

# **Alkohol- und drogenauffällige Kraftfahrer: Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Verkehrstherapie**

Dr. biol. hum. Ulrich Etschmann, Dipl.-Psych., Institut für Verkehrspsychologie und Sicherheitsforschung, München

## **1. Einleitung**

Nach der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zur Entziehung der Fahrerlaubnis bei Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz vom 20. Juni 2002 kann allein der Besitz oder gelegentliche Konsum von Cannabis noch nicht als hinreichendes Verdachtsmoment für eine mangelnde Fahrtauglichkeit gelten. Dennoch ist aufgrund einer zunehmenden Sensibilisierung für die Thematik ganz allgemein, sowie aufgrund von verbesserten Aufklärungsmethoden (MOELLER et al., 1999) zukünftig mit einer erhöhten Nachfrage nach verkehrstherapeutischen Maßnahmen im Bereich illegaler Drogen zu rechnen.

Trotz vorhandener Parallelen hinsichtlich Mustern missbräuchlichen Konsums und Kriterien zur Suchtentwicklung bis hin zum Abstinenzparadigma lassen sich die Erkenntnisse aus dem therapeutischen Umgang mit alkoholauffälligen Kraftfahrern nicht ohne weiteres auf das drogenauffällige Klientel übertragen.

Die vorliegende Arbeit will einen Beitrag zur Differenzierung beider Krankheitsbilder leisten durch die Gegenüberstellung beider Klientengruppen hinsichtlich Diagnostik, Therapieziel und therapeutischer Bündnisbildung.

Vergleichende empirische Daten zu den verschiedenen Gruppen gibt es bisher höchstens ansatzweise aus epidemiologischer Sicht (TÖENNES et al, 2000). Die folgenden Darlegungen stützen sich auf klinische Erfahrungen in der Praxis der Therapie mit alkohol- und drogenauffälligen Kraftfahrern.

Die Behandlungstraditionen hinsichtlich Krankheitsbild und Behandlungsansätzen pendeln zwischen strikter Trennung (z.B. stationäre Behandlungssettings) bis zur Subsummierung unter allgemeinen Modelle der Suchtdynamik.

Ein Überblick über die Zahlen aus der inzwischen seit 10 Jahren bestehenden eigenen verkehrstherapeutischen Praxis zeigt einen Anteil von Drogenpatienten an den substanzauffälligen Patienten schwankend zwischen 10 - 20 % mit leicht

steigender Tendenz. Allerdings besteht im IVS ein explizit ausgeschriebenes Angebot für drogenauffällige Kraftfahrer.

Grundsätzlich können die meist männlichen Klienten mit Drogenproblemen zwei Typen mit folgenden Charakteristika zugeordnet werden:

- Typ 1: um die 20 Jahre alt, meist Konsum von Cannabis oder Ecstasy, nicht clean,
- Typ 2: über 30 Jahre, aktuell auffällig wg. Alkohol, Drogen in der Vergangenheit, meist clean.

Darüber hinaus begegnen uns häufig Fälle, bei denen der Drogenkonsum zwar nicht aktenkundig geworden ist, trotzdem aber therapierelevant ist, da eine dauerhafte Veränderung in dem vom Gutachten geforderten Bereich eng mit dem Drogenkonsum verknüpft ist.

## **2. Diagnostik**

Für die Therapie mit alkohol- oder drogenauffälligen Kraftfahrern gilt wie für jede andere Therapie:

*Eine gute Therapie beginnt mit einer guten Diagnostik.*

In der Regel liegt bei Aufnahme einer Verkehrstherapie so gut wie immer ein Begutachtungsanlass und meist auch ein Begutachtungsergebnis vor. Diese Daten beinhalten aber in den seltensten Fällen eine diagnostische Festlegung. In der gängigen Begutachtungspraxis wird zumeist von „Verdacht auf“ gesprochen. Wenn diagnostische Kategorien wie „Alkoholmissbrauch“ Verwendung finden, dann ohne Bezugnahme auf den Referenzrahmen eines diagnostischen Manuals, so wie es sich in der Psychotherapie als unverzichtbar erwiesen hat.

