

Katarzyna Okulicz-Kozaryn, Anna Borucka, Agnieszka Pisarska, Katarzyna Kocoń

SPRAWOZDANIE Z REALIZACJI PROJEKTU

**PILOTAŻOWE WDROŻENIE I EWALUACJA FUNKCJONOWANIA
TESTÓW PUM i PUN W PROCESIE INTERWENCJI WOBEC
NASTOLATKÓW UŻYWAJĄCYCH PRZETWORÓW KONOPI I
INNYCH NARKOTYKÓW**

Finansowanego ze środków Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Instytut Psychiatrii i Neurologii

Warszawa, 2006

Spis treści

1.	Wprowadzenie	3
2.	Cel projektu	3
3.	Realizacja	4
3.1.	Dobór respondentów	4
3.2.	Procedura badań	5
3.2.1.	<u>Charakterystyka respondentów</u>	5
3.2.2.	<u>Analiza danych</u>	6
4.	Wyniki	6
4.1.	Interwencje z zastosowaniem testów PUM i PUN	6
4.1.1.	<u>Sytuacje w jakich testy były stosowane</u>	6
4.1.2.	<u>Warunki stosowania testów – kontakt, zaufanie, dyskrecja</u>	9
4.1.3.	<u>Reakcje nastolatków na propozycję odpowiedzi na pytania testu PUM lub PUN</u>	14
4.1.4.	<u>Omówienie wyników testu (przedstawienie wyników i ich przyjęcie przez nastolatków i rodziców)</u>	14
4.1.5.	<u>Dalsze postępowanie interwencyjne i pojawiające się w jego trakcie trudności</u>	18
4.1.6.	<u>Dalsze losy nastolatka</u>	20
4.2.	Opinie na temat testów	22
4.2.1.	<u>Ogólna ocena</u>	22
4.2.2.	<u>Czynniki wzmacniające lub ograniczające przydatność testów</u>	25
4.2.3.	<u>Zagrożenia związane ze stosowaniem testów PUM i PUN</u>	30
5.	Podsumowanie wyników	30
6.	Rekomendacje	32
	Załącznik 1	34
	Załącznik 2	35
	Załącznik 3	36

1. Wprowadzenie

Testy ułatwiające rozpoznawanie Problemowego Używania Marihuany (PUM) i Problemowego Używania Narkotyków (PUN) przez dorastających spełniają wszystkie wymagania stawiane tego typu narzędziom. Są krótkie (PUM składa się z 8, a PUN z 10 pytań dotyczących wzoru używania i zmian w funkcjonowaniu związanych z przyjmowaniem środka w okresie ostatniego roku) i łatwe w użyciu (na każde pytanie można odpowiedzieć „tak” lub „nie”, a wynik oblicza się sumując odpowiedzi twierdzące). Mają też wysoką trafność diagnostyczną. Z prawdopodobieństwem przekraczającym 80% pozwalają stwierdzić problemowe używanie przetworów konopi lub innych narkotyków przez nastolatka.

Jednak samo stwierdzenie wysokiej jakości narzędzia nie przesądza o tym, w jaki sposób będzie ono wykorzystywane w praktyce przez różne osoby i w różnych sytuacjach. Plany udostępnienia testów przedstawicielom różnych instytucji i różnych zawodów wywołały ożywioną dyskusję wśród specjalistów (Pacewicz, Prajsner, 2005). Przede wszystkim pojawiły się wątpliwości dotyczące wprowadzania testów do szkół i związanego z tym ryzyka wykorzystywania testów przeciwko uczniom (jako narzędzia ułatwiającego karanie a nie udzielanie pomocy). Podnoszono też kwestię sposobu przygotowywania przedstawicieli różnych grup zawodowych do przeprowadzenia testu. Rozważano także, kto i w oparciu o jakie standardy powinien kierować nastolatka używającego narkotyków problemowo do profesjonalistów ds. uzależnień lub też podejmować decyzję o braku potrzeby takiego kontaktu.

Dlatego też zdecydowano, że szerokie upowszechnienie testów powinno być poprzedzone ich wdrożeniem w kilku ośrodkach. W 2005 roku opracowano model interwencji wobec nastolatków sięgających po środki odurzające, której elementem jest wstępne rozpoznanie fazy używania przetworów konopi lub innych narkotyków na podstawie testów PUM i PUN. Ten model interwencji został następnie zaprezentowany przedstawicielom różnych grup zawodowych (lekarzy pierwszego kontaktu, pielęgniarek szkolnych, pracowników poradni psychologiczno-pedagogicznych i poradni zdrowia psychicznego, przedstawicieli szkół, pracowników placówek profilaktyki i terapii uzależnień), którzy w maju i czerwcu 2005 uczestniczyli w szkoleniach organizowanych w Warszawie i Bydgoszczy. W sumie przeprowadzono szkolenia przedstawicieli 6 grup zawodowych, w których wzięły udział 153 osoby. Zakres, treść i forma szkoleń były dostosowane do specyfiki zawodu uczestników i ich miejsca pracy (Okulicz-Kozaryn, 2005).

2. Cel projektu

Celem badań prowadzone w 2006 roku była ocena funkcjonowania i przydatności testów w działaniach interwencyjnych wobec nastolatków sięgających po środki odurzające. Szczególnie interesowało nas sprawdzenie:

- Czy przeprowadzenie testu ułatwia (czy też utrudnia) dalsze działania interwencyjne wobec nastolatka sięgającego po narkotyki?
- Czy przeprowadzenie testu może mieć negatywny wpływ na dalsze losy nastolatka?
- Jakie są optymalne warunki i sposoby stosowania testów?

Po to by odpowiedzieć na powyższe pytania badawcze zaplanowano zebranie informacji od uczestników szkoleń realizowanych w 2005 roku oraz od nastolatków objętych działaniami interwencyjnymi z zastosowaniem testów PUM lub PUN. Celem wywiadów z osobami prowadzącymi interwencje było poznanie ich doświadczeń związanych ze stosowaniem testów PUM i PUN oraz opinii na temat ich przydatności. Celem wywiadów z nastolatkami było zebranie informacji na temat percepcji działań osoby, która zaproponowała wypełnienie testu dotyczącego problemów związanych z używaniem przetworów konopi lub innych narkotyków oraz skutków przeprowadzonej interwencji.

3. Realizacja

3.1 Dobór respondentów

Informacje od realizatorów interwencji zaczęto zbierać w lutym, a zakończono na początku lipca 2006 roku. Kontaktowano się ze wszystkimi osobami, które w 2005 roku brały udział w szkoleniach przygotowujących do stosowania testów PUM i PUN w procesie interwencji. Z uczestnikami szkoleń kontaktowano się przede wszystkim drogą telefoniczną, a niekiedy mailową (w kilku przypadkach skontaktowanie się było niemożliwe, gdyż osoby zmieniły miejsce zatrudnienia, numer telefonu lub były niedostępne z innych przyczyn).

Spośród 153 uczestników szkoleń 17 osób (11%) przynajmniej raz podjęło próbę przeprowadzenia działań interwencyjnych z zastosowaniem testu PUM lub PUN. Pozostałe osoby nie wykorzystały zaproponowanej podczas szkoleń metody.

Powodami, jakie podawali był najczęściej brak pacjentów, w stosunku do których mogliby zastosować testy. Choć kryteria doboru uczestników szkoleń były jasne i klarowne (praca z nastolatkami mającymi problemy z narkotykami), okazało się, że część osób, która trafiła na szkolenia, w ogóle nie pracuje z pacjentami bądź przyjmuje jedynie osoby dorosłe lub dzieci (por. Okulicz-Kozaryn, 2005). Część osób nie wykorzystała testów z powodów osobistych (zmiana miejsca pracy, zwolnienie się z obecnej pracy, długi urlop). Niektórzy z uczestników szkoleń zapomnieli o zaproponowanych im testach.

W przypadku osób pracujących w poradniach zdrowia psychicznego i poradniach psychologiczno-pedagogicznych najczęstszymi zgłaszanymi powodami niewykorzystania testów było to, że do takich placówek najczęściej trafiają osoby z innymi problemami niż narkotyki. Przykładowo są to trudności w nauce. W dwóch poradniach osoby z problemem narkotykowym „już na poziomie rejestracji wysyłane są do poradni uzależnień.” Zdarzały się też takie sytuacje, w których psycholog podejrzewał, że młody pacjent może używać narkotyków, jednak gdy psychoterapeuta umawiał się na następną wizytę, pacjent nie przychodził.

W przypadku pedagogów szkolnych, jeśli nie zastosowali oni testów, to głównie z takiego powodu, że nie podejmowali tego rodzaju interwencji. Problemy, z jakimi się stykali związane były z nadużywaniem alkoholu lub niewłaściwym zachowaniem w szkole.

Głównym powodem niewykorzystania testów przez terapeutów uzależnień było to, że albo nie mieli pacjentów pierwszorazowych, albo stawiali diagnozę zapominając o użyciu zaproponowanego im podczas szkoleń narzędzia.

Powodami niewykorzystania testów, zgłaszanymi przez lekarzy było najczęściej poczucie braku kompetencji związanych z tematyką uzależnień, strach przed poruszaniem tego rodzaju tematów w obawie przed zbagatelizowaniem problemu przez pacjenta. Również zgłaszanym powodem był brak czasu.

W grupie pielęgniarek dominowało poczucie braku pozycji w szkole umożliwiającej podejmowanie działań interwencyjnych oraz braku czasu. Pielęgniarki mają jasno wyznaczone zadania i nie przejawiają chęci, by wychodzić poza zakres tych obowiązków, obawiają się nowych zadań i odpowiedzialności.

3.2. Procedura badań

Z osobami, które wykorzystały metodę zaproponowaną na szkoleniu, przeprowadzono wywiady indywidualne. Celem wywiadów było zebranie informacji na temat czynników wpływających na przebieg kontaktu z nastolatkiem:

- W czasie wypełniania testu,
- Bezpośrednio po stwierdzeniu wyniku testu,
- W późniejszym okresie.

Szczegółowe dyspozycje do wywiadów są zamieszczone w załączniku 1.

Wywiady były prowadzone przez psychologów z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Każdy wywiad był umawiany telefonicznie. 14 wywiadów zostało nagranych na taśmę audio a 3 osoby nie zgodziły się na nagranie rozmowy.

3.2.1. Charakterystyka respondentów

Wywiady przeprowadzono z czterema terapeutami uzależnień, trzema psychologami zatrudnionymi w poradniach psychologiczno-pedagogicznych, jednym psychologiem z poradni zdrowia psychicznego, jedną osobą z pogotowia opiekuńczego, jednym lekarzem pierwszego kontaktu, trzema pielęgniarkami szkolnymi, jedną wychowawczynią, jednym psychologiem szkolnym, jednym pedagogiem szkolnym, jednym pracownikiem Ośrodka Pomocy Społecznej.

