

# Drogenerziehung als Teil der Gesundheitserziehung<sup>1</sup>

R. Müller<sup>2</sup>

Forschungsabteilung der Schweizerischen Fachstelle für Alkoholprobleme (SFA), Lausanne

## 1. Die Bedeutung der Drogenerziehung innerhalb der Gesundheitserziehung

Gesundheitserziehung bezweckt Steuerung des Gesundheitsverhaltens. Dieser Steuerung kommt angesichts der progressiven Kostensteigerung der Krankenversorgung eine grosse ökonomische, jedoch vielmehr auch sozialpolitische Bedeutung zu; dies um so mehr, als sich die Gesundheitssituation in unserer Gesellschaft dadurch auszeichnet, dass die selbstschädigenden Verhaltensweisen, die stark die chronische Morbiditätsrate beeinflussen, in Zunahme begriffen sind. Innerhalb der Kategorie der selbstschädigenden Verhaltensweisen bildet der Konsum von legalen (Alkohol, Tabak, Medikamente) und illegalen Drogen (Opiumderivate, Haschisch, LSD usw.) neben Suizid wohl die wichtigste Teilkategorie. Eine frühzeitige aktive Drogenerziehung – nicht nur im Bereiche der Schul-, sondern auch der Erwachsenen- und Elternbildung – ist deshalb ein dringendes Erfordernis.

Gesundheitsverhalten und damit auch der Konsum von Drogen ist Teil des Gesamtverhaltens. Verhalten lässt sich indessen nicht isoliert betrachten, sondern ist stets an die Triade «Erkennen – Bewerten – Entscheiden» fixiert. Verhaltenssteuerung im Sinne der Beeinflussung von Entscheiden hat daher sowohl die erkennende als auch die bewertende Komponente zu berücksichtigen; das heisst Gesundheitsverhalten basiert nicht allein auf der Kognition, sondern wesentlich im emotionalen Bereich, der unter anderem von unbewussten Motiven geprägt ist. Dies führt dazu, dass Gesundheitsverhalten für den Beobachter oft mehr von irrationalen Entscheiden als von rationalen Überlegungen abhängig erscheint (*Pflanz* [6]). Die bisher eher entmutigenden Ergebnisse der Drogenerziehung weisen denn auch darauf hin, dass rationale Aufklärung, das heisst die Vermittlung von Wissen und Handlungsanweisungen, nicht ausreicht, um Individuen zu einem Gesundheitsverhalten anzuregen, das selbstschädigende Verhaltensweisen ausschliesst. So

**Eine wirksame Gesundheitserziehung darf sich nicht auf die Übermittlung medizinisch-biologischer Informationen beschränken. Im Falle der Drogenerziehung muss sie zu einer nahen Beziehung zum eigenen Körper und seinen Funktionen beitragen, die Fähigkeit zur Konfliktbewältigung vermitteln und die sozialen und kulturellen Bedeutungen des Suchtmittelkonsums bewusst machen. Sozialwissenschaftliche Überlegungen beeinflussen nicht nur den Inhalt, sondern auch den Aufbau gesundheitserzieherischer Lehrprogramme.**

zeigen Evaluationen von Drogenerziehungsprogrammen, dass wohl Einstellungen, kaum jedoch Verhalten, das heisst die Konsumrate, beeinflusst werden [2]<sup>3</sup>. Die Voraussetzung «der Selbstverantwortung des Individuums für seine eigene Gesundheit» (*Abelin* [1]) ist deshalb auch dann nicht erfüllt, wenn der Wissensstand aller Individuen derselbe wäre. Der Besitz von Faktenwissen und konkreten Verhaltensweisen ist wohl eine notwendige, jedoch nicht eine hinreichende Bedingung für ein optimales Gesundheitsverhalten. Wird als Globalziel der Gesundheitserziehung die Förderung eines Bewusstseins der Selbstverantwortung gegenüber der eigenen Körperlichkeit, der eigenen geistigen Entwicklung und der damit verknüpften sozialen Verantwortung akzeptiert, muss deshalb eine solche Förderung notwendig nicht nur die kognitive (erkennende), sondern ebenfalls die affektiv-emotionale (bewertende) Funktion des Bewusstseins umfassen. Erst eine Gesundheitserziehung, die diese beiden Funktionen des Bewusstseins fördert bzw. verändert, schafft die hinreichende Voraussetzung für ein optimales Gesundheitsverhalten der Bevölkerung und somit auch die Voraussetzung, dass «der einzelne frei zwischen gesundheitsgerechtem und gesundheitswidrigem Verhalten wählen kann» (*Abelin* [1]).