Eine Diagnosestellung bleibt meist erstmalig dem therapeutisch tätigen Verkehrspsychologen vorbehalten, um auf der Basis von Art und Schweregrad der Störung das therapeutische Vorgehen effizient planen zu können.

Statt des Krankheitsbegriff bevorzugen wir den Störungsbegriff, wie er in der ICD vorgestellt wird. Unter dem Störungsbegriff finden Begriffe wie Abhängigkeit und Missbrauch einen gemeinsamen nosologischen Rahmen.

Die Manuale von ICD (WHO, 1993) und DSM (APA, 1984) führen zu folgenden Verbesserungen der Diagnostik:

- trennschärfere Erfassung von Krankheitsbildern
- Vereinheitlichung von Terminologie und diagnostischem Kriterien

Grundsätzlich müssen Alkohol und Drogenproblematik einzeln diagnostiziert werden. Abb. 1 und 2 zeigen die nach der ICD-Diagnostik zur Anwendung kommenden Entscheidungs-„Bäumchen“.

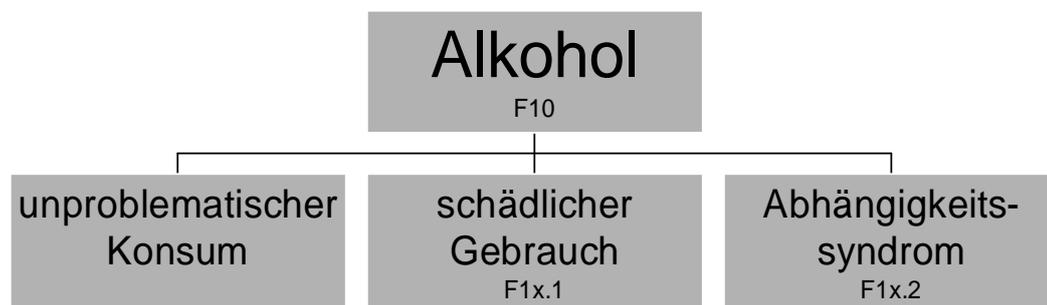


Abb. 1: Diagnostik alkoholbedingter Störungen nach ICD – 10 (WHO, 1993)

Beim Alkohol gibt es einen klar definierten Genussbereich, der durch die Stichworte Sozialverträglichkeit, Anlassbezug und mässige Dosis gekennzeichnet ist.. Der Bereich des missbräuchlichen oder schädlichen Konsums zeichnet sich aus durch den funktionalen Einsatz des Konsums (= Wirkungskonsum) mit Dosis- und Toleranzsteigerung, beginnenden negativen Konsequenzen oder auch Abstinenzbeweisen. Das wesentliche Merkmal der Abhängigkeit besteht nicht zuletzt

seit JELLINEK (1969) im Kontrollverlust mit zunehmendem Craving (MANN et al., 1996) und der Inkaufnahme von persönlichem Schaden.

