsverarbeitungssystem aktiviert wird [86]. Hierzu wird angenommen, dass durch die bilaterale Hirnstimulation die Aktivität der Amygdala gedrosselt wird [101]. Der genaue neuronale Wirkmechanismus ist unklar, es zeigen sich jedoch signifikante EEG-Veränderungen während einer EMDR-Intervention [26].

Nachdem die Wirksamkeit nachgewiesen werden konnte, ist EMDR heute eine anerkannte psychotherapeutische Behandlungsmethode bei Posttraumatischen Belastungsstörungen [43]. Weiterhin wird EMDR, neben der Anwendung bei den Posttraumatischen Belastungsstörungen, auch für die Behandlung von Depressionen oder Angststörungen untersucht [2, 31]. Eine positive Wirkung konnte bereits in der Behandlung von spezifischen Phobien gezeigt werden [31]. In einer randomisierten Studie zum Thema Flugangst zeigten sich vergleichbare Effekte der klassischen kognitiven Verhaltenstherapie gegenüber der Kombination von kognitiver Verhaltenstherapie mit VR oder EMDR [97].

1.1.3.7 Limitationen der bisher angewandten Behandlungsmethoden

Für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen muss aus abrechnungstechnischen Gründen eine Diagnose nach ICD gestellt werden. In der ICD ist die Flugangst als spezifische Phobie mit F40.2 in das Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“ eingegliedert [33]. Mit dem Stellen der Diagnose wird ein Leidenszustand, hier die Angst vor dem Fliegen, als Krankheit festgehalten, als spezifische Phobie [44]. Die etablierte Verhaltenstherapie gehört dann zur Leistungsübernahme der Krankenkassen [79]. Dafür müssen die Betroffenen allerdings Wartezeiten von durchschnittlich 19,9 Wochen bei Psychotherapeuten im Jahr 2018 in Kauf nehmen [22].

Im Fall von Flugangst führt die in-vivo Expositionstherapie sowohl zu logistischen als auch wirtschaftlichen Herausforderungen. VR einbeziehende Methoden können zwar einiges an Kosten und Zeit einsparen, führen aber ebenfalls zu einer wirtschaftlichen Belastung, da die Inhalte zunächst produziert werden müssen [24].

Die EMDR-Therapie wird hingegen in ihrer Effizienz bzgl. der Behandlungsdauer und der Behandlungskosten als positiv beschrieben [84]. Hier wird vor allem die Notwendigkeit von professionell qualifizierten Anwendern herausgestellt [97].

1.2 Die Coachingmethode wingwave®

1.2.1 Coaching

Coaching ist weder ein geschützter Begriff noch einheitlich definiert. Vielmehr stellt Coaching einen Sammelbegriff für vielfältige Anwendungsmethoden und psychotherapienahe Interventionen dar und wird in verschiedene Anwendungsbereiche unterteilt [17, 73]. Dazu zählen z.B. das „Businesscoaching“, „Lifecoaching“ und „Gesundheitscoaching“ [18]. Da weiterhin keine gesetzlich geregelte einheitliche Ausbildung besteht, ist der Markt der Coaching-Angebote sehr breit gefächert und nahezu unüberschaubar. Entsprechend herausfordernd gestaltet sich die wissenschaftliche Evaluation in diesem Themenfeld [73]. Verschiedene Berufs- und Fachverbände in Deutschland versuchen bereits sich dieser anzunehmen und bemühen sich um Qualitätssicherung und Professionalisierung im Bereich Coaching.

Der deutsche Bundesverband Coaching e.V. bietet auf seiner Internetseite folgende Definition des Begriffs (Business-) Coaching an:

„Coaching ist die professionelle Beratung, Begleitung und Unterstützung (...). Zielsetzung von Coaching ist die Weiterentwicklung von individuellen oder kollektiven Lern- und Leistungsprozessen (...). Als ergebnis- und lösungsorientierte Beratungsform dient Coaching der Steigerung und dem Erhalt der Leistungsfähigkeit. Als ein auf individuelle Bedürfnisse abgestimmter Beratungsprozess unterstützt ein Coaching die Verbesserung der beruflichen Situation und das Gestalten von Rollen unter anspruchsvollen Bedingungen (...). Inhaltlich ist Coaching eine Kombination aus individueller Unterstützung zur Bewältigung verschiedener Anliegen und persönlicher Beratung. In einer solchen Beratung wird der Klient angeregt, eigene Lösungen zu entwickeln. Der Coach ermöglicht das Erkennen von Problemursachen und dient daher zur Identifikation und Lösung der zum Problem führenden Prozesse. Der Klient lernt so im Idealfall, seine Probleme eigenständig zu lösen (...)“ [30].

Coaching versteht sich somit als ein klientenbezogener Prozess, mit den Zielen der Stärkung der Selbstheilungskräfte der Klienten sowie die vom Klienten definierten Ziele zu erreichen [73]. Es wird darauf verzichtet die Beschwerden des Klienten als Erkrankung aus dem psychopathologischen Formenkreis zu betrachten, sondern der Klient wird weiterhin als psychisch gesund betrachtet, weshalb beim Coaching auch von „Psychotherapie für Gesunde“ gesprochen wird [55]. Dennoch kann auch oder gerade ein Coaching zu negativen Effekten führen, wie beispielsweise durch das Anstoßen tiefergehender Probleme, die im Coaching nicht bearbeitet werden können, durch eine Verschlechterung der Beziehungsqualität beruflich oder privat oder auch durch ein verstärktes Abhängigkeitsverhältnis vom Klienten zum Coach [83].

1.2.2 wingwave®-Coaching

Unter den vielfältigen Coaching Methoden bietet sich das wingwave® (ww)- Coaching für wissenschaftliche Erhebungen an, da es sich um eine strukturierte und damit reproduzierbare Coachingmethode handelt [73]. Es ist keine Kassenleistung und somit müssen die Kosten zwischen 120-180 €/Stunde von den Klienten selbst getragen werden [72].

Das ww-Coaching wurde an der Universität zu Lübeck (UzL) in der „Lübeck University Students Trial“ (LUST)-Studie genutzt. Die LUST-Studie ist als prospektive Kohortenstudie an der UzL etabliert und untersucht die Gesundheit der Lübecker Medizinstudierenden [99]. Im Rahmen einer Interventionsstudie der LUST-Forschung „Fit für's Physikum“ wurde 2014 das ww-Coaching als Intervention während der Prüfungsvorbereitung bei den Studierenden eingesetzt und es konnte ein signifikanter Effekt in der Reduktion des Stresses vor einer Prüfung durch die kurzzeit-Coaching-Methode ww gezeigt werden [60].

Die ww-Methode vereint drei Komponenten: Einen Myostatiktest als Muskel-Feedback-Element zusammen mit einer EMDR-ähnlichen Intervention zur Erzeugung wacher REM (Rapid-Eye-Movement)-Phasen sowie mit einer kommunikativen Komponente, die in ihrer Grundidee und Durchführung dem NLP (Neurolinguistisches Programmieren) entstammt [8].

1.2.2.1 wingwave®-Komponente Myostatiktest

Der Myostatiktest grenzt ww von einer „reinen“ EMDR-Intervention ab und ist für die Coaches ein zentraler Bestandteil der Durchführung als auch Überprüfung der ww-Intervention. Er dient den Coaches zum Identifizieren von Stresstriggern bei einem Klienten. Hierzu formt der Klient mittels Daumen und Zeige- oder Mittelfinger einen Ring und hält mit maximaler Kraft, während der Coach verschiedene Aussagen testet und dabei versucht den Fingerring zu öffnen [7]. Im Verlauf des Coachings wird der Klient verbal durch seine angstbesetzte Situation geführt, wie beispielsweise durch die verschiedenen Phasen eines Flugprozesses. Hält der Muskelring während der Nennung der Flugphasen stark, wird dies als Zeichen von emotionaler Sicherheit bei dem Klienten gewertet. Ein schwacher Muskeltest, in dem sich der Muskelring leicht durch den Coach öffnen lässt, bedeutet hingegen, dass die genannte Aussage bei dem Klienten mentalen Stress hervorruft [9]. Die Hypothese des ww besagt, dass bei Stress und Angst eine Aktivierung der Amygdala im Gehirn zu einer motorischen Aktivität im Cortex führt [28]. Da die Hand eine große Repräsentanz im motorischen Kortex hat [81], soll es folglich bei Stress zu einer Auslenkung der Kraft in den Fingern kommen.

In einer Studie zum Einfluss selbst erzeugter Emotionen auf die körperliche Leistungsfähigkeit wurde dieser Effekt an der Sporthochschule Köln untersucht. Die Probanden sollten an eine für sie angstbesetzte Situation denken, während die Muskelkraft der Finger gemessen wurde, s. Abb.1. Bei den Emotionen Angst und Traurigkeit war die gemessene Fingerkraft signifikant geringer als beispielsweise bei Glück oder auch Ärger [76]. In diesem Zusammenhang erfuhr die Hälfte der Probanden eine einmalige ww-Intervention um die angstbesetzte Situation zu neutralisieren. Die Ergebnisse zeigen, dass bei der ww-Interventionsgruppe, die ihre Angst als nicht mehr so stark beschrieb, die Muskelkraft stärker ausfiel als bei der Kontrollgruppe [77]. Damit kann der Muskeltest im ww-Coaching prinzipiell nicht nur zum Identifizieren von stressverursachenden Situationen benutzt werden, sondern auch zur Überprüfung des Coaching-Ergebnisses dienen.

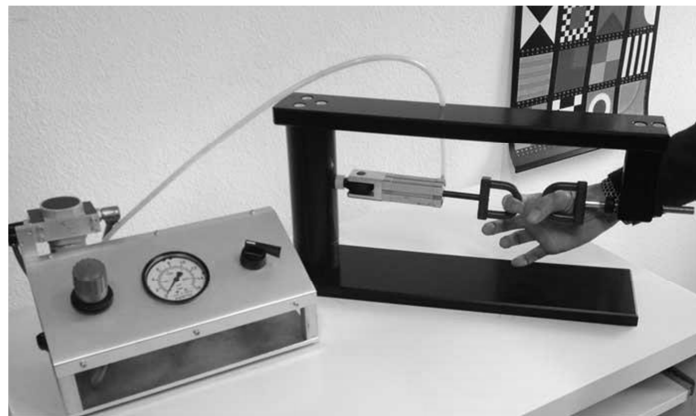


Abbildung 1 Myostatiktest bei wingwave[®], Handkraft-Messgerät Sporthochschule Köln, mit freundlicher Genehmigung Besser-Siegmund Institut GmbH Hamburg

1.2.2.2 wingwave[®]-Komponente NLP (Neurolinguistisches Programmieren)

Das NLP (Neurolinguistisches Programmieren) bezeichnet im weitesten Sinne ein psychologisches Kommunikationsmodell. Es vereint Techniken der Verhaltensänderung und Kommunikationstechniken. Dadurch sollen unterbewusste Gedanken und Verhaltensmuster erkannt und vor allem über die Sprache beeinflusst und folglich verändert werden [63]. Es existieren Hypothesen, dass NLP Erkenntnisse der Gehirnforschung (= **N**euro), der Sprachwissenschaften (= **L**inguistik) und der Verhaltenswissenschaften (= **P**rogrammieren) vereint [59].

Belege für die Wirkung oder Hinweise auf die Verbesserung der Gesundheit durch das Nutzen von NLP konnten bisher nicht gefunden werden [92]. Auch in der Anwendung von NLP bei Posttraumatischen Belastungsstörungen, allgemeinen Angststörungen und Depressionen konnte sich keine klinische Wirksamkeit dieses Ansatzes nachweisen lassen [25]. Eine Metaanalyse konnte zwar Hinweise für positive Auswirkungen des NLP

finden, auf Grund des Mangels an Qualität der untersuchten Studien konnte jedoch keine Therapieempfehlung für eine Behandlung mit NLP abgegeben werden [104].

1.2.2.3 *wingwave*[®]-Komponente EMDR

Die eigentliche Intervention des ww-Coachings ist angelehnt an eine EMDR-Intervention. Beim EMDR soll es mittels bilateraler Hirnstimulation zu einer Desensibilisierung, also Neutralisation von Emotionen kommen [85]. Die Stimulation findet durch schnelle Augenbewegungen im Sinne von im Wachen induzierten REM-Phasen statt, indem der Klient auf die sich winkend-bewegende Hand des Coaches schaut [10]. Die wechselnde Augenbewegung führt zur bilateralen Hirnstimulation.

1.2.2.4 *Ablauf einer wingwave*[®]-Intervention

Mittels einzelner Prozessschritte ist die ww-Methode in ihrem Ablauf klar vorgegeben und somit gut reproduzierbar [73]. Weiterhin bedarf die ww-Intervention nur weniger Sitzungen in der Durchführung [8]. Der Ablauf eines ww-Coachings gliedert sich in zwölf Prozessschritte, die im Folgenden erklärt werden. So soll der Ablauf eines ww-Coachings erläutert und anschließend in Abb.2 dargestellt werden.

Die zwölf Prozessschritte des ww-Coachings [7]:

1. Inhaltliche Vorbereitung (*kognitive Erklärung der ww-Methode*)
2. Verabredung von nonverbalen Zeichen (*z.B. Start-/Stoppzeichen*)
3. Muskel-Feedback-Kompass einrichten (*Muskeltest etablieren*)
4. Eine blockierende Ich-Kognition finden (*z.B. „Ich habe Angst“*)
5. Eine positive Ich-Kognition bestimmen (*z.B. „Ich kann das schaffen“*)
6. Emotionen oder den Soma-Stress benennen und testen
(*z.B. Wut, Angst oder Luftnot, Übelkeit o.ä.*)
7. Das Ausmaß der subjektiven Berührtheit bestimmen
(*-10 stärkstes Unbehagen bis +10 stärkstes positives Gefühl, 0 = neutral*)
8. Bodyscan: das „Körperecho“ der Emotion wahrnehmen und testen
(*z.B. „wie ein Knoten im Bauch“*)
9. Die Intervention (*winkende Handbewegung, Neutralisierung der Emotionen durch schnelle Augenbewegung*)
10. Verankerung (*die positive Ich-Kognition erneut testen und durch Intervention verankern*)
11. Bodyscan und Abschlusstest (*Überprüfung der Intervention*)
12. Überbrückung in die Zukunft (*Informationen über Nachwirkungen von ww*)

Zu Beginn des ww-Coachings wird die Methode eingehend erklärt und der Klient inhaltlich auf das Coaching vorbereitet (Schritt 1). Als Vorbereitung auf die Intervention werden

nonverbale Zeichen beispielsweise als Stopp-Zeichen oder als ein Zeichen zum Weitermachen nach einer Unterbrechung vereinbart (Schritt 2). Anschließend wird der bereits beschriebene Muskel- oder Myostatiktest eingerichtet (Schritt 3), indem das Grundkraftniveau des Klienten getestet und somit der Test, in der Terminologie der ww-Coaches, „kalibriert“ wird. Mittels des Muskeltests wird das eigentliche Coaching-Thema bestimmt. Es wird beispielsweise getestet, ob die Vorstellung vom Fliegen im Flugzeug Stress auslöst und sich der Fingerring des Klienten öffnet. Ist dies der Fall, wird im Weiteren eine negative oder blockierende Ich-Kognition ausgemacht (Schritt 4), z.B. „Ich habe Angst“. Dem gegenüber wird eine positive Ich-Kognition wie „Ich kann das schaffen“ als Ziel des Coachings festgelegt (Schritt 5) [7].

Jetzt wird der Klient mit flugprozesstypischen Situationen konfrontiert, um den Stress-Trigger genau zu identifizieren. Die Aussagen umfassen den gesamten Flugprozess und werden nacheinander mittels Myostatiktest überprüft. Beispielsweise: Vom Packen des Koffers, Anfahrt zum Flughafen, Betreten der Abfertigungshalle, Gepäckabgabe und Sicherheitskontrolle, über Start und Landung, Turbulenzen, WC aufsuchen und Reisezeit, bis hin zum Verlassen des Zielflughafens. Wird hierbei ein Stresstrigger identifiziert, wird er durch weitere Aussagen hinsichtlich Emotionen (Wut, Angst, Schock, Verantwortung usw.) sowie hinsichtlich somatischer Reaktionen (Luftnot, Übelkeit, Schweißausbrüche usw.) näher quantifiziert (Schritt 6). Der Klient versetzt sich gedanklich in die für ihn stressbesetzte Situation, fühlt seine Emotionen und somatischen Reaktionen und ordnet diese anhand ihrer Ausprägung ein (Schritt 7, 8). Währenddessen beginnt der Coach mit der Intervention und führt dabei eine winkende Bewegung mit seiner Hand durch. Der Klient folgt dieser Handbewegung mit seinen Augen und durch die dadurch im Wachen induzierten REM-Phasen werden die Emotionen bearbeitet (Schritt 9). Hierbei werden sowohl die somatischen Reaktionen als auch die „Katastrophenvorstellungen“, die mit der Flugangst verbunden sind, angegangen. Fühlt sich der Klient danach besser, werden im Weiteren sogenannte „Deckerinnerungen“, die sich hinter der Flugangst verbergen können, ebenfalls mittels des Muskeltests identifiziert. Hierzu werden weitere Aussagen getestet und beispielsweise in eine Zeitschiene (Gegenwart, Zukunft, Vergangenheit), einen Lebensabschnitt (Kindheit, Jugend, Erwachsenenleben) oder in ein genaues Lebensjahr sowie in einen Kontext (Familie, Beziehung, Beruf usw.) weiter eingeordnet. Die ermittelten Deckerinnerungen werden ebenfalls mit der Intervention bearbeitet. Zum Ende der Intervention werden erneut die negative und positive Ich-Kognition getestet. Die positive Ich-Kognition wird dabei ebenfalls „bewunken“, um sie bei dem Klienten zu verankern (Schritt 10). Danach folgt ein Bodyscan als Abschlusstest um festzustellen, ob es doch noch spürbares körperliches Unbehagen bzgl. des Themas gibt (Schritt 11). Der Satz „Wir sind jetzt fertig“ dient im Muskeltest als Überprüfung der Intervention. Das ww-

Coaching endet, indem der Coach darauf hinweist, dass es zu Tagträumen und/oder einem zeitweiligen Bedürfnis nach Ruhe kommen kann. Weiterhin können neue Erinnerungen oder Emotionen auftauchen, die in weiteren Sitzungen angegangen werden (Schritt 12) [7].

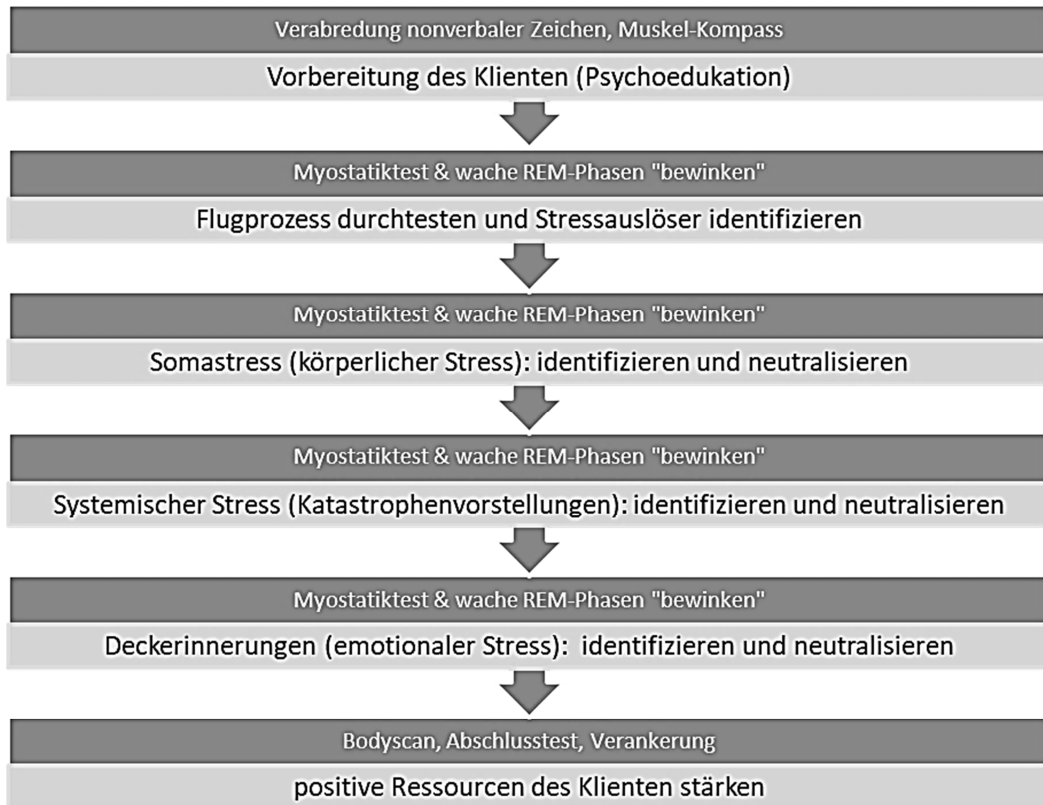


Abbildung 2 Schematische Darstellung wingwave®-Prozess, eigene Darstellung

1.3 Zielsetzung und Fragestellung

Das Ziel der vorliegenden qualitativen Arbeit war die Generierung von Hypothesen aus den Erfahrungen von ww-Coaches mit ihrem Einsatz von ww bei Flugangst. Aufgrund des strukturierten Vorgehens beim ww-Coaching war ein Nebenziel der Arbeit, wie ausgeprägt die Anwendertreue der ww-Coaches bei der Durchführung der Intervention war.

2 Material und Methode

Zur Erstellung der vorliegenden Arbeit wurde ein qualitatives Studiendesign mittels leitfadengestützten Interviews und inhaltsanalytischer Datenauswertung durchgeführt.