## 2. Die soziokulturellen Voraussetzungen der Drogenerziehung

Jeder Versuch, Bewusstseinsprozesse von Individuen zu beeinflussen, hat die Abhängigkeit dieser Prozesse

<sup>1</sup> Im Herbst 1975 hat sich in Bern eine kleine Arbeitsgruppe von in der Suchtmittelprophylaxe Tätigen mit dem Ziel gebildet, ein Tabak- und Alkoholerziehungsprogramm für die Schule zu entwickeln und dieses wie auch die Tätigkeit von Vorsorgern zu evaluieren. Der Arbeitsgruppe wurde bald bewusst, dass die Drogenerziehung im Rahmen der gesamten Gesundheitserziehung gesehen werden muss. Dieser Aufsatz wiedergibt die Überlegungen der Arbeitsgruppe zu diesem Thema. Aktive Mitglieder der Arbeitsgruppe: Th. Abelin, H. Dauwalder, U. Gerber, P. Kopp, B. Meli, R. Müller, E. Muster, J. Nägeli, E. Weibel.

<sup>2</sup> Soziologe, Dr. phil., Schweizerische Fachstelle für Alkoholprobleme (SFA), Postfach 203, CH-1000 Lausanne 13.

<sup>3</sup> Die bisher durchgeführten Evaluationen von Drogenerziehungsprogrammen lassen indessen keinesfalls den Schluss zu, Drogenerziehung schlechthin sei unwirksam, denn die empirische Basis für ein abschliessendes Urteil über die Wirkung von Drogenerziehungsprogrammen ist viel zu schmal [8].

von kulturellen Mustern und sozioökonomischem Entwicklungsstand zu beachten. Wie Untersuchungen aus dem Ausland zeigen, ist das Gesundheitsverhalten von Individuen zutiefst in ein gesellschaftlich kulturelles Normensystem eingebettet [3, 5]. Dabei variiert das Gesundheitsverhalten nicht nur zwischen unterschiedlichen Gesellschaften, sondern auch innerhalb einer Gesellschaft sind beträchtliche subkulturelle Unterschiede festzustellen. So ist das Verhältnis zur eigenen Körperlichkeit in der sozialen Mittelschicht von demjenigen der Unterschicht verschieden. Auch in Abhängigkeit der Stadt-Land-Dimension ergeben sich Unterschiede in den das Gesundheitsverhalten steuernden Werten. Ein Gesundheitserziehungsprogramm, das in seiner Zielsetzung den in einer Gesellschaft dominanten kulturellen Mustern widerspricht, verfehlt mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht nur seine beabsichtigte Wirkung, sondern die Vermittler eines solchen Programms verlieren überdies ihre Glaubwürdigkeit, und zwar auch hinsichtlich der von ihnen verteilten Informationen über objektive, wissenschaftlich abgestützte Sachverhalte [4]. So ist es wahrscheinlich in einer Gesellschaft wie der unsrigen, wo das Trinken von Alkohol zutiefst in Sitten und Gewohnheiten eingebettet ist, nicht nur illusionär, sondern geradezu kontraproduktiv, als Ziel eines Drogenerziehungsprogramms die totale Alkoholabstinenz von Jugendlichen zu setzen; denn die Sozialisation Jugendlicher erfolgt nicht in einem kulturellen Vakuum – im Gegenteil – Sozialisation besteht zu einem wesentlichen Teil in der Vermittlung sowie der aktiven und passiven Aneignung kultureller Muster (Enkulturation). Was für die legale Droge Alkohol zutrifft, gilt zweifelsohne für die illegalen Drogen nicht; restriktive Zielsetzungen widersprechen hier nicht kulturellen Wertvorstellungen. Die kulturelle Relativität im Verhältnis zu Drogen schränkt die Möglichkeit der Übernahme von Lehrprogrammen aus dem Ausland ein. Um wiederum das Beispiel des Alkohols zu gebrauchen – die kulturelle Bedeutung des Alkohols ist in den Vereinigten Staaten und den skandinavischen Ländern, in jenen Staaten also, wo intensive Forschung auf diesem Gebiete getrieben wird, eine wesentlich andere als die in der Schweiz. Dies erfordert die Entwicklung von Lehrprogrammen, die den kulturellen und soziopolitischen Gegebenheiten eines Landes entsprechen.