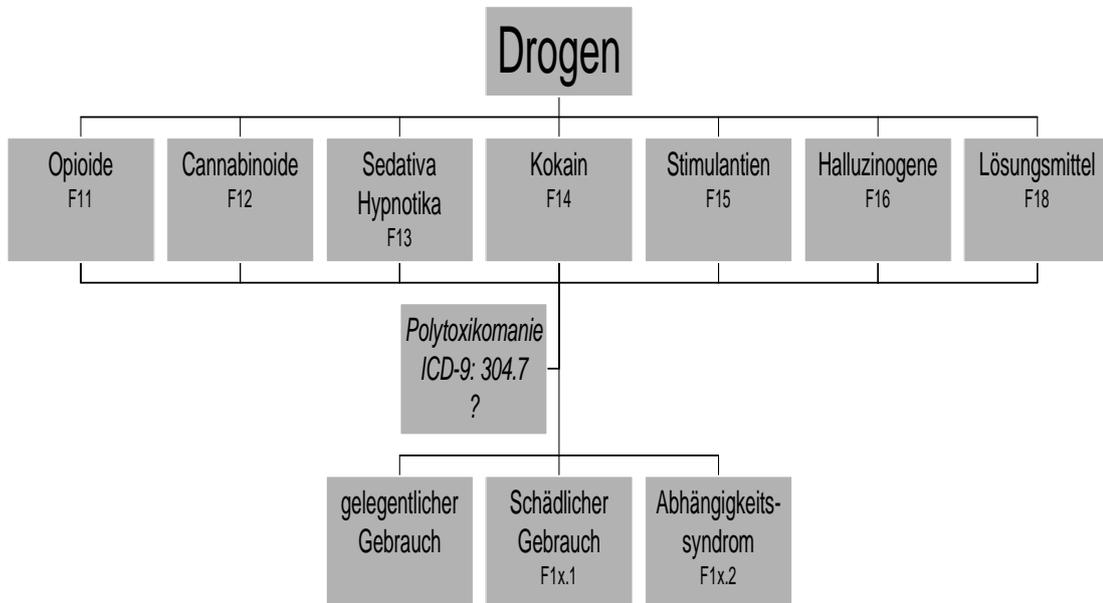


Abb. 2: Diagnostik drogenbedingter Störungen nach ICD – 10 (WHO, 1993)

Beim Drogenkonsumenten erscheint der diagnostische Entscheidungsweg noch komplexer durch die Vielfalt der Drogen mit ihren Wirkungsspektren (Abb. 3) und den zahllosen Kombinationsmöglichkeiten. Wie Abb. 2 zeigt, ist neben der Diagnose der Einzelsubstanzen auch die Frage nach einem Mischkonsum zu beantworten. Die in der 9. Fassung des ICD (Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, 1986) eingeführte Kategorie „Polytoxikomanie“ hat sich in der Praxis als äußerst relevant gezeigt, da die gezielte Manipulation des subjektiven Befindens mittels einer Reihe von Drogen verschiedener Wirkweise (siehe Abb. 3) eher die Regel als die Ausnahme darstellt. Hier tritt eine bedeutsame Schnittstelle zwischen Alkohol- und Drogenkonsumenten auf: Alkohol spielt bei der Polytoxikomanie fast immer eine Rolle, häufig auch als intermediäres Substitut.

Droge	Sedierend	Stimulierend	Psychoaktiv
THC	++		++
Heroin	++		+
LSD		+	+++
Kokain		++	++
Ecstasy		++	++
Benzos	++		

Abb. 3: Wirkungen gängiger Drogen

Der Vergleich beider Gruppen zeigt zunächst, dass es bei der Drogenproblematik kein angemessenes Genussmodell gibt. Es gibt damit per definitionem keinen unproblematischen Konsum aufgrund der durch die Kriminalisierung ausgeschlossenen Sozialverträglichkeit. Die Kategorie „Probierer“ oder „gelegentlicher Gebrauch“ erweist sich als praxisfernes Hilfskonstrukt zur Überbrückung dieser Lücke.

Erschwert wird die diagnostische Zuordnung bei den Drogenkonsumenten angesichts kaum valider Informationen über quantitative Konsummerkmale. Wichtige Kriterien für die Einschätzung der Problematik wie Toleranzsteigerung und Kontrollverlust sind aufgrund der schwierigen Bestimmung von Quantitäts- / Qualitätskorrelationen kaum zu definieren. Versuche, zu standardisierten, objektiven Daten zu gelangen, gibt es aber zunehmend (vgl. DALDRUP, 2000).

Eine Verschränkung quantitativer und qualitativer Merkmale zeigt das Klassifikationsmodell in Abb.4, das in differenzierter Weise progrediente Stadien des Konsumverhaltens aufzeigt.

Mit Hilfe dieser diagnostischen Schemata muss zu Beginn der Therapie mit substanz auffälligen Kraftfahrern die Problematik der jeweiligen Person bestimmt werden. Nur so kann die folgende Maßnahme der Art und dem Schweregrad der Störung gerecht werden.

Was bislang fehlt, ist eine übergreifender fachlicher Konsens von therapeutischer und begutachtender Stelle, der einen gemeinsamen terminologischen Bezugsrahmen gewährleistet.