2.1 Qualitative Methode

Qualitative Forschung orientiert sich am Alltagsgeschehen bzw. Alltagswissen des zu untersuchenden Subjekts. Durch einen offenen Zugang der Datenerhebung für bisher Neues und Unbekanntes im Forschungsfeld führt sie zu einem besseren Verständnis von sozialer Wirklichkeit, Abläufen und Strukturen, wodurch ein konkretes und plastisches Bild erzeugt wird [38]. Aus diesem Grund wurde zum besseren Verständnis des Forschungsfeldes ww bei Flugangst ein qualitatives Design mittels Experteninterviews von ww-Coaches gewählt.

Qualitative Forschung verfolgt das Ziel des Erkenntnisprinzips um komplexe Zusammenhänge zu verstehen. Sie wird zur Felderkundung dort empfohlen, wo bisher nur wenig geforscht wurde und soll somit Informationen liefern für eine gegenstandsbegründete Theoriebildung und Hypothesenformulierung [38]. Die wissenschaftliche Datenlage zu dem Thema ww und speziell zu dessen Anwendbarkeit bei Flugangst war sehr gering. Gemäß dem Ziel qualitativer Studien, im Sinne der Gewinnung von Hypothesen und neuer Theorien in einem neuen bzw. unbekanntem Forschungsfeld, war es die Zielsetzung der vorliegenden qualitativen Arbeit neue Hypothesen zu den Hintergründen von Flugangst zu generieren.

Im Folgenden wird das methodische Vorgehen dargelegt. Abb.3 zeigt einzelne Schritte des Studienablaufs.

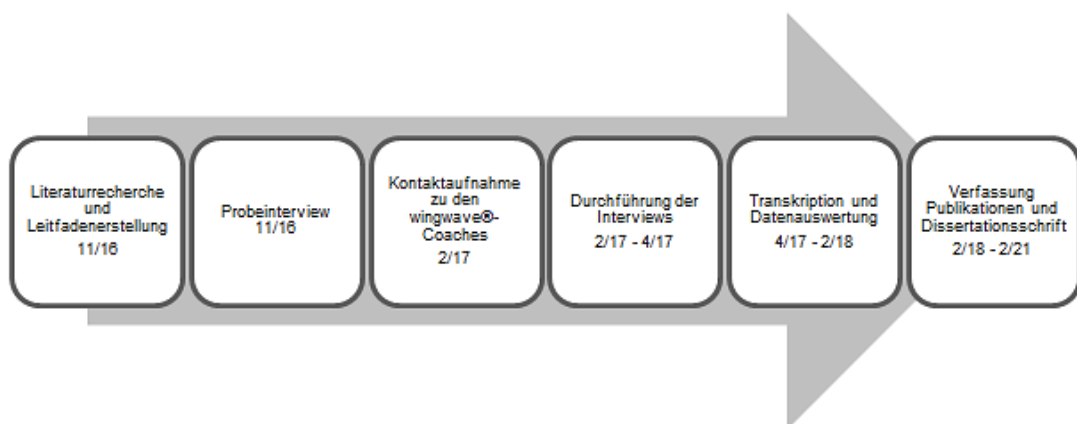


Abbildung 3 Zeitstrahl Studienablauf, eigene Darstellung

2.2 Interviewleitfaden

Zur Erstellung des Interviewleitfadens wurden Fragen entwickelt, die einerseits zu einem leichten Einstieg in das Gespräch führen und weiterhin die verschiedenen Aspekte eines ww-Coachings breit abdecken sollten. Der Leitfaden enthielt keine vorgegebene Reihenfolge der Fragen und auch keine Antwortmöglichkeiten.

Folgende Fragen waren im Leitfaden enthalten:

- Welche Erfahrungen haben Sie mit ww im Zusammenhang mit Flugangst gemacht?
- Was für Menschen suchen bei Ihnen Hilfe durch ww bei der Behandlung von Flugangst?
- Welche Themen sind Ihrer Erfahrung nach die häufigsten Gründe für Flugangst?
- Was sind Schwächen oder Stärken der ww-Methode bei Flugangst?
- Inwiefern wird Ihr Vorgehen durch die Symptomatik (wie sich die Flugangst äußert) beeinflusst?
- In welchen Fällen verlassen Sie das 12-Phasen-Vorgehen, wenn Sie ww bei einem Klienten mit Flugangst anwenden?
- Welche Abbruchkriterien haben Sie definiert für eine Sitzung?
- In welchen Fällen wenden Sie noch weitere Coaching-Techniken an?
- Welche Aspekte sind Ihnen noch wichtig, über die wir noch nicht gesprochen haben?

Nach Fertigstellung des Interviewleitfadens erfolgte zunächst ein Probeinterview mit einer erfahrenen ww-Coachin des Besser-Siegmund-Instituts in Hamburg [11]. Es sollte dabei die Verständlichkeit der Fragen überprüft werden. Von der ww-Coachin gab es anschließend ein mündliches Feedback. Die Fragen waren eindeutig und verständlich, sodass der Leitfaden nicht noch einmal überarbeitet werden musste, woraufhin die Kontaktaufnahme zu den ww-Coaches begann.

2.3 Rekrutierung

Die Kontaktdaten von 24 ww-Coaches in Form von Namen, Telefonnummern und Emailadressen wurden von dem Hamburger Besser-Siegmund-Institut [11]

zusammengestellt und dem Institut für Allgemeinmedizin der Universität zu Lübeck zur Verfügung gestellt. Bereits im Rahmen einer anderen Studie „Wingwave-Coaching gegen Flugangst – eine Pilotstudie mit beruflichen Vielfliegern“ wurden Coaches mit Interesse an dem Thema von dem Besser-Siegmund Institut angeworben. Für die vorliegende Arbeit wurde bei der Rekrutierung der gleiche Verteiler genutzt. Alle 24 kontaktierten ww-Coaches wollten an den Interviews teilnehmen. Zwei Coaches wurden von der Studie ausgeschlossen, da sie bisher keine eigene Erfahrung mit Flugangst-Klienten hatten. Ein weiterer ww-Coach mit Erfahrung und Interesse an dem Thema wurde durch den persönlichen Kontakt der Autorin rekrutiert.

Die Kontaktaufnahme zu den Coaches erfolgte durch die Autorin per Email oder telefonisch. Das Versenden der Teilnehmerinformation (s. Anhang I), das Einholen der Einverständniserklärung und die Terminabsprachen für ein Interview erfolgten auf dem Postweg und per Email. Wenn es keine Rückmeldung der Coaches gab, wurde nochmals telefonisch Kontakt aufgenommen und um Teilnahme an der Studie gebeten. Bereits während der Rücklaufphase der unterzeichneten Einverständniserklärungen erfolgte die Pseudonymisierung der eingehenden Zustimmungserklärungen und der entsprechenden Interviewtermine. Die Rücklaufquote betrug 100%.

2.4 Datenerhebung

Qualitative Forschung dient als Oberbegriff für verschiedene Forschungsansätze mit ihren entsprechenden Forschungszielen. Innerhalb der qualitativen Forschung bietet sich für Forschungsansätze, die auf den Zugang zu subjektiven Sichtweisen abzielen, die Datenerhebung mittels Leitfadeninterviews an [38]. Um themenorientiert Expertenwissen und subjektive Perspektiven zu ermitteln, aber auch um den kontinuierlichen freien Redefluss der Studienteilnehmer zu unterstützen, wurden halbstandardisierte Leitfadeninterviews zur Datenerhebung gewählt [56]. Dabei war das Interview nicht nur auf die Fragen des Leitfadens begrenzt, sondern konnte durch Zwischenfragen zu neuen Aspekten ergänzt werden. Die Interviews wurden während der Durchführung digital aufgezeichnet und im Anschluss als Volltext transkribiert. Zu Beginn jedes Interviews wurde auf den Start der Aufzeichnung hingewiesen.

2.4.1 Interviewdurchführung und Erhebungskontext

Die Interviews erfolgten alle telefonisch. Zu einem vereinbarten Zeitpunkt wurden die ww-Coaches von der Interviewerin angerufen. Die Interviewerin befand sich dabei allein zu Hause, die ww-Coaches waren zu Hause oder in ihren Praxen. In der Regel waren sie ebenfalls allein. Alle 23 Interviews erfolgten im Zeitraum Februar 2017 bis April 2017. Ein zuvor durchgeführtes Probeinterview fand bereits im November 2016 statt.

Interviewerin aller Gespräche war die Autorin der vorliegenden Arbeit. Zum Zeitpunkt der Interviewdurchführung war sie Studierende der Humanmedizin an der Universität zu Lübeck und als Doktorandin im Institut für Allgemeinmedizin tätig. Sie hatte bis dahin keine Erfahrungen mit der Durchführung von leitfadengestützten Interviews. Zum Training wurden die Fragen des Leitfadens eingeübt und ein Probeinterview geführt. Zwischen der Interviewerin und den ww-Coaches bestand, bis auf einen der Teilnehmer, kein persönliches Verhältnis. Zudem hatten die Interviewteilnehmer in der Regel keine Informationen zu dem Hintergrund der Interviewerin. Gelegentlich wurde bei der Terminabsprache oder im Rahmen des Interviews danach gefragt.

Es wurden solange Interviews durchgeführt, bis sich im Sinne einer theoretischen Sättigung [38] keine relevanten neuen Aspekte aus den weiteren Interviews ableiten ließen.

2.4.2 Transkriptionsregeln

Alle durchgeführten Interviews wurden in pseudonymisierter Form nach den Standards und Transkriptionsregeln des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität zu Lübeck verschriftlicht, s. Anhang II. Während der Transkription fand eine Anonymisierung statt, sofern persönliche Daten oder Namen im Interview genannt wurden, die einen Rückschluss auf den Interviewteilnehmer zuließen. Die Transkriptionen folgten den orthographischen Regeln, wobei die Intonation durch Satzzeichen unabhängig von grammatikalischen Zeichensatzregeln verdeutlicht wurde. Weiterhin orientierten sich die Transkriptionen an der hochdeutschen Sprache. Hierzu wurden Dialekte übersetzt und Mundart nur übernommen, wenn es im Kontext sinnvoll erschien. Nach der Verschriftlichung wurden die Transkripte auf korrekte Abschrift überprüft und angepasst und abschließend unter einer Identifikationsnummer abgespeichert.

2.5 Datenauswertung

Die Auswertung der verschriftlichten Interviews wurde parallel von zwei Personen durchgeführt. Zum einen von der Autorin dieser Arbeit, zu jener Zeit Medizinstudierende der Universität zu Lübeck, Doktorandin am Institut für Allgemeinmedizin. Sie hatte die entsprechenden Interviews geführt und besaß einen theoretischen Hintergrund zum Inhalt der Interviews und zu der Thematik dieser Arbeit. Zum anderen von einer Ärztin in Weiterbildung, zu jener Zeit wissenschaftliche Mitarbeiterin des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität zu Lübeck. Die Mitarbeiterin hatte sich zuvor thematisch nicht mit der Studie beschäftigt, jedoch Erfahrung mit der qualitativen Analyse von Interview-Transkripten.

2.5.1 Qualitative Inhaltsanalyse

Die qualitative Inhaltsanalyse folgt einem vorher festgelegten Ablaufmodell. Dadurch liegt ihre besondere Stärke in der Systematik, wodurch sie zu einem transparenten und nachvollziehbaren Verfahren wird. Die qualitative Inhaltsanalyse dient der systematischen Bearbeitung von Kommunikationsmaterial und zielt dabei nicht nur auf den verbalen Inhalt des Materials ab, sondern kann ebenso formale Aspekte sowie latente Sinngehalte abbilden. Dabei basiert sie auf Kategorienbildung [65]. In der Forschungspraxis ist hier v.a. die qualitative Inhaltsanalyse nach P. Mayring bekannt, welche vorliegend zur Anwendung kam. Mayring unterscheidet verschiedene Vorgehensweisen: die zusammenfassende Inhaltsanalyse, die induktive Kategorienbildung, die explizierende und die strukturierende Inhaltsanalyse. Dem Namen entsprechend soll in der zusammenfassenden Inhaltsanalyse das Ergebnismaterial reduziert werden, der wesentliche Inhalt jedoch erhalten bleiben. Die induktive Kategorienbildung nutzt die zusammenfassende Inhaltsanalyse und bildet Kategorien aus dem Ergebnismaterial heraus. Zuerst werden allgemeine Kategoriendefinitionen festgelegt. In Bezug darauf werden danach schrittweise Kategorien aus dem Material heraus gebildet. Das Material wird anschließend unter alten Kategorien oder durch Kategorie-Neubildung erneut subsumiert [65].

2.5.2 Deduktion und Induktion

Unter den Begriffen Deduktion und Induktion verbergen sich Schlussfolgerungsverfahren der Datenanalyse. Die Deduktion greift auf bestehendes bzw. bekanntes Wissen zurück, z.B. bei der Kategoriendefinition. Es wird aus dem bestehenden Material heraus gearbeitet [64] und dabei sinngemäß vom Allgemeinen auf das Einzelne geschlossen [78].

Die Induktion hingegen dient der Erweiterung von Themenfeldern, beispielsweise werden abgeleitete Kategorien zu Ordnungen verallgemeinert und bekanntes Wissen wird erweitert, indem externes Wissen hinzugefügt wird [64]. Das Datenmaterial wird zu einer Ordnung verlängert bzw. generalisiert und dabei sinngemäß vom Einzelnen auf das Allgemeine geschlossen [78].

2.5.3 Analyse der Interviews im Codier-Leitfaden

Die vollständig transkribierten Interviews bildeten das Ausgangsmaterial der Datenauswertung. Dabei entsprach das Vorgehen der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring und orientierte sich an den Vorgehensweisen der zusammenfassenden Inhaltsanalyse und der induktiven Kategorienbildung.

Zunächst wurden deduktiv allgemeine Oberkategorien aus den Interviews definiert. Als Selektionskriterium dienten dabei die Fragen des Interviewleitfadens. Im nächsten Schritt

folgte die inhaltliche Analyse der Interviews hinsichtlich ihrer Aussagen, Themen und Aspekte. Entsprechend passende Aspekte wurden in das bestehende System der Oberkategorien eingeordnet. War keine passende Oberkategorie vorhanden, wurde induktiv eine neue Kategorie erstellt. In mehreren Durchgängen dieser Kategorienbildung wurden auf gleiche Weise Haupt- und Unterkategorien gebildet und ergänzt. Aus dem entstandenen Gerüst aus Ober-, Haupt- und Unterkategorien ist ein Codier-Leitfaden entstanden. Jedes Interview wurde abschließend hinsichtlich seiner Aussagen und Aspekte unter den Kategorien des Codier-Leitfadens eingearbeitet. Zusätzlich wurden den einzelnen Unterkategorien entsprechende Ankerzitate zugeordnet.

2.5.4 Konsensusversion

Diese Auswertung wurde wie oben beschrieben parallel von zwei Personen durchgeführt. Nachdem auf die beschriebene Weise unabhängig voneinander zwei Codier-Leitfäden entstanden waren, fand ein persönliches Treffen zwischen den beiden Erstellerinnen der Leitfäden und dem Betreuer dieser Arbeit statt. Beide Codier-Leitfäden wurden miteinander verglichen, die Einordnungen wurden diskutiert und begründet und gemeinsam wurde eine Konsensusversion erarbeitet.

Die Konsensusversion war somit ebenfalls ein Codier-Gerüst und enthielt die codierten Ergebnisse der Interviews. Es wurde die tabellarische Übersicht aus Ober-, Haupt- und Unterkategorien der beiden einzelnen Codier-Leitfäden beibehalten. Jede Oberkategorie wurde ebenfalls mit Ankerzitaten zu einzelnen Unterkategorien ergänzt. In dieser codierten Form der Interviews war eine weitere Analyse hinsichtlich möglicher Zusammenhänge zwischen den einzelnen Kategorien und zwischen den Interviewaussagen möglich, sodass Kernaussagen zu theoretischen Annahmen und Hypothesen abgeleitet werden konnten.

2.6 Gütekriterien

Als ein Gütekriterium für qualitative Forschung gilt die intersubjektive Nachvollziehbarkeit. Sie meint im weitesten Sinne Transparenz oder Überprüfbarkeit und wird durch eine konkrete Dokumentation des Forschungsprozesses, durch die Interpretation in Gruppen und durch die Anwendung kodifizierender Verfahren erreicht [91].

Durch die Beschreibung der Leitfadenentwicklung, der Dokumentation der Erhebungsmethode und des Erhebungskontextes, durch festgelegte Transkriptionsregeln sowie deren Dokumentation und durch die erbrachte vollständige Transkription der Interviews konnte der Forschungsprozess transparent dokumentiert werden.

Weiterhin wurde eine Konsensusversion aus zwei unabhängig voneinander entstandenen Codier-Leitfäden erstellt. Dies entspricht der Interpretation in Gruppen, wodurch Intersubjektivität und Nachvollziehbarkeit hergestellt wurde. Bei der Erstellung der Codier-Leitfäden wurde weiterhin ein kodifizierendes Verfahren angewendet, angelehnt an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring.

Das Gütekriterium Empirische Verankerung dient der Bildung und Überprüfung von Hypothesen und Theorien (hier: Kategorienbildung in der Datenauswertung). Diese wiederum sollen empirisch aus dem gewonnenen Datenmaterial begründet sein [91]. Durch das verwendete kodifizierende Verfahren konnte die empirische Verankerung gewährleistet werden. Weiterhin wurden die generierten Kategorien mit Ankerzitate belegt.

Als Richtlinie für qualitative Forschung dient die COREQ-Checkliste (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies). Anhand von 32 detaillierten Kriterien zu Datenanalyse und Ergebnissen soll eine explizite und umfassende Berichterstattung die Genauigkeit der Analyse sowie die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse darlegen [19]. Die vorliegende Arbeit hat sich an dieser Richtlinie orientiert, die berücksichtigten Punkte wurden in der Checkliste mit Seitenzahlen angegeben, s. Anhang III.

2.7 Ethik

Es lag ein positives Votum der Ethikkommission der Universität zu Lübeck für die hier vorgestellte Studie als Amendment der Studie „Wingwave-Coaching gegen Flugangst – eine Pilotstudie mit beruflichen Vielfliegern“ vor (Aktenzeichen 15-329 vom 03. Februar 2017), s. Anhang IV.

2.8 Datenschutz

Vor Beginn der qualitativen Interviews lag von allen Teilnehmern eine unterschriebene Teilnahme- und Einverständniserklärung vor, s. Anhang V. Weiterhin wurden die Daten pseudonymisiert erhoben und ausgewertet.

3 Ergebnisse

3.1 Soziodemographie der Studienteilnehmer

25 ww-Coaches wurden kontaktiert und die Rücklaufquote betrug 100%. Von den 25 kontaktierten Coaches nahmen 23 an der Studie teil. Zwei Coaches wurden nicht interviewt und von der Studie ausgeschlossen, da sie bisher keine eigene Erfahrung mit Flugangst-Klienten hatten. Die Interviewten waren mehrheitlich weiblich (74%) und im Mittel 52 Jahre alt. Erfahrung als ww-Coach hatten die Teilnehmer zwischen zwei und 30 Jahren, im Mittel waren sie Coach seit zehn Jahren. Tab.1 fasst die soziodemographischen Daten der Studienteilnehmer zusammen. Die Interviews fanden alle telefonisch statt und dauerten zwischen neun und 35 Minuten, im Mittel 20 Minuten.

Tabelle 1 Soziodemographie der Studienteilnehmer

Soziodemographische Variablen	n (%)
Geschlecht: - weiblich	17 (74)
- männlich	6 (26)
Alter, MW (Min/Max)	52 (38/65) Jahre
ww-Coach seit, MW (Min/Max)	10 (2/30) Jahre
Nationalität: - Deutschland	21 (91)
- Schweiz	2 (9)

n = 23, MW=Mittelwert, Min=Minimum, Max=Maximum

3.2 Einführung in die Ergebnisdarstellung

Die Ergebnisse der Interviews konnten in vier wesentliche Themenkomplexe „Hintergründe von Flugangst“, „wingwave[®]-Coaching bei Flugangst“, „wingwave[®]-Klienten“ und „Anwendertreue und wingwave[®] als Coaching-Methode“ aufgeteilt werden. Abgeleitet von den Interviewfragen ließen sich die Ergebnisse in 14 Oberkategorien gliedern. Diese Aufteilung zeigt Abb.4, dabei diente die Zuteilung in Themenkomplexe der besseren Darstellung und Auswertung, innerhalb der Gliederung gab es Schnittstellen. Weiterhin wurden passende Haupt- und Unterkategorien erstellt und in Tabellen dargestellt. Die zentralen Ergebnisse, abgeleitet von den Oberkategorien mit entsprechend weiterer Unterteilung, wurden im folgenden Fließtext zusammengefasst und mit Ankerzitaten verdeutlicht.