### 3. Die Stellung der Drogenerziehung innerhalb der Gesundheitserziehung

Allgemein beinhaltet Gesundheitserziehung 3 Hauptbereiche:

- a) *die Somatohygiene*. Diese konzentriert sich einerseits auf die Vermittlung der wesentlichen hygienischen Grunderfahrungen (Körperhygiene, Dentalhygiene usw.) und andererseits auf die Vermittlung von Erfahrungen über die eigene Körperlichkeit, das Körperschema und funktionelle Bewegungserfahrungen.
- b) *die Psychohygiene*. Die psychohygienische Gesundheitserziehung konzentriert sich auf die Darstellung

von Konflikten, Konfliktbewältigung, von Angst und Bedrohung, aber auch von positiven, das Ich bestärkenden und erfüllenden Erfahrungen.

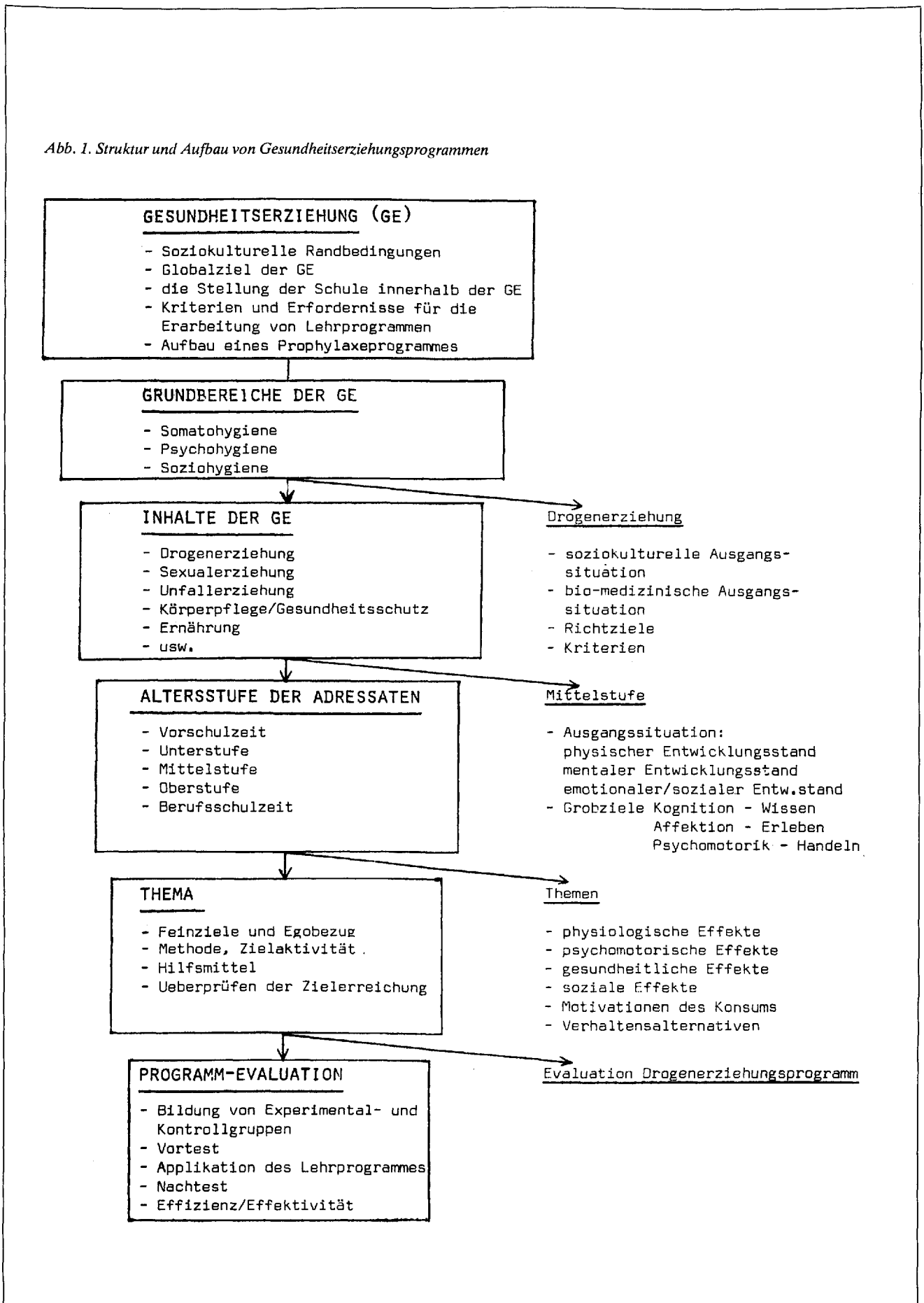
- c) *die Soziohygiene*. Die soziohygienische Gesundheitserziehung bezieht sich auf die Darstellung von Partner- und Gruppenkommunikation, von sozialer Verantwortung und der Gesundheit der Gemeinschaft (community health).

