

Flugangst als Phobie

Wissenschaftliche Fakten zum Thema „Flugangst“

© Dipl.Päd. Frank Eisenberg, 2005

1. Der Zusammenhang zwischen Angst und Flugangst

Unter Flugangst (Aviophobie) versteht man eine anhaltende und unangemessene Furcht vor dem Fliegen, die zu dem drängenden Wunsch führt, dasselbe zu vermeiden (Bayaz/Krefting 1993). Im Mittelpunkt des Erlebens steht in den meisten Fällen eine Reihe von unangenehmen, körperlichen Reaktionen. Die Aviophobie macht sich bei den Betroffenen mit den bereits unter 2.1 genannten Symptomen, wie z.B. Herzrasen, Hyperventilation, Zittern etc. bemerkbar. Flugangst kann aber auch sehr unterschiedlich erlebt werden. Viele fürchten sich bereits eine Woche vor dem Flug, verlieren ihren Appetit und weigern sich, Reisevorbereitungen zu treffen. Andere werden erst am Flughafen unruhig. Bei wiederum anderen tritt Angst erst auf, wenn sie das Flugzeug betreten oder sich anschnallen. Oft besteht die Angst auch während einer bestimmten Flugphase, z.B. bei Start, Landung oder ganz speziell bei Turbulenzen (Kinnunen 1996).

Krefting unterteilt die Ursachen der Flugangst generell in drei Bereiche:

- Das Flugzeug als Objekt der Angst

Menschen mit Flugangst fragen z.B., wie ein Jumbo mit 380 Passagieren und über 350 Tonnen Startgewicht überhaupt fliegen kann. Sie fürchten sich vor bestimmten Geräuschen während des Fliegens, bzw. wenn diese sich verändern. Im Gegensatz zu der beeindruckenden Größe eines Verkehrsflugzeugs macht vielen offensichtlich die wahrgenommene und erlebte Enge in der Kabine zu schaffen.

- Die Luft als aerodynamisches Medium

Die Luft ist nicht sichtbar und während des Fluges nur bei Turbulenzen spürbar. Der erdgebundene Mensch fühlt sich in dem gasförmigen Aggregatzustand nicht heimisch. Ihm ist im wahrsten Sinne des Wortes der Boden unter den Füßen weggezogen worden und er „hängt“ in der Luft.

- Der Mensch als subjektiver Faktor

Hierbei spricht Krefting vor allem die individuelle Lebens- und Lerngeschichte an. Bestimmte Erfahrungen und Erlebnisse führen zu einem bestimmten Verhalten.

Kinnunen nennt darüber hinaus noch weitere, psychologisch wichtige Faktoren:

- Angst aufgrund mangelnder Informationen

Dieses ist die Angst vor dem Unbekannten. Solch eine Angst haben oftmals Personen, die selten oder noch nie geflogen sind. Unwissenheit führt folglich zur Angst, weil diese Menschen z.B. nicht wissen, warum ein Flugzeug überhaupt fliegen kann oder dass Turbulenzen recht harmlos bewegte Luftmassen darstellen. Ähnlich wie Krefting das Flugzeug als Objekt der Angst betrachtet, betont Kinnunen noch Aspekte, die das Fliegen „indirekt“ betreffen, z.B. die individuelle Lebensbiographie der einzelnen Person, insbesondere das Erfahrungslernen.

- Traumatische Erlebnisse

Traumatische Erlebnisse, wie z.B. der plötzliche Tod einer nahestehenden Person oder durch ein nicht erwartetes Durchstartmanöver des Flugzeugs lassen Menschen nicht mehr zur Ruhe kommen. Diese Erlebnisse müssen nicht zwangsläufig mit der Fliegerei zusammenhängen. Oftmals werden gewisse Schreckensbilder ins Bewusstsein durch ähnliche Situationen ins Gedächtnis gerufen und lösen die Angst aus (generalisierte Angst).