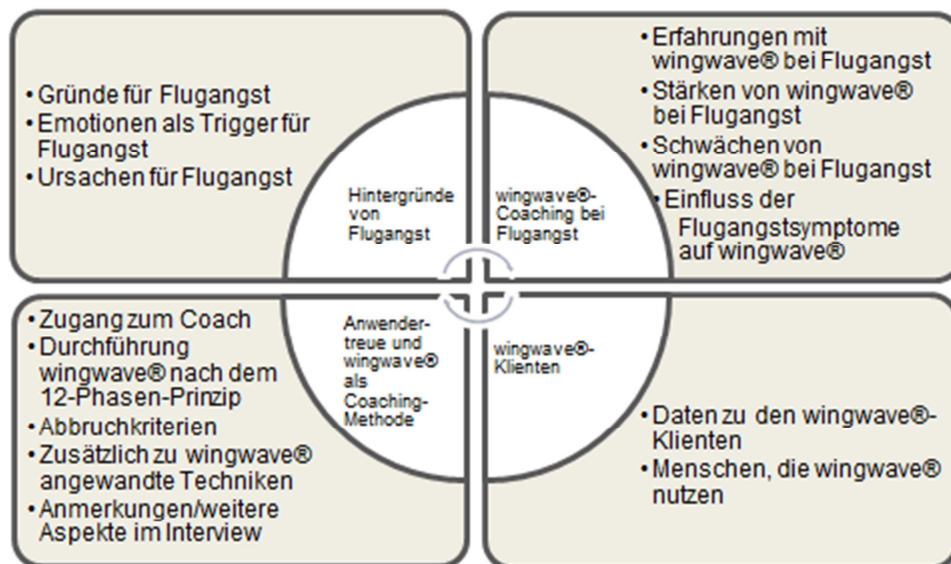


Abbildung 4 Themenkomplexe Interviewergebnisse mit Oberkategorien, eigene Darstellung

3.3 Ergebnisse zu den Hintergründen von Flugangst

In den durchgeführten Telefoninterviews mit den ww-Coaches wurde nach den Hintergründen einer Flugangst gefragt. Hier sahen die Coaches die Notwendigkeit der getrennten Betrachtung von Gründen einerseits und möglichen Ursachen einer Flugangst andererseits. Die Ergebnisse des Themenkomplexes „Hintergründe von Flugangst“ zeigen im Folgenden die Tab.2-4. „[...] da sehe ich nochmal so einen Unterschied zwischen Grund und Ursache [...]“ (TN21/Z: 55 ff.)

Der Themenkomplex „Hintergründe von Flugangst“ wurde entsprechend durch drei Oberkategorien gebildet: „Gründe für Flugangst“, „Emotionen als Trigger für Flugangst“ und „Ursachen für Flugangst“. Für die Darstellung der separaten Oberkategorien lag folgendes Begriffsverständnis zugrunde:

Grund: Ein Grund ist ein Umstand, durch den sich jemand bewegt fühlt, etwas Bestimmtes zu tun, oder der ein Ereignis oder einen anderen Tatbestand erklärt [12].

Auslöser: Ein Auslöser ist ein Reiz, der bestimmte instinktmäßige Verhaltensweisen auslöst [13]. Ein auslösender Reiz wird auch als Trigger bezeichnet [14].

Ursache: Eine Ursache ist etwas (Sachverhalt, Vorgang, Geschehen), das eine Handlung oder einen Zustand bewirkt. Die Ursache ist der eigentliche Grund [15].

3.3.1 Gründe für Flugangst

Negative Vorerfahrungen der Klienten bei vorangegangenen Flügen wurden in den Interviews als wesentlicher Grund für eine Flugangst angegeben. *„Man kommt ja mit einer Flugangst nicht auf die Welt, sondern das bedarf dann schon auch irgendeiner schlechten Erfahrung.“* (TN22/Z: 31 ff.)

Diese negativen Vorerfahrungen verknüpften die Coaches mit einzelnen Phasen des Flugprozesses. Dieser beginne bereits mit der Vorbereitung auf die Reise oder der Anfahrt zum Flughafen und setze sich in den einzelnen Abläufen am Flughafen weiter fort. Jede dieser einzelnen Phasen, wie beispielsweise die Gepäckabgabe oder die Sicherheitskontrolle, könne laut ww-Coaches eine Flugangst auslösen. Es wurden in den Interviews viele weitere Phasen des Flugprozesses als Auslöser für Flugangst genannt: Angefangen bei dem Schließen der Türen, dem Anschnallen und dem Ertönen von Durchsagen, weiter über das Anrollen und Abheben des Flugzeuges, dem Lärm der Turbinen oder Vibrationen während Turbulenzen. Weiterhin wurde aber auch von zwischenmenschlichen Auslösern im Flugprozess berichtet. Demnach führte ein negatives Erlebnis mit einer anderen Person zu eigens empfundenem Unbehagen und somit zu Flugangst. *„Schlechte Vorerfahrung in Flügen, also schlechte Vorerfahrungen im Sinne von Turbulenzen, Stress bei sich selber, bei den anderen Fluggästen. Sogar vielleicht beim Personal, die dann mal mit komischem Gesicht rumlaufen, also von den Stewards und Stewardessen.“* (TN09/Z: 38 ff.)

Als weitere Gründe für Flugangst wurden in den Interviews eine Beschäftigung mit der Thematik und das Lernen am Modell angegeben. Zur übermäßigen Beschäftigung mit der Thematik käme es hauptsächlich durch die Medien, in denen sich Meldungen über Flugzeugabstürze, Notlandungen, Flugzeugentführungen und Terroranschläge häufen. Am Flughafen werde dies gegenwärtig durch erhöhte Sicherheitsvorkehrungen gegen Terrorismus. *„Nicht unerheblich sind aber auch die klassischen Katastrophenmeldungen, die man in den Medien hat, Fernsehen, Zeitungsberichte. Wo die Leute dann Horrorbilder im Kopf haben.“* (TN09/Z: 31 ff.)

Bei Kindern von Eltern mit Flugangst, käme es laut ww-Coaches zu einer erlernten eigenen Flugangst, da sie das Unbehagen der Eltern beim Fliegen erlebten, auch ohne jemals eine eigene schlechte Flugerfahrung erlebt zu haben. Es wurde ergänzt, dass dieses Lernen am Modell unabhängig vom direkten Erleben einer Flugsituation aufträte. Medienberichte oder weitergegebene Flugangst als Erfahrung von Vorfahren des Betroffenen reiche oft aus. *„Dann ist das Thema oft auch, genetischer Stress. Also es gibt ja auch Traumata von Großeltern, die bis zur dritten Generation bei einem selber testbar ist. [...]“* (TN04/Z: 144 ff.)

Hier war eine weitere Erkenntnis, dass es oft ausreichend sei, dabei gewesen zu sein, wenn eine andere Person unter Flugangst litt. Die Beobachtung und das eigene negative Erleben der Situation begründen im Weiteren die eigene Flugangst. „[...] Von daher so Spiegelneurotischer Stress, ist ganz oft auch bei Flugangst immer dabei. Dass man schon mal geflogen ist, mit jemandem der eine Panik hatte.“ (TN04/Z: 142 ff.)

Tabelle 2 Interviewergebnisse zu Gründen für Flugangst

Oberkategorie	Hauptkategorie	Unterkategorie
Gründe für Flugangst	negative Vorerfahrungen	<i>keine weitere Unterteilung</i>
	Auslöser beim Fliegen/Flugprozess	<ul style="list-style-type: none"> - Anfahrt Flughafen - Abfertigungshalle (Gepäck einchecken, Sicherheitskontrolle) - Gate aufsuchen/Flug wird aufgerufen - Schlange stehen/durch Gangway gehen - Platzaufsuchen - Türen sind geschlossen - Sicherheitseinführung/ Durchsagen - Anschnallen - Flugzeug rollt/bleibt stehen - schneller Start/Abheben - Reisehöhe erreicht/Klingelzeichen - Turbulenzen/Vibrationen - Lärm der Turbinen - WC aufsuchen/durch enges Flugzeug gehen - Erlebnisse mit Passagieren/Crew
	Beschäftigung mit dem Thema	<ul style="list-style-type: none"> - Medien - Terrorismus - Katastrophen
	Lernen am Modell	<ul style="list-style-type: none"> - Eltern - Medien - weitergegebene Themen - Spiegelneuronen

3.3.2 Emotionen als Auslöser für Flugangst

Nach Angabe der ww-Coaches wurde eine Flugangst häufig durch Emotionen getriggert. Die berichteten emotionalen Auslöser konnten mit den Emotionen Kontrollverlust, Angst und Wut in drei Hauptkategorien gegliedert werden, s. Tab.3. *„Die Flugangst ist oft versteckt. Das heißt das Thema ist im Prinzip nicht Flugangst, sondern eine Emotion. Die irgendwann irgendwo im Zusammenhang mit einem Erlebnis mal stattgefunden hat und irgendwie verknüpft war mit dem Thema Fliegen.“ (TN10/Z: 55 ff.)*

Während eines Fluges legen Menschen ihr Leben in die Hände der Piloten und müssen mit einem Gefühl der Hilflosigkeit darauf vertrauen, sicher am Ziel anzukommen. Die Interview-Teilnehmer benannten diese Hilflosigkeit im Rahmen von Kontrollverlust mehrfach als emotionalen Auslöser für eine Flugangst. *„Das sogenannte Beifahrersyndrom. Also dass die Leute diese, diesen Kontrollverlust, im, im Kontext Flugzeug natürlich besonders deutlich erleben, weil da ist er einfach maximal, nicht?“ (TN01/Z: 47 ff.)*

Viele der Interviewten berichteten davon, dass sich häufig eine ganz andere Angst hinter einer Flugangst verberge. Diese andere Angst trete im Kontext des Fliegens mit der Flugangst kombiniert auf oder werde während des spezifischen Auftretens beim Fliegen von den Klienten fälschlicherweise als Flugangst interpretiert. Letztlich berichteten die ww-Coaches, dass es beim Auftreten von beispielsweise Wut ebenfalls zu einer fälschlichen Interpretation als Flugangst käme. Wut sei eine Emotion, die als negativ empfunden würde. Trete sie im Zusammenhang mit dem Thema Fliegen auf, könne sie von den Betroffenen als Flugangst wahrgenommen werden. *„[...] dass es meistens gar nicht richtig um Angst ging, sondern zum Beispiel kann ich mich noch erinnern: Einmal war es eigentlich Wut, die dann als Angst wahrgenommen wurde, weil man kann ja nicht „Flugwut“ haben.“ (TN12/Z: 9 ff.)*

Tabelle 3 Interviewergebnisse zu Emotionen als Auslöser für Flugangst

Oberkategorie	Hauptkategorie	Unterkategorie
Emotionen als Auslöser für Flugangst	Kontrollverlust	- „Beifahrersyndrom“ - Hilflosigkeit
	Angst	- Höhenangst / Fallen - Platzangst - Angst vor der Angst - Terrorangst - Todesangst - Angst von Zuhause weg zu gehen / Familie zurücklassen
	Wut	<i>keine weitere Unterteilung</i>

3.3.3 Ursachen für Flugangst

Die Ursachen hinter einer Flugangst betrachteten die ww-Coaches unabhängig von den möglichen Gründen einer Flugangst. Mittels Myostatiktest wurden die Ursachen als Deckerinnerung im ww-Coaching von den Coaches identifiziert. Oft waren sie den Flugangst-Klienten nicht bewusst erinnerlich oder zugänglich, da sie keinen direkten Zusammenhang zur Flugangst aufwiesen.

Die Mehrheit der interviewten Coaches gab an, dass die flugangstauslösenden Ursachen in der Vergangenheit der Klienten zu finden sei. Vor allem der Zeitpunkt zwischen Geburt und jungem Erwachsenenalter, also Kindheit und Jugend, wurde häufig in den Interviews angegeben. Da laut der ww-Coaches prinzipiell jedes Lebensereignis eine Flugangst auslösen könne, wurden die Ursachen in ihren Eigenschaften als sehr unterschiedlich beschrieben. Mehrheitlich kamen die Teilnehmer aber zu dem Schluss, dass diese Erlebnisse im Leben in der Regel thematisch unabhängig von der späteren Flugangst seien. *„Bestimmte Erlebnisse. [...] Also irgendwelche Erlebnisse, die nicht unbedingt direkt mit Flugangst zu tun haben.“ (TN05/Z: 39 ff.)*

Weiterhin sei es für das Entstehen einer Flugangst sowohl unwesentlich, ob die Klienten diese Ereignisse selbst erlebt hätten oder nur anwesend waren, als auch ob es nur eine Ursache oder mehrere Ursachen in Kombination gegeben hätte. *„Es ist meistens so, dass, es muss nicht einmal der Person geschehen sein, aber im sozialen Umfeld etwas geschehen ist, wie ein Unfall, oder Angst um die Mutter oder, was auch immer, wo man als Person dann hilflos dastand, und sich das dann gezeigt hat, als Problem später.“ (TN17/Z: 41 ff.)*

Als wesentliche Ursache einer Flugangst nannten die ww-Coaches Unfälle. Dabei waren die berichteten Unfälle in ihrer Schwere sehr unterschiedlich. Neben eher banalen Stürzen, wie sie jedes Kind einmal erlebt, wurden auch gefährliche Szenarien wie beispielsweise Beinahe-Ertrinken oder Hubschrauberabstürze berichtet. *„Ansonsten eben ganz viele Erlebnisse so, ich sage mal so, so Spuren im Unfallgedächtnis. Leute die irgendwie vom Baum gefallen sind. Oder, oder vom Pferd gefallen sind.“ (TN18/Z: 88 ff.)*

Neben den Unfällen berichteten die ww-Coaches ebenso häufig von biographisch belastenden Erlebnissen, die zur Ursache einer Flugangst wurden. Beginnend bei Scham- und Schuldgefühlen, Situationen in denen man beim Versteckspielen nicht gefunden wurde, weiter über die Erfahrung beklaut worden zu sein oder unangenehme körperliche Erfahrungen, wurden die Erlebnisse von den Interviewten als sehr vielfältig beschrieben, ebenso die vielfältigen Emotionen, die mit ihnen verbunden waren. *„Ja, also das sind immer - persönliche Erlebnisse mit, im Zusammenhang mit starken Emotionen. [...] Und*

das sind immer ganz starke Emotionen mit Erlebnissen, die in irgendeiner Form, mich mit meinen Emotionen mit anderen verbunden haben.“ (TN10/Z: 105 ff.)

Tabelle 4 Interviewergebnisse zu Ursachen für Flugangst

Oberkategorie	Hauptkategorie	Unterkategorie
Ursachen für Flugangst	Zeitpunkt der Ursache	<ul style="list-style-type: none"> - Vergangenheit - Kindheit / Jugend - um die Geburt herum - Altersspanne - Altersunabhängig
	Ursacheneigenschaften	<ul style="list-style-type: none"> - thematisch unabhängig von Flugangst - sehr verschieden - körperliche Erinnerungen - muss nicht selbst erlebt sein - eine Ursache oder mehrere
	Unfälle	<ul style="list-style-type: none"> - Stürze (Baum, Schaukel, Pferd, Karussell usw.) - Nahtoderfahrungen - Angst vor dem Ertrinken
	biographisch belastende Erlebnisse	<ul style="list-style-type: none"> - beklaut worden sein - Autorität der Eltern (Zimmer aufräumen) - beim Versteckspielen nicht gefunden - verlassen worden sein / Trennung der Eltern - schlechtes Gewissen / Schuldgefühle / Schamgefühle - körperliche Erfahrung - sexuelle Belästigung / sexuelle Erfahrungen

3.4 Ergebnisse zum wingwave®-Coaching bei Flugangst

Dieser Themenkomplex fasst folgende Oberkategorien zusammen: „Erfahrungen mit ww bei Flugangst“, „Stärken und Schwächen von ww bei Flugangst“ sowie „Einfluss der Flugangstsymptome auf ww“. Die entsprechenden Tabellen der Oberkategorien finden sich folgend in Tab. 5-8.

3.4.1 Erfahrungen mit wingwave® bei Flugangst

Befragt nach ihren generellen Erfahrungen mit ww bei Flugangst, kamen die Coaches mehrheitlich zu dem Schluss, dass ww in ihren Augen die optimale Behandlungsmethode einer Flugangst sei. In diesem Zusammenhang wurden gute Erfolgsraten und wenige benötigte Sitzungen bis zum nachhaltigen Erfolg des ww-Coachings hervorgehoben. *„Ich würde sagen vielleicht so 40% sagen, es wurde stark minimiert und die 60% sagen, „Ok, ganz weg. Ich kann jetzt richtig gut normal fliegen und es macht mir irgendwie nichts mehr aus.“ (TN03/Z: 13 ff.)*

Tabelle 5 Interviewergebnisse zu Erfahrungen mit wingwave® bei Flugangst

Oberkategorie	Hauptkategorie	Unterkategorie
Erfahrungen mit wingwave® bei Flugangst	Erfolgsrate	<i>keine weitere Unterteilung</i>
	optimale Methode für Flugangst	- Funktionalität - individuelle Wirkung
	nachhaltiger Erfolg	<i>keine weitere Unterteilung</i>
	benötigte Sitzungen bis Erfolg	- einmalige Sitzung - mehrere Sitzungen

3.4.2 Stärken von wingwave® bei Flugangst

Die bereits in den Erfahrungen gelobte Schnelligkeit der ww-Methode wurde auch bei der Frage nach den Stärken von ww häufig von den Teilnehmern aufgeführt, s. Tab.6. Dadurch sei ww nicht nur wenig zeitintensiv, sondern würde sofort einen spürbaren Effekt für den Klienten erzeugen. *„[...] und dadurch, dass man den Test hat, ist das wie so eine Schnellstraße zur eigentlichen Ursache, ich wüsste gar nicht auf welche andere Art und Weise man an diese Erlebnisse aus der Kindheit sonst herankommen sollte, an diese Gehirnverknüpfung.“ (TN07/Z: 52 ff.)*

Weiterhin bewerteten die Teilnehmer neben einer breiten Anwendbarkeit, unabhängig von beispielsweise Alter oder Sprache, die gute Durchführbarkeit der Methode als positiv. In dem für ww spezifischen Myostatiktest - der ww von anderen Therapieformen, wie z.B. der EMDR-Therapie unterscheidet - wurde mehrheitlich eine wesentliche Stärke gesehen. Dies insbesondere deshalb, weil durch den Myostatiktest eine hohe Genauigkeit der

Ursachenermittlung hinter einer Flugangst zu erlangen und mit dem Test das Unterbewusstsein der Klienten zu erreichen sei. Weiterhin könne man den Behandlungserfolg über den Myostatiktest leicht kontrollieren und erhalte ein direktes Feedback über den Coaching-Erfolg. Abschließend wurde auch die nachhaltige Wirkung von ww durch die Interviewten herausgestellt. Die Coaches erzählten in diesem Zusammenhang von subjektiv weniger Angst bei ihren Klienten und ergänzten, dass dies bestand hätte, sodass es auf die ww-Coaches wie eine dauerhafte Entkopplung der Flugangst vom Thema Fliegen wirke. „[...] Und da würde ich eher sagen, da ist nochmal mehr die Stärke von Wingwave [...]. Sondern dass es wirklich so Themen entkoppeln kann, sodass das Fliegen einfach das Fliegen ist [...]“ (TN08/Z: 157 ff.)

Tabelle 6 Interviewergebnisse zu Stärken von wingwave® bei Flugangst

Oberkategorie	Hauptkategorie	Unterkategorie
Stärken von wingwave® bei Flugangst	breite Anwendbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> - für jedes Alter - unabhängig von Sprache - „evidenzbasiert“ - spricht auch „kopfgesteuerte“ Menschen an - Zukunft testen - ursachenunabhängig einsetzbar
	schnelle Methode	<ul style="list-style-type: none"> - wenig zeitintensive Behandlung - sofortiger Effekt spürbar für Klient
	wenig Belastung für Klient	<i>keine weitere Unterteilung</i>
	hohe Genauigkeit der Ursachenermittlung	<ul style="list-style-type: none"> - Zugang zu Unterbewusstsein
	gute Durchführbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> - leichte Kontrolle des Behandlungserfolgs - direktes Feedback durch den Myostatiktest - Feedback durch Klient für Coach - Mitwirken des Patienten - motivierende Arbeit für den Coach
	Selbstcoaching	<ul style="list-style-type: none"> - mit Musik - durch Klopfen
	nachhaltige Wirkung	<ul style="list-style-type: none"> - dauerhafte Entkopplung der Flugangst - stabile Ergebnisse - Begleitängste werden gelöst

3.4.3 Schwächen von wingwave® bei Flugangst

Gegenüberstellend zu den Stärken, wurden die ww-Coaches gefragt, wo sie Schwächen von ww bei Flugangst sehen. Mehrheitlich bestätigten die Coaches, dass es Schwächen gäbe, und sahen diese vor allem in der Anwendbarkeit und Durchführung der Methode, s. Tab.7. Ein wesentliches Element der Methode, und damit zum Erfolg beitragend, sei der Myostatiktest. Könne dieser nicht durchgeführt werden, schließe dies den Einsatz der gesamten Methode ww aus. Hierzu wurde ergänzt, dass die mangelnde Durchführung auch im Können bzw. in der Erfahrung der Coaches begründet liegen könne. *„Also Schwächen sind, wenn der Test nicht funktioniert. Dann würden wir Wingwave aber gar nicht einsetzen.“ (TN14/Z: 92 ff.)*

In den Interviews wurde von vielen Teilnehmern über ein negatives Image von ww berichtet. Nicht nur, dass die ww-Coaches sich ein besseres Marketing und öffentliches Bild für die Methode wünschen würden, sie sahen dies auch als Schwäche, die sich auf den Klienten übertrug. Hierzu erklärten die Coaches, dass ein negatives Image zu Misstrauen der Klienten in die ww-Methode oder zu einer zu hohen Erwartungshaltung der Klienten führe, was die Arbeit erschwerte. *„Also bei Schwächen fällt mir jetzt gar nichts weiter ein. Es sei denn der Klient ist es gewohnt, so im psychotherapeutischen Kontext oder im Coaching-Kontext viele viele Sitzungen zu machen und misstraut einfach dem schnellen Vorgehen.“ (TN22/Z: 140 ff.)*

Flugangst zählt zu den isolierten Phobien. Mit ww bestünde die Möglichkeit, die genauen Ursachen einer Flugangst herauszuarbeiten. Dies bewerteten die Coaches als eine wesentliche Stärke, sahen an gleicher Stelle aber auch eine Schwäche in der Methode. Sie berge das Risiko einer Re-Traumatisierung durch das Erarbeiten bisher unbewusster Ursachen. Eine weitere Grenze von ww wurde für den Fall des Auftauchens von mehreren Ängsten aufgezeigt. *„Und da ist wirklich die Gefahr, dass man Fässer aufmacht, die man als Coach, wenn man nicht gut ausgebildet ist, einfach entweder hätte gar nicht aufmachen dürfen, oder vielleicht auch nicht richtig zu kriegt. Also man spricht ja auch von der Gefahr der Re-Traumatisierung.“ (TN04/Z: 197 ff.)*

Tabelle 7 Interviewergebnisse zu Schwächen von wingwave® bei Flugangst

Oberkategorie	Hauptkategorie	Unterkategorie
Schwächen von wingwave® bei Flugangst	Anwendbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> - abhängig vom Myostatiktest - abhängig vom Coach - Grenzen der Anwendung - Belastung für Klient
	Vertrauen in die Methode	<ul style="list-style-type: none"> - Image/Marketing - Misstrauen/Zweifel des Klienten in Methode - zu hohe Erwartungen des Klienten
	Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> - Myostatiktest nicht durchführbar - keine Begleitung beim Fliegen durch Coach - wenig technische Erklärungen
	Effekt/Wirkung	<ul style="list-style-type: none"> - Wirkung nicht immer direkt zu spüren/Zweifel - Re-Traumatisierung möglich - Versagensgefühl beim Klienten
	keine Schwäche	<i>keine weitere Unterteilung</i>

3.4.4 Einfluss der Flugangstsymptome auf wingwave®

Flugangst stellt sich bei Betroffenen auf vielfältige Weise dar. Während ein Teil der Klienten unter Angst oder dem Gefühl von Beengung leide, haben andere Klienten körperliche Symptome, beginnend bei schwitzenden Händen bis hin zu Atemnot. Bei der Frage, ob diese Divergenz der Symptome einen Einfluss auf den ww-Prozess habe, gaben die interviewten Coaches mehrheitlich an, dass Symptome keinen Einfluss hätten, da es sich um einen standardisierten Prozess handle. „[...] Aber ich halt mich halt an dieses klare Vorgehen, von daher die Struktur ist in der Regel immer die gleiche, aber die Inhalte sind eben komplett anders.“ (TN04/Z: 285 ff.)