Zgodnie z założeniami projektu, podjęto też próbę przeprowadzenia wywiadów z nastolatkami objętymi działaniami interwencyjnymi. Trudność zadania wiązała się z koniecznością pozyskanie zgody zarówno nastolatka jak i jego rodziców (opiekunów) na przeprowadzenie takiego wywiadu. Udało się przeprowadzić wywiady z 9 nastolatkami, wobec których zastosowano testy PUM lub PUN w procesie interwencji (dyspozycje do wywiadów – załącznik 2). Były to 3 wywiady indywidualne i 2 grupowe (w każdym z nich brały udział 3 osoby). 7 osób pochodziło z domu dziecka. Zastosowano

wobec nich testy, gdyż podejrzewano, że młodzież z tego domu jest uzależniona od narkotyków. Poproszono terapeutę z pobliskiego miasta, by porozmawiał z młodzieżą i postawił diagnozę. Terapeuta jako wstępną metodę wykorzystał testy, przy czym okazało się, że dzieci są osobami eksperymentującymi z narkotykami, ale nie uzależnionymi. Pozostałe dwie osoby, z którymi przeprowadzono wywiady pochodziły z Warszawy. Wobec jednej z nich zastosowano test w poradni uzależnień, a wobec drugiej w szkole, do której uczęszcza.

3.2.2. Analiza danych

Materiał zebrany w postaci notatek i transkrypcji nagrań był analizowany jakościowo, niezależnie przez 3 osoby. W pierwszym etapie określono podstawowe kategorie opisowe (załącznik 3), w drugim – z każdego wywiadu wyłoniono treści odpowiadające tym kategoriom, w trzecim – zweryfikowano trafność klasyfikacji danych z poszczególnych wywiadów.

4. Wyniki

4.1. Interwencje z zastosowaniem testów PUM i PUN

4.1.1. Sytuacje w jakich testy były stosowane

Testy PUM i PUN były wykorzystywane przez psychologów, pedagogów, terapeutów i pracowników służby zdrowia w różnych sytuacjach. Ogólnie, można powiedzieć, że testy były stosowane wobec młodych ludzi, którzy przyznawali się do używania środków odurzających, jak i wobec takich, którzy wykazywali jedynie pewne symptomy mogące wskazywać na kontakt z narkotykami. W niektórych przypadkach, w toku działań interwencyjnych, podejrzewania używania narkotyków potwierdzały się, w innych – nie. Część młodzieży, samodzielnie zgłaszała się do specjalistów. Inni – byli do nich „doprowadzani” pod wpływem perswazji lub zmuszeni okolicznościami. Poniżej przedstawiamy najbardziej typowe sytuacje, w jakich dochodziło do zastosowania testów PUN i PUM w toku działań interwencyjnych:

1. **Gdy nastolatek sam się zgłaszał z problemem związanym z używaniem substancji psychoaktywnych**, np. w sytuacji kryzysowej *„Chłopak zgłosił się do mnie z informacją, że bierze i nie wie co ma z tym zrobić.[...] przyszedł, ponieważ miał moment załamania, ponieważ zostawiła go dziewczyna.[...] Przede wszystkim palił marihuanę. Palił okresowo. Tak naprawdę w marihuanę wszedł dwa czy trzy lata temu.”* (psycholog, PP-P.3), lub za namową przyjaciół, którzy wcześniej uzyskali od danej osoby pomoc: *„Z tej grupy rówieśniczej. Wspólne ucieczki z domu to były. To właściwie (imię dziewczynki) zaczęła podsyłać...”* (nauczycielka)
2. **Gdy nastolatek sam się zgłaszał z innymi, niż używanie narkotyków problemami**
Do pedagoga szkolnego zgłosił się np. 16 letni chłopiec *„przyszedł porozmawiać o problemach w szkole. Wyszły nam z tego problemy z marihuaną”* (pedagog szk. 1).
3. **Gdy nastolatek przychodził razem z rodzicami, lub problem był zgłaszany przez rodziców (opiekunów)**

Rodzice zgłaszali się np. do poradni psychologiczno-pedagogicznych: „Przyszedł ojciec z problemem, że dziecko pali marihuanę” (psycholog, PP-P.3), lub do ośrodków terapii uzależnień: „Rodzice z chłopcem (16 lat) przyjechali z [nazwa miejscowości], w książce telefonicznej przeczytali nasz telefon. W [swojej miejscowości] nie chcieli nikogo prosić o pomoc. Co było ciekawe rodzice dowiedzieli się, że jest uzależniony, kiedy chłopiec do nich zgłosił, żeby mu pomogli, bo nie może sobie dać rady. Już nie brał dla przyjemności, ale brał bo musiał.” (terapeuta, 1); „Po obozie chłopiec w domu przyznał się, że miał do czynienia z narkotykami (marihuana). Rodzice natychmiast zadzwonili do telefonu zaufania. Chłopak rzeczywiście przyznał się, iż nigdy (wcześniej) nie miał do czynienia z narkotykami, nie miał żadnych problemów, dobrze się uczył” (terapeuta, 1). Warto, w tym miejscu podkreślić, że zasady pracy niektórych ośrodków terapii uzależnień określają, że osoby niepełnoletnie są w nich przyjmowane tylko wtedy, gdy zgłaszają się przynajmniej z jednym z rodziców.

Młodzież do ośrodków specjalistycznych kierowali też prawni opiekunowie, np. z domów dziecka. W opinii terapeutów, wynikało to czasami nie tyle z troski o podopiecznych i wnikliwej obserwacji ich zachowań, co z podejrzliwości i braku zaufania do wychowanków: „... te dzieciaki tutaj do nas przywożą z takim przekonaniem, że na pewno bierze, że używa, że brała, że są problemy, żeby przebadać, żeby coś zrobić, żeby wpisać w papier”. (terapeuta, 2).

4. Gdy problem był zgłaszany przez nauczycieli

Nauczyciele zaniepokojeni zachowaniem uczniów zgłaszali problem pedagogom szkolnym lub kierowali ich do poradni psychologiczno-pedagogicznych. Obserwowane w szkołach symptomy mogące wskazywać na używanie środków odurzających dotyczyły przeważnie pogorszenia wyników w nauce, niesubordynacji i/lub absencji. Interwencje w szkole były podejmowane np. w sytuacji gdy „Coś się dzieje nie wiadomo co, problemy w nauce, może narkotyki, może alkohol, a może [inne] problemy. [Z wywiadu] wychodziły problemy domowe, ale zastanawiałam się czy problemy alkoholowe, bo wychodziło tam, że piwo i imprezowanie, ale marihuany zapierała się. Natomiast wszystko to co dziecko mówiło mogło świadczyć o tym, że przy okazji było to towarzystwo w kierunku marihuany, haszyszu...” (pedagog szk. 1); „Chłopiec, pierwsza klasa (liceum profilowanego) jest obecnie w drugiej klasie, no widać, że coś się z dzieckiem dzieło. W pierwszym półroczu jakoś tak bezproblemowo, systematycznie chodził, dawał sobie radę (...). Potem pojawiły się wagary, zagrożenia i jedynki. A poza tym były sygnały od nauczycieli, że w tym drugim semestrze momentami zachowuje się jakoś tak dziwnie, a to oczy przekrwione, a to jakby spał, a to jakby się śmiał” (pedagog szk. 1).

Jeden z uczniów opisuje sposób trafienia do pedagoga szkolnego w następujący sposób: „Jedna nauczycielka, która uczyła mnie wtedy PO i ona zauważyła, że jest coś ze mną nie w porządku i tak przy bardziej szczerzej rozmowie przyznałem się do tego” (M1). Nauczycielka ta skierowała go do pedagoga szkolnego na rozmowę, zapewniając go o tym, że może tej osobie w pełni zaufać. Psychologowie z poradni psychologiczno-pedagogicznych mówili, że „... z opinii szkoły [mieli] informacje, że toczy się postępowanie, że na wyjeździe integracyjnym [uczeń] miał ze sobą marihuanę itd.” (psycholog, PP-P.3).

W podobny sposób uczniowie trafiali też do pielęgniarek szkolnych „Wszystkie osoby które zostały poddane badaniom [został przeprowadzony test] to były osoby gdzie albo był sygnał od nauczyciela [...], że jakaś grupa rówieśnicza, że ktoś tam widział, że jest podejrzewany albo zdarzyło się, że gdzieś tam ktoś wyciągał komórkę, a gdzieś mu coś się wysypało z kieszeni....” (pielęgniarka szk. 2). U jednego z chłopców używającego problemowo marihuany „były takie reakcje nieadekwatne do bodźców. Miał typowe, dziwne zachowania. (...) Albo był wyjątkowo wyciszony, albo był nadpobudliwy. Robił np. problem z rzeczy błażych. I się bardzo denerwował. Potrafił rzucić krzesłem w tablicę”. (nauczycielka).

5. **Gdy problem zgłaszali koledzy**, „... którzy razem z nim zaczęli palić ale przestali” (psycholog, szk.).
6. **Gdy osoba, przygotowana do prowadzenia interwencji sama obserwowała sygnały mogące wskazywać na używanie narkotyków.**

Nauczycielka zwróciła uwagę na psychiczne i fizyczne objawy mogące świadczyć o używaniu narkotyków, takie jak „ospałość ogólna, nadpobudliwość” (nauczycielka). Lekarkę podstawowej opieki zdrowotnej zaniepokoiło zachowanie pacjenta w trakcie wizyty, połączone ze znajomością środowiska, z jakiego chłopiec pochodził. W następujący sposób opisała przypadek zastosowania przez siebie testu: „... chłopiec w wieku gimnazjalnym czyli 14 lat trafił do mnie z powodu zwykłej infekcji wirusowej. On się dziwnie zachowywał [...] na zmianę dosyć agresywnie i ospale. Trudny nawet w kontakcie ze mną tutaj w gabinecie. [...] miał prześliski takiego nieadekwatnego zachowania w stosunku do swojego wieku. [...] zgłaszał, że jest bardzo zniechęcony albo ma te okresy spania, niechęci do nauki, nie chce mu się wstawać, nie chce mu się chodzić do szkoły. ... Wydawało mi się jak na nastolatka mocno zbuntowanego i chuligańskiego to może być pod wpływem jakichś środków. [Poza tym] środowisko, z którego się wywodził może sugerować ewentualne kontakty ... i miejsce w którym zamieszkiwał też jest miejscem ludzi bardzo biednych niepracujących. Wiemy, że tam mieszkają dealerzy.” (lekarz, POZ).