Es ist offensichtlich, dass Drogenerziehung (wie andere spezifische Inhalte der Gesundheitserziehung) stets Aspekte der drei Grundbereiche umschließt. Aus methodischen Gründen ist es jedoch unumgänglich, Gesundheitserziehungsprogramme inhaltsspezifisch zu formulieren.

Wird als Richtziel der Drogenerziehung die Vermittlung von Wissen, Einstellungen und Werten, die den Drogengebrauch entmutigen, akzeptiert, lässt sich der Zusammenhang mit den drei Grundbereichen der Gesundheitserziehung unschwer erkennen. Ein erfolgreiches Drogenerziehungsprogramm setzt voraus:

- erstens die Kenntnis der grundlegenden psychophysiologischen Zusammenhänge (Somatohygiene)
  - zweitens die Einsicht, dass persönliche Probleme, Konflikte und Spannungen nicht durch den Konsum von legalen und illegalen Drogen gelöst bzw. abgebaut werden, sondern eine Scheinlösung oder gar eine konfliktverstärkende Fehlanpassung darstellen. Von einem effektiven Drogenerziehungsprogramm ist deshalb nicht nur die Erweiterung eines Problembewusstseins, sondern auch das Aufzeigen und Einüben alternativer Konfliktlösungsmuster zu verlangen (Psychohygiene).
  - drittens die Einsicht, dass der Konsum von legalen Drogen nur eine symbolische und keinesfalls tatsächliche Teilnahme an der Erwachsenenwelt bedeutet; denn der Wunsch nach der Partizipation an der Erwachsenenwelt stellt ein primäres Motiv des legalen Drogenkonsums dar. Abschwächung dieses Motivs erfordert den Abbau von mit legalem Drogenkonsum verbundenen und durch die Werbung verstärkten Werten, Vorurteilen und Projektionen (Soziohygiene).
  - viertens ist durch die «De-sensationalisierung» des Drogenproblems das Motiv der Neugierde und der Rebellion des Drogenkonsums abzubauen (Soziohygiene).
  - fünftens erfordert die Zielsetzung eine Erhöhung der Kapazität, dem sozialen Druck bezüglich des Konsums von Drogen zu widerstehen (Soziohygiene).
  - sechstens ist dem für den modalen Drogenkonsumenten strukturell vorgegebenen Mangel an belohnenden, das Selbst bestärkenden Ereignissen vorbeugend durch das Aufzeigen alternativer Verhaltensweisen zu begegnen. (D. h. es ist dem Individuum als hedonistischem Wesen in der Formulierung von Drogenprogrammen Rechnung zu tragen.)
- Diese 6 Voraussetzungen bilden die wesentlichen Bedingungen für die Entscheidungsfähigkeit des Individuums, damit ein Verhalten resultiert, das den unver-

Abb. 1. Struktur und Aufbau von Gesundheitserziehungsprogrammen



antwortlichen Gebrauch von Drogen ausschliesst. Gesundheits- wie auch Drogenerziehung bedeutet somit stets Entwicklung der Entscheidungsfähigkeit.