Demgegenüber standen Aussagen, dass die Symptome einen Einfluss auf die Reihenfolge des Prozesses hätten, im Sinne eines Leitfadens, bei dem man den Prozess an die Symptome anpassen könne. Daneben könne es notwendig sein, den Klienten symptomabhängig zu stabilisieren.

Tabelle 8 Interviewergebnisse zu den Einflüssen von Flugangstsymptomen auf wingwave®

Oberkategorie	Hauptkategorie	Unterkategorie
Einfluss der Flugangtsymptome auf wingwave®	kein Einfluss, da standardisierter Prozess	<i>keine weitere Unterteilung</i>
	Symptome haben Einfluss	
	Patientenstabilisation notwendig	

3.5 Ergebnisse zu den Hintergründen von wingwave®-Klienten

Auf die Frage „Was für Menschen suchen bei Ihnen Hilfe durch ww?“ wurde einerseits häufig mit Angaben zum Alter und Geschlecht der Klienten geantwortet und andererseits wurden Eigenschaften in der Persönlichkeit der Klienten berichtet. Hierzu konnten zwei Oberkategorien aus den Interviews abgeleitet werden: „Daten zu den ww-Klienten“ und „Menschen, die ww nutzen“, s. folgend Tab.9 und Tab.10.

3.5.1 Daten zu den wingwave®-Klienten

Die Antworten zu den Daten bezogen sich überwiegend auf eine mehrheitliche Altersangabe im Erwachsenenalter und auf das Geschlecht der ww-Klienten, wobei dieses unterschiedlich angegeben wurde. Einige Coaches berichteten von einer ausgeglichenen Geschlechterverteilung, während andere ein Überwiegen des weiblichen Geschlechts feststellten. „[...] Also es sind sowohl Männer, als auch Frauen. Wobei ich sagen muss, in der Tat überwiegen Frauen [...]“ (TN07/Z: 17 ff.)

ww ist als Coaching-Methode nicht im Leistungskatalog der Krankenkassen enthalten und wird in Eigenleistung in Anspruch genommen. Die Verteilung der ww-Klienten wurde von den Coaches als unabhängig von sozialem Status beschrieben. „Also man kann jetzt nicht sagen, nur der Manager oder nur die einfache Hausfrau, in Anführungsstrichen einfache Hausfrau, also, das ist aus meiner Sicht zieht sich das durch alle Schichten.“ (TN16/Z: 28 ff.)

Tabelle 9 Interviewergebnisse zu den Daten der wingwave®-Klienten

Oberkategorie	Hauptkategorie	Unterkategorie
Daten zu den wingwave®-Klienten	Alter	- Erwachsene - Kinder eher weniger - eher jüngere Klienten
	Geschlecht	- mehr Frauen - keine Geschlechtsunterschiede
	unabhängig vom sozialen Status	<i>keine weitere Unterteilung</i>
	international keine Unterschiede bei Flugangst-Klienten und Ursachen für Flugangst	<i>keine weitere Unterteilung</i>

3.5.2 Menschen, die wingwave® nutzen

In den Interviews beschrieben die ww-Coaches die Motivation ihrer Klienten für das Fliegen trotz vorhandener Flugangst. Soziale und familiäre Gründe wurden für Privatflüge angegeben. Verbunden mit dem Beruf seien Flugreisen oft eine zwingende Voraussetzung für den beruflichen Erfolg. *„[...] Crew ist ein Thema. [...] Ich habe Klienten gehabt, die an Flugangst gelitten haben, also v.a. in der Crew, also d.h. nicht Piloten selber, aber eher die Flight Attendants. Es kommt schon mal vor. Also man sagt auch 25% ungefähr von der Crew hat Flugangst.“ (TN06/Z: 163 ff.)*

Weiterhin wurden Eigenschaften in der Persönlichkeit der ww-Klienten von den Coaches näher beschrieben. Neben einem Kontrollbedürfnis der Klienten, wurden diese auch als ängstlich beschrieben. Ein Teilnehmer kam zu dem Schluss, dass man die Klienten, die wegen Flugangst ein ww-Coaching besuchten, in zwei Gruppen unterteilen könnte. Entsprechend der Diagnose einer Flugangst als spezifisch isolierte Phobie, wurde die Flugangst der ersten Gruppe von dem Teilnehmer als isoliert beschrieben. Dem gegenüber stünden in der zweiten Gruppe mehrere Ängste. *„Die eine Gruppe hat tatsächlich, ich sag mal eine relativ unkomplizierte Angst. Ich sag mal wirklich eine isolierte Angst oder isolierte Blockade [...] Die andere Gruppe [...] da stellt sich dann heraus, dass die im Grunde noch ganz viele andere Ängste haben [...]. Sodass man da eigentlich eher etwas breiter aufrollen muss, um dann auch nebenbei oder unter anderem das Flugangstthema gut zu bewältigen.“ (TN01/Z: 13 und 25 ff.)*

Tabelle 10 Interviewergebnisse zu den Menschen, die wingwave® nutzen

Oberkategorie	Hauptkategorie	Unterkategorie
Menschen, die wingwave® nutzen	Eigenschaften	- kontrollierte Menschen - ängstliche Menschen - isolierte Flugangst - offen für Methode
	Leidensdruck durch Flugangst	<i>keine weitere Unterteilung</i>
	Gründe für das Fliegen	- sozial - familiär - beruflich - Crew-Mitglieder

3.6 Ergebnisse zur Anwendertreue und wingwave® als Coaching-Methode

Das ww-Coaching ist in seinen Abläufen klar strukturiert. Mit den Oberkategorien der entsprechenden Leitfragen „Zugang zum Coach“, „Durchführung von ww nach dem 12-Phasen-Prinzip“, „Abbruchkriterien“ und „zusätzlich zu ww angewandte Techniken“ sollte der ww-Prozess von den Coaches analysiert werden, sodass in diesem Themenkomplex Hintergründe zu ww als Coaching-Methode dargestellt werden, s. Tab.11-14.

3.6.1 Zugang zum Coach

Der Zugang zu einem ww-Coaching wurde in den Interviews unterschiedlich angegeben. Die Klienten kamen über Weiterempfehlungen durch Bekannte oder durch Ärzte sowie auf Grund von Informationsveranstaltungen. Häufig wurden unterschiedliche Medien genannt, über die Klienten auf ww aufmerksam würden. In diesem Zusammenhang wurden die ww-Homepage, Google-Suche sowie Berichte in Zeitung oder Fernsehen und Internet-Videos angegeben. Bei der Frage nach dem Zugang der Klienten zu einem ww-Coaching wurde weiterhin ergänzt, dass es wichtig sei, dass die Klienten aus eigenem Antrieb zu einem Coaching kämen. Demgegenüber standen Berichte, dass die Kontaktaufnahme für ein Coaching aus persönlichen Kontakten der Coaches resultiere. Beispielsweise durch gemeinsame Hobbies von Klienten und Coach oder, im Falle von Flugangst, auch durch direkte Kontaktaufnahme im Flugzeug. *„Bis hin zu, ich hab auch schon, also zwei Personen im Flugzeug, wo ich gesehen hab, denen geht es gar nicht gut, angesprochen und gesagt, da gibt es eine Methode [...].“ (TN03/Z: 28 ff.)*

Tabelle 11 Interviewergebnisse zu dem Zugang zum Coach

Oberkategorie	Hauptkategorie	Unterkategorie
Zugang zum Coach	Antrieb für wingwave® - Behandlung	- eigener Antrieb - nicht freiwillig, nicht empfehlenswert
	Weiterempfehlungen	- Bekannte - Ärzte
	Medien	- wingwave®-Homepage - Google - Videos im Internet - Berichte im fernsehen - Twitter und Linked In - Zeitung
	Seminare/Infoveranstaltungen	<i>keine weitere Unterteilung</i>
	über persönliche Kontakte	- Patienten aus der Praxis - Hobbies - Personen im Flugzeug angesprochen

3.6.2 Durchführung von wingwave® nach dem 12-Phasen-Prinzip

Das ww-Coaching folgt einem standardisierten Prozess, der wiederum in zwölf Schritte unterteilt ist. Die Durchführung dieses 12-Phasen-Prinzips bildet eine Ergebniskategorie. Die Coaches wurden gefragt, ob sie sich bei der Durchführung von ww an diese Schritte halten. Hierzu gab es in den Interviews unterschiedliche Antworten. Während sich nur ca. die Hälfte der ww-Coaches strikt an die Durchführung hielt, gab die andere Hälfte (n=12/23) der Teilnehmer an intuitiv vorzugehen. Der Grundprozess werde dabei nicht verlassen, aber es käme zum Ändern von Begrifflichkeiten, zu einer Änderung in der Abfolge der Schritte oder zum Ersetzen, Wegfall und Ergänzen von einzelnen Schritten. *„Wir haben da eine gute Vorgehensweise und das ist sehr gut entwickelt, wie es entwickelt ist. Und aus meiner Sicht sollte man da auch nach gehen.“ (TN16/Z: 114 ff.)*

Weiterhin kam ein Teilnehmer zu dem Schluss, dass die standardisierte Struktur eines ww-Coachings zu starr sei. In seinem Coaching käme es immer zum Verlassen des Grundprozesses und somit zu einer Abweichung von den zwölf Schritten. *„Also die, diese strikte Struktur, wie sie beim Wingwave vorgegeben wird, die empfinde ich als zu starr und zu schlicht. [...] Wenn ich mich ganz starr an dieses Muster halten würde, dann würde ich definitiv nicht diese Ergebnisse produzieren können.“ (TN10/Z: 221 ff.)*

Tabelle 12 Interviewergebnisse zu der wingwave®-Durchführung in zwölf Prozessschritten

Oberkategorie	Hauptkategorie	Unterkategorie
Durchführung wingwave® nach dem 12 Phasen Prinzip	strikte Durchführung (kein Abweichen)	<i>keine weitere Unterteilung</i>
	intuitiv, aber Grundprozess wird nicht verlassen	- Ändern von Begrifflichkeiten - Ändern von Reihenfolge - Ersetzen/Wegfall einzelner Phasen - Ergänzungen von Phasen
	Abweichung, Grundprozess wird verlassen	<i>keine weitere Unterteilung</i>
	Entscheidung für Abweichung	- Intervention während eines Fluges - Auftauchen von anderen Ängsten

3.6.3 Abbruchkriterien

Kriterien, die einen Abbruch des ww-Coachings bedingen, sahen die Coaches einerseits bei den Klienten als auch bei den Coaches selbst und andererseits in der Nichtdurchführbarkeit der Methode begründet, s. Tab.13. So sei ww nicht durchführbar, wenn beispielsweise der Muskeltest nicht verwertbar sei. Oder den Coaches erschien eine andere Methode als ww sinnvoller in der Anwendung. *„Kriterien wäre für mich auch, wenn ich sehe okay, die Methoden würden nichts bringen.“ (TN21/Z: 204 ff.)*

Nach Angabe der Interviewteilnehmer müsse ein ww-Coaching von Seiten des Coaches abgebrochen werden, wenn dieser in körperlich schlechter Verfassung sei, z.B. durch einen Migräneanfall oder ihn das Coaching zu sehr selber belaste, im Sinne einer negativen Spiegelung. Ebenfalls sei die körperliche Verfassung des Klienten ein Abbruchkriterium. Hierzu zählten die ww-Coaches auch den Einfluss von Alkohol oder anderen Drogen. Weiterhin wurden zu starke Emotionen bei dem Klienten oder eine psychische Überlastung des Klienten als Abbruchkriterien genannt. Hier wurde mehrfach hervorgehoben, dass psychopathologische Diagnosen nicht durch ww therapiert werden können. *„Abbruchkriterien? Also natürlich ganz klar, wenn der Klient sagt, er will nicht mehr, kann nicht mehr, ja? [...] Das nächste natürlich, wenn ich merke, es braucht hier einen Psychotherapeuten, einen Approbierten.“ (TN03/Z: 121 ff.)*

Demgegenüber standen Aussagen von ww-Coaches, die keine Abbruchkriterien für sich definiert haben und dies auf Grund ihrer bisherigen Erfahrungen weiterhin auch nicht als notwendig empfanden. *„Also, in Anbetracht dessen, dass das ja eine Methode ist, die sozusagen eine Weiterentwicklung aus dem EMDR ist, was ja aus der Trauma-Therapie kommt, ich hatte es vor nicht allzu langer Zeit, dass jemand wirklich dick und fett in seine Trauma-Situation zurückgegangen ist, das war keine Flugangstgeschichte, und auch da muss man nicht abbrechen, da macht man dann die üblichen Dinge, dass man einfach ein bisschen dissoziiert, und einmal rausgeht, und einmal an den sicheren Ort zurückwandert, und all die Techniken die es da so gibt, und danach kann man wunderbar weiterwinken, also das ist kein Abbruchkriterium als solches.“ (TN07/Z: 96 ff.)*

Tabelle 13 Interviewergebnisse zu den Abbruchkriterien eines wingwave®-Coachings

Oberkategorie	Hauptkategorie	Unterkategorie
Abbruchkriterien	Klient	<ul style="list-style-type: none"> - Motivation/Antrieb/Mitarbeit - Psyche - Alkohol-/ Drogeneinfluss - Körperliche Erkrankung / Erschöpfung - Patienten wollen zu viel auf einmal bearbeiten - Klient wirkt emotional nicht stabil - sekundärer Krankheitsgewinn
	Coach	<ul style="list-style-type: none"> - körperliche Verfassung - „schlechte Chemie“ zu Klient
	Durchführung wingwave® nicht möglich	<ul style="list-style-type: none"> - Myostatiktest nicht verwertbar - sicherer Ort nicht vorstellbar - andere Methode sinnvoller
	keine Abbruchkriterien	<i>keine weitere Unterteilung</i>

3.6.4 Zusätzlich zu wingwave® angewandte Techniken

Die Methode ww beinhaltet neben dem spezifischen Myostatiktest Elemente aus dem NLP sowie Elemente der EMDR-Intervention. Viele Coaches haben nicht nur eine reine ww-Ausbildung, sondern haben sich auch in weiteren (Coaching-)Methoden ausbilden lassen. Während ein kleiner Teil der Befragten keine weiteren Techniken neben ww in einem Coaching einsetzte, sahen 21 von 23 befragten Coaches die Indikation für den Einsatz weiterer Techniken. Die zusätzlich angewandten Techniken waren vielgestaltig, s. Tab.14. Durch Bewegung, Humor oder Fantasiereisen erreichten die Coaches Ablenkung und Entspannung bei ihren Klienten. Weiterhin wurden evidenzbasierte Techniken wie autogenes Training, Hypnose oder auch kognitive Verhaltenstherapie und EMDR genutzt. Viele Coaches gaben an, zusätzlich mit Techniken aus dem NLP-Formenkreis oder mit zusätzlichen ww-Tools zu arbeiten. Hier wurden auch „Klopf-Methoden“ im Sinne einer Meridian-Akupressur erwähnt. *„Lassen Sie mich überlegen. Also es ist ja, wingwave ist ja eng gekoppelt mit NLP. Also das ist ja eigentlich eine Mischung dessen. Also insofern, NLP-Methoden, wende ich natürlich schon im Zusammenhang mit wingwave an.“* (TN07/Z: 108 ff.)

Tabelle 14 Interviewergebnisse zu zusätzlich zu wingwave® angewandten Techniken

Oberkategorie	Hauptkategorie	Unterkategorie
zusätzlich zu wingwave® angewandte Techniken	Ablenkung/Entspannung	<ul style="list-style-type: none"> - Bewegung - Humor - Fantasiereisen - „Körperscannen“¹ - „Gehirn-Jogging“¹
	evidenzbasierte Techniken	<ul style="list-style-type: none"> - Autogenes Training - Progressive Muskelentspannung (Atmung) - Kognitive Verhaltenstherapie - Hypnose/Trance-Arbeit - EMDR
	Techniken aus NLP-Formenkreis	<ul style="list-style-type: none"> - Time Line² - Moment of Excellence² - Glaubenssatz-/Belief-Arbeit² - Ziele-Modell² - Verhaltensmodell² - Six Step² - Magic-Words² - Phobie Technik² - Submodalitätenarbeit² - Provocative Training² - Innere-Kind-Arbeit²
	zusätzliche wingwave® Tools	<ul style="list-style-type: none"> - wingwave® Musik - wingwave® rückwärts - Euphorie-Management - Selbstcoaching-Methoden - Ressourcen-Coaching
	„Klopf“-Methoden (Meridian Akupressur)	<ul style="list-style-type: none"> - EFT = emotional freedom technique/Klopfakupunktur³ - PEP (Prozess- und Embodimentfokussierte Psychologie)⁴ - Thymusdrüse halten/klopfen
	sonstige Verfahren	<ul style="list-style-type: none"> - atemgestützte Traumatherapie-Methode - kunsttherapeutische Ansätze - Aufstellungsarbeit - Flugvideos anschauen
	keine Anwendung zusätzlicher Methoden	<i>keine weitere Unterteilung</i>

¹ eigene Bezeichnung/Methode durch Coaches benannt
² nähere Beschreibungen der Techniken s. https://nlportal.org/nlpedia/wiki/Die_NLP_Enzyklopädie [45]
³ nähere Beschreibung der Technik s. <https://www.eft-info.com> [80]
⁴ nähere Beschreibung der Technik s. <https://www.dr-michael-bohne.de/was-ist-pep.html> [16]

3.6.5 Weitere Aspekte/Anmerkungen aus den Interviews

Abschließend wurden die Coaches zu weiteren Aspekten gefragt, die ihnen in dem Interview wichtig erschienen erwähnt zu werden, s. Tab.15. Mehrfach wurde dabei der Aspekt von wissenschaftlicher Arbeit geäußert. Die Coaches sahen in ihren standardisierten Prozessabläufen die Basis für wissenschaftliche Untersuchungen, gleichzeitig wurde aber auch der Wunsch geäußert, dadurch das Image von ww zu verbessern. Als wesentlicher Aspekt wurde in den Interviews erklärt, dass ww nicht immer die richtige Methode sei. Dabei wurden Grenzen sowohl im Coaching selbst als auch Grenzen des Coachs genannt. *„[...] aber es sollte nicht die einzige Methode sein, also das muss man sich auch immer wieder klar machen, dass wingwave auch Grenzen hat [...].“* (TN24/Z: 172 ff.)

Als Ergänzungen wurden weiterhin die Möglichkeit des Selbstcoachings angesprochen sowie wichtige Aspekte innerhalb eines ww-Coachings genannt. Hierzu zählten ein guter Einstieg in das Coaching und die Notwendigkeit der Aufklärung bzw. Psychoedukation im ww-Coaching. *„Vielleicht das Einzige, dass eben halt die Psychoedukation, das heißt also auch wirklich dieses kognitive Erklären der Methode für mich persönlich immer einen sehr hohen Stellenwert hat. Das heißt also, das hat auch schon einen therapeutischen Stellenwert, diese Methode besonders gut zu erklären.“* (TN11/Z: 186 ff.)

Tabelle 15 Interviewergebnisse zu weiteren Aspekten der Interviews

Oberkategorie	Hauptkategorie	Unterkategorie
Anmerkungen/ weitere Aspekte im Interview	Evidenzbasis/Image	<ul style="list-style-type: none"> - Wunsch nach objektivierten Ergebnissen - Image wissenschaftlicher machen - wingwave® wissenschaftlich standardisiert
	Selbstcoaching ausbauen	<ul style="list-style-type: none"> - Mitarbeit des Klienten nötig - Ressourcen mitgeben - geräteloses Tool zum Mitgeben wäre wünschenswert - medikamentöse Unterstützung
	wingwave® nicht immer richtige Methode	<ul style="list-style-type: none"> - Grenzen von wingwave® kennen - Grenzen beim Coach - „Nicht Fliegen“ als Lösung für Klient
	wichtige Aspekte im wingwave®-Coaching	<ul style="list-style-type: none"> - guter Einstieg - Aufklärung - Psychoedukation

4 Diskussion

Es erfolgt zunächst die inhaltliche Diskussion der Ergebnisse, anschließend werden die Fragestellung sowie die Methode der vorliegenden Arbeit diskutiert.