- ↓ G e l e g e n t l i c h e r K o n s u m ( e p i s o d i s c h )
- ↓ G e w o h n h e i t s k o n s u m ( d a u e r n d )
- ↓ M i s s b r a u c h ( a k u t o d e r c h r o n i s c h )
- ↓ R i s k a n t e r K o n s u m ( p o t e n t i e l l n e g a t i v e F o l g e n )
- ↓ S c h ä d l i c h e r K o n s u m ( G e s i c h e r t e n e g a t i v e F o l g e n )
- ↓ A b h ä n g i g e r K o n s u m ( r e z i d i v i e r e n d s c h ä d l i c h e r K o n s u m )

Abb. 4: Progrediente Stadien des Konsumverhaltens

### 3. Compliance

Wie jede Therapie beginnt eine Verkehrstherapie mit den Einstellungen der KlientInnen dazu. Diese Einstellungen werden zumeist von verschiedensten externen Faktoren vorgeprägt, die sich weitgehendst der Einflussnahme der TherapeutInnen entzieht. Daher ist es für ein Gelingen der Therapie von Anfang an wichtig, diese Einstellungen explizit mit den KlientInnen zu thematisieren, um sie für eine (innere) Teilnahme (= Compliance) zu gewinnen.

Dabei ist bei alkohol- und drogenauffälligen Kraftfahrern von einer grundsätzlich unterschiedlichen Ausgangslage auszugehen, die mal erschwerend mal erleichternd auf die Compliance sich auswirken.

In Abb. 7 sind diese Unterschiede aufgelistet. Die Illegalität der Drogen wirkt sich durchweg negativ auf die Compliance aus, sei es durch die Angst vor real befürchteten Konsequenzen einer Selbstoffenbarung, sei es durch die mit dem Drogenkonsum einhergehenden Tendenz zu einem devianten Lebensstil.

Im Falle eines Verstoßes gegen das BtmG ohne Auffälligkeit im Verkehr wirkt sich der mangelnde Verkehrsbezug des Begutachtungsanlasses negativ auf die therapeutische Zusammenarbeit aus, ebenso wie die umstrittenen Beziehungen zwischen Intoxikation und Verkehrstüchtigkeit insbesondere bei Cannabis. Häufig

finden wir im letztgenannten Bereich eine latent oder offen vorhandene Ideologisierung der Droge.

Ungünstig für die Alkoholgruppe zeigt sich die Existenz einer Kategorie des „kontrollierten Trinkers“, der viele angehören wollen, deren Kriterien aber die wenigsten genügen (vgl. KÖRKELE, 1999). Insbesondere bei den harten Drogen haben wir dieses Problem nicht aufgrund des unumstritten hohen Suchtpotentials.

- | ■ Alkohol  | ■ Drogen   |
|--|--|
| ■ Verkehrsbezogene Daten liegen vor                              | ■ Häufig kein Bezug zur Verkehrsteilnahme                                |
| ■ BAK und Deliktmerkmale lassen Rückschlüsse auf Konsummuster zu | ■ Rückschlüsse aus quantitativem Nachweis und Deliktmerkmalen umstritten |
| ■ Substanz grundsätzlich legal                                   | ■ Substanz illegal   |
| ■ Typus des exzessiven, kontrollierten Konsums                   | ■ Kein kontrollierter Konsum bei Opiaten                                 |

Abb. 7: Therapierelevante Unterschiede

#### 4. Therapieziele

Neben dem jeweils individuell zu explorierenden motivationalen Hintergrund für die Aufnahme einer verkehrstherapeutischen Massnahme, gibt es charakteristische Unterschiede zwischen beiden Gruppen (Abb.5).