- Stress

Angst und Stress haben vieles gemeinsam:

Aktivierung des Körpers auf „Kampf“ oder „Flucht“, Ausschüttung der Stresshormone Adrenalin, Kortisol etc.. Ein erfolgreicher Geschäftsmann beispielsweise, der immer in Eile ist und kaum Zeit für seine Familie, geschweige denn für sich selbst hat, ist verantwortlich für seinen Betrieb. Nun fliegt er nach New York, um einen Vertrag auszuhandeln, der über die Zukunft seiner Firma entscheiden wird. Im Flugzeug ist er sehr nervös und spannungsgeladen, hat keinen Appetit, raucht eine Zigarette nach der anderen und bestellt sich mehrere Cognacs. Sein Herz beginnt zu rasen, er fühlt eine unangenehme Enge und möchte am liebsten aus dem Flugzeug raus, um dieser ganzen Situation zu entkommen. Seine reale Wahrnehmung wird durch die Wirkung des Alkohols weiter eingeschränkt. Er fühlt sich vollkommen erledigt. Den Grund für sein Unwohlsein sieht er im Fliegen, anstatt seine eigenen Lebensumstände einmal genauer zu untersuchen. Reisetstress führt folglich in diesem Fall auch zur Angst.

- Kontrollverlust und Hilflosigkeit

Viele Menschen, die unter Flugangst leiden, berichten von Schwierigkeiten, sich anderen Menschen anzuvertrauen. Der Passagier wird von dem Gefühl geplagt, dass er keine Kontrolle über die aktuelle Situation hat. Er fühlt sich fremden Menschen ausgeliefert, die er

noch nie in seinem Leben gesehen hat. Diese Personen fahren beispielsweise widerwillig Taxi, setzen sich aber liebend gern selbst ans Steuer und rasen mit 200 über die Autobahn.³

Interessant ist die Untersuchung von Gründen der Flugangst nach Möller (University of Psychology, Stellenbosch, South Africa; 1998): 37 % hatten Angst vor dem Kontrollverlust, 34 % Angst vor einem möglichen Absturz und 13 % Angst vor der Höhe bzw. auch dem „unsichtbaren Medium Luft“. Bei dieser Untersuchung waren 38 Menschen mit Flugangst im Rahmen einer virtuellen Exposition befragt und beobachtet worden. Möller klassifiziert die Flugangst als eine spezifische Phobie nach DSM IV, situationsbezogen und als eine nicht „klassische Phobie“, da die Flugangst sich immer aus verschiedenen beziehenden Ängsten zusammensetzt.

2. Flugangst und andere spezifische Phobien

Die Angst vor dem Fliegen geht gleichzeitig mit folgenden bestehenden Phobien einher (Kinnunen 2001 et al.):

- Klaustrophobie

Die Angst vor geschlossenen Räumen findet sich sehr häufig parallel zur Flugangst. Die Enge und Abgeschlossenheit der Flugzeugkabine, Fahrstühle, Sessellifte mit geschlossenen Kabinen, Kinosäle, U-Bahnen, Züge, Busse, Straßenbahnen und Tunnel; all diese Situationen können intensive Angst auslösen. Gemeinsam ist allen Gegebenheiten die Empfindung, eingeschlossen zu sein und die Situation u. U. nicht sofort verlassen zu können, wenn die Person dies will.

- Akrophobie

Akrophobie bezeichnet Höhenangst. Angstauslöser sind Situationen wie der Aufenthalt auf einem Turm, einem Hochhaus, einem Balkon, auf einer Brücke oder an einem steilen Abhang. Höhenangst muss nicht zwangsläufig auch beim Fliegen auftreten. Manche Menschen verspüren Höhenangst nur dann, wenn Sie sich im Freien aufhalten, z.B. auf einer Aussichtsplattform. Stehen Sie dagegen hinter einer Glasscheibe im Inneren eines Hochhauses, kommt es zu keiner Angstreaktion. Im Flugzeug fehlt der Bezug nach außen, die Höhe wird nicht als unmittelbar erlebt und wird daher für diese Menschen auch nicht bedrohlich sein. In den Seminaren für entspanntes Fliegen waren häufig Teilnehmer ohne Flugerfahrung oder mit geringer Flugerfahrung, die aufgrund ihrer Höhenangst nicht gewagt hatten, aus dem Fenster zu sehen. Ermutigt, dies zu versuchen, waren sie überrascht, dass die Erfahrung keine Angst auslöste. Dennoch besteht häufig ein Zusammenhang zwischen

Flugangst und Höhenangst, mehr als die Hälfte der Flugphobiker leiden auch unter Angst vor der Höhe.