#### 4. Die Bedeutung der Schule in der Gesundheits- und Drogenerziehung

Offensichtlich ist die Schule nur ein Erziehungsagent unter anderen; zu einem grossen Teil beruht die Effektivität und Funktion der Schule in der Erziehung auf der Wirkungsweise von Eltern, Gleichaltrigen usw. Die empirischen Daten zeigen indessen, dass der Schule im Bereich der Gesundheitserziehung eine wichtige korrektive Funktion zukommen muss [7]. In der Schweiz existieren jedoch kaum systematische und umfassende Versuche, die Gesundheitserziehung in den Lehrplan einzubauen, um so mehr ist die Ausbildung geeigneter Gesundheitspädagogen sowie das Erstellen von Lehrplänen ein dringendes Erfordernis. Da Untersuchungen sehr eindeutig auf die Zentralität der Familie in der Formierung von Verhalten bzw. entsprechenden Attitüden und Werten hinweisen, ist es wichtig, dass gesundheitserzieherische Massnahmen versuchen, die Familie als Partner in die Gesundheitserziehung miteinzubeziehen.

#### 5. Kriterien und Erfordernisse für den Aufbau eines Lehrprogramms für die Drogenerziehung

##### 5.1 Kriterien für die Formulierung eines Drogenerziehungsprogramms

Formale und inhaltliche Kriterien eines Gesundheitserziehungsprogramms im allgemeinen und eines Drogenerziehungsprogramms im besonderen können sich auf die vier Grundelemente beziehen, die ein Kommunikationsprozess beinhaltet:

1. auf den Sender der Botschaft (Nachrichtenquelle)
2. auf den Übertragungskanal (das Medium, mittels dessen eine Nachricht übermittelt wird)
3. auf die Botschaft selbst (Nachrichten)
4. auf den Empfänger der Botschaft (Nachrichtensenke)

##### Kriterien bezüglich des Senders

Voraussetzung jeden Kommunikationsprozesses ist, dass Sender und Empfänger über ein gemeinsames Alphabet von Zeichen, das heisst über eine gemeinsame Sprache verfügen.

- der Sender hat somit die Zeichen seines Alphabets zu wählen, von denen er annimmt, dass sie denjenigen des Empfängers entsprechen.
- der Sender hat, sofern seine Nachrichten persuasive Zwecke verfolgen, sie so zu formulieren, dass beim Empfänger keine emotionalen Widerstände geweckt werden. Die Widerstände beim Empfänger sind um so grösser, je mehr durch eine Nachricht Dissonanz erzeugt wird. Die Widerstände sind entsprechend kleiner, wenn die Botschaft konsonant ist. (Besonders dieser Sachverhalt spricht dafür, dass Drogenerziehungsprogramme nicht nur im Kontext der Schule erfolgen sollen, sondern auch das Elternhaus miteinbeziehen müssen.)

- der persuasive Erfolg einer Nachricht ist nicht in erster Linie von ihrer Form und ihrem Inhalt abhängig, sondern wesentlich von der vom Empfänger dem Sender zugeordneten Qualität. Eine Nachricht wird stets relativiert auf den Sender sowie weiteren Kontextgrössen entschlüsselt, entsprechend ist auch die semantische und pragmatische Interpretation einer Nachricht immer auf die Nachrichtenquelle relativiert.
- die Widerstände des Empfängers gegenüber einer dissonanten Nachricht sind um so kleiner, je grösser die dem Sender zugewiesene Glaubwürdigkeit ist. Diese wiederum ist eine Funktion des dem Sender zugeschriebenen Prestiges.