W przypadku jednej z dziewcząt (obecnie czeka na miejsce w ośrodku) sygnały mogące wskazywać na to, że może mieć problemy z używaniem substancji psychoaktywnych pojawiły się na długo przed tym, nim została podjęta interwencja i zastosowano test PUN. „Chyba to był rok czasu zanim ona powiedziała że też bierze, gdzie też podejrzewałyśmy, że przy takim .. w takiej grupie rówieśniczej, gdzie ona... ona nie przychodziła na noc do domu. Przychodziła brudna i taka bardzo zaniedbana w związku z tym było podejrzenie że jest niemożliwe przebywając w grupie ćpunów, że ona jest czysta, przyznała się po roku ...” (nauczycielka)

W poradniach psychologowie prowadzili czasami rozbudowaną diagnozę, w wyniku której stwierdzali, duże prawdopodobieństwo sięganie przez nastolatka po środki psychoaktywne. W jednym z przypadków podejrzenie używania narkotyków było oparte na: (1) informacjach od matki „... Mama zrobiła jakiś test, który nie wyszedł jej. Jak pytałam o szczegóły, to ona po prostu nie kontrolowała tego co on robi w tej łazience, jak to się odbywa.”, (2) problemach z nauką „...roczne opóźnienie szkolne, [...] powtarzał trzecią klasę w gimnazjum. ... miał 7 jedynek na semestr w klasie pierwszej w tym 3 nieklasyfikowania z powodu nieobecności [a przy tym] wysoki wynik w testach inteligencji, - powtarzanie było nie związane z jego słabymi możliwościami”, (3)

negatywnych wpływach rówieśniczych „... wagarary spędza z kolegami z byłego gimnazjum. [...] I to są osoby, które są w tym rejonie w takim liceum, co trudno w ogóle nazwać liceum, to jest jakaś przechowalnia i oni razem spędzają ten czas na wagarach, więc on nie ma kontaktu ze swoją klasą...”, (4) złym stanie psychicznym „... ma takie tendencje do zachowań nerwicowych. Podobno na informację o rozwodzie rodziców zareagował silnym jękaniem się [...] a przy tym duża niepewność, taki niepokój maskowany taką nonszalancją, arogancją. ... jak on o czymś mówił to cały czas poprawiał ubranie, cały czas się szarpał, cały czas coś poprawiał, zmieniał się kręcił”, (5) trudnej sytuacji rodzinnej „... w rodzinie bardzo trudna sytuacja, dlatego, że i rozwód [...] i w tej chwili mama ma nowego partnera, który właściwie mieszka z nimi, którego ten chłopiec zupełnie nie akceptuje. Były próby terapii rodzinnej w poradni takiej [...] A właściwie się zaczęło od tego, że ten pan zaczął wymagać czegoś od niego, [...] a mama była taką osobą przyzwalającą. I [chłopak] poszedł właśnie w takie rzeczy” (psycholog, PP-P.1).

7. **Gdy nie było wyraźnych powodów do podejrzeń, że nastolatek używa narkotyków.**

Zdarzały się przypadki zastosowania testu „... tak z ciekawości jak ten test zagra” (psycholog, PP-P.2), „na zasadzie, [że] po szkoleniu człowiek chce szybko [wypróbować], żeby nie zapomnieć” (psycholog, OO-W). Impulsem do zastosowania testu było np. pogorszenie zachowań nastolatka w domu i w szkole „... jedyne co to te wagarary i to, że po prostu zniknął. Zniknął z domu. Mamie mówił, że jeździ do swojej dziewczyny. Co tam robił? Niewiadomo” (psycholog, PP-P.2), albo inne zaburzenia psychiczne „podejrzanie schizofrenii, kilka razy leczony farmakologicznie” (psycholog PZP). W ośrodku opiekuńczo-wychowawczym testy były wykorzystane w pracy ze wszystkimi wychowankami z grupy, niejako „z rozdzielnika”: „... I wprawdzie ta grupa to tam minimalnie biorą te narkotyki, ale jednak są podejrzewani. Mieli kuratora, tutaj zostali przysłani za wagarary. Ale te wagarary jeszcze ze starszymi chłopcami. Czyli wszystko wskazywało na to, że prawdopodobnie zetknęli się z narkotykami.” (psycholog, OO-W). Warto zwrócić uwagę na podobieństwo tej wypowiedzi do opinii jednego z terapeutów, który twierdził, że personel placówek opiekuńczych (tam: domu dziecka) ma tendencje do podejrzewania podopiecznych o używanie narkotyków niejako „na wyrost”.

8. **Jako „dodatek” do badań ankietowych**

W jednej ze szkół test PUM został zastosowany w badaniach grupowych. Pielęgniarka szkolna mówiła: „Oprócz tego testu dołożyłam swoją ankietę również z takim rozpoznaniem co oni by chcieli, na jakie tematy oni chcieli by porozmawiać. Akurat w tej grupie tam było 14 czy 15 osób...” (pielęgniarka 3).

4.1.2. Warunki stosowania testów – kontakt, zaufanie, dyskrecja

Osoby podejmujące działania interwencyjne związane z używaniem narkotyków przez młodzież na różne sposoby starały się pozyskać zaufanie nastolatków i zagwarantować im poczucie bezpieczeństwa.

1. **Świadoma zgoda**

Osoby prowadzące interwencję przed zastosowaniem testu PUM lub PUN pytały nastolatków, czy zgadzają się odpowiedzieć na tego typu pytania. Często też starali się dać im trochę czasu do namysłu i wprowadzały test na drugim lub trzecim spotkaniu. Psycholog z poradni stwierdziła, że jeden z nastolatków „...był u mnie trzy razy. Do tego testu doszłam za trzecim razem.”, psycholog PP-P.1). Podobnie pedagog szkolna, mówiła: „Dałam mu czas trzy czy cztery dni. [Powiedziałam:] ‘Tylko ty musisz się zgodzić ten test, bo on zostaje tutaj ... w tych drzwiach. A jeśli udzielasz odpowiedzi takich szczerych, rzetelnych to uzyskasz rzetelną poradę’. I dziecko wróciło za dwa trzy dni i powiedział „dobrze, proszę bardzo” (pedagog szkolny).

Jednak, w sytuacji gdy nastolatek sam się zgłaszał z problemem używania narkotyków, test był mu proponowany od razu („I przy pierwszej rozmowie podsunęłam mu ten test”, psycholog, PP-P.3).

Jeden z terapeutów pytał o zgodę na przeprowadzenie testu zarówno nastolatków, jak i ich rodziców: „Ja się pytałem czy (rodzice) wyrażają zgodę, pytałem się dzieciaka czy wyraża zgodę ..., że ja robię ten test”. (terapeuta, 2).

W niektórych przypadkach dobrym sposobem pozyskania zaufania nastolatka było jasne sformułowanie obaw, jakie może budzić propozycja wypełnienia testu: „Najpierw pierwsze takie [spotkanie] na otworenie problemu. I zapytanie „Czy moglibyśmy użyć takiego kwestionariusza”. Czy nie będzie się bał, wstydził itd. Określenie warunków rozmowy i współpracy” (pedagog szk.).

Ważnym elementem budowania zaufania było uznanie prawa do odmowy odpowiadania na pytania testu. Pedagog w szkole poinformowała uczennicę: „możesz oczywiście nic nie odpowiedzieć. Jak zobaczyła dziewczynka te pytania to stwierdziła, że nie ona dziękuje, bo ona ma tylko problem szkolny, a to że się spotyka z ludźmi raz na jakiś czas wypije piwo to nie jest problem”. (pedagog szk.); „Ja poprosiłam, że kto chce brać udział w tym teście to jest rzecz dobrowolna [...] I chyba trzy czy cztery osoby nie pisały z tego grona” (pielęgniarka 3).

2. Dyskretne zaproszenie na rozmowę

Zachowanie taktu i dyskrecja już przy nawiązywaniu kontaktu z nastolatkiem miały duże znaczenie, gdy interwencja była prowadzona na terenie szkoły. Jedna z pielęgniarek szkolnych wypracowała metodę polegającą na zapraszaniu do gabinetu podejrzewanych przez siebie uczniów pod pretekstem badań okresowych. Zwracała się do nauczycieli z prośbą o zwolnienie ucznia z danej lekcji: „(...) słuchaj, a ten i ten mi nie oddał bilansu” , „ a z tym i tym mam do porozmawiania” i w ten sposób. I na chwileczkę były osoby proszone i dopiero wtedy cała sprawa była określana. Także starałam się zapraszać, ale wybrać też przedmiot gdzie można było sobie na to pozwolić” (pielęgniarka 2). Inna zwalniała uczniów z lekcji nie wyjaśniając dokładnie powodów: „Nie zawsze chcą zostać po lekcjach, żeby ja z nimi mogła ... W związku z tym rozmawiamy w trakcie lekcji. Automatycznie ja im daję karteczkę, że był w gabinecie odtąd dotąd. Ale ani nie mam obowiązku, ani nie chcę pewnych rzeczy roztrząsać na forum szkoły” (pielęgniarka 3).

3. Zapewnienie poufności wyników

W celu stworzenia korzystnych warunków do wypełnienia testu i uzyskania wiarygodnych wyników część osób prowadzących zadbała o to by nastolatkowie nie podpisywali arkusza testu. „Wszystko

co do wypisywania nawet bez podpisu. No, bo po prostu bali się szkoły. Ja powiedziałam „słuchaj ja ci ocen nie wystawiam, ja wpływu na twoje oceny nie mam”, [...] boją się tej formy pisemnej” (pielęgniarka 2)

Jedna z osób niszczyła wypełnione testy przez uczniów po omówieniu wyników: „One [testy] są już zniszczone, bo ja nie przechowuję po to żeby nikt niepowołany nie [miał dostępu]” (pielęgniarka 3). Zdarzało się również, że terapeuta sam zaznaczał odpowiedzi respondenta w teście. „ja miałem np. taką dziewczuszkę która np. powiedziała, że ok., ona mi odpowie na każde pytanie, ale ja mam stawiać krzyżyki nie ona. Ja mówię, że nie ma sprawy zupełnie nie rzutuje”. (terapeuta, 2). Budowaniu klimatu zaufania sprzyjało, danie młodemu człowiekowi testu „do ręki” i nie odbieranie go po wypełnieniu: „Dałam mu test i nie pokazałam wyniku. I zapytałam się czy ponad dwa są. W zasadzie odpowiedział, że tak. Ale nie chciał mi pokazać”. (psycholog, PP-P.3)

Psychologowie też często nie odnotowywali w swoich notatkach dokładnych wyników testu: „Nie pamiętam (wyniku testów), ja ich nie zapisywałam. Z resztą przy żadnym (klientcie) nie zapisywałam”. (psycholog, PP-P.3)

Sposobem zapewnienia poufności rozmowy i wyników testu były też deklaracje, że bez zgody klienta informacji o wynikach testu nie zostaną przekazane rodzicom (lub innym opiekunom). Nastolatki przed wypełnieniem testu słyszeli np. „to czy ja powiem rodzicom o wynikach, jakie wyszły z tego testu to ustalimy sobie później. Jeżeli ktoś sobie życzy to zachowujemy to między nami, a z rodzicami rozmawiamy na różne inne tematy”. (terapeuta, 2), albo: „Jeżeli chcesz powiedzieć mi prawdę (...) mnie interesuje twoje doświadczenie z narkotykami i jakimiś używkami. To co powiesz ja nie mogę powtórzyć rodzicom jak ty nie wyrażasz na to zgody. Dlatego mów mi prawdę albo w ogóle, żebyśmy nie tracili czasu”. (terapeuta, 1).