4.1 Diskussion der Ergebnisse zu den Hintergründen von Flugangst

Für die Ätiologie von Angststörungen werden aktuell verschiedene Erklärungsansätze diskutiert [41]. Dabei spielen biologische Modelle basierend auf der funktionellen Anatomie oder auf genetischen Faktoren ebenso eine Rolle wie Psychodynamische- oder Lerntheoretische Modelle, beispielsweise durch klassische Konditionierungsvorgänge [6].

Ein wesentliches Ergebnis der vorliegenden Arbeit ist, dass die ww-Coaches die Gründe und Auslöser von den eigentlichen Ursachen hinter einer Flugangst getrennt betrachten. Wie eingangs erwähnt, werden während eines ww-Coachings zunächst Stresstrigger (Auslöser) identifiziert und die damit verbundenen Emotionen und somatischen Reaktionen bearbeitet. Anschließend werden mittels Muskeltest sogenannte Deckerinnerungen (Ursachen), die sich hinter der Flugangst verbergen können, identifiziert. Zur Identifikation dieser Deckerinnerungen (Ursachen) werden Aussagen auf einer Zeitschiene, in einem Lebensabschnitt und im entsprechenden Kontext abgefragt, um sich dem verursachenden Erlebnis zu nähern. Die Klienten selbst haben oft keine bewusste Erinnerung an jenes Erlebnis bzw. bringen das Erlebte nicht mit ihrer Flugangst in Zusammenhang. Die ermittelten Deckerinnerungen können als Ursache der Flugangst angesehen werden, s. exemplarische Darstellung der Hypothese in Abb.5.

Bei den bereits erwähnten Modellen der multikausalen Angststörungen sollen über das Integrative Modell verschiedene Erklärungsansätze zusammengefasst werden [6]. Die Differenzierung der Interviewergebnisse in Grund, Auslöser, Ursache spiegelt sich im Integrativen Modell im Sinne eines Vulnerabilitäts-Stress-Modell. Hier werden verursachende Bedingungen als auch auslösende und aufrechterhaltene Faktoren in der Pathogenese der Angststörung genannt [6].

In den Interviews kommen die Coaches häufig zu dem Schluss, dass emotional belastende Erlebnisse in der Vergangenheit des Klienten die Ursachen einer Flugangst darstellen. Mehrheitlich seien diese in der Kindheit und Jugend der Betroffenen zu finden. Es ist aus der Literatur bekannt, dass spezifische Phobien, zu denen Flugangst gehört, regelhaft in der Kindheit entstehen [6]. In den Interviews wird deutlich, dass es sich dabei um Erlebnisse handelt, die mit starken, oft negativ empfundenen Emotionen verbunden waren. Diese emotionalen Erlebnisse traten häufig im Rahmen von Unfällen auf. Es wird sowohl von Bagatellunfällen wie Stürzen von einem Baum oder Pferd als auch von

gefährlichen Szenarien wie Beinahe-Ertrinken oder Hubschrauberabstürzen berichtet. Dabei werden Emotionen wie Angst und Hilflosigkeit des Öfteren benannt. Aber auch sexuell prägende Erlebnisse, verbunden mit Scham- oder Schuldgefühlen, führen die Coaches als Ursache hinter einer Flugangst auf. Auch wenn die geschilderten Situationen in einem völlig anderen Kontext als dem Fliegen auftraten, können vor allem die benannten Emotionen im späteren Verlauf im Rahmen einer Flugangst wieder in Erscheinung treten. Bei diesem Erlernen von Ängsten scheint nach neuerer Studie die anatomische Struktur der Amygdala eine zentrale Rolle zu spielen [101].

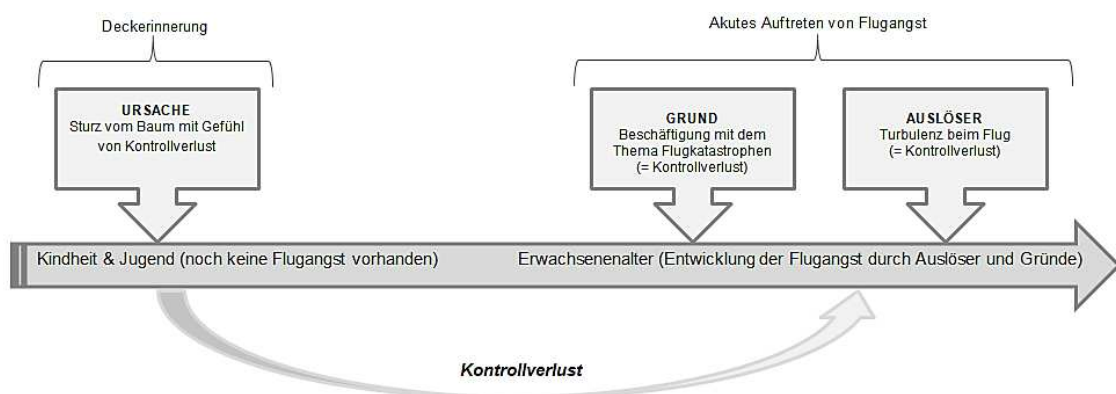


Abbildung 5 Entwicklungskonstrukt für das zeitliche Auftreten und das Zusammenspiel von Grund, Auslöser und Ursache einer Flugangst, eigene Arbeit und Darstellung

4.1.1 Das Kausalitätsprinzip „Ursache & Wirkung“

Die Trennung der Coaches von Grund und Auslöser sowie Ursache einer Flugangst entspricht im weitesten Sinne dem Kausalitätsprinzip von Ursache und Wirkung, basierend auf der griechischen Philosophie und der Physik.

In der Physik bedeutet das Prinzip, dass ein Ereignis X die Ursache von Y ist, wenn Y zwangsläufig auf das Ereignis X folgt bzw. daraus hervorgeht. Laut David Hume sind kausale Beziehungen in diesem Zusammenhang jedoch eher eine Konstruktion. Eine Ursache wird als nicht ausreichend, aber als notwendiger Faktor betrachtet [54].

Gemäß den Interviewaussagen dienen Deckerinnerungen wie z.B. Unfälle in der Vergangenheit als Ursache für die Flugangst. Diese Deckerinnerungen sind allein aber nicht zwingend hinreichend, beispielsweise entwickeln nicht alle Menschen, die als Kind von einem Baum gefallen sind, Flugangst. Die frühen Deckerinnerungen sind jedoch ein notwendiger Teil einer individuellen Bedingungskonstellation, um bei Hinzutreten weiterer Umstände (Grund und Auslöser) die Flugangst im konkreten späteren Fall auftreten zu lassen.

Letztlich ergibt sich beim Auftreten von Flugangst ein Dreiklang aus Grund, Emotion als Auslöser und Ursache, wobei die Emotion das verbindende Glied zwischen Grund und Ursache zu sein scheint, vgl. Abb.5.

Diese Annahme bestätigt sich in einer Theorie von EMDR-Begründerin Shapiro zu der Pathogenese, die dem EMDR zugrunde liegen soll. Ihr Modell „Adaptive Information Processing“ (AIP-Modell, adaptives Informationsverarbeitungssystem) geht davon aus, dass sich im Gehirn ein angeborenes Informationsverarbeitungssystem befindet um Erfahrungen zu bearbeiten für einen adaptiven Lernprozess [86]. Menschen haben nach Shapiro die Möglichkeit Lebensereignisse jeglicher Art in einer Art Speichernetzwerk des Gehirns (Informationsverarbeitungssystem) adaptiv zu bearbeiten. Komme es, vorzugsweise bei belastenden Lebensereignissen, zu einem Fehler innerhalb des Verarbeitungsprozesses, dann blieben die gemachten Erfahrungen mitsamt der zugehörigen Emotionen ohne adäquate Verarbeitung in einem eigenen neuronalen Netzwerk „hängen“ und könnten nicht mehr mit beispielsweise positiven Erfahrungen im gleichen Kontext verlinkt werden [86]. Diese dysfunktional gespeicherten Erlebnisse bilden die Grundlage der EMDR-Psychopathologie. Ein neues gegenwärtiges Ereignis könne noch Jahre nach dem eigentlichen Erlebnis zu einer Aktivierung dieses dysfunktional gespeicherten Erlebnisses mitsamt zugehörigen negativen Emotionen und körperlichen Reaktionen führen [51]. Bei traumatischen Ereignissen, wie den Posttraumatischen Belastungsstörungen, beispielsweise zu Schlafstörungen oder Flashbacks usw. [88]. Laut Shapiro zielt EMDR jedoch nicht nur auf Traumata, sondern auf jede Form des dysfunktionalen Speichers ab, da prinzipiell jedes Lebensereignis über das AIP-Modell belastende Symptome generieren könne [86]. Dabei soll durch die EMDR-Intervention das Informationsverarbeitungssystem aktiviert werden, um die negativen Erlebnisse nachträglich in die adaptiven Speichernetzwerke zu integrieren [51]. Bei dem AIP-Modell handelt es sich um ein theoretisches Modell. Der genaue Mechanismus und auch der genaue Wirkmechanismus von EMDR sind unklar. Eine Studie aus dem Jahr 2019 konnte jedoch zeigen, dass nicht nur die Amygdala eine Rolle bei Angststörungen spielt, sondern auch die Inselregion des Gehirns als informationsintegrierendes Zentrum des Gehirns [67].

4.1.2 Die Notwendigkeit der Ursachenbehandlung

Betrachtet man in dem Zusammenhang von Grund und Ursache die bisher etablierten Behandlungsmethoden einer Flugangst (s. Kap.1.1.3), fällt auf, dass die Ursachen einer Flugangst bisher weit überwiegend nicht Gegenstand der Behandlung sind.

Die pharmakologische Behandlung lässt die Ursachen komplett außer Betracht. Die Angst kann durch Beruhigungsmittel wie Benzodiazepine zwar behandelt werden, jedoch

können erhebliche unerwünschte Nebenwirkungen wie Müdigkeit, Konzentrations- und Reaktionsverlust bis hin zu Kreislaufstörungen auftreten [42]. Atemstörungen treten v.a. in Kombination der Arzneieinnahme zusammen mit Alkohol auf – eine Kombination, auf die Flugangstbetroffene häufig zurückgreifen [47]. Die pharmakologische Behandlung bei Flugangst ist zwar wirksam, es stellt sich jedoch u.a. wegen der möglichen negativen Begleiterscheinungen die Frage, ob es sich hierbei um die geeignetste Behandlungsmethode handelt. Hier sei neben dem großem Abhängigkeits- und Missbrauchspotential durch Beruhigungsmittel oder Alkohol auch der Lern- bzw. Konditionierungseffekt genannt. Ähnlich zu der Suchtentstehung setzt ein Prozess der Gewöhnung ein, in dem Fall, dass Fliegen nur noch mit Medikamenteneinnahme möglich erscheint.

Entspannungsverfahren indessen setzen bei der Behandlung der Symptome an, indem sie zu einer Reduktion der Anspannung führen. Flugangstseminare bedienen sich der Entspannungsverfahren und vereinen diese mit einer Angstbewältigung. Die Ursache der Flugangst wird gemäß der Hypothese von Seminaranbietern eher in negativen Gedanken zum Thema Fliegen und in unzureichendem technischem Hintergrundwissen gesehen.

Die empfohlenen Behandlungsmethoden der kognitiven Verhaltenstherapie und der Konfrontationstherapie richten sich vorrangig an Gegenwart und Zukunft des Betroffenen und agieren problemorientiert, indem Denkmuster und Verhalten verändert werden. Während der Konfrontationstherapie wird der Klient wiederholt der für ihn angstbesetzten Situation ausgesetzt. Nach dem Prinzip der Gewöhnung soll der beängstigende Reiz, hier z.B. Flugangst, langsam abgebaut werden, indem eine Gewöhnung an den Reiz einsetzt [89]. Dabei ist der Wirkmechanismus der Konfrontationstherapie nicht eindeutig, sondern setzt sich aus Elementen von Konditionierungs- bzw. Lernmodellen zusammen und beinhaltet weitere Elemente der Habituation, Gegenkonditionierung, Extinktion und Compliance [68].

Innerhalb der Behandlungsmethoden von Flugangst werden auch Kombinationen der einzelnen Methoden, wie kognitive Verhaltenstherapie mit virtual-reality, empfohlen [61], bisweilen auch in Kombination mit EMDR angewandt [97]. Besonderheit der Kombination mit EMDR im Rahmen der Frage der Ursachenbehandlung ist, dass im EMDR im Gegensatz zu den vorstehenden Behandlungsmethoden die Ursachen deutlich mehr Beachtung in der Behandlung finden.

Ein wesentliches Ergebnis der vorliegenden Arbeit ist, dass nach der Erfahrung der ww-Coaches die Ursachen hinter einer Flugangst oft nicht im direkten Zusammenhang mit der Flugangst stehen und häufig in einem emotional belastenden Ereignis in der Vergangenheit des Betroffenen zu finden sind. Dabei sind die berichteten Ursachen den

Betroffenen selbst häufig nicht kognitiv zugänglich bzw. bewusst erinnerlich, weshalb sich die Ursachen hinter einer Flugangst weitestgehend den üblichen Untersuchungsmethoden entziehen.

Die Coachingmethode ww bezieht sich auf Elemente des EMDR bzw. bedient eine Variante des EMDR, grenzt sich durch die Anwendung des Myostatikttests aber von den anderen Interventionen ab. Dies lässt den Schluss zu, dass auch ww eine effektive Behandlungsmethode bei Flugangst sein könnte, als eine dem EMDR sehr nahe Methode. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zusammen mit den Ergebnissen einer Fallserie liefern aktuell zumindest keinen Hinweis darauf, dass ww bei der Anwendung bei Flugangst schädlich sein könnte [72]. Um ww jedoch mit den anderen und bisher etablierten Behandlungsmethoden, wie auch dem EMDR, bei Flugangst vergleichen zu können, bedarf es weiterer Forschung. Eine Längsschnittstudie konnte einen positiven Effekt von ww-Coaching für den Umgang mit einer milden Form der Flugangst zeigen [71]. Es wurde jedoch nur eine kleine Fallzahl untersucht, weshalb es als nächste Forschungsschritte randomisierte kontrollierte Studien (RCT) mit ausreichender Stichprobengröße bedarf.

Erst danach könnte man das Themenfeld der Ursachen hinter Flugangst weiter betrachten, insbesondere zur Verifikation der aus den Interviews abgeleiteten Hypothese, dass sich hinter jeder Flugangst eine ferner gelagerte Ursache in der Vergangenheit verbirgt, und um zu untersuchen wie die Ursachen gelagert sind und ob sich weitere als die bisher hier herausgefundenen Häufigkeiten und Gemeinsamkeiten innerhalb der Ursachen einer Flugangst belegen lassen. Dabei könnte auch das AIP-Modell von Shapiro Beachtung finden.

4.2 Diskussion der Ergebnisse zum wingwave®-Coaching bei Flugangst

In den Interviews berichten die ww-Coaches von ihren Klienten im Coaching. Neben Angaben zu Alter und Geschlecht charakterisieren sie die Persönlichkeit ihrer Klienten insbesondere als ängstlich oder kontrollbedürftig. Dabei wird beschrieben, dass die Klienten entweder unter nur einer Angst, in dem Fall Flugangst, oder unter mehreren Ängsten leiden.

Diese Interviewaussagen decken sich mit der Definition von Flugangst als spezifische isolierte Phobie. Die Angst ist laut ICD-Definition klar umschrieben, es kann aber zu dem Auftreten von weiteren sekundären Ängsten, wie beispielsweise Angst vor dem Sterben, Kontrollverlust, dem Gefühl wahnsinnig zu werden oder zu einer Erwartungsangst vor der Angst kommen und die Angst kann sich bis zur Panik steigern [33].

Diskussionsbedürftig erscheint an dieser Stelle die in den Interviews berichtete Schwäche von ww als Behandlungsmethode in der Schnittstelle, an der die Flugangst von weiteren Ängsten begleitet wird. Dies umso mehr, als dass die Coaches von der Gefahr einer Re-Traumatisierung und weiteren negativen Effekten berichten, wenn durch die punktgenaue Ursachenermittlung weitere oder tiefergehende traumatische Ursachen aufgedeckt werden oder wenn psychische Erkrankungen vorliegen. Im Rahmen einer Studie aus dem Jahr 2014 wurden außerdem negative Effekte eines Coachings untersucht. Es konnte gezeigt werden, dass es in über der Hälfte der Fälle zu mindestens einem negativen Effekt komme. Die Ursachen hierfür werden unter anderem in dem Vorliegen von psychischen Erkrankungen gesehen [83].

4.2.1 Abgrenzung von Coaching und Psychotherapie

Unter Berücksichtigung dieser Ergebnisse stellt sich die Frage nach den Möglichkeiten und Grenzen von ww bei der Behandlung von Flugangst. Die Ergebnisse zeigen, dass die ww-Coaches mehr Sicherheit im Umgang mit den Schwächen und Grenzen eines ww-Coachings bedürfen und es einer genauen wissenschaftlichen Einordnung der ww-Methode bedarf. Hierzu soll im Folgenden nicht nur ww, sondern Coaching im Allgemeinen näher betrachtet und eine klare und sorgfältige Abgrenzung von Coaching im Vergleich zur Psychotherapie dargestellt werden.

Der deutsche Bundesverband Coaching e.V. stellt diese Abgrenzung von Coaching zur Psychotherapie klar heraus:

„Im Gegensatz zur Psychotherapie, richtet sich Coaching an „gesunde“ Personen (...). Psychische Erkrankungen, Abhängigkeitserkrankungen oder andere Beeinträchtigungen

der Selbststeuerungsfähigkeit gehören ausschließlich in das Aufgabenfeld entsprechend ausgebildeter Psychotherapeuten, Ärzte und medizinischer Einrichtungen“ [30].

Die normale psychische und physische Belastbarkeit eines Klienten gilt als Grundvoraussetzung für ein Coaching [73]. Da Flugangst jedoch als spezifisch isolierte Phobie eingeordnet wird, liegt mit dieser Diagnose formal eine psychiatrische Erkrankung vor. Unter diesem Aspekt läge laut der obigen Definition ein Ausschlusskriterium für die Anwendung eines Coachings vor. Auch in den durchgeführten Interviews wird das Auftreten und Erkennen von psychopathologischen Erkrankungen mehrfach als klares Abbruchkriterium eines ww-Coachings definiert. In diesem Fall sei eine professionelle psychotherapeutische Behandlung durch entsprechendes Fachpersonal indiziert.

Die Ausübung einer solchen Psychotherapie ist in Deutschland durch das Psychotherapeutengesetz geregelt:

„Ausübung von Psychotherapie im Sinne dieses Gesetzes ist jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist.“, § 1 Absatz 3 Satz 1 PsychThG [21]. Laut der AWMF-Leitlinie soll Patienten mit einer spezifischen Phobie eine Expositionstherapie angeboten werden, sofern ein mittlerer bis schwerer Leidensdruck oder eine psychosoziale Einschränkung für den Patienten bestehe oder das Auftreten von Komplikationen einer Angsterkrankung möglich sei [32].

Daraus folgt, dass eine psychotherapeutische Behandlung der Flugangst von der individuellen Ausprägung der Angst abhängt. Coaching ist kein wissenschaftlich anerkanntes psychotherapeutisches Verfahren und somit keine geeignete Behandlungsmethode, wenn eine Psychotherapie indiziert ist. Allerdings hängt eben diese Indikation von der individuellen Leidenssituation des Patienten ab. In Fällen, in denen beispielsweise durch eine milde Flugangstform keine Indikation zur Psychotherapie vorliegt, könnte Coaching dennoch nützlich sein. Auf diese milde Form der Flugangst konnte ein positiver Einfluss durch ww-Coaching gezeigt werden [71].

Für den oftmals fließenden Übergang zwischen „Krankheit“ einerseits und „gesundem Leidenszustand“ andererseits finden sich seit geraumer Zeit Z-Diagnosen in der ICD, die diese Situation umschreiben sollen [44]. Die Kategorien Z00-Z99 sind dabei für Fälle vorgesehen, in denen Sachverhalte als "Diagnosen" oder "Probleme" angegeben sind, aber nicht als Krankheit, Verletzung oder äußere Ursache einordbar sind [33]. In dem Zusammenhang liegt die Diagnose Flugangst als spezifische Phobie je nach ihrer Form der Ausprägung sicherlich in einer Schnittstelle: Einerseits zwischen Krankheit und eben

diesem (bloßen) „Problem“ und andererseits zwischen eben dieser noch beschränkten Ausprägung des Leidensdrucks und der zuvor erwähnten Behandlungsindikation einer spezifischen Phobie.

4.2.2 Übergang von Coaching und Psychotherapie

Die beschriebene Schnittstelle zeigt sich bei den unter Flugangst leidenden Personen als eine Zwickmühle: Bei den spezifischen Phobien ist die angstausslösende Situation klar begrenzt. Die Lebensqualität wird nur in dieser spezifischen Situation, im Rahmen der Flugreise, eingeschränkt und ist ansonsten nicht beeinträchtigt. Daher fehlt vielen Betroffenen ein Verständnis ihrer Flugangst als Krankheit, die für sie eine Inanspruchnahme des Gesundheitssystems notwendig machen würde [6]. Weiterhin bringt das Innehaben einer psychopathologischen Erkrankung eine nicht unerhebliche Gefahr der Stigmatisierung mit sich [40]. Und zu den negativen Folgen jemanden als „krank“ zu bezeichnen, gehört die Aggravation von gesundheitlichen Problemen, eine Verängstigung der Betroffenen oder auch das Unterminieren von Selbstheilungskräften [44]. Für die Betroffenen bedeutet dies doppelte Belastung: Zum einem erfolgt eine öffentliche Stigmatisierung durch Vorurteile der Bevölkerung, was dazu führt, dass Betroffene ihre Belastung oft verschweigen und versuchen Verdrängungsstrategien zu entwerfen. Zum anderen treten durch die Selbststigmatisierung Scham- und Schuldgefühle auf [3]. Da es gerade bei Flugreisen auch zu sozialen Konflikten innerhalb von Familie und Freunden kommt, führt nicht nur dieser Konflikt zu einer weiteren Belastung, sondern es fehlt auch die soziale Unterstützung als Bewältigungsstrategie. Es liegt nahe, dass viele Betroffene daher auf eine diagnostische Feststellung und somit auf eine psychotherapeutische Behandlung ihrer Erkrankung verzichten [27].