-Soziale Ängste

Die Angst, sich in sozialen Situationen zu blamieren, betrifft ebenfalls einen Teil der Flugängstlichen. Der zentrale Angstauslöser ist hier, dass andere Menschen ihre Angst wahrnehmen und sie sich blamieren könnten. Es ist den Betroffenen äußerst unangenehm, in einem beengten Flugzeug zwischen fremden Menschen zu sitzen. Die Vorstellung, andere könnten beispielsweise wahrnehmen, wie ihre Hand zittert, kann so große Angst auslösen, dass das Fliegen aus diesem Grunde vermieden wird.

Auf weitere Phobien, z.B. die Angst vor der Angst (Phobophobie) und die sogenannten Vermeidungsstrategien (u.a. Alkohol und Medikamente) wird in der Dissertation eingegangen, insbesondere die Frage, in welchem Zusammenhang diese mit der Aviophobie stehen.

3 Verhaltenstherapeutische Interventionen bei Angstpatienten

3.1 Systematisch deskriptive Daten im Zusammenhang mit dem Erscheinungsbild von Angstanfällen

Die zur Zeit gültige vierte textrevidierte Version des „Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen“ der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (DSM IV-TR APA 2003) operationalisiert das Paniksyndrom über die Anzahl der Symptome während eines Angstanfalls und der Auftretenswahrscheinlichkeit dieser Angstanfälle. Während eines Anfalls müssen mindestens vier von 13 aufgelisteten körperlichen und kognitiven Symptomen auftreten. Weiterhin fordert das DSM, dass zumindest manchmal die Symptome unerwartet, „aus heiterem Himmel“ innerhalb von 10 Minuten nach dem ersten Symptom vorhanden sind. Für die Diagnose eines Paniksyndroms müssen innerhalb von vier Wochen mindestens vier Angstanfälle aufgetreten sein, oder der Betroffene muss sich im Anschluss an einen Angstanfall über vier Wochen und länger Sorgen über das Auftreten eines weiteren Angstanfalls gemacht haben. Tritt neben den Angstanfällen auch Vermeidungsverhalten auf, wird nach dem DSM IV ein Paniksyndrom mit Agoraphobie diagnostiziert (DSM IV-TR, APA 2003).

Systematisch erhobene deskriptive Daten zur Art der Symptome und der Intensität der Angst während eines Angstanfalls existieren nur in begrenztem Ausmaß. Übereinstimmend zeigen aber diese Studien anhand retrospektiver und unmittelbar nach dem Anfall durchgeführter Befragungen, dass Herzklopfen, -rasen, Schwindel, Benommenheit und Atemnot die am

häufigsten wahrgenommenen Symptome sind (Margraf et al. 1987, Barlow 1988, Margraf 1989, Basoglu et al. 1992). In mehreren Studien wurden mit Hilfe von tragbaren Messgeräten in der natürlichen Umgebung der Patienten physiologische Messungen während eines Angstanfalls durchgeführt (Taylor et al. 1986, Margraf 1989). Diese Studien erbrachten interessante Erkenntnisse: Panikpatienten zeigten nur vereinzelt drastische Anstiege in der Herzfrequenz. Es zeigt sich eine deutliche Diskrepanz zwischen tatsächlicher körperlicher Erregung während der Angstanfälle und dem subjektiven Erleben dieser Symptome. Diese Diskrepanz weist darauf hin, dass körperlicher Symptome von Panikpatienten als besonders bedrohlich bewertet werden.

3.2 Therapie und Intervention bei Flugangst

Psychologische Interventionen im Sinne der Verhaltenstherapie haben sich auch im Bereich der Aviophobie bewährt, dieses zeigen des weiteren die Rückmeldungen der Teilnehmer der Seminare auf. Offensichtlich sind nach den recherchierten Angaben sowie der Meinung von mehreren Experten in diesem Bereich etwa als 80 % aller Teilnehmer nach dem Seminar geflogen. Darüber hinaus geht es in einem zweiten Schritt darum, ob und wie die Wirksamkeit durch eine individualspezifische Intervention noch weiter gesteigert werden kann. Gerade deshalb, weil Flugangst oftmals mehrere vielseitige Probleme an den Tag bringen, z.B. durch ein traumatisches Erlebnis aus der Kindheit oder die Verknüpfung mit anderen Ängsten (Kinnunen et. Al 1994, 200 ff.).