### Alkohol:

- Meist extrinsisch sekundär
- Ziel: Entwicklung einer primären Abstinenzmotivation

### Drogen:

- Häufig vorgetäuscht
- 1. Ziel: Herstellung von Rapport
- 2. Ziel: Förderung einer Entscheidung zur Abstinenz

Abb. 5: Veränderungs- und Abstinenzmotivation im Vergleich

Eine zentrale Rolle spielt – v.a. beim Typ 1 - zunächst die spezifisch auf den problematischen Suchtstoff bezogene Abstinenzmotivation, die zu unterschiedlichen Therapiezielen führt: Beim Drogenklientel geht es meist zyklisch wiederkehrend darum, einen Zugang durch den Schutzwall des habituellen Misstrauens zu finden.

Bei den alkoholauffälligen Personen ist eine Arbeit an der Abstinenzmotivation häufiger direkt möglich, auch wenn diese zunächst nur sekundär bedingt ist („...weil ich ja meinen Führerschein wieder brauche“). Ziel ist dann die Herstellung einer überdauernden, intrinsisch motivierten primären Abstinenzhaltung („Ich bin abstinent, weil ich meine Probleme mit Alkohol nur so lösen kann.“).

Bei den drogenauffälligen Personen geht es zunächst und immer wieder um die Voraussetzungen des therapeutischen Bündnisses, auf deren Grundlage die Arbeit an einer Abstinenzmotivation erst möglich wird.

Der Schwerpunkt liegt einmal auf einer Abstinenzorientierung, sie setzt eine funktionierende therapeutische Beziehung voraus. Andernfalls steht die Entwicklung der Beziehungsfähigkeit zu Anfang regelhaft, im Verlauf flexibel, im Vordergrund.

Analoges gilt für die im Zuge der Antizipation oder Umsetzung der Abstinenz sich ergebende Notwendigkeit zur Veränderung von Einstellungen und Verhalten (Veränderungsmotivation).