Jeden z terapeutów osobiście informował rodziców, że bez zgody dziecka nie zdradzi szczegółów rozmowy, i mówił im: „To jest poradnia i uprzedzam: o czym ja będę z dzieckiem rozmawiał, to ja niestety państwu nie powiem. Ale powiem państwu co ja będę proponował co powinniście zrobić. A co zrobicie, to już będzie wasz problem”. (terapeuta, 1). Prośby dzieci o zachowanie dyskrecji wobec rodziców: („Czy pani nie powie mamie albo czy pani nie powie tacie....” ; nauczycielka), wywoływały natomiast często konsternację u osób nie będących specjalistami uzależnień. Każda taka prośba wyrażona przez osobę niepełnoletnią była dla nich poważnym dylematem: „Co robić z tym fantem przecież te dzieciaki nie mają 18 lat skończonych, dzieciak mi się otwiera, ja dużo wiem. Ale dzieciak chce, aby ta sprawa została tylko między nami. Ja mówię „ja ci nie mogę pomóc zostawiając sprawy tylko pomiędzy nami” i to jest problem gdzie np.: musimy (iść) do specjalisty itd. Absolutnie, żeby rodzice nie wiedzieli....” (pielęgniarka 2). Gotowość zachowania tajemnicy przed rodzicami była natomiast powszechna w przypadku osób pełnoletnich. „[18-latek] powiedział, że przyszedł do mnie. Ode mnie oczekuje pomocy, ale nie pozwolił przekazać informacji matce. Miał do tego prawo, ponieważ jest pełnoletni. Prosił, żeby się spotkać ponownie. [...] Ten test dostał ode mnie do ręki, dlatego, że w momencie kiedy przyszedł, prosił o pełną anonimowość. Powiedział, że chce z kimś rozmawiać, ale nie powie jak on się nazywa.[...]” (psycholog, PP-P.3).

Zdobycie zaufania i zapewnienie dyskrecji nastolatki było też trudne dla osób występujących wobec klienta w podwójnej roli, np. psychologa w poradni i nauczyciela w szkole. Jednak, zdaniem respondentów było to również możliwe. Jedna z osób prowadzących interwencję w ten sposób przedstawiała swoje postępowanie: *„W szkole obserwowałam go jako nauczycielka [...] miałam stały kontakt z chłopcem, ponieważ prowadziłam zajęcia w tym liceum [...] Nie dawałam mu żadnych informacji które tutaj otrzymałam, bo uważam że tam jestem w innej roli i tu jestem w innej roli”*. (psycholog, PP-P.3).

4. Poczucie zaufania

Zdaniem osób prowadzących działania interwencyjne, czynnikiem ułatwiającym nastolatkom otwartość i szczerą odpowiedź na pytania testu było poczucie bezpieczeństwa. Jeden z terapeutów uważał, że jego klienci wiedzieli, że: *„Nie ponoszą żadnych konsekwencji tego co tutaj mówią [...] Myślę, że na tyle mi ufają, że to nie są nasze pierwsze kontakty tylko już tam od jakiegoś czasu. O różnych sprawach mi tutaj mówią, za które rzeczywiście mogłyby oberwać ...”* (terapeuta, 2). Na wagę poczucia zaufania we wzajemnych kontaktach, zwłaszcza na terenie szkoły wskazuje wypowiedź jednego z uczniów: *„Zależy od nastawienia nauczyciela. Od nastawienia do młodzieży, można było jej (mowa o wychowawczyni) zaufać, nie wyżywała się na nas, rozumiała nas, można jej zawsze wszystko powiedzieć, kazała do siebie mówić na ty i jest w porządku”* (M1).

5. Sposób zwracania się do nastolatki

Jeden z terapeutów podkreślał, że dla porozumienia z nastolatkiem duże znaczenie ma okazywany mu szacunek i to, żeby nie czuł się osobą chorą, słabą i potrzebującą pomocy: *„...my tutaj nie używamy takiego, nie mówimy „nasz pacjent” tylko „nasz klient” i to jest taka duperela, którą większość pracowników służby zdrowia nam wypomina, że nie klient tylko pacjent, że to jest poradnia i tu są pacjenci. Klienci to mogą być w sklepie spożywczym itd. Natomiast zupełnie jest inny kontakt. Ludzie się nie czują jacyś tacy właśnie w roli pacjenta, jako osoby chore w ogóle i od razu, tylko luźniejsza atmosfera jest i to owocuje”*. (terapeuta, 2).

W sytuacji szkolnej ważne jest aby osoba, która stara się pomóc uczniowi okazywała mu zainteresowanie, wspierała go i była kompetentna: *„Pani (pedagog szkolny) mi bardzo pomagała, pani była bardzo przyjaźnie nastawiona do mnie, wiedziała co i jak, nie czułem się jakoś szczególnie zestresowany siedząc. Wiedziała, znała się na rzeczy”* (M1).

6. Uzasadnienia propozycji odpowiedzi na pytania testu

Propozycja wypełnienia testu była uzasadniana na bardzo różne sposoby. Osoby prowadzące interwencję mówiły np. wprost o sytuacji jaka doprowadziła do spotkania z nastolatkiem, czyli o ujawnieniu faktów związanych z używaniem substancji przez nastolatka: *„Dalej rozmawiałam z tym chłopcem i powiedziałam mu, że ze względu na to, że to było przyłapanie i żeby zrobił mi ten test. I żeby podszedł do tego testu bardzo rzetelnie. Dałam mu testy tylko na marihuanę. Poprosiłam, żeby się nad tym zastanowił czy nie należało by coś z tym zrobić”*. (psycholog PP-P.3); *„tutaj było zaniepokojenie, bo dziewczynka była wręcz przyłapana na papierosach, więc był taki tutaj łatwy przypadek, tak że mogłam powiedzieć „wiesz dostałam informację, że popalasz i jestem zaniepokojona”* (pielęgniarka 3)

Osoby prowadzące interwencję podsumowywały też w skrócie swoje obserwacje i przemyślenia na temat zagrożenia nastolatka problemami związanymi z używaniem narkotyków: „Zaproponowałam i jemu i matce, że w obliczu takich kłopotów w szkole, mam podejrzenia, że on ma kontakt z substancjami psychoaktywnymi, nie wiem, jakimi. Przy takich możliwościach intelektualnych i przy takich wynikach w szkole i takiej absencji” (psycholog PP-P.1); „Mówiłam co mnie niepokoi, co się stało, co się zdarzyło, że ja zaczynam tą rozmowę właśnie z nią. [...] a nie, że „słuchaj ktoś mi tu nakablował, że....” tylko, że no mam taką sprawę chciałabym porozmawiać bo mam wątpliwości i czy chciałaby na ten temat ze mną porozmawiać, czy ma do mnie zaufanie no i przedstawiałam moje zapytania i oczekiwałam wyjaśnień” (pielęgniarka 2).

Zdarzały się też uzasadnienia unikowe, mogące świadczyć o tym, że osoba prowadząca interwencję bała się powiedzieć nastolatкови wprost o swoich podejrzeniach dotyczących używania narkotyków: „Powiedziałam mu, że są prowadzone takie badania w całej Warszawie i chciałabym również zapytać, ponieważ to jest problem wszystkich szkół naszych, czy może mi tutaj się ustosunkować do takich pytań, bo jeśli będzie taka możliwość, to będziemy zadawać takie pytania wszystkim jego kolegom i koleżankom. Nie robiłam wokół tego atmosfery, żeby nie zniechęcić go do jakiegokolwiek współpracy.” (lekarz, POZ).

Inne osoby właściwie nie próbowały tłumaczyć klientowi, dlaczego proponują wypełnienie testu, zakładając prawdopodobnie, że młodzież jest przyzwyczajona do wypełniania różnych ankiet lub, że nie oczekuje wyjaśnień: „Ja ich tylko zapraszałam z prośbą o wypisanie testu. „A dlaczego?” Ja mówiłam, że dobrze by było gdybyś zrobił tutaj taką rzecz. (pielęgniarka 2); „On szereg różnych rzeczy robił tutaj. Ponieważ była tu kwestia powtórzenia badania w liceum do drugiej klasy. Po prostu powiedziałam mu, że: „chciałabym żeby również wypełnił taki test”, że „czuję, że pali papierosy”. Zresztą rozmawialiśmy na ten temat. Skąd on bierze pieniądze na te papierosy. Jak to wygląda, i że chciałabym żeby wypełnił również taki test. ” (psycholog, PP-P.2)

Jeden z terapeutów lakonicznie stwierdził: „Ja mu mówię po rozmowie. „A wiesz co wypełnij jeszcze taką ankietę.” [...] Pytałem ich czy mają jakieś pytania. Czasami czytali po dwa razy, ale nie mieli żadnych pytań i problemów, żeby wypełnić (terapeuta 1).

Niektórzy respondenci przyznawali, że **nie udało im się nawiązać dobrego kontaktu z nastolatkiem** przed zaproponowaniem mu testu. Czasami wynikało to z negatywnego nastawiania młodego człowieka do spotkania: „Na to pierwsze spotkanie to on po prostu przyszedł, bo mu kazano [...] taki młody człowiek pogodzony z tym, że ma tutaj... Powiedziałam, że od zera do dziesięciu chęć współpracy to była tak na poziomie pięciu”. (psycholog, PP-P.2). I w takich sytuacjach wypełnienie testu przynosiło zwykle jeden wynik „Zero. Na wszystko odpowiedział: „Nie”. (psycholog, PP-P.2). Zdarzało się również, że spotkaniu towarzyszyła zła atmosfera spowodowana tym, że osoba prowadząca prowadziła śledztwo i zadawała pytania o charakterze osobistym: „co się dzieje, od kiedy co jak z kim w jakiej grupie, czy się gdzieś spotykasz, co robisz” no i oczywiście cała informacja jak to w domu wygląda” (pielęgniarka 2).