Was wird genau getan, um den Menschen die Flugangst zu nehmen?

Wichtig ist als erstes die *technische Information* über das Fliegen, ganz elementar damit angefangen, warum ein Flugzeug überhaupt fliegen kann. Die Information erstreckt sich im Bereich Technik über alle relevanten Bereiche von Start bis zur Landung. Fehlende Information macht bekanntlich Angst. Genau hier sollte die Information ansetzen, den Teilnehmer dort abholen, wo er mit seinen Fragen und Problemen steht.

Der zweite Schritt sind Informationen darüber, was Angst überhaupt ist, wie sie entsteht und wofür Angst auch nützlich ist. In einem so genannten *kognitiven Teil* geht es darum, die irrationalen und negativen Gedanken der Teilnehmer möglichst in positive umzuwandeln.

Entspannungsübungen und Atemtechniken sollen helfen, die Kontrolle über den eigenen Körper zu erlangen, bereits im Vorfeld des Fliegens, um z.B. möglichst auch einer Panikattacke vorzubeugen. In diesem Fall hilft erfahrungsgemäß eine Atemtechnik, die das bewusste tiefe Atmen unterstützt (Hand auf den Bauch, bewusst darauf zu achten, tief zu atmen), um einer eventuellen Hyperventilation vorzubeugen.

Systematische Desensibilisierung ist eine Therapieform, die in einem Flugangstseminar praktiziert wird:

Man nähert sich dem „Angstobjekt Flugzeug“ in einem möglichst entspannten Zustand immer Schritt für Schritt. In der Praxis sieht das im Regelfall so aus: Zunächst wird sich *in der Gruppe* über das Fliegen unterhalten, vielleicht auch ein Videofilm darüber gezeigt. Später (am gleichen Tag oder am zweiten Tag) steht dann der Besuch des Flugzeugs auf dem Programm, wobei in der Kabine dann Entspannungsübungen und dergleichen durchgeführt werden. Anschließend werden die Teilnehmer auf das Fliegen vorbereitet.

Die aufgezählten Schritte sind nicht in dieser Form obligatorisch, deshalb sei folgende Anmerkung hierzu und allgemein gegeben:

Eine Auflistung von therapeutischen Verfahren suggeriert vielleicht fälschlicherweise, dass die einzelnen auf diesem Weg hervorgehobenen Methoden klar abgrenzbar und voneinander unabhängig einzusetzen seien. Treffender ist hingegen die Auffassung, es handle sich bei der nun folgenden Reihung um Schwerpunktsetzungen im Behandlungsspektrum, die zwar eigenständige Traditionen besitzen, einander aber zweifelsohne mehrfach berühren.

Beginnend mit den „kognitiven Verfahren“, die auf die Veränderung mentaler Verarbeitungsmuster abzielen, gefolgt von den „Konfrontationsverfahren“, die primär eine Neupositionierung des Individuums in Bezug auf intensive emotionale Erfahrungen anstreben, weiter über die „Entspannungstechniken“ (z.B. die progressive Muskelrelaxation nach Jacobson), die die psychophysiologische Dimension therapeutisch nutzen, bis hin zu den „operanten Verfahren“, die ihren Einfluss durch Gestaltung der Umweltbedingungen des Organismus gewinnen – alle werden heute meist in ergänzender Kombination verwendet. Die Einführung einer Unterscheidung von kognitiven, emotionalen, körperlichen und der Umwelt zugehörigen Ansatzpunkten ist ohnedies artifizuell, da die auf diesen Ebenen diagnostisch isolierten Bedingungen in komplexer Wechselwirkung zueinander stehen, und dient nur der besseren Orientierung (Sluneko, Sonneck 1999).

Literaturverzeichnis (u.a.)

Bayaz/Krefting 1993: Entspannt fliegen, Trias-Verlag

Hautzinger (Hg.) 1994: Kognitive Verhaltenstherapie bei psychischen Erkrankungen; Quintessenz

Kinnunen 1996: Flugangst bewältigen, Beltz

Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen“ der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (DSM IV-TR APA 2003)