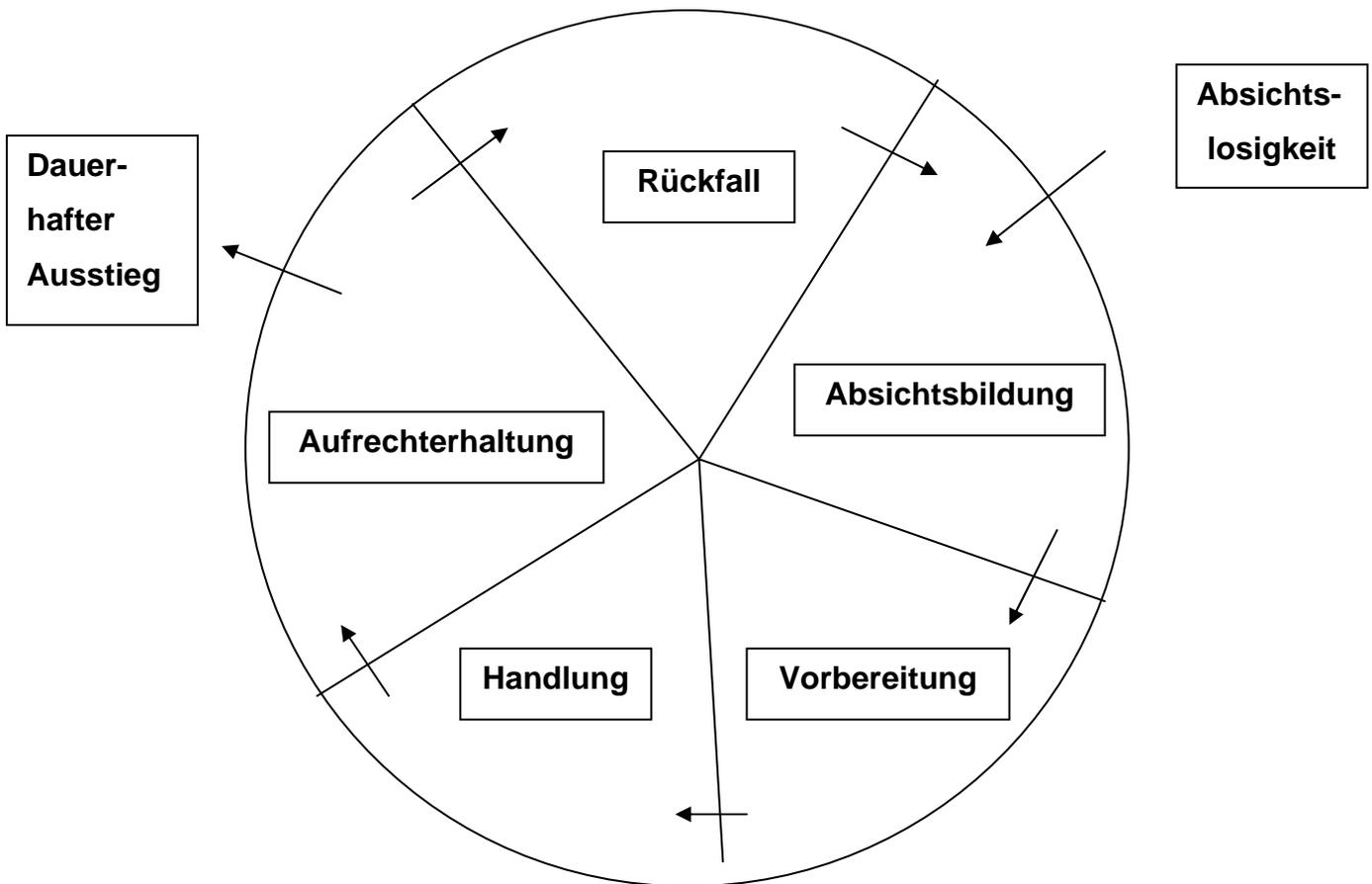


Abb.6: Prozessmodell der Veränderung nach PROHNSKA und DiCLEMENTE (1983)

Eine anschauliche Darstellung dieses Prozesses lässt sich im Modell von PROHNSKA und DiCLEMENTE (1983) aufzeigen (Abb. 6): Während wir alkoholauffälligen Kraftfahrern häufig schon im Stadium der Handlung begegnen und die zentrale Aufgabe der Therapie in deren Aufrechterhaltung besteht, geht es bei den Drogenkonsumenten des Typ 1 um den Weg aus der Absichtslosigkeit in den Prozess, der über Abstinenz Erfahrung zu einem dauerhaften Ausstieg führt.

Die hier vorgenommene Einteilung folgt klinischen Erfahrungen und dient im Gegensatz zur Diagnostik nicht der Kategorisierung, sondern der Orientierung bezüglich der Festsetzung einer Hierarchie von Therapiezielen. Sie vernachlässigt damit naturgemäß alle Überschneidungen und abweichenden Fälle, welche aber durch eine Orientierungsmatrix als solche erkannt werden können.

**Literatur:**

**American Psychiatric Association (APA)** (1984): Diagnostisches Manual Psychischer Störungen DSM-III. Weinheim, Beltz

**Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit** (Hrsg.) (1986) Internationale Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen (ICD): 9. Revision, Band I, Teil A. Köln, Kohlhammer

**Dahldrup, T., Käferstein, H., Köhler, H., Maier, R.-D., Musshoff, F.** (2000): Entscheidung zwischen einmaligem / gelegentlichem und regelmäßigem Cannabiskonsum, Blutalkohol 37 (1)

**Jellinek, E.M.** (1969): The disease concept of alcoholism. Yale Univ. Press, New Haven

**Körkel, J.** (1999): Kontrolliertes Trinken: Fakt und Fiktion. Vortrag auf den 4. Tübinger Suchttherapietagen 29.9. – 2.10.1999

**Mann, K., Buchkremer, G.** (Hrsg.) (1996): Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie. Stuttgart, Gustav Fischer,

**Moeller, M.R., Hartung, M., Wilske, J.** (1999): Prävalenz von Drogen und Medikamenten bei verkehrsauffälligen Kraftfahrern. Blutalkohol 36 (1), S. 25 - 38

**Prohaska, J.O., DiClemente, C.C.** (1983): Stages and processes of self-change of smoking: Towards a more integrative model of change. Consult Clin Psychol 51, 390 – 395

**World Health Organization** (1993): ICD- 10, Kapitel V (F), WHO, Genf