Coaching greift diese Problematik auf und bedient sich der erwähnten Schnittstellen zwischen behandlungsindizierter Krankheit und der Ausprägung der Phobie. Als „Psychotherapie für Gesunde“ [55] wird darauf verzichtet Flugangst als psychopathologische Diagnose zu betrachten und der Klient wird weiterhin als psychisch gesund betrachtet. Als Behandlungsziel verfolgt Coaching eine Stärkung der Selbstheilungskräfte der Klienten [48]. Der ausdrückliche Wille des Klienten, sein Wohlbefinden zu verbessern oder sein Problem zu verändern, ist die Voraussetzung für den Erfolg eines Coachings. Die Lösungsvorschläge werden dabei nicht von den Coaches geliefert, sondern durch den Klienten selbst im Coaching entwickelt [73]. Dabei bedient sich Coaching verschiedenster psychotherapienaher Ansätze und steht somit in enger Verbindung zur Psychotherapie [55].

Coaching kann somit zwar nicht generell für die Behandlung einer spezifischen Phobie empfohlen werden (und ist hierfür ausweislich obiger Ausführungen auch nicht gedacht),

im Fall von Flugangst könnte sich im Coaching aber möglicherweise ein Ansatz finden, der den Wünschen des Betroffenen entgegenkommt und der in der Lage ist, die Leidenssituation des Betroffenen zu lindern. In einer Fallserie konnte gezeigt werden, dass das ww-Coaching bei Flugangst ohne ein Risiko für die Klienten verwendet werden konnte und zu einer Verbesserung der mit Flugangst behafteten Emotionen führte [72].

Im Sinne einer evidenzbasierten Medizin bedarf es jedoch einer wissenschaftlichen Aufarbeitung des Themas. Diese hinkt aktuell der schnellen wirtschaftlichen Entwicklung des Coaching-Marktes hinterher. Es gibt nur wenig Fachliteratur auf wissenschaftlich anerkanntem Niveau [73] und vielen der bisher veröffentlichten Arbeiten fehlt der wissenschaftliche Anspruch [46]. Zusätzlich erschweren die divergenten Anwendungsbereiche des Coachings eine einheitliche und somit vergleichende Betrachtung [62]. Auch wenn eine Fallserie zeigt, dass ww bei der Behandlung von Flugangst nicht schädlich ist [72], ist dies sicherlich nur als ein erster Schritt, im Sinne einer Minimal-Anforderung an eine Behandlungsmethode, zu sehen. Die Ergebnisse einer Längsschnittstudie weisen auf eine mögliche Effektstärke vom ww-Coaching bei Flugangst hin [71]. Es bedarf an dieser Stelle weiterführende, z.B. RCT-Studien um die Beobachtungen beider Studien zu überprüfen.

Erst anschließend kann über eine mögliche Implementierung von ww als etwaiger Behandlungsansatz einer Flugangst weiter diskutiert werden. In diesem Kontext muss dann vor allem auch die in den Interviews berichtete Gefahr der Re-Traumatisierung eines Klienten durch ein Coaching bedacht werden oder die Gefahr der Überforderung eines Coaches, sollte bei dem Klienten die Indikation einer psychotherapeutischen Behandlung fälschlicherweise nicht erkannt worden sein.

4.3 Diskussion der Ergebnisse zur Anwendertreue und wingwave® als Coaching-Methode

In diesem Themenkomplex soll die Methode ww näher betrachtet werden, da in den Interviews häufig der Wunsch nach objektivierten Ergebnissen geäußert wurde. Die ww-Coaches unterstützen die Idee, ww wissenschaftlich zu untersuchen. Zum einen weil sie überzeugt sind von ihrer Coaching-Methode und zum anderen, da laut den Coaches ww unter einem Image-Problem als Coachingmethode leide.

4.3.1 Die Anwendertreue (oder Prozessdurchführung) der wingwave®-Coaches

Zur näheren wissenschaftlichen Analyse einer neuen Behandlungsmethode gehört eine fundierte Prozessevaluation. Die vorliegende Arbeit versucht dies unter der Frage der Anwendertreue mit entsprechender Literatur zu leisten und entsprechende Interviewaussagen im Kontext der Prozessdurchführung zu diskutieren.

Die ww-Coaches wurden explizit nach der Durchführung und Einhaltung der vorgegebenen zwölf Prozessschritte des ww-Coachings befragt. Hier zeigt sich, dass die Symptome eines Klienten, in dem Fall die Flugangstsymptome, keinen Einfluss auf die standardisierte Durchführung des Coachings haben. Zur Einhaltung der zwölf Schritte geben mehr als 50% (n=12/23) der Coaches in den Interviews an, dass sie oft intuitiv vorgehen. In der Regel wird der Grundprozess nicht verlassen, jedoch ändern die Coaches häufig Begrifflichkeiten oder die Reihenfolge der Prozess-Schritte oder sie ersetzen und ergänzen einzelne Punkte. Auch der Wegfall einzelner Phasen sei möglich, wenn die Coaches sie als überflüssig erachten. Hier zeigt sich die Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis in der Anwendung von ww. Diese Lücke entsteht hauptsächlich durch individuelle Entscheidungen der Anwender, eine Maßnahme anders als empfohlen durchzuführen [50]. Was diese Diskrepanz folglich für das ww-Coaching bedeutet, muss durch weitere Untersuchungen in diesem Feld gezeigt werden.

Mit den Unterschieden zwischen Theorie und Praxis beschäftigt sich die Implementationsforschung. Sie beschreibt die wissenschaftliche Untersuchung von Methoden, die Erkenntnisse in die Praxis umsetzen [50]. Die Implementierung bezieht sich auf den Prozess, bei dem ein umsetzbarer Plan angemessen und erfolgreich ausgeführt wird [75]. Dies wird auch als Anwendertreue (fidelity) bezeichnet. Eine hohe Anwendertreue verbessert demnach die Ergebnisdaten einer Intervention und verhilft ihr zu Reproduzierbarkeit [1]. Zu hinterfragen ist hier, ob bei einer geringen Anwendertreue z.B. der Mangel einer ausbleibenden Wirkung an der Intervention selbst liegt oder an der geringen Anwendertreue [1]. Je weniger Varianz dabei in der Implementierung stattfindet, desto höher ist nicht nur die Anwendertreue, sondern auch die Qualität der

implementierten Methode, weshalb die Anwendertreue als ein Qualitätskriterium einer Intervention/Methode herangezogen werden kann [66].

Die ww-Coaches wurden gefragt, ob es noch weitere (Coaching-)Techniken gibt, die sie innerhalb eines ww-Coachings anwenden, und, wenn ja, welche das sind. Ein wesentliches Ergebnis der durchgeführten Studie ist, dass die Analyse der Interviews ergab, dass fast jeder der interviewten Coaches (n = 21/23) zusätzliche Techniken zu ww anwendet. Neben evidenzbasierten Techniken wie Progressiver Muskelentspannung oder autogenem Training wurden besonders häufig Techniken aus dem Formenkreis des NLP genannt.

Das ww-Coaching besteht aus drei Komponenten. Die Intervention selbst ist von dem wissenschaftlich anerkannten EMDR hergeleitet und ein weiterer Bestandteil ist ein validierter Myostatiktest. Die dritte Komponente beruht in der kommunikativen Basis auf dem NLP-Prinzip, dem es bislang an dieser wissenschaftlichen Evidenz fehlt. Es muss hier klar getrennt werden, zwischen EMDR als eigenständige und evidenzbasierte Methode einerseits und ww, das sich dem EMDR zwar in einzelnen Elementen bedient, dadurch aber noch keine Wirksamkeit als eigenständige Methode innehat.

Eine zielführende therapeutische Veränderung wird über das Zusammenspiel von allgemeinen Wirkfaktoren und der speziellen Therapietechnik erreicht [74]. Hier zeigen die Interview-Ergebnisse in Bezug auf ww jedoch, dass es aktuell zu einer Vermischung von mehreren Therapietechniken kommt. Weiterhin zeigt sich, dass dem ww-Coaching zwar ein standardisierter Prozess zugrunde liegt, dass es in der praktischen Umsetzung durch die Coaches jedoch zu Abweichungen und Veränderungen des Prozesses kommt. Um zugrundeliegende Mechanismen und Prozesse eines Coachings zu identifizieren um somit die Kausalität der Wirksamkeit zu untersuchen, braucht es jedoch einen festen theoretischen Rahmen [95]. Die geringe Anwendertreue der ww-Coaches führt zu einer erschwerten Reproduzierbarkeit des ww-Prozesses. Dadurch sind die erzielten Ergebnisse nicht verallgemeinerbar [50]. Im Sinne von wissenschaftlichen Standards bedarf es jedoch Reproduzierbarkeit und Verallgemeinerbarkeit um die Qualität der Methode sicherzustellen.

Es ergibt sich daraus zwangsläufig die Frage, ob die alleinige Anwendung von ww nicht zu den gewünschten Ergebnissen der Intervention führen würde. Mit der vorliegenden Arbeit kann dies nicht beantwortet werden, da weder die Wirkung noch die Wirkweise von ww untersucht wurden. Einige Interviewergebnisse, insbesondere unter dem Aspekt der Kommunikation im ww-Coaching, lassen sich hier jedoch im Kontext von allgemeinen Wirkfaktoren einordnen.

4.3.2 Allgemeine Wirkfaktoren im wingwave®-Coaching

Die Kommunikation im Coaching wird von den ww-Coaches in den Interviews als wichtig herausgestellt, wie sich beispielsweise in der besonderen Hervorhebung des ersten Prozess-Schrittes durch die Coaches im Interview zeigt. Im Sinne einer Psychoedukation sei es laut den Coaches sehr wichtig, den Klienten kognitiv auf das bevorstehende Coaching vorzubereiten und eine gute Stimmung bei dem Klienten zu erzeugen. Im Gelingen dieses ersten Coaching-Schrittes sehen die Coaches bereits den ersten therapeutischen Erfolg des Coachings insgesamt. Hier wird seitens der Coaches viel Zeit in dieses Gelingen des ersten Schrittes investiert um eine gute Beziehung zwischen Klient und Coach herzustellen. In einer Untersuchung zur Arzt-Patienten-Beziehung zeigt sich der Erfolg der therapeutischen Beziehung ebenfalls in der zwischenmenschlichen Kontinuität. Ein zentraler Aspekt scheint hier das Bedürfnis nach Bindung über eine persönliche Beziehung zu sein, insbesondere da sich der Patient in einer vulnerablen Situation befindet [39].

Hinsichtlich des Stellenwertes der Kommunikation und der Herstellung einer optimalen Klient-Coach-Beziehung in den Interviewergebnissen lässt sich daher ein unspezifischer Effekt in der Wirksamkeit eines ww-Coachings diskutieren. Eine Metaanalyse zu Coaching-Effekten kam in diesem Zusammenhang zu dem Schluss, dass Coaching effektiv sein könnte und unspezifische Faktoren als Prädiktoren für bessere Wirksamkeit der Intervention gelten [95]. Der unspezifische Effekt beschreibt dabei allgemein eine positive Wirkung, die über eine Scheinbehandlung, also ein Placebo, zustande kommt und nicht über die Intervention selbst [20].

In der Medizin bezeichnet der Placebo-Effekt eine positive Wirkung einer Scheinbehandlung oder eines Scheinmedikamentes [20]. Die individuelle Antwort auf diese Behandlung wird unter anderem durch Suggestion und damit einhergehend eine positive Erwartungshaltung ausgelöst [10]. Demgegenüber bezeichnet der Nocebo-Effekt die negativen Folgen, die durch eine Erwartungshaltung entstehen [53]. So kann beispielsweise mittels Placebo und entsprechender Suggestion eine adäquate Analgesie bei Patienten hergestellt werden, wohingegen der Nocebo-Effekt eine Hyperalgesie auslösen kann. Dabei scheint es über Konditionierung zu neuronalen Verbindungen zu kommen [98]. Ängstliche Menschen scheinen eher anfällig für den Nocebo-Effekt zu sein [53]. Daran, dass die ww-Coaches in den Interviews berichtet haben, dass ihre Klienten häufig ängstliche Persönlichkeiten seien, wird die Notwendigkeit der Vermeidung des Nocebo-Effektes besonders deutlich und der Stellenwert der kommunikativen Komponente des ww-Coachings hinsichtlich einer positiven Erwartungshaltung besonders herausgestellt. Unter diesem Aspekt lassen sich auch die Aussagen der Coaches einordnen, dass beispielsweise der erste Schritt eines ww-Coachings besonders wichtig

sei, denn hier wird die positive Erwartungshaltung bei dem Klienten geweckt. Anders herum werden das Misstrauen in die Methode oder Zweifel von Seiten des Klienten von den Coaches als Schwäche des ww-Coachings gesehen, da es die Anwendbarkeit und Durchführung des Coachings erschwere bis verhindere.

Im Kontext der Psychotherapie scheint eine Placebo-Intervention jedoch unmöglich. Vielmehr wird der kommunikative Aufbau einer positiven Therapieerwartung bei dem Patienten als allgemeiner Wirkfaktor bezeichnet [74]. Dies lässt sich nach Auffassung der Autorin auf Coaching und ww übertragen. Die Interview-Ergebnisse zeigen Hinweise auf allgemeine Wirkfaktoren. So wird z.B. die Qualität der Beziehung zwischen Klient und Coach als zum Erfolg beitragend beschrieben. Hierzu wurde in den Interviews die „schlechte Chemie“ zu einem Klienten als Abbruchkriterium des ww-Coachings genannt. Diese Ergebnisse decken sich mit Ergebnissen einer anderen Studie, in der die „Beziehungsfaktoren“ Empathie, Vertrauen, Zutrauen und Zumuten als zentrale Bestandteile erfolgreicher Coaching-Prozesse erarbeitet wurden [48]. Im Bereich der Allgemeinmedizin gibt es bereits viele Instrumente (z.B. Fragebögen) um die Qualität einer kontinuierlichen Beziehung zwischen Patient und Leistungserbringer durch Zusammenarbeit und Vertrauen zu erhöhen [4]. Allgemeine Wirkfaktoren finden sich im Kontext jeder psychotherapeutischen Intervention und sind schon lange Gegenstand der Forschung. Sie gelten als therapeutisch wirksame Variablen, die jedoch nicht an ein spezifisches Therapiemodell gebunden sind [74].

Hier braucht es weitere Forschung, insbesondere durch RCT-Studien. Dabei wären ergänzende MRT- oder EEG-Studien sicherlich förderlich, um den unspezifischen Effekt hinsichtlich allgemeiner Wirkfaktoren oder Placebo-Effekte weiter zu untersuchen. Gerade im Hinblick auf die gefundene geringe Anwendertreue im ww-Prozess sollte hier auch eine fundierte Prozessevaluation, z.B. mittels validierten Messinstrumenten und Fragebögen zur Aufarbeitung der Coachingmethode ww, bedacht werden.

Die Einhaltung eines vorgegebenen Prozesses als auch die zukünftige Frage nach der Wirkweise von ww erscheinen relevant bzgl. der nicht unerheblichen Kosten eines ww-Coachings (120-180 €/h [72]), die durch den Klienten selbst getragen werden, auch wenn die Coaches im Interview von einer Anwendbarkeit der ww-Methode unabhängig vom sozialen Status ihrer Klienten berichten.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit sollen eine Sensibilität für zukünftige Untersuchungen mit oder zu der Methode ww schaffen. Zusammen mit der bereits erfolgten qualitativen Aufarbeitung in dieser Arbeit, könnte die Bereitschaft der ww-Anwender zur Umsetzung und damit das Umsetzungsergebnis gesteigert werden, was eine nachhaltige Verbesserung der ww-Methode fördern würde [50].

4.4 Diskussion der Fragestellung

Die vorliegende Studie untersuchte das Forschungsfeld ww bei Flugangst und hatte zum Ziel, neue Informationen sowohl über die Methode ww und ihre Anwendung bei Flugangst als auch Erkenntnisse über die Hintergründe von Flugangst zu gewinnen.

Coaching ist eine psychotherapienahe Intervention und scheint bei der Anwendung bei der in Deutschland weit verbreiteten Flugangst als Minimalanforderung eines Behandlungsansatzes nicht schädlich zu sein [72]. Aus dem Gesamtfeld Coaching wurde für die vorliegende Arbeit die ww-Methode für eine nähere Untersuchung ausgewählt. Die Eignung der ww-Methode für diese Untersuchung ergab sich insbesondere aus der Standardisierung ihres Vorgehens und somit Reproduzierbarkeit sowie auf Grund der kurzen Interventionsdauer.

Das Themenfeld Coaching ist sehr umfangreich und bietet trotzdem nur wenig Fachliteratur auf wissenschaftlich anerkannter Basis. Zu dem Themenfeld ww und insbesondere im Kontext von ww bei Flugangst gab es lediglich vereinzelte wissenschaftliche Untersuchungen.

Hier liegt das Ziel qualitativer Forschung: Die Untersuchung von Forschungsfeldern in einem hermeneutischen Prozess unter Beachtung des Prinzips der Offenheit. Demzufolge ist nicht eine zuvor formulierte Hypothese forschungsleitend, sondern das Verstehen und die Analyse der subjektiven Perspektive der Probanden [64]. Die Indikation des Forschungsprozesses, als ein weiteres Gütekriterium qualitativer Arbeit, war angesichts der Zielsetzung angemessen.

Die Stärke der vorliegenden Arbeit war die Erhebung von Daten, die so in Deutschland bisher nicht untersucht wurden. Durch das qualitative Studiendesign bot sich ein offener Zugang bei der Datenerhebung, sodass das Ziel der Theoriebildung und Hypothesenformulierung in einem bisher neuen Forschungsfeld erreicht werden konnte. Wie in der Zielsetzung der vorliegenden Studie formuliert, konnten entsprechend der gewählten Fragestellung sowohl Erkenntnisse zu den Hintergründen von Flugangst als auch zu der ww-Methode an sich abgeleitet werden.

4.5 Diskussion der Methode

Zur Erstellung der vorliegenden Arbeit wurde ein qualitatives Studiendesign gewählt. Es gab nur vereinzelte extern validierte oder unabhängige wissenschaftliche Literatur zu dem Thema ww bei Flugangst. Ein qualitativer Zugang unter dem Prinzip der Offenheit war naheliegend, um sich das Themenfeld ww in der Anwendung bei Flugangst zu erschließen. Hierzu wurden leitfadengestützte Interviews mit ww-Coaches durchgeführt. Der erstellte Interviewleitfaden sollte dabei verschiedene Aspekte eines ww-Coachings bei Flugangst breit abdecken.

Zu den bereits eingangs im Methodenteil erwähnten Gütekriterien qualitativer Forschung, s. Kap. 2.6, sollen in diesem Kapitel die Gütekriterien Relevanz und Limitation ergänzt werden. Die Relevanz beurteilt den pragmatischen Nutzen der Forschung, die Limitation grenzt den Geltungsbereich i.S. der Verallgemeinerbarkeit ein [91]. Hierzu sollen Stärken und Schwächen der vorliegenden Arbeit aufgezeigt werden.

4.5.1 Stärken

An der Studie nahmen 23 ww-Coaches teil. Die Stichprobe umfasste sowohl unterschiedliche Geschlechter als auch Altersstrukturen und Erfahrungsjahre im Coaching, wobei ww-Coaches ohne Erfahrung mit Coaching zum Thema Flugangst ausgeschlossen wurden, um eine thematische Eignung bei der Beantwortung der Interviewfragen sicherzustellen.

Generell gilt es bei qualitativen Interviews solange zu befragen, bis in den Interviews keine neuen Aspekte auftreten. Dies wird auch als theoretische Sättigung bezeichnet [38]. In der vorliegenden Arbeit konnte die erforderliche theoretische Sättigung erzielt werden, da zum Ende der Auswertung keine neuen Aspekte auftraten.

In der Durchführung und Datenauswertung liegt der qualitativen Forschung das Gütekriterium der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit zugrunde, in der die Neutralität des Untersuchers gefordert wird. Dieser Anforderung wurde entsprochen, die Untersucherin war zu jeder Zeit in einer neutralen Position, die Interviewfragen wurden neutral und offen formuliert und durch die unabhängige Kodierung konnte Intersubjektivität hergestellt werden. Durch den Aufbau der vorliegenden Arbeit wurde weiterhin der Forderung nach Transparenz entsprochen.

Mittels des gewählten Studiendesigns war es möglich Ergebnisse zu generieren und daraus Hypothesen gemäß der Fragestellung abzuleiten. Durch die leitfadengestützten Interviews wurden die Ergebnisse aus der Sicht und Erfahrung der befragten ww-Coaches heraus erhoben. Da die Ergebnisse aus den eigenen Antworten und geäußerten Bedürfnissen der befragten ww-Coaches abgeleitet wurden, ist eine hohe Akzeptanz der

generierten Hypothesen durch die ww-Coaches wahrscheinlich bzw. voraussichtlich zu erwarten.

4.5.2 Schwächen

Unter dem Gütekriterium der Reichweite (theoretische Relevanz bzw. Repräsentanz) soll nochmals auf die Auswahl der Stichprobe eingegangen werden. Für die Teilnahme an den Interviews wurden ww-Coaches auf freiwilliger Basis gesucht und es kann davon ausgegangen werden, dass sich hauptsächlich ww-Coaches mit positiven Erfahrungen in der Anwendung von ww gemeldet haben. Um die Erfahrungen von ww-Coaching bei Flugangst vollständig abzubilden und um mögliche Widersprüche aufzudecken, hätte es auch Interviews mit Coaches bedurft die sich aktiv gegen eine weitere Ausübung von ww entschieden haben. Da diese jedoch nicht mehr aktiv an die ww-Plattformen und Netzwerke angebunden sind, war eine Rekrutierung nicht möglich.

Bei den Interviewergebnissen handelte es sich um retrospektiv wiedergegebene Erinnerungen und persönliche Erfahrungen der ww-Coaches, die so nicht valide überprüft werden konnten. Hierdurch entsteht eine Erinnerungsverzerrung, die eine Schwäche dieser Arbeit darstellt.

Durch das qualitative leitfadengestützte Studiendesign konnten umfangreiche Daten generiert werden. Durch die breite Abdeckung verschiedener Aspekte eines ww-Coachings in der Anwendung bei Flugangst in den Interviewfragen gab es zwar viele Hypothesen, diese haben jedoch einen eng umschriebenen Geltungsbereich und sind nicht verallgemeinerbar.

4.6 Ausblick

Es konnten Hypothesen zu verschiedenen Themenkomplexen aus den Ergebnissen der qualitativen Arbeit generiert werden.

Hier könnte sich eine quantitative Arbeit mittels eines aus den Hypothesen erstellten Fragebogens anschließen. Dieser kann beispielsweise online allen ww-Coaches in Europa zugänglich gemacht werden, um eine repräsentative Stichprobe zu erreichen. So könnten die bisher aufgestellten Hypothesen priorisiert und überprüft werden.

5 Zusammenfassung

In vielen Berufsgruppen sind Flugreisen eine unabdingbare Voraussetzung. Häufig greifen Flugangst-Betroffene auf Alkohol oder Beruhigungsmittel zurück, wodurch körperliche Schäden entstehen können und eine nicht unerhebliche Suchtgefahr besteht. Dies wiederum führt zu einer Einschränkung der Lebensqualität und nicht zuletzt zu beruflichen Konsequenzen. Weiterhin birgt die Diagnose einer Flugangst nach ICD-10-GM als spezifische Phobie die Gefahr einer Stigmatisierung des Betroffenen durch die Diagnose einer psychischen Erkrankung.

Bisher bewährte Behandlungsmethoden sind die kognitive Verhaltenstherapie und die dazu gehörende Konfrontationstherapie. Eine weitere jüngere Behandlungsmethode ist EMDR. Im Coaching, als Sammelbegriff für psychotherapienahe Interventionen, könnte sich ein weiterer Behandlungsansatz bei Flugangst finden.

Das ww-Coaching stellt dabei eine reproduzierbare Coachingmethode dar, da es in seinem Ablauf in zwölf klare Prozessschritte standardisiert ist. Mittels einer Kombination von NLP, einem Myostatiktest und einer EMDR-nahen Intervention sollen individuelle Stressauslöser einer Flugangst identifiziert und über im Wachen induzierte REM-Phasen neutralisiert werden. Die Identifikation der Stressauslöser gelingt dabei über den Myostatiktest.

Ziel der vorliegenden Studie war es, Hypothesen zu den Hintergründen von Flugangst und zu der Coachingmethode ww zu generieren. Dazu wurde ein qualitatives Studiendesign gewählt und es wurden leitfadengestützte Interviews mit 23 ww-Coaches geführt. Die verschriftlichen Interviews wurden anschließend mittels qualitativer Inhaltsanalyse durch induktive Kategorienbildung nach Mayring kodiert und ausgewertet.

In den geführten Interviews konnten Ergebnisse zu den Themenfeldern „Hintergründe von Flugangst“, „ww bei Flugangst“, „ww-Klienten“ und „Anwendertreue und ww als Coaching-Methode“ gewonnen werden. Hieraus ließen sich im Wesentlichen drei Hypothesen ableiten:

1. Gründe und Auslöser einer Flugangst sind getrennt von der Ursache einer Flugangst zu betrachten. Die Ursache liegt als emotional belastendes Erlebnis jeglicher Art häufig in der Vergangenheit des Betroffenen. Die belastende Emotion ist der spätere Auslöser bei der Entstehung einer Flugangst. Diese Annahme wird durch das dem EMDR zugrundeliegende „Adaptive Information Processing“-Modell gestützt.

2. Schwächen und Grenzen eines ww-Coachings sind erreicht, wenn sich hinter der Flugangst eine weitere oder andere psychopathologische Störung als die angenommene Flugangst verbirgt. Es bedarf einer genauen Abgrenzung von indizierter Psychotherapie einerseits und dem Einsatz von (ww-) Coaching andererseits, da beide Methoden eng miteinander verknüpft sind und fließende Übergänge aufweisen.

3. Die festgestellte geringe Anwendertreue (fidelity) der ww-Coaches führt zu einer erschwerten Reproduzierbarkeit der Methode. Dies schränkt die theoretisch hohe Strukturierung der Prozessdurchführung im ww-Coaching ein. Auch wenn in dieser Arbeit explizit nicht die Wirksamkeit von ww untersucht wurde, finden sich in den qualitativen Ergebnissen Hinweise auf allgemeine Wirkeffekte im ww-Coaching. Diese können methodenbedingt nicht von unspezifischen Effekten differenziert werden.

Das Thema ww bei Flugangst erscheint relevant, wenn man die hohe Zahl der Flugangstbetroffenen sieht, und dies in Zusammenschau mit den langen Wartezeiten auf eine Psychotherapie für gängige Behandlungsmethoden einer Flugangst, wie beispielsweise kognitive Verhaltens- oder Konfrontationstherapie, bringt. Coaching weist eine enge Verknüpfung zur Psychotherapie auf und könnte als Schnittstelle das Gesundheitssystem in der Behandlung einer Flugangst entlasten. Hier scheint das ww-Coaching eine vielversprechende Coachingmethode zu sein, da es in seinem Aufbau einem strukturierten Prozess folgt und somit reproduzierbar ist. Unter dem Aspekt hoher selbstzutragender Kosten für die Klienten erscheint jedoch eine Verbesserung des strukturierten Prozesses notwendig durch eine erhöhte Anwendertreue seitens der ww-Coaches.

Die vorliegende Arbeit soll für das Thema ww bei Flugangst sensibilisieren und zu weiterer Forschung anregen. Es bedarf hier zwingend weiterer Untersuchungen in Form von RCTs sowie einer wissenschaftlichen prozessanalytischen Aufarbeitung der Coachingmethode ww.

Literaturverzeichnis

1. An M, Dusing SC, Harbourne RT, Sheridan SM (2020) What Really Works in Intervention? Using Fidelity Measures to Support Optimal Outcomes. *Phys Ther*. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzaa006>
2. Ärzteblatt DÄG Redaktion Deutsches (2018) EMDR wirkt ebenso gut wie Verhaltenstherapie bei Depressionen. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/98056/EMDR-wirkt-ebenso-gut-wie-Verhaltenstherapie-bei-Depressionen>. Zugegriffen: 14. Februar 2019
3. Aydin N, Fritsch K (2015) Stigma und Stigmatisierung von psychischen Krankheiten. *Psychotherapeut* 60:245–257. <https://doi.org/10.1007/s00278-015-0024-9>
4. Ball LE, Barnes KA, Crossland L et al Questionnaires that measure the quality of relationships between patients and primary care providers: a systematic review. <https://www.springermedizin.de/questionnaires-that-measure-the-quality-of-relationships-between/16279812>. Zugegriffen: 14. August 2020
5. Bentz D, Michael T, Margraf J (2009) Konfrontation und Exposition. *Psychiatr Psychother Up2date* 3:409–425
6. Berger M (2014) *Psychische Erkrankungen: Klinik und Therapie*, 5. Edition. Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH, München
7. Besser-Siegmund C, Siegmund H (2015) *wingwave-Coaching: Wie der Flügelschlag eines Schmetterlings Mit einer wingwave-CD.*, 3. Aufl. Junfermann Verlag, Paderborn
8. Besser-Siegmund-Institut Was ist wingwave? <https://wingwave.com/coaching/was-ist-wingwave.html>. Zugegriffen: 08. Januar 2019
9. Besser-Siegmund-Institut Myostatiktest. <https://wingwave.com/coaching/methodenelemente/myostatiktest.html>. Zugegriffen: 14. Februar 2019
10. Besser-Siegmund-Institut Bilaterale Hemisphärenstimulation, wie z.B. EMDR. <https://wingwave.com/coaching/methodenelemente/bilaterale-hemisphaerenstimulation-wie-zb-emdr/>. Zugegriffen: 28. Januar 2020
11. Besser-Siegmund-Institut Die Abkürzung zur Lösung – systemisches Kurzzeit-Coaching! <http://besser-siegmund.de/home.html>. Zugegriffen: 16. August 2020
12. Bibliographisches Institut Duden | Grund | Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Synonyme, Herkunft. <https://www.duden.de/rechtschreibung/Grund>. Zugegriffen: 08. Januar 2019
13. Bibliographisches Institut Duden | Aus-lö-ser | Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Synonyme. <https://www.duden.de/rechtschreibung/Ausloeser>. Zugegriffen: 08. Januar 2019
14. Bibliographisches Institut Duden | Trig-ger | Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Synonyme, Herkunft. <https://www.duden.de/rechtschreibung/Trigger>. Zugegriffen: 08. Januar 2019

15. Bibliographisches Institut Duden | Ur-sa-che | Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Synonyme, Herkunft. <https://www.duden.de/rechtschreibung/Ursache>. Zugegriffen: 08. Januar 2019
16. Bohne M PEP, EFT, TFT, EDxTM, Klopftherapie, Klopftechnik Dr. Michael Bohne. <https://www.dr-michael-bohne.de/was-ist-pep.html>. Zugegriffen: 01. Oktober 2020
17. Böning U (2005) Der Siegeszug eines Personalentwicklungs-Instruments. In: Rauen C (Hrsg) Handb. Coach., 3., überarb. u. erw. Hogrefe Verlag, Göttingen, S 26–53
18. Böning U (2014) Business-Coaching mit Führungskräften. In: Wegener R, Loebbert M, Fritze A (Hrsg) Coach.-Praxisfelder Forsch. Prax. Im Dialog. Springer Fachmedien, Wiesbaden, S 21–41
19. Booth A, Hannes K, Harden A et al (2015) COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies). *Int J Qual Methods*. <https://doi.org/10.1177/1609406915611528>
20. Bundesärztekammer (2011) Placebo in der Medizin: Herausgegeben von der Bundesärztekammer auf Empfehlung ihres Wissenschaftlichen Beirats., 1. Aufl. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln
21. Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz, Bundesamt für Justiz (1998) PsychThG - Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. <https://www.gesetze-im-internet.de/psychthg/BJNR131110998.html>. Zugegriffen: 06. Februar 2019
22. Bundespsychotherapeutenkammer Bp (2018) Ein Jahr nach der Reform der psychotherapie-Richtlinie.
23. Busscher B, Spinhoven P, de Geus EJC (2015) Psychological Distress and Physiological Reactivity During In Vivo Exposure in People With Aviophobia. *Psychosom Med* 77:762–774. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000209>
24. Campos D, Bretón-López J, Botella C et al (2016) An Internet-based treatment for flying phobia (NO-FEAR Airlines): study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0996-1>
25. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (2014) Neuro-Linguistic Programming for the Treatment of Adults with Post-Traumatic Stress Disorder, General Anxiety Disorder, or Depression: A Review of Clinical Effectiveness and Guidelines. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, Ottawa (ON)
26. Carletto S, Porcaro C, Settanta C et al (2019) Neurobiological features and response to eye movement desensitization and reprocessing treatment of posttraumatic stress disorder in patients with breast cancer. *Eur J Psychotraumatology*. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1600832>
27. Chand SP, Marwaha R (2020) Anxiety. *StatPearls*
28. Claßen J, Schnitzler A, Appenrodt P et al (2012) Interventionelle Neurophysiologie: Grundlagen und therapeutische Anwendungen., 1. Aufl. Thieme, Stuttgart
29. Costa RT, et al. da (2009) „Virtual Reality Exposure in the Treatment of Fear of Flying“. *Aviat Space Environ Med*. <https://doi.org/10.3357/ASEM.2277.2008>

30. dbvc Definition Coaching - Über uns - Der Verband - Deutscher Bundesverband Coaching e.V. <http://www.dbvc.de/der-verband/ueber-uns/definition-coaching.html>. Zugegriffen: 08. Januar 2019
31. De Jongh A, Ten Broeke E (2007) Treatment of Specific Phobias With EMDR: Conceptualization and Strategies for the Selection of Appropriate Memories. *J EMDR Pract Res*. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.1.1.46>
32. Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM) AWMF-Leitlinie „Angststörungen“; Kurzfassung. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-028.html>. Zugegriffen: 06. Februar 2019
33. DIMDI DIMDI - ICD-10-GM Version 2020. <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2020/block-f40-f48.htm>. Zugegriffen: 27. Januar 2020
34. DIMDI DIMDI - ICD-10-GM Version 2019. <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2019/block-f40-f48.htm>. Zugegriffen: 29. Januar 2019
35. Doering S (2011) DFP: Psychotherapie der Angststörungen. *J Für Neurol Neurochir Psychiatr* 12:348–353
36. Eichenberg C (2010) Application of „Virtual Realities“ in Psychotherapy: Possibilities, Limitations and Effectiveness. *Virtual Real*. <https://doi.org/10.5772/12914>
37. Ferrand M, Ruffault A, Tytelman X et al (2015) A Cognitive and Virtual Reality Treatment Program for the Fear of Flying. *Aerosp Med Hum Perform* 86:723–727. <https://doi.org/10.3357/AMHP.4211.2015>
38. Flick U, Kardorff E von, Steinke I (2015) *Qualitative Forschung: Ein Handbuch.*, 11. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg
39. Frederiksen HB, Kragstrup J, Dehlholm-Lambertsen B (2010) Attachment in the doctor–patient relationship in general practice: A qualitative study. *Scand J Prim Health Care* 28:185–190. <https://doi.org/10.3109/02813432.2010.505447>
40. Gaebel W (2004) Psychisch Kranke: Stigma erschwert Behandlung und Integration. *Dtsch Ärztebl*. <https://doi.org/10.1007/s00108-012-3069-7> [Heft 48]
41. Geiser F, Kleiman A, Albus C, Conrad R (2012) Angststörungen. *Internist* 53:1289–1295. <https://doi.org/10.1007/s00108-012-3069-7>
42. Gelbe Liste online Benzodiazepine. <https://www.gelbe-liste.de/wirkstoffgruppen/benzodiazepine>. Zugegriffen: 13. März 2020
43. Gemeinsamer Bundesausschuss Posttraumatische Belastungsstörungen: EMDR als Methode in der Psychotherapie anerkannt. <https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/557/>. Zugegriffen: 08. Januar 2019
44. Gensichen J, Linden M (2013) Psychische Gesundheit: Gesundes Leiden – die „Z-Diagnosen“. *Dtsch. Ärztebl*.
45. Gramatke C NLPedia. https://nlportal.org/nlpedia/wiki/Die_NLP_Enzyklop%C3%A4die. Zugegriffen: 30. September 2020

46. Grant AM, Cavanagh M (2007) Evidence-based coaching: Flourishing or languishing? *Aust Psychol.* <https://doi.org/10.1080/00050060701648175>
47. Grimholt T, Bonsaksen T, Bredal I et al (2019) Flight Anxiety Reported from 1986 to 2015. *Aerosp Med Hum Perform* 90:384–388. <https://doi.org/10.3357/AMHP.5125.2019>
48. Grimmer B, Neukom M (2010) Coaching und Psychotherapie: Grenzen und Gemeinsamkeiten. *Coach-Mag.* <https://doi.org/10.5167/uzh-46222>
49. Günther V, Haller C, Kinzl J (2002) Therapie der Flugangst. *Wien Med Wochenschr* 152:441–444. <https://doi.org/10.1046/j.1563-258X.2002.02070.x>
50. Handley M, Gorukanti A, Cattamanchi A (2016) Strategies for implementing implementation science: A methodological overview. *Emerg Med J* 33:emermed-2015. <https://doi.org/10.1136/emermed-2015-205461>
51. Hase M, Balmaceda UM, Ostacoli L et al (2017) The AIP Model of EMDR Therapy and Pathogenic Memories. *Front Psychol.* <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01578>
52. Hase M, Leutner S, Tumani V, Hofmann A (2013) Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Eine ungewöhnliche Form der Psychotherapie. *Dtsch Arztebl PP* 12:Seite 512
53. Häuser W, Hansen E, Enck P (2012) Nocebophänomene in der Medizin. *Dtsch Arztebl*:459–65. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2012.0459>
54. Hogrefe AG Dorsch Lexikon der Psychologie - Verlag Hans Huber - Stichwort Kausalität. <https://m.portal.hogrefe.com/dorsch/kausalitaet/>. Zugegriffen: 09. Januar 2019
55. Holm-Hadulla RM (2002) Coaching. *Psychotherapeut* 47:241–248. <https://doi.org/10.1007/s00278-002-0236-7>
56. Hopf C (2015) Qualitative Interviews - ein Überblick. In: Flick U, Kardorff E von, Steinke I (Hrsg) *Qual. Forsch. Ein Handb.*, 11. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg, S 349–360
57. Institut für Demoskopie Allensbach (2003) WIEDER MEHR FLUGREISEN Aber jede fünfte Frau leidet unter Flugangst. :4
58. Institut für, Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) Kognitive Verhaltenstherapie. <https://www.gesundheitsinformation.de/kognitive-verhaltenstherapie.2136.de.html>. Zugegriffen: 31. Januar 2019
59. Komarek I, Feustel B (2006) *Das NLP-Trainingsprogramm: Coachen Sie sich selbst: bessere Kommunikation effektives Selbstmanagement optimale Persönlichkeitsentwicklung Mit 50 Übungen.*, 4. Aufl. Südwest Verlag, München
60. Kötter T, Niebuhr F (2016) Resource-oriented coaching for reduction of examination-related stress in medical students: an exploratory randomized controlled trial. *Adv Med Educ Pract* 7:497–504. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S110424>
61. Krijn M, Emmelkamp P, Ólafsson R et al (2007) Fear of flying treatment methods: Virtual reality exposure vs. cognitive behavioral therapy. *Aviat Space Environ Med* 78:121–8

62. Künzli H (2009) Wirksamkeitsforschung im Führungskräfte-Coaching. *Organ Superv Coach*. <https://doi.org/10.1007/s11613-009-0116-x>
63. Long AA, Schweppe R (2009) *Praxisbuch NLP: Mit gezielten Übungen die eigenen Kräfte aktivieren und sich auf Erfolg programmieren.*, 10. Aufl. Südwest Verlag, München
64. Marx G, Wollny A (2009) Qualitative Sozialforschung–Ausgangspunkte und Ansätze für eine forschende Allgemeinmedizin. *Z Allg Med* 85:105–13
65. Mayring P (2015) Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick U, Kardorff E von, Steinke I (Hrsg) *Qual. Forsch. Ein Handb.*, 11. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg, S 468–475
66. Mello MM, Roche S, Greenberg Y et al (2020) Ensuring successful implementation of communication-and-resolution programmes. *BMJ Qual Saf*. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2019-010296>
67. Méndez-Ruette M, Linsam Barth S, Moraga-Amaro R et al (2019) The Role of the Rodent Insula in Anxiety. *Front Physiol*. <https://doi.org/10.3389/fphys.2019.00330>
68. Michael T, Munsch S, Margraf J (2009) Exposition und Konfrontation. In: *Enzykl. Psychol. - Psychother. Methoden*. Hogrefe Verlag, Göttingen, S 325–386
69. Monks - Ärzte im Netz GmbH Was ist Sucht? <https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/stoerungen-erkrankungen/suchterkrankung-stoffgebunden/was-ist-sucht/>. Zugegriffen: 28. September 2020
70. Naumenko K, Niebuhr F, Steinhäuser J (2020) Flugangst aus der Erfahrung von wingwave®-Coaches. *Prävent Gesundheitsförderung*. <https://doi.org/10.1007/s11553-020-00796-8>
71. Naumenko K, Steinhäuser J, Niebuhr F, Goetz K (2020) Short report: coaching as an intervention to treat mild form of fear of flying. *Psychol Health Med*:1–8. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1856391>
72. Niebuhr F, Naumenko K, Steinhäuser J (2020) Wingwave®-Coaching bei Flugangst – eine Fallserie. *Prävent Gesundheitsförderung*. <https://doi.org/10.1007/s11553-020-00793-x>
73. Niebuhr F, Wilfling D, Hahn K, Steinhäuser J (2018) Coaching aus der Perspektive der Allgemeinmedizin: Eine systematische Literaturrecherche. *Prävent Gesundheitsförderung* 13:91–96. <https://doi.org/10.1007/s11553-017-0636-8>
74. Pfammatter M, Junghan UM, Tschacher W (2012) Allgemeine Wirkfaktoren der Psychotherapie: Konzepte, Widersprüche und eine Synthese. *Psychotherapie* 17:17–31
75. Rapport F, Clay-Williams R, Churruca K et al (2018) The struggle of translating science into action: Foundational concepts of implementation science. *J Eval Clin Pract* 24:117–126. <https://doi.org/10.1111/jep.12741>
76. Rathschlag M (2013) SELF-GENERATED EMOTIONS AND THEIR INFLUENCE ON PHYSICAL PERFORMANCE. *Phil. Diss, Köln 2013*

77. Rathschlag M, Memmert D (2014) Reducing anxiety and enhancing physical performance by using an advanced version of EMDR: a pilot study. *Brain Behav* 4:348–355. <https://doi.org/10.1002/brb3.221>
78. Reichertz J (2015) Abduktion, Deduktion und Induktion in der qualitativen Forschung. In: Flick U, Kardorff E von, Steinke I (Hrsg) *Qual. Forsch. Ein Handb.*, 11. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg, S 276–286
79. Robert Koch Institut RKI - Themenhefte - Psychotherapeutische Versorgung. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/Psychotherapeutische_Versorgung.html?nn=2370692. Zugegriffen: 31. Januar 2019
80. Rother R Alles über EFT in deutscher Sprache. <https://www.eft-info.com/>. Zugegriffen: 01. Oktober 2020
81. Roux F, Djidjeli I, Durand J (2018) Functional architecture of the somatosensory homunculus detected by electrostimulation. *J Physiol* 596:941–956. <https://doi.org/10.1113/JP275243>
82. Rus-Calafell M, Gutiérrez-Maldonado J, Botella C, Baños RM (2013) Virtual reality exposure and imaginal exposure in the treatment of fear of flying: a pilot study. *Behav Modif* 37:568–590. <https://doi.org/10.1177/0145445513482969>
83. Schermuly CC, Schermuly-Haupt M-L, Schölmerich F, Rauterberg H (2014) Zu Risiken und Nebenwirkungen lesen Sie ...–Negative Effekte von Coaching. *Z Für Arb- Organ AO* 58:17–33. <https://doi.org/10.1026/0932-4089/a000129>
84. Schindler B, Abt-Mörstedt B, Stieglitz R-D (2017) Flugangst und Flugphobie: Stand der Forschung. *Verhaltenstherapie* 27:35–43. <https://doi.org/10.1159/000456024>
85. Shapiro F (1989) Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 20:211–217. [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(89\)90025-6](https://doi.org/10.1016/0005-7916(89)90025-6)
86. Shapiro F (2007) EMDR, Adaptive Information Processing, and Case Conceptualization. *J EMDR Pract Res* 1:68–87. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.1.2.68>
87. Singewald N, Schmuckermair C, Whittle N et al (2015) Pharmacology of cognitive enhancers for exposure-based therapy of fear, anxiety and trauma-related disorders. *Pharmacol Ther* 149:150–190. <https://doi.org/10.1016/j.pharmthera.2014.12.004>
88. Stangl W posttraumatische Belastungsstörung. <https://lexikon.stangl.eu/581/posttraumatische-stoerung/>. Zugegriffen: 23. Januar 2020
89. Stangl W Konfrontationstherapie. <https://lexikon.stangl.eu/1906/konfrontationstherapie/>. Zugegriffen: 23. Januar 2020
90. Statistisches Bundesamt (Destatis) *Wirtschaft und Statistik - Unfallstatistik – Verkehrsmittel im Risikovergleich*. <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Verkehr/Unfallstatistik122010.html>. Zugegriffen: 30. Januar 2019

91. Steinke I (2015) Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick U, Kardorff E von, Steinke I (Hrsg) Qual. Forsch. Ein Handb., 11. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg, S 319–331
92. Sturt J, Ali S, Robertson W et al (2012) Neurolinguistic programming: a systematic review of the effects on health outcomes. *Br J Gen Pract* 62:e757–e764. <https://doi.org/10.3399/bjgp12X658287>
93. Texter-Millott GmbH flugangst.de - Erfolg unserer Flugangst Seminare. <https://flugangst.de/seminar-erfolg>. Zugegriffen: 28. September 2020
94. Texter-Millott GmbH flugangst.de - Gruppenseminar für entspanntes Fliegen. <https://flugangst.de/gruppenseminar>. Zugegriffen: 31. Januar 2019
95. Theboom T, Beersma B, van Vianen AEM (2013) Does coaching work? A meta-analysis on the effects of coaching on individual level outcomes in an organizational context. *J Posit Psychol*. <https://doi.org/10.1080/17439760.2013.837499>
96. Tong A, Sainsbury P, Craig J COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist. https://www.elsevier.com/__data/promis_misc/ISSM_COREQ_Checklist.pdf. Zugegriffen: 16. August 2020
97. Triscari MT, Faraci P, Catalisano D et al (2015) Effectiveness of cognitive behavioral therapy integrated with systematic desensitization, cognitive behavioral therapy combined with eye movement desensitization and reprocessing therapy, and cognitive behavioral therapy combined with virtual reality exposure therapy methods in the treatment of flight anxiety: a randomized trial. *Neuropsychiatr Dis Treat*:2591. <https://doi.org/10.2147/NDT.S93401>
98. Tu Y, Park J, Ahlfors SP et al (2019) A neural mechanism of direct and observational conditioning for placebo and nocebo responses. *NeuroImage* 184:954–963. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2018.10.020>
99. Universität zu Lübeck Lübeck University Students Trial - LUST. <https://www.lust.uni-luebeck.de/forschungsprojekte/luebeck-university-students-trial-lust.html>. Zugegriffen: 10. Februar 2021
100. Van Gerwen LJ, Spinhoven P, Van Dyck R (2006) Behavioral and cognitive group treatment for fear of flying: A randomized controlled trial. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 37:358–371. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2006.05.002>
101. de Voogd LD, Kanen JW, Neville DA et al (2018) Eye-movement intervention enhances extinction via amygdala deactivation. *bioRxiv*. <https://doi.org/10.1101/282467>
102. Wannemueller A (2019) Fliegen gegen Flugangst. *Lufth. Polit.*
103. Wilhelm FH, Roth WT (1998) Akute und verzögerte Effekte von Alprazolam auf Flugphobiker während Exposition in vivo. *Verhaltenstherapie*:38–47. <http://dx.doi.org/10.1159/000030624>
104. Zaharia C, Reiner M, Schütz P (2015) Evidence-based Neuro Linguistic Psychotherapy: a meta-analysis. *Psychiatr Danub* 27:355–363

Eigene Publikationen

Aus der Dissertation hervorgegangene Publikation:

1. Naumenko, K., Niebuhr F., Steinhäuser, J. (2020). **Flugangst aus der Erfahrung von wingwave®-Coaches.** Prävent Gesundheitsförderung. <https://doi.org/10.1007/s11553-020-00796-8>. [70]

Im Zusammenhang mit der Dissertation hervorgegangene Publikationen:

2. Naumenko K, Steinhäuser J, Niebuhr F, Goetz K (2020). **Short report: coaching as an intervention to treat mild form of fear of flying.** Psychol Health Med:1–8. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1856391> [71]
3. Niebuhr F., Naumenko, K., Steinhäuser, J. (2020). **Wingwave®-Coaching bei Flugangst – eine Fallserie.** Prävent Gesundheitsförderung. <https://doi.org/10.1007/s11553-020-00793-x>. [72]

I. Teilnehmerinformation



Teilnehmerinformation und Einwilligungserklärung

Interviews zur Prozessevaluation der Studie „Wingwave-Coaching gegen Flugangst – eine Pilotstudie mit Vielfliegern (wingwave-fly-Studie)“

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie haben sich bereit erklärt innerhalb der Studie „Wingwave-Coaching gegen Flugangst – eine Pilotstudie mit Vielfliegern“ Personen mit Flugangst zu coachen. Vielen Dank dafür! Begleitend zu dieser Studie möchten wir Ihre Erfahrungen mit der Coaching-Methode Wingwave bei Menschen mit Flugangst durch Interviews erheben. Durch Ihre Teilnahme helfen Sie uns, die Ergebnisse der Wingwave-Fly-Studie besser interpretieren zu können sowie Vor- und Nachteile dieser Methode in der Anwendung bei Flugangst näher zu beleuchten.

Durchführung der Interviews

Das Interview, welches mit Ihnen geführt wird, erfolgt telefonisch nach vorheriger Terminvereinbarung. Es wird ca. 20 min dauern. Das Gespräch wird auf Tonband aufgezeichnet und für die anschließende Analyse verschriftlicht. Ihre Daten werden dabei pseudonymisiert*, sodass eine Zuordnung Ihrer Daten zu Ihrer Person für Außenstehende unmöglich ist.

Weitere Informationen zur Studie

Die Teilnahme an dieser Studie ist selbstverständlich freiwillig und Sie können Ihre Teilnahme jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Konsequenzen für Sie beenden. Wenn Sie die Studienteilnahme abbrechen, haben Sie das Recht, die Löschung Ihrer bis dahin gesammelten Daten zu verlangen. Wenn Sie bei Rücktritt

Version 1: 21.12.2016

Teilnehmerinformation und Einwilligungserklärung
Prof. Dr. Jost Steinhäuser · Institut für Allgemeinmedizin
Ratzeburger Allee 160 · 23538 Lübeck
Tel.: 0451 3101-8000 · Fax: 0451 3101-8004

nicht auf eine Löschung bestehen, werden Ihre bisher erhobenen Daten unwiderruflich anonymisiert, d.h. eine Zuordnung zu Ihrer Person ist nicht mehr möglich.

Datenschutzrechtliche Informationen

Die Datenerhebung erfolgt zum Zweck des oben genannten Forschungsvorhabens. Ihre Daten werden in pseudonymisierter Form* elektronisch gespeichert und ausgewertet. Die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes werden eingehalten. Zugriff auf Ihre Daten haben nur Mitarbeiter der Studie. Diese Personen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Daten sind vor fremdem Zugriff geschützt. Dritte erhalten keinen Einblick in Originalunterlagen. Bei der Veröffentlichung von Studienergebnissen wird Ihr Name ebenfalls nicht genannt. Nach Beendigung der Studie werden Ihre Daten unwiederbringlich gelöscht.

Die Ethikkommission der Universität zu Lübeck hat im Rahmen des Ethikvotums vom 03.02.2017 keine Bedenken an der Durchführung dieser Studie geäußert.

Sollten Sie weitere Fragen bezüglich der Studie haben, wenden Sie sich bitte an die Studienleitung: Prof. Dr. med. Jost Steinhäuser, Institut für Allgemeinmedizin, Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck, Tel. 0451 3101-8000.

[* Pseudonymisierung bedeutet Verschlüsselung von Daten ohne Namensnennung nur mit Buchstaben und ggf. mit dem Geburtsdatum codiert. Die Zuordnung der Daten zu einer Person ist nur möglich, wenn hierfür der Schlüssel eingesetzt wird, mit dem die Daten verschlüsselt wurden.]

Version 1: 21.12.2016

Teilnehmerinformation und Einwilligungserklärung
Prof. Dr. Jost Steinhäuser · Institut für Allgemeinmedizin
Ratzeburger Allee 160 · 23538 Lübeck
Tel.: 0451 3101-8000 · Fax: 0451 3101-8004

II. Transkriptionsregeln des Instituts für Allgemeinmedizin

Dateiname

Projektname_I (für Interview) oder FG (für Fokusgruppen)_Datum_Pseudonym (bei Interviews)

Standard-Formatierungen

Arial, Schriftgröße 11

1,5-zeilig

Blocksatz

Seitenzahlen und durchlaufende Zeilennummerierung (jedes Transkript beginnt mit Zeile 1)

neuer Absatz bei Sprecherwechsel

Zeitmarken

nach jedem Absatz (d.h. bei jedem Sprecherwechsel) und nach unverständlichen/unsicher transkribierten Äußerungen

Sprecherbezeichnung bei Fokusgruppen und Interviews

Interviewer (I)

Befragter (TN) mit Kennnummer bei mehreren Befragten (z.B. TN1, TN5)

Sprechpausen

- Pause jeder Länge

Intonation

nein Unterstreichung bei sehr auffälliger Betonung

Satzzeichen zur Verdeutlichung der Intonation werden bei allen rhythmischen und syntaktischen Einschnitten des Redeverlaufs gesetzt, d.h. unabhängig von grammatikalischen Zeichensetzungsregeln:

- ? stark steigende Intonation (Fragen und steigend endende Stimmführung)
- . stark sinkende Intonation (Abgeschlossener Gedanke)
- , schwach steigende Intonation (kurzes Zögern, Gedanke wird aber fortgesetzt)
- ... schwach sinkende Intonation (abgebrochener Gedanke, gefolgt von einem anderen)
- : stark sinkende Intonation (Ankündigung einer ausführlichen Darstellung)

(doch) Vermuteter Wortlaut: Schlecht verständliche Äußerungen und/oder bei Unsicherheit

(5) Unverständliche Äußerungen
Die Nummer entspricht der Dauer der unverständlichen Äußerung in Sekunden.

> Von anderen Teilnehmern unterbrochene Sätze, die nach der Unterbrechung beendet werden

[stöhnt] Kommentare oder Anmerkungen zu parasprachlichen, nicht-verbalen oder gesprächsexternen Ereignissen

< Name > Statt dem Namen verwenden des Pseudonyms (falls der TN durch Nennung eines Ortes oder einer Institutionen identifizierbar wird, sollte dieses ebenfalls nicht mit transkribiert werden: < Ort >, < Bank >, etc.)

Statt „Mhm“ „Zustimmendes Geräusch“

Statt „Mhmh“ „Ablehnendes Geräusch“

Zustimmende oder bestätigende Lautäußerungen der Interviewer (mhm, aha) werden nicht transkribiert, sofern sie den Redefluss der befragten Person nicht unterbrechen.

Verzögerungssignale (äh, ähm, öh, ah, etc.) werden nicht transkribiert.

Kennzeichnung von besonders deutlichen Überschneidungen bei gleichzeitigem Sprechen:

Befragter1: Text Text [Textüberschneidung.

Befragter2: Textüberschneidung] Text Text.

Wird in der Aufnahme wörtliche Rede zitiert, wird das Zitat in Anführungszeichen gesetzt ohne weitere Formatierung und Hervorhebung.

Einwürfe einer anderen Person, die den Redefluss nicht unterbrechen, werden unter Angabe seiner Kennung im laufenden Text in Klammern gesetzt, z.B. TN1: Ich beginne meine Untersuchung immer mit einer freundlichen Vorstellung (TN4: Achso, ja.) und dann gehe ich zur Anamnese über.

Die Satzstellung der Sprecher wird in der Regel wie gesprochen transkribiert; auf die Transkription von Stottern etc. wird jedoch verzichtet.

Die Transkription orientiert sich am hochdeutschen Wort. Mundart wird dann übernommen, wenn es keinen hochdeutschen Ausdruck dafür gibt, oder wenn es im Kontext sinnvoll erscheint. Sprache und Interpunktion werden leicht geglättet, d.h. dem Schriftdeutsch angenähert („Er hatte noch so'n Buch genannt.“ -> „Er hatte noch so ein Buch genannt.“)

III. COREQ-Checkliste

(COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist [96]

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
Domain 1: Research team and reflexivity			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	20/21
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	21
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	21
Gender	4	Was the researcher male or female?	21
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	21
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	21
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	21
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	21
Domain 2: Study design			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	18/19/20
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	20
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	20/21
Sample size	12	How many participants were in the study?	20
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	20
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	20/21
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	20/21
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	20+25
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	21
Repeat interviews	18	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	20/21
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	21
Duration	21	What was the duration of the interviews or focus group?	25
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	50
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or	

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
		correction?	
Domain 3: analysis and findings			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	22/23/24
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	23/24
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	22/23/24
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	23
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	25 ff.
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	25 ff.
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	25 ff.

IV. Positives Ethikvotum



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

Universität zu Lübeck · Ratzeburger Allee 160 · 23538 Lübeck

Herrn
Prof. Dr. med. Steinhäuser
Direktor des Institutes für Allgemeinmedizin

im Hause

Ethik-Kommission

Vorsitzender:
Herr Prof. Dr. med. Alexander Katalinic
Universität zu Lübeck
Stellv. Vorsitzender:
Herr Prof. Dr. med. Frank Gieseler
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck

Sachbearbeitung: Frau Janine Erdmann
Tel.: +49 451 3101 1008
Fax: +49 451 3101 1024

ethikkommission@uni-luebeck.de

Aktenzeichen: 15-329

Datum: 03. Februar 2017

Wingwave-Coaching gegen Flugangst – eine Pilotstudie mit beruflichen Vielfliegern Hier: Amendment – Ihr Schreiben vom 21. Dezember 2016

Sehr geehrter Herr Prof. Steinhäuser,

die Ethik-Kommission nimmt das Amendment zustimmend zur Kenntnis.

Folgende Unterlagen haben vorgelegen:

- Ihr Schreiben vom 21. Dezember 2016
- Studienprotokoll, 4. Version vom 21.12.2016
- Teilnehmerinformation und Einwilligungserklärung für Coaches, 1. Version vom 21.12.2016
- Interviewleitfaden, 1. Version vom 21.12.2016.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Alexander Katalinic
Vorsitzender

V. Einverständniserklärung

Einwilligungserklärung

Interviews zur Prozessevaluation der Studie
„Wingwave-Coaching gegen Flugangst – eine Pilotstudie mit
Vielfliegern (wingwave-fly-Studie)“

Name, Vorname: (ggf. Titel)	
Geburtsjahr:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich
Anschrift:	
Coach seit	Jahren
Telefon:	
E-Mail:	

- Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich an der oben genannten Studie teilnehme. Meine Teilnahme erfolgt freiwillig. Des Weiteren bestätige ich, dass ich das Informationsblatt zur Studie schriftlich erhalten, gelesen und verstanden habe sowie mündlich über die Studie aufgeklärt wurde.
- Ich wurde über meine Datenschutzrechte informiert. Mit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner Daten sowie der Übermittlung im Rahmen der Studie bin ich einverstanden.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Diskussion digital mit einem Tonbandgerät aufgezeichnet und in pseudonymisierter* Form von dem Institut der Allgemeinmedizin der Universität zu Lübeck ausgewertet und veröffentlicht wird.

Version 1: 21.12.2016

Teilnehmerinformation und Einwilligungserklärung
Prof. Dr. Jost Steinhäuser · Institut für Allgemeinmedizin
Ratzeburger Allee 160 · 23538 Lübeck
Tel.: 0451 3101-8000 · Fax: 0451 3101-8004

- Ich kann diese Teilnahme- und Einverständniserklärung gegenüber dem Institut der Allgemeinmedizin jederzeit, ohne Angabe von Gründen zurückziehen. Daraus entstehen keinerlei Nachteile für mich.
- Bei Rücktritt von der Studie kann auf Wunsch bereits gewonnenes Datenmaterial vernichtet werden. Ich kann mich beim Ausscheiden aus der Studie entscheiden, ob ich mit der Auswertung des Materials bzw. der Studiendaten einverstanden bin oder nicht. Sollte ich zu einem späteren Zeitpunkt meine Entscheidung ändern wollen, setze ich mich mit dem Studienleiter in Verbindung.
- Nach Beendigung der Studie werden die digitalen Aufzeichnungen unwiederbringlich gelöscht.

Ich erhalte eine Kopie dieser Einwilligungserklärung und das Original verbleibt bei der Studienleitung.

Datum

Unterschrift Teilnehmerin/Teilnehmer

Name des Aufklärenden:

Datum

Unterschrift des Aufklärenden

[*Pseudonymisierung bedeutet Verschlüsselung von Daten ohne Namensnennung nur mit Nummern und ggf. mit dem Geburtsdatum codiert. Die Zuordnung der Daten zu einer Person ist nur möglich, wenn hierfür der Schlüssel eingesetzt wird, mit dem die Daten pseudonymisiert wurden.]

Version 1: 21.12.2016

Teilnehmerinformation und Einwilligungserklärung
Prof. Dr. Jost Steinhäuser · Institut für Allgemeinmedizin
Ratzeburger Allee 160 · 23538 Lübeck
Tel.: 0451 3101-8000 · Fax: 0451 3101-8004

Danksagung

Ich bedanke mich herzlich bei Herrn Prof. Dr. med. Jost Steinhäuser für die Möglichkeit in dem Institut für Allgemeinmedizin der Universität zu Lübeck zu promovieren und dafür, dass er mir das Forschungsthema überlassen hat. Mein tiefster Dank gilt ihm allerdings für seine Rolle als Doktorvater, in der er mich zu jeder Zeit beraten und mit Rücksicht auf meine individuelle Lebensplanung unterstützt sowie durch seinen bewundernswerten und begeisternden Forschungsdrang stets motiviert hat.

Darüber hinaus danke ich allen Kollegen des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität zu Lübeck für die Unterstützung, insbesondere Frau Lydia Rosskamp, und persönlich möchte ich Frau Dr. Lisa-Marie Weimayr für die gemeinsame Erstellung der Konsensusversion dieser Studie danken.

Ein besonderer Dank gilt Frau PD Dr. phil. Dipl. Soz. Katja Götz für die Seminare, die mich während meiner Dissertationszeit begleitet haben. Der fachliche Austausch im Seminar sowie die Inhalte der Vorträge waren bei der Erstellung dieser Arbeit sehr wertvoll.

Ebenso möchte ich Herrn Dr. med. Frank Niebuhr für den fachlichen Austausch sowie die gemeinsame Erstellung der aus dieser Arbeit hervorgegangenen Publikationen danken.

Ohne die Bereitschaft der wingwave-Coaches, sich meinen Fragen offen zu stellen, wäre diese Arbeit nicht zustande gekommen. Ich möchte mich an dieser Stelle bei der Gesellschaft für Neurolinguistisches Coaching e.V. Hamburg bedanken, die diese Arbeit unterstützt hat. Frau Cora Besser-Siegmund des Besser-Siegmund Instituts Hamburg gilt hier ein besonderer Dank.

Mein größter Dank gilt schließlich meiner Familie für ihre liebevolle Unterstützung, Förderung und ihr bedingungsloses Vertrauen. Meinen wundervollen Eltern Regina und Norbert Naumenko, meinem Bruderherz Sebastian Naumenko und meiner Großmutter Margot Schmidt. Meinem Ehemann Dr. jur. Marco Djordjevic danke ich von Herzen für den gemeinsamen Weg zum „Dres.“, das mühevollen Korrekturlesen und seine unermüdliche Zuversicht.

Kristina Djordjevic