##### Kriterien bezüglich des Übertragungskanals

- Die multimediale Informationsübermittlung erweist sich wirksamer als die unimediale.
- Persuasive Informationsübermittlung mittels Medien ohne Rückkoppelung erweist sich als unwirksam.

##### Kriterien bezüglich der Botschaft

- Fakten sollen dem neuesten Stand entsprechen. Es sind stets «beide Seiten der Medaille» darzustellen.
- Isolierte Präsentationen von Fakten sind unwirksam.
- Wissenschaftliche Fakten widersprechen teilweise der Evidenz der Alltagserfahrung; statistische Fakten sind deshalb auf ihre Bedeutung für das Individuum zu interpretieren.
- Entscheide für oder wider ein optimales Gesundheitsverhalten werden nicht in erster Linie aufgrund von Fakten gefällt – Information ist noch keine Erziehung.
- Keine Furcht hervorrufende Präsentation von Fakten. Furchterregende Strategien können insbesondere in der Drogenerziehung kontraproduktiv wirken, weil sie bei Jugendlichen lediglich die Bewunderung für das intoxizierende Verhalten hervorrufen, ohne die in ferner Zukunft liegenden Konsequenzen zu beachten.
- Keine moralisierende, strafende und sensationalisierende Vermittlung von Fakten, weil solche Botschaften Neugierdeverhalten hervorrufen.
- Hauptgewicht weniger auf Vermittlung von isolierten Fakten, sondern auf mittels Diskussion interpretierten Informationen.

##### Kriterien bezüglich der Empfänger

5 Unterstufen von Empfängern werden unterschieden:

- Vorschulstufe
- Unterstufe
- Mittelstufe
- Oberstufe
- Berufsschulzeit

Für jede dieser Altersstufen ist eine Spezifik ihres Entwicklungsstandes zusammenzustellen, und zwar insofern, als die entsprechenden Zustände für die ad-

äquate Interpretation der übermittelten Botschaften von Bedeutung sind. Allgemein gilt, dass die Skepsis gegenüber Erwachsenen in der Phase der Adoleszenz (Mittelstufe, Oberstufe) entscheidend vergrößert wird. Gesundheitserziehung sollte daher bereits in der Präadoleszenz einsetzen.

### 5.2 Die 3 Grundstufen der persuasiven Informationsübermittlung

Die einstellungs- und verhaltensändernde Wirkung von persuasiven Botschaften erfolgt grundsätzlich in einem 3-Schritt.

#### 1. Sensibilisierung

Schaffung einer Interessenbasis, sich mit dem Problem aktiv auseinandersetzen zu wollen; dabei ist die Lernmotivation um so grösser, je mehr ein Bezug zu sich selbst hergestellt wird (Egobezug). Das heisst, dem Adressaten ist die jeweilige Relevanz einer Problematik für ihn persönlich sowie für seine bedeutsame Umwelt aufzuzeigen.

#### 2. Informierung

Informierung meint nicht die isolierte Übermittlung von Fakten, sondern deren Präsentation in einem interpretativen Bezugsrahmen, dessen Dimensionen sowohl auf der kognitiven als auch affektiv-emotionalen Ebene liegen.

#### 3. Motivierung

Der Adressat besitzt nicht nur a) die notwendige Einsicht in die Relevanz einer Problematik und damit ein Interesse für diese sowie b) die in einem Bezugsrahmen interpretierten Fakten, sondern er wird durch positive und negative Sanktionen motiviert, aufgrund der kognitiven und emotionalen Voraussetzungen Entscheidung in Richtung eines optimalen Gesundheitsverhaltens zu fällen.

### 6. Programm-Evaluation

Der Einbau der Gesundheitserziehung in den Lehrplan der Schule aller Stufen erfordert nicht nur Modellversuche, sondern auch die Evaluation von Lehrprogrammen. Das heisst es ist zu prüfen, wie effektiv ein Programm für die Erreichung eines definierten Zieles oder mehrerer Ziele ist. Die Evaluation von Erziehungsprogrammen ist besonders im Bereiche der Drogenerziehung dringlich, da – wie erwähnt – Untersuchungen im Ausland gezeigt haben, dass Drogenerziehungsprogramme auch kontraproduktiv wirken können. Durch die systematische, wissenschaftliche Evaluation wird dieses Risiko vermindert.