4.1.3. Reakcje nastolatków na propozycję odpowiedzi na pytania testu PUM lub PUN

Młodzi ludzie przeważnie podchodzili do propozycji wypełnienia testów **obojętnie**: „*Spojrzał na kartkę i bez większego, ani protestu, ani zainteresowania. [...] popatrzył na to i wypełnił*”. (lekarz, POZ); „*Jaka była jego reakcja? Powiedziałabym brak reakcji. W ogóle taki... Następna kartka do wypełnienia*”. (psycholog, PP-P.2); „*po prostu wypełniali*” (terapeuta, 1). „*To nie było takie (dziewczynka używająca problemowo) „ojej nie”, ale „po co, no wie pani” nie było entuzjazmu, ale jednak (wypełniła) ...*” (pielęgniarka 2).

Te odczucia osób dorosłych znajdują potwierdzenie w wypowiedziach samych nastolatków, np. „*[Terapeuta] zapytał się czy je rozwiążemy i każdy rozwiązał te testy [...] coś tam mówił, tam nam tłumaczył po co mu te testy, ja nie pamiętam już*” (K.1). Inni na pytanie o to, jak zareagowali na propozycję wypełnienia testu mówili tylko: „*Od razu się zgodziłem*” (M.1).

Znacznie rzadsze były reakcje zdecydowanie pozytywne lub negatywne. Z wyraźną pozytywną reakcją na propozycję wypełnienia testu spotkał się np. terapeuta współpracujący z domem dziecka: „*no i tydzień później one zbajerzyły tam tego wychowawcę. Namówiły, żeby wziął samochód. Wzięły wolne w szkole i przyjechały tutaj całą ekipą, żeby sobie wziąć testy. Tak same z siebie. I wtedy już posadziłem je, każdy wypełnił swój kwestionariusz*” (terapeuta, 2). Podobnie bezproblemowo, propozycję testu przyjmowali niektórzy uczniowie: „*I tu nie było żadnego problemu. Ona (dziewczynka prawdopodobnie już uzależniona) naprawdę z wielką szczerością... bardzo otwarcie [wypełniła]*” (nauczycielka). O próbie odmowy wypełnienia testu wspomniała natomiast psycholog z ośrodka wychowawczego: „*on nie oburzył się, ale trochę się obruszył i „Jak to? Takie pytania, jak ja jestem sportowiec” ale ja mu powiedziałam: „ W końcu przyjechałeś tu i byłeś pod wpływem alkoholu i to sporo tego alkoholu miałeś...”*” (psycholog, OO-W). Natomiast, wspomniana powyżej pedagog z jednej ze szkół, uszanowała prawo uczennicy do odmowy wypełnienia testu.

4.1.4. Omówienie wyników testu (przedstawienie wyników i ich przyjęcie przez nastolatków i rodziców)

Osoby, które przeprowadziły test z nastolatkami, którzy nie przyznali się do używania narkotyków i zaznaczyli wyłącznie negatywne odpowiedzi – **nie omawiali wyników testu**. Niektóre z tych osób kwitowały całą sprawę stwierdzeniem, że „*... nie było, co omawiać*” (psycholog, PP-P.2). Inne, zakładały konieczność dalszej obserwacji nastolatka „*... postanowiłam, że jeżeli wpadnie następnym razem to spróbuję dowiedzieć się na jego temat, ponieważ tutaj w gimnazjum do którego nasza młodzież chodzi jest również pod obserwacją*” (lekarz, POZ).

W jednym przypadku nastolatka, którego diagnoza wskazywała na problemowe używanie marihuany, osoba prowadząca interwencję nie pamiętała czy omówiła wynik testu i bagatelizowała sprawę: „*...no nie wiem ... to było pół roku temu... ja teraz zwyczajnie tego nie pamiętam, a nie chcę zmyślać. Ja uważam, że jest to dzieciak, który ma na tyle głęboki problemy z funkcjonowaniem w życiu, że jest realnie zagrożony uzależnieniem. Niezależnie od tego w jakiej fazie jest w danym*

momencie. Bo to chyba chłopak, który nie wypalił tej marihuany w życiu jakieś straszne ilości. (terapeuta, 3).

Jedynie specjaliści terapii uzależnień mówili o informacjach zwrotnych jakie przekazywali nastolatkom, których wynik w teście wskazywał, że nie są „problemowymi” użytkownikami narkotyków: „ja potem każdemu z osobna mówiłem co to oznacza” (terapeuta, 2).

Nastolatkom uzyskującym w teście wynik wskazujący na problemowe używanie narkotyków, osoby prowadzące mówiły np. „... według wyników tego testu wskazuje na to, że ma problem z narkotykami” (psycholog PP-P.1).

Nastolatki, którzy wypełniali test prezentowali rozmaite reakcje na informację o wynikach.

1. Brak zaskoczenia - potwierdzenie własnych obserwacji i obaw.

Nastolatki często potwierdzały uzyskiwany wynik, który był zgodny z tym, a jaki sposób oceniali swój problem. Dotyczyło to osób we wszystkich fazach używania. Biorący narkotyki okazjonalnie „stwierdzili, że zrobili eksperyment [...] niejako wycofały się.[...] (pielęgniarka 2). O nastolatku, który uzyskał w teście wynik wskazujący na problemowe używanie narkotyków, psycholog powiedziała: „... On był świadom tego. On był wszystkiego świadom. On miał większą wiedzę co musi z tym zrobić” (psycholog, PP-P.3). Podobny był też opis reakcji uczennicy: „To jest osoba taka która słucha. Przytakiwała, ona sobie zdaje sprawę, ona by chciała coś zmienić ale tak jak mówię ta miłość [mowa o chłopcu dziewczyny, który jest uzależniony od narkotyków]. ... myślę, że ona przebywała w takim środowisku, gdzie oni mają już doświadczenie, ale gdzie dzieciaki miały do czynienia z MONAREM, z instytucjami wspierającymi. Wiedziała na czym to polega, więc nie było żadne zaskoczenie, wiedziała, że jest w tej grupie ryzyka, że właściwie jest człowiekiem uzależnionym. Ona mi np. dzisiaj powiedziała, że ona ma dziurę w głowie, że ona się gubi. Oczywiście rozmawialiśmy no może teraz nie bierze, ale się bardzo źle czuje (pielęgniarka 2).

2. Zaskoczenie dotyczące wyniku

Reakcją na wynik testu było też zaskoczenie i zdziwienie: „Oczywiście, że się zdziwił. „A skąd pani wie?” (nauczycielka). Niektórzy młodzi ludzie odczuwali ulgę, że wynik nie był jeszcze gorszy. Wyraźnie o tym mówi jeden z pedagogów szkolnych „Z lekką ulgą (przyjął informację o wynikach- 2 punkty), bo myślał, że będzie gorzej”. (pedagog szk.).

3. Bagatelizowanie problemu

W przypadku jednej z uczennic reakcją na wynik było stwierdzenie, wskazujące, że „Dla niej to nie stanowi problemu” (pielęgniarka 2). Inni mówili np. : „... Nie, że to nie jest, aż taki problem” (psycholog, PP-P.3), Przy czym, część z nich, mimo iż uważała, że nie ma problemu, przynajmniej oficjalnie, zgadzała się na współpracę: „Rozmawiał ze mną w ten sam sposób jak rozmawiał z ojcem - że to wszyscy tak robią. [...] na wszystko się zgadzał, on mówił że wie, że już nie będzie, że wie, że to złe. Nie wypierał się - bo ojciec zbadał mu mocz - więc się nie wypierał, natomiast zobowiązywał się do czystości, do nie powtarzania itd.” (psycholog, PP-P.3).

4. Strach przed konsekwencjami

Zdarzały się przypadki, że po usłyszeniu wyników testu uczniowie zaprzeczali, temu co uprzednio powiedzieli na temat swojego używania: „Też dziewczynka z PUN-u miała 3 z PUM-u 4 punkty. I tutaj było bardzo ciężko [...] Wycofywała się, bała się. Myślę że to była reakcja rodziców i zaczęła się wycofywać”.(pielęgniarka 2)

5. Brak reakcji

Zdarzało się również, że młodzi ludzie nie wykazywali żadnych wyraźnych reakcji na wiadomość o wyniku testu: „Nie było jakby ewidentnej reakcji. Nie był załamany, no przyjął po prostu do wiadomości” (psycholog, PP-P.3).

6. Refleksja nad własnym stanem i dalszym postępowaniem

Dla nastolatków, którzy uzyskali w teście wynik wskazujący na problemowe używanie przetworów konopi lub innych narkotyków był punktem wyjścia do rozważań na temat potrzeb jakie zaspokajają poprzez używanie narkotyków: „...Jest to chłopiec z dużym niepokojem wewnętrznym. I to dawało mu duże uspokojenie i rozluźnienie. To padło z jego strony” (psycholog PP-P.1); „...jak zaczęła się nad tym wszystkim zastanawiać sama przyznała, że rzeczywiście najlepiej, by przystopować i zacząć coś z tym robić bo może to być kłopot” (terapeuta, 2).

Do szczególnie trudnych rozmów na temat wyników testu, dochodziło wtedy, gdy poza używaniem narkotyków nastolatek przejawiał symptomy mogące wskazywać na zaburzenia zdrowia psychicznego: „Śmiał się. [...] Zwyczajnie się śmiał. Natomiast ostrzegł mnie. [...] że mnie zabije i sam się zabije, jeżeli ojciec się dowie, że on ćpa...” (psycholog, OO-W) lub prezentował inne zachowania problemowe: „Nie przyjmował ich [wyników wskazujących na problemowe używanie] do wiadomości ... Właśnie uciekł do G. Z nimi jest taka sytuacja trudna, zdarzało się to kilka razy” (psycholog, OO-W).

Osoby prowadzące interwencje, **informacje o wynikach testu przekazywały również rodzicom**. Czasami przygotowywały rodziców i opiekunów na przyjęcie wyników testu, jeszcze przed jego zastosowaniem, tłumacząc, co to jest za narzędzie i czemu służy: „Mówiłem, że to jest ten rodzaj testu z którego można wyciągnąć wnioski czy dziecko ma problem. O tym rodzice byli informowani i nie mieli żadnych zastrzeżeń” (terapeuta, 1). Podobny komunikat był przekazywany prawnym opiekunom nastolatków, przy czym podkreślano jeszcze walory formalne zastosowania testu: „Ja wychowawcom mówiłem, że mamy takowe narzędzie, że dostaliśmy i że jest to taka rzecz, która w prosty i łatwy sposób może wyjaśnić sprawę i że będą mieli potwierdzenie na papierze. Ja im wtedy będę mógł napisać, że tak i tak. Że dzieciaki zostały przebadane takim i takim narzędziem, że badania są takie i takie i wtedy mówię „macie papier”. Czy rzeczywiście jest problem i należy coś z tym robić czy problem rzeczywiście jest i czy należy robić z dzieciaka osobę uzależnioną na siłę?” (terapeuta, 2).

Informacja o wyniku wskazującym na okazjonalne używanie środków odurzających służyły uspokojeniu rodziców (lub innych opiekunów). „W sytuacji kiedy nie było żadnych podstaw, bo w teście im wychodziło, że to nie jest używanie problemowe, że to jest eksperyment rzeczywiście jednorazowy (...) staram się ich [rodziców] w jakiś sposób przekonać...” (terapeuta, 2); „Dzieciaki [z domu dziecka] wyraziły zgodę, żebym powiedział wychowawcy i powiedziałem dokładnie to co z

testów wynikało, tzn. że nie ma mowy o używaniu problemowym. Coś miałem takie poczucie, że byli przekonani, że wyniki będą zupełnie inne”. (terapeuta, 2).

Informacja o używaniu problemowym była przeważnie formułowana następująco:
„Powiedziałam [matce], że jest to test wystandaryzowany, że on bada jakby na ile zachowania z jakimś eksperymentowaniem, a na ile to nie jest problemowe. I ten test wykazał, że kontakt z narkotykami [jej dziecka] ma już znamiona zażywania problemowego.” (psycholog PP-P.1).

Osoby prowadzące interwencję, które obiecały nastolatкови zachowanie dyskrecji wobec rodziców, unikały mówienia im wprost o teście i jego wynikach. „Była bardzo delikatna rozmowa z rodzicem, ale taka, że dziecko o tym nie wiedziało, bo dziecko nie chciało, żeby rodzice mieli świadomość, że zdarzyło mu się [...]. Nie wyciągając kwestionariusza jak rozmawiałam z mamą, ale punktem wyjścia do rozmowy z mamą były problemy szkolne, ale ukierunkowane, że może... Nie mogłam przekroczyć danego słowa dziecku „Ja nie powiem”. Więc zadawałam te same pytania z intencją marihuany czy zauważyła. Jako jedną z przyczyn niepowodzeń szkolnych.” (pedagog szkolny).

Ci, którzy **nie rozmawiali z rodzicami o wynikach testu** uzasadniali to niekiedy trudnościami obiektywnymi, np. tym, że rodzice nie przychodzili na kolejne spotkanie: „Ja prosiłam (ojca) o stały kontakt. Uprzedzałam. Wydawało mi się, że ojciec jest zainteresowany, ponieważ dziecko też niby z dobrego domu. Dobry status finansowy rodziny. Tak się wydawało, natomiast kontaktu później z ojcem nie było” (psycholog, PP-P.3).

Reakcje rodziców na informację o problemowym używaniu narkotyków, podobnie jak reakcje dzieci, były bardzo zróżnicowane.

1. **Gotowość zajęcia się problemem**

Niektórzy rodzice przyjmowali informację o wynikach testu i deklarowali gotowość do bliższego przyjrzenia się problemowi: „... to, co się zdarzyło to jest jednorazowe no, ale jeżeli pani tak mówi to dobrze się przyjrzymy i [...] I u tej uczennicy, [...] rodzice podjęli zdecydowane kroki w kierunku bliższego kontaktu z dzieckiem, ponieważ tam była taka rodzina taka... no niestety oni są już z resztą po rozwodzie. Natomiast zainteresowali się problemem i są w stałym kontakcie ze szkołą.” (pielęgniarka 2)

2. **Potwierdzenie podejrzeń rodziców**

Zdarzali się też rodzice, którzy mimo zapewnień dziecka, że nie używa ono substancji psychoaktywnych mieli podejrzewania, że to jest nieprawda: „Rodzice od początku nawet jak się ich córka nie przyznawała przyjmowali to, że ona na pewno. Tak jakby czekali na wyrok, że dziecko zostanie zamknięte” (nauczycielka).

3. **Zaprzeczanie**

Inni stanowczo zaprzeczali: „Problem [używanie problemowe] był rodzicom zgłoszony i oczywiście oczy szeroko otwarte. „To niemożliwe jak to, nie ona...” (pielęgniarka 2)

4. **Bagatelizowanie**

nastolatki potrafili przekonać rodziców, że wynik testu wyolbrzymia problem: „... I matka wtedy powiedziała, że ona o tym wszystkim wie, że to była tylko jedna taka sytuacja i że to było już dawno jakieś 6-8 miesięcy temu. On [syn] jej to wszystko powiedział. ... On swoją wersję dosyć wiarygodnie przedstawił” (psycholog PP-P.1).

5. **Odmowa współpracy**

Czasami rodzice nie godzili się na współpracę. „Spróbowałam spotkać się z rodzicami, ale rodzice nie byli zainteresowani współpracą” (pedagog szkolny). W jednym przypadku rodzice odmówili współpracy, bo uważali, że ich córka sama musi sobie poradzić: „Ona była na terapii i rodzice żadnego zainteresowania nie wykazują. Tylko mama raz u mnie była i właściwie stwierdziła, że to jest córki problem, a nie jej.” (nauczycielka)

6. **Inicjowanie działania**

Zdarzało się również, że rodzice wezwani na rozmowę sami rozpoczęli rozmowę nazywając problem: „To oni (rodzice) wyszli bardziej z tym problemem nie my. (...)Z zapytaniem jak można..., co pomóc, gdzie jakimi drogami [...] Byli w Monarze, zgłaszali się, robili naprawdę wszystko... (pielęgniarka 2).

4.1.5. Dalsze postępowanie interwencyjne i pojawiające się w jego trakcie trudności

Dalsze postępowanie interwencyjne, w przypadku **nastolatków sięgających po narkotyki okazjonalnie** polegało na:

1. **Zaproponowaniu wsparcia w przypadku, gdyby problem sięgania przez dziecko po narkotyki pojawił się ponownie:** „Wezwałem potem rodziców i powiedziałem im, że ja tutaj nie widzę żadnego problemu. [...] Jeżeli będą zaniepokojeni drzwi są otwarte. Mogą zawsze przyjść i porozmawiać [...] I podziękowałem im”.(terapeuta, 1). „Natomiast cała reszta [okazjonalnych użytkowników] załatwiła sprawy i na razie się nie pokazuje. My natomiast wiemy, że jeżeli na przyszłość się pojawią jakieś tam problemy, wiedzą, gdzie mogą się zgłosić i jakiego rodzaju pomoc mogą uzyskać i w ogóle jak będą traktowani. (terapeuta, 2).
2. **Zaproponowaniu pomocy w ośrodku** „Po rozmowie zaproponowałem, mimo to że próbował trzy razy w towarzystwie kolegów a sam nigdy nie brał - zaproponowałem mu konsultację z terapeutą, powiedzieli, że się zastanowią i mi dadzą znać...” (terapeuta, 1).

Osobom zdiagnozowanym jako **problemowi użytkownicy środków odurzających** proponowano różne formy oddziaływań. Jedną z nich było **zawarcie kontraktu**. Czasami miał on formę ustnej umowy między osobą prowadzącą interwencję a nastolatkiem: „Widziałam się z nim w czwartek i umówiłam się na następny raz w poniedziałek. I była umowa, że nie będzie palił przez cały weekend. Przyszedł w poniedziałek cały rozentuzjasmowany, pochwalił się, że cały weekend nie brał. Nawiązał tam jakieś nowe kontakty i miał jakiś tam projekt organizować. [...] mówił, że będzie miał mnóstwo roboty i musi odsunąć wszystkie substancje chemiczne, próbował wszystkiego oprócz heroiny. [...] No

i spotkałam się z nim jeszcze trzykrotnie. W odstępach tygodniowych. On powiedział, że on dziękuje, ale on już nie potrzebuje mojej opieki.” (psycholog, PP-P.3).

Zawarcie kontraktu przez pedagoga szkolnego z uczniem było ważnym elementem sprzyjającym pozytywnej zmianie w jego zachowaniu. Jeden uczeń opisuje to w taki sposób: „ (...) bo w sumie od momentu kiedy pani (pedagog szkolna) dała mi ten test i potem zawarła taki kontrakt, że już nie będę palił sam dla siebie i jak bym zapalił to miałbym powiedzieć, dlaczego, kiedy to się wydarzyło itd. Ale mimo wszystko moja silna wola okazała się silniejsza i do tej pory mi się nie zdarzyło, żebym zapalił” (M 1)

W innych przypadkach w proces zawierania i realizacji kontraktu byli zaangażowani również rodzice, dla których czasami dotrzymanie umowy okazywało się być za trudne: „Mogę powiedzieć, że podpisaliśmy kontrakt. Można powiedzieć, że to matka zrywała kontrakt [...] Mama była niekonsekwentna. [...] Bardziej realizowała...(córka) tzn. córka też go zrywała [...] Mama naprawdę starała się, ale ... (nauczycielka.)

Bardzo ważnym elementem kontraktów było umówienie się na kolejne spotkania pozwalające monitorować jego realizację!

Nastolatkom rozpoznanym jako problemowi użytkownicy narkotyków proponowano też różne formy terapii:

1. **Terapia grupowa**

Taką formę oddziaływań proponowali zarówno pracownicy poradni (PP-P i PZP) jak i ośrodków specjalistycznych zajmujących się uzależnieniami. Jednak czasami, z przyczyn niezależnych od osoby prowadzącej interwencję kończyło się to niepowodzeniem: „Przychodził na grupę z zaburzeniami zachowania [w poradni], ale grupę rozwiązano” (psycholog PZP)

2. **Terapia indywidualna**

„... zapisaliśmy go na terapię. Ma do nas przychodzić do innego terapeuty” (terapeuta, 1). Warto podkreślić, że w miarę możliwości, nastolatkom starano się pozostawić możliwość wyboru takiej formy wsparcia, jaka najbardziej im odpowiada: „...muszą sobie znaleźć takiego terapeuty, który będzie im osobiście pasował, a nas tu robi trójka, plus psycholog i lekarz na godziny i nie jest powiedziane, że to będą te typy, które będą klientowi pasowały. Więc dajemy mu informację, gdzie w jakich miejscach jeszcze może uzyskać tego rodzaju pomoc” (terapeuta, 2).

3. **Terapia rodzinna**

W niektórych przypadkach, postępowanie interwencyjne nie ograniczało się do pracy z dzieckiem, ale obejmowało całą rodzinę: „Ja im zaproponowałem dwutorową sprawę, bo tam jest konieczna pomoc. Raz - dla rodziców i dwa - dla chłopaka. Rodziców skierowałem do Centrum Psychologicznego Pomocy Rodzinie [...] Bo my nie prowadzimy terapii rodzin. My prowadzimy tylko terapię edukacyjną..... Co z tego będzie nie wiem, bo chłopak ma przychodzić do nas”. (terapeuta, 1).

Niektórzy nastolatki **odmawiali skorzystania z takiej formy działań**, jakie proponowała im osoba prowadząca interwencję: „I też zaczęliśmy o tym rozmawiać [...] i o sprawach domowych, i o tym, co powoduje u niego taki niepokój i napięcie, że jednak ta marihuana go rozluźniła, że on się

dobrze poczuł. [Zasugerowałam, że] może dobrze porozmawiać o tym z inną osobą, z psychoterapeutą. On stanowczo odmówił. Ja próbowałam go jeszcze nakłonić w szkole, dlatego, że jeszcze wzięłam sobie go w szkole na dyżurze. Dlatego, że jestem tam dwa razy w tygodniu w szkole. I on bardzo uprzejmie podziękował”. (psycholog PP-P.1); „próbowałam z chłopakiem umówić się na dalszą współpracę. Z mamą potem się widziałam ze dwa, trzy razy. Bo on nie był gotów na to, żeby tutaj przychodzić (terapeuta, 3).

Byli też tacy klienci, którzy **deklarowali gotowość współpracy pod presją**: „Powiedział, że nie będzie brał i zgodził się na kontrole na obecność narkotyku w moczu. ... [Powiedziałam mu, że] jeśli będzie brał to albo będzie musiał iść z rodzicami do poradni, albo zgłoszę sprawę do sądu rodzinnego” (psycholog, gimnazjum).

Poza odmową współpracy ze strony nastolatka, osoby prowadzące interwencję spotykały się czasami z **brakiem wsparcia ze strony innych osób dla swoich działań**. Np. psycholog z poradni PP-P uskarżał się na brak współpracy ze strony psychologa szkolnego. „W pierwszym okresie dziecko zaczęło rzeczywiście lepiej funkcjonować, ponieważ chodził, jest inteligentny więc zaliczył ten pierwszy semestr, natomiast później zupełnie poleciał.[...] Ponieważ pojawiła się taka informacja w pokoju nauczycielskim, że [uczeń] nie chodzi [do szkoły i] ojciec został wezwany do szkoły [...] poprosiłam pedagoga, żeby zwrócił uwagę ojca, żeby poobserwował dziecko czy przypadkiem nie wchodzi w grę jakieś narkotyki. Ja jej zasugerowałam, żeby jednak podkreśliła ten problem, żeby ten sygnał był wzmocniony, no jednak niestety nie [...] Po miesiącu okazało się, że bardzo schudł. Ewidentnie był pod wpływem jakiś substancji już na lekcji. W związku z tym poprosiłam [uczni] o rozmowę na korytarzu i mówię, że widzę, że coś bierze i nie jest to marihuana, wyśmiał zaprzeczył i w tym momencie nie chodzi już do szkoły. [...] Prawdopodobnie (brał) amfetaminę.” (psycholog, PP-P.3). W innych przypadkach, osoby prowadzące interwencję, nie zawsze potrafiły przekonać rodziców do swoich racji: „Sprawa tego drugiego kroku kiedy rodziców się do współpracy wciąga. Ja myślę, że akurat się w naszej szkole zdarzyło, że te dzieci akurat mają trudne, nie powiem, że patologiczne domy i jest ciężko, jest niska świadomość rodziców jeżeli chodzi o problem narkotykowy i rodzice albo znają dwie metody, albo bić krzyczeć, a absolutnie nie (uważają), że jest problem, że możemy wspólnie coś z tym problemem zrobić. Nie uważają, że to jest pomoc” (nauczycielka).

4.1.6. Dalsze losy nastolatka

Nie wszyscy, którzy prowadzili interwencję, wiedzieli jakie były dalsze losy ich młodych klientów. Informacje pozostałych były natomiast wyrywkowe. Osoby, w jakiś sposób związane z systemem oświaty, dysponowały przede wszystkim informacjami o sytuacji szkolnej nastolatków, a specjaliści uzależnień o ich udziale w terapii.

1. **Utrzymanie się w szkole**

Niektóre osoby prowadzące interwencję miały poczucie, że ich działania pomogły uczniom utrzymać się w szkole, np. „Dostał ode mnie taką opinię wspierającą - tak to nazwijmy - żeby [...]”

go po prostu wspomóc. Tyle na ile jakoś mogłam, bo [...] on był naszym pacjentem od kilku lat, miał różnego rodzaju problemy. Więc wiem, że nie wypadł z nurtu szkoły. Zdał do następnej klasy. Mam nadzieję, że zda maturę w przyszłym roku” (psycholog, PP-P.2). W innych przypadkach, osoby prowadzące interwencję doceniały aktywność i zaangażowanie rodziców: „Tak [chłopiec używający problemowo marihuany] skończył [szkołę] z powodzeniem jest czysty i w ogóle i rodzice na poziomie i rodzice bardzo inteligentni, także ...rodzice wszystko zrobili. Niebo i ziemię poruszili” (nauczycielka). Duże znaczenie dla rozwiązania problemu miało też wsparcie ze strony nauczycieli. O dobrej współpracy na terenie szkoły mówiła pedagog szkolna: „Trzeba było go [ucznia] jeszcze wzmocnić szkolnie, bo narobiły mu się zaległości. Repetuje klasę pierwszą. Miał zgodę na powtórzenie klasy pierwszej. W tej chwili bardzo ładnie nam idzie. W zeszłym roku był taki sobie w grupie na boku. W tej chwili pełni jakąś rolę w samorządzie klasowym, jest bardzo aktywny, bardzo pozytywnie się nauczyciele o nim wypowiadają. Eksperymenty [z marihuaną] się przerwały...” (pedagog szkolny). Innego ucznia nauczycielka wciągnęła we współpracę z Towarzystwem Przyjaźni Polsko-Francuskiej i mocno zaangażowała się w jego życie poza szkolne: „Ten chłopak (używający w sposób problemowy) odnalazł się gdzieś i poczuł się dowartościowany, ale mówię to taki splot szczęśliwych wydarzeń, bo nie każdy nauczyciel ma na to czas. Ja nie ukrywam, bo to był akurat mój wychowanek, że my naprawdę dużo czasu spędzaliśmy po południu. Ja się zastanawiałam czy mnie rodzina w końcu nie spakuje, bo spędzałam w szkole czy pod telefonem i to na mój adres i numer prywatny dzwonili rodzice czy nawet on (chłopiec) dzwonił (bo on w końcu zajął się piłką nożną) i proszę sobie wyobrazić, że była taka sytuacja, że my byliśmy na meczu, bo tata [...] nie miał czasu, mama nie miała, więc powiedziałyśmy „dobra pojedziemy na mecz”, także uważam, że tutaj kupiliśmy jego.” (nauczycielka).

Pozytywnym efektem działań interwencyjnych prowadzonych przez pracowników szkoły, sprzyjała współpraca w gronie pedagogicznym i nastawienie na udzielenie uczniowi pomocy a nie ukaranie go. O porozumieniu w tej kwestii grona pedagogicznego jednej ze szkół świadczy następująca wypowiedź: „Muszę powiedzieć, że szkoła stanęła na wysokości [zadania]...Myślę że udaje nam się, jako gronu pedagogicznemu, w ramach klasowych zespołów nauczycielskich, nie tylko przedmiotowych [pomagać uczniom]. My się spotykamy co jakiś czas, przewodniczy wtedy wychowawca danej klas, przychodzą wtedy przedmiotowcy i ewentualnie poddajemy problem i rozmawiamy o tym. Prowadzimy programy naprawcze, program profilaktyczny jest w szkole, także naprawdę te dzieciaki staramy się otoczyć opieką i nie dopuścić do tego, żeby to [używanie środków odurzających] miało jakiś pejoratywny stosunek... no różni są nauczyciele nie oszukujemy się” (nauczycielka).

2. Zmiana lub wypadnięcie ze szkoły

Zmiana szkoły przez ucznia była wiązana nie tyle z wynikami testu wskazującymi na mniej lub bardziej poważny problem narkotykowy, co z samym ujawnieniem używania środków odurzających. W jednym z przytaczanych przypadków dotyczyło to poczucia negatywnej oceny otoczenia i braku wsparcia ze strony innych nauczycieli w poradzeniu sobie z zaległościami w nauce: „No i wieści na jego temat się rozeszły i praktycznie rzecz biorąc chłopak jest na tyle

zdeteminowany, że prawdopodobnie odejdzie ze szkoły [...] Tzn. on może nie potrzebuje w tej chwili czynnego leczenia, ale takiego czynnego wsparcia, bo na to złożyły się i sprawy między rodzicami i takie między rówieśnikami. [Nauczyciele, którzy go nie wsparli jeśli chodzi np. o zaliczenie przedmiotów] uważali, że to jest że tak powiem, że to jest z jego strony ucieczka .. nie było podanej tej wędki...” (pielęgniarka 3).

3. Przeniesienie do ośrodka wychowawczego

W przypadkach, gdy używanie środków psychoaktywnych nie było jedynym zachowaniem problemowym prezentowanym przez ucznia, zdarzało się przeniesienie do innej placówki: „Chłopiec, który wypiera się wszystkiego i zobowiązuje się do wszystkiego. Jego zachowanie spowodowało, że został skierowany do ośrodka szkolno wychowawczego i nie ma z nim kontaktu”. (psycholog, PP-P.3); „16 lat i to jest ta która teraz czeka na ośrodek” (nauczycielka i pielęgniarka)

4. Podjęcie terapii/ stały kontakt z ośrodkiem terapeutycznym

„Z problemowych, to mamy w tej chwili w terapii dwie dziewczyny (...) Natomiast, z tymi którym wyszło, że jest ok., [...] po prostu mamy z nimi kontakt może dlatego, że im się tutaj spodobało, czasami wpadają napić się herbaty, a czasami tylko ot tak przyjść” (terapeuta, 2); „Chłopak, którego skierowałem u nas do poradni ... i z tego co wiem ucieszcza..... typowa półroczna terapia indywidualna” (terapeuta, 1).

5. Zaprzestanie używania narkotyków

Sporadycznie, osoba prowadząca interwencję uzyskiwała informacje związane z używaniem narkotyków przez nastolatka: „Matka regularnie bada go pod kątem obecności [narkotyków w moczu]. Nie jest to częste badanie, ponieważ ją na to nie stać. Natomiast jak go już bada to ona twierdzi że jest czysty.” (psycholog, PP-P.3).

4.2. Opinie na temat testów

4.2.1. Ogólna ocena

W trakcie wywiadów respondenci wyrażali swoje opinie na temat przydatności testów PUM i PUN w ich pracy zawodowej, formułowali sądy dotyczące możliwości stosowania testów w innych placówkach i przez specjalistów z innych niż ich własna dziedzin, a także określali czynniki sprzyjające i utrudniające korzystanie z testów. **Ogólna ocena przydatności testów** w pracy z młodzieżą siegającą po narkotyki **była pozytywna**. Z perspektywy osoby prowadzącej interwencję zastosowanie testu PUM lub PUN:

1. Ułatwia postawienie diagnozy

To, że testy ułatwiają diagnozę problemu stwierdzali zarówno terapeuci uzależnień, jak i osoby nie będące specjalistami w tym zakresie: „Tak może wspomóc diagnozę” (pielęgniarka 3); „To była taka informacja indywidualna, czarno na białym, że jest problem” (psycholog, PP-P.3); „[Test] będzie dla każdego prowadzącego rozmowę, czy nawet dla specjalisty, który prowadzi diagnozę. Taki test ułatwi mu postawienie diagnoz...” (terapeuta 1); „Rzeczywiście po zrobieniu takiego testu

widać czy to jest zasadne i czy już na szybko trzeba robić, działać dalej czy nie. Jako wstępne narzędzie jest naprawdę warte [użycia]”. (terapeuta 2). Przy czym, należy podkreślić, że testy PUM i PUN nie mają zastosowania w przypadku osób, uzależnionych lub takich, które zdają sobie sprawę z powagi własnego problemu z narkotykami: „Ale w sytuacji kiedy widać już gołym okiem i kiedy klient już sam deklaruje, bo widzi, że już ma problem to [testu nie warto stosować]...myśmy to bardziej traktowali jako takie narzędzie wstępne” (terapeuta 2).

Zaletą testów jest to, że są proste i łatwe do zastosowania: „... to jest proste szybkie, nie jest długie, nie trzeba tłumaczyć. Wywodów co po co, jak, dlaczego, pytania są krótkie, na temat takie myk myk, myk zrobione jest. To jest 5 minut i wiesz na czym stoisz”. (terapeuta 2), a ich używanie nie wymaga specjalistycznej i głębokiej wiedzy: „nie trzeba mieć Bóg-wie jakich umiejętności i wiedzy, żeby korzystać [z testów np. w punktach konsultacyjno- informacyjnych]” (terapeuta 1). Poza tym, testy dają wiarygodne wyniki, co terapeuci potwierdzali na podstawie własnych doświadczeń: „...ja ich [osoby uzyskujące w teście wynik wskazujący na okazjonalne używanie narkotyków] dopytuję jak oni to widzą i na ogół to się pokrywa” (terapeuta 2); „Na próbę zrobiliśmy sobie taki teścik z klientem, z którym pracujemy od jakiegoś czasu, on w tej chwili jest w ośrodku. No i faktycznie potwierdza się wszystko...(terapeuta 2). Dla osób, nie mających bardzo wielu doświadczeń w pracy z nastolatkami sięgającymi po środki odurzające, istotne znaczenie ma też to, że testy pozwalają zwyfikować własną ocenę skali problemu: „Miałam tutaj okazję, żeby nie opierać się tutaj na jakichś swoich przesłankach. ... Zgodnie z taką procedurą miałam taką większą pewność jakby o tym co mówię. Także myślę, że na pewno są przydatne”. (psycholog, PP-P.1)

Jak wynika z relacji jednego z nastolatków wyniki testu mogą być również przydatne do autodiagnozy, która pozwala na dokonanie rzetelniejszej oceny skali własnego problemu: „Może i pomogło mi to (wypełnienie i wyniki testu) coś sobie uświadomić, samemu się o takich rzeczach nie myśli, dopiero jak się zobaczy takie pytanie to wtedy się samemu można dowiedzieć dużo” (M 1).

2. Ułatwia nawiązanie kontaktu z nastolatkiem

Zdaniem terapeutów, testy mogą stanowić punkt zaczepienia w rozmowie z klientem, który nie przejawia chęci nawiązania kontaktu: „... ta pierwsza rozmowa... dopóki nie mieliśmy tego narzędzia one się przeciągały albo urywały od razu. Tu jest taki punkt zaczepienia, bo jak ja słyszę „czego się czepiasz, nie mam ochoty gadać” to tak ja dalej mówię, że ja chcę „, to tamto, że ja bym chciał namówić na toto jest taki haczyk, jest zajawka, jest o czym rozmawiać. Tak naprawdę, nawet jak te dzieciaki nie mają ochoty się otwierać, rozpoczynać jakiejś rozmowy itd. (terapeuta 2). Poza tym, testy są argumentem przemawiającym do nastolatka i skłaniającym go do refleksji nad własnymi problemami. Zdaniem niektórych specjalistów, takie korzyści związane ze stosowaniem testów przewyższają nawet korzyści dla osób prowadzących interwencję: „Testy najwięcej dają dzieciakom – więcej niż psychologowi, bo on wie co się święci” (psycholog, szk.) Wynik testu wskazujący na problemowe używanie narkotyków, ułatwiał też przekonanie nastolatka do podjęcia terapii: „To był przyczynek do tego, żeby namówić ich, żeby równolegle też zaczęli

prowadzić jakąś tam współpracę z nami, żeby wyrazili zgodę i zgodzili się na to ...dzieciaka udało nam się w tych wypadkach obrobić tak, że wyrażał chęć jakichś działań”. (terapeuta 2).

3. Ułatwia komunikację z rodzicami

Testy, jako narzędzia wystandaryzowane, poparte wynikami badań naukowych, stanowią dla niektórych rodziców ważny dowód potwierdzający słuszność diagnozy i działań terapeuty. Jak to opisał jeden z nich: *„...był to taki argument, bo to człowiek wierzy w pisane, więc jak ja temu rodzicowi mogę powiedzieć, że nie bierze (...) szczególnie jak zobaczy jak ja wyglądam, jak się ubieram - to rodzic ma dystans do mnie. Co innego z dziećmi, a co innego rodzic. Bo to stare, a dalej głupie. Jak już widzą papier to zupełnie inna gadka. Ludzie to biurokraci po prostu”*. (terapeuta 2). Ponadto, testy ułatwiają nawiązanie konstruktywnej współpracy z rodzicami i zmianę ich postawy wobec problemu: *„W większości wypadków to było piękne narzędzie, jak ja miałem rodzica niedowiarka. Np. część tych testów było takich, że jak ja gadałem z dzieckiem było wszystko ok., u rodziców było ewidentnie widać, że szuka dziury w całym i nie wie na co zważyć swoje [błędy wychowawcze] ... więc narkotyki bardzo fajne, popularne i dlatego są trudności wychowawcze. (...)taki test rzeczywiście świetnie działał jeśli chodzi o taką motywację rodzica do zmiany jego postaw. To nie jest tak, że są problemy wychowawcze, bo są narkotyki tylko wręcz odwrotnie”* (terapeuta 2). Przeprowadzenie testu PUM lub PUN pozwała też uniknąć stosowania znacznie bardziej nieprzyjemnych, odbieranych czasem przez młodych ludzi jako poniżające metod badania: *„Rodzice pytali czy mają robić testy te na moc. Ja im mówię, że nie ma sensu, bo z tego testu [PUM] wiadomo. Te testy na moc też nie zawsze zdają egzamin, więc na pewno warto ten test [PUM i PUN] mieć”*. (terapeuta 1)

4. Poszerza kompetencje

Specjaliści terapii uzależnień czerpali też osobiste, poznawcze korzyści związane ze stosowaniem testów – mieli poczucie poszerzania wiedzy: *„W ogóle ten temat bardzo mnie zaciekał, bo ja sobie nie zdawałem sprawy. Człowiek słyszał o testach przesiewowych. Co tu ukrywać, nie bardzo sobie zdawałem sprawy co to jest ten test przesiewowy”*. (terapeuta 1)

Ogólnie negatywnych opinii na temat testów PUM i PUN, w wypowiedziach osób, które podjęły próby ich zastosowania było bardzo **niewiele**. Jedyne pielęgniarki szkolne uważały, stosowanie testów jest dla nich dodatkowym obciążeniem przy i tak dużym obciążeniu obowiązkami związanymi z wykonywaną pracą w szkole: *„Przyznam szczerze, że dla mnie jest to (praca w oparciu o testy) dodatkowe obciążenie praktycznie czasowe, ponieważ nie bardzo się mogę wyrobić w czasie z moją pracą typowo pielęgniarską. To było dla mnie obciążenie i czasowe i z takim dodatkowym powiedzmy sobie kłopotem* (pielęgniarka 2). Inna pielęgniarka uważała, że testy nie są w pełni użyteczne dla dzieci, ponieważ nie sprzyjają one ich otwartości: *„Z racji dużej ilości obowiązków dla mojej wiedzy są przydatne, że one istnieją, ale na pewno nie służą do otwartości ucznia”* (pielęgniarka 3).

4.2.2. Czynniki wzmacniające lub ograniczające przydatność testów

Wypowiedzi respondentów pozwoliły na określenie tych czynników, które mają znaczenie dla możliwości korzystania z testów PUM i PUN oraz decydują o dobrym lub złym funkcjonowaniu testów w pracy z młodzieżą.

1. **Miejsce pracy i pozycja zawodowa**

O tym, czy dana osoba będzie korzystała z testów PUM i PUN decyduje w dużej mierze to, gdzie pracuje, a zwłaszcza to, czy do jej placówki trafiają młodzi ludzie sięgający po środki odurzające. Specjaliści terapii uzależnień mają zdecydowanie częściej kontakt z nastolatkami sięgającymi po środki odurzające niż np. lekarze podstawowej opieki medycznej. Na podstawie zebranego materiału, można stwierdzić, że najmniej przydatne mogą być testy PUM i PUN dla lekarzy pediatrów, ponieważ: „... w praktyce, tej młodzieży, która tutaj do nas się zgłasza i która mogła być podejrzana o problemy brania narkotyków tak jakby nie ma.” (lekarz, POZ). Nieco większe możliwości zastosowania testów mają psychologowie z poradni, zwłaszcza, gdy ich ośrodki obejmują rejony „trudne”, np. środowiska, w których problemy społeczne są bardziej nasilone niż przeciętnie: „I warto jest go propagować zwłaszcza w takich poradniach jak nasza ... Zwłaszcza jeżeli chodzi o kontakt z tymi uczniami. Z tej szkoły. Bo tam jest cały misz-masz [środowiskowy] ...” (psycholog, PP-P.1). Testy mogą być też