Die Evaluation eines Gesundheitserziehungsprogramms geschieht in Form eines kontrollierten Quasi-experiments:

1. Experimental- und Kontrollgruppen werden gebildet.
2. Experimental- und Kontrollgruppen werden getestet (Vortest, Einbezug einer 2. Kontrollgruppe, die nicht vorgetestet wird).

3. Intervention bei Experimentalgruppen durch Applikation eines Lehrprogramms.
4. Nachtest bei Experimental- und Kontrollgruppen.
5. Prüfung der Schlüsselhypothesen bezüglich der Auswirkungen des Programms auf Einstellungen und Verhalten.

#### Zusammenfassung

Gesundheitserziehung wird aufgefasst als Steuerung des Gesundheitsverhaltens. Dieses ist Teil eines Gesamtverhaltens, das auf einem gesellschaftlich-kulturellen Normensystem beruht. Gesundheitserziehungsprogramme haben deshalb in ihrer Zielsetzung den gesellschaftlich-kulturellen Rahmen zu berücksichtigen. Eine integrale Gesundheitserziehung beinhaltet 3 Hauptbereiche: die Soma- tohygiene, die Psychohygiene und die Soziohygiene. Am Beispiel der Drogenerziehung wird dargelegt, dass ein Gesundheitserziehungsprogramm inhaltspezifisch formuliert werden muss, wobei ein Programm in unterschiedlichem Masse alle drei Aspekte der Gesundheitserziehung zu berücksichtigen hat. Sodann werden formale und inhaltliche Kriterien für ein Drogenerziehungsprogramm formuliert; dabei wird davon ausgegangen, dass jede persuasive Informationsübermittlung über 3 Grundstufen erfolgt: 1. Sensibilisierung, 2. Informierung und 3. Motivierung.

#### Summary

##### Drug education as a part of health education

Health education is considered as regulating health behavior. This forms a part of general behavior based on socio-cultural norms. For this reason, when defining their aims, health education programs must take the socio-cultural environment into account. There are three main parts to health education considered as a whole: somatic hygiene, psychological hygiene and social hygiene. As an example, the case of drug education demonstrates that any health education program must be devised with its contents specifically selected and the program must take into account, to different degrees, all three aspects of health education. Formal criteria and criteria regarding the contents for a drug education program are indicated, based on the idea that all persuasive transmission of information must be based on three fundamental steps: 1st sensitization, 2nd information and 3rd motivation.

#### Literatur

- [1] *Abelin, Th.*, Selbstverantwortung für die Gesundheit? Sandoz-Institut, Genf 1976.
- [2] *Braucht, G. N., Follingstad, D., Brakarsh, D., und Berry, K. L.*, Drug Education, A Review of Goals, Approaches and Effectiveness, and a Paradigm for Evaluation, *Quart. J. Stud. Alc.* 34, 1279 (1973).
- [3] *Coburn, D., und Pope, C. R.*, Socioeconomic Status and Preventive Health Behavior, *J. Health and Soc. Beh.* 15, 67 (1974).
- [4] *Globetti, G.*, An Appraisal of Drug Education Programs, In: *Gibbins, R. J., Israel, Y., Kalant, H., Popham, R. E., Schmidt, W., und Smart, R. G. (eds.)*, Research Advances in Alcohol and Drug Problems, Vol. 2, John Wiley, New York 1975, pp. 93–122.
- [5] *Koos, E. L.*, The Health of Regionville (McGraw Hill, New York 1954).
- [6] *Pflanz, M.*, Gesundheitsverhalten, *Mensch und Medizin*, 6, 173 (1965).
- [7] *Rabinowitz, H. S., und Zimmerli, W. H.*, Effects of a Health Education Program on Junior High School Students' Knowledge, Attitudes, and Behavior Concerning Tobacco Use, *J. Sch. Health*, 44, 224 (1974).
- [8] *Weaver, S. C., und Tennant, F. S.*, Effectiveness of Drug Education Programs for Secondary School Students, *Am. J. Psychiatry* 130, 812 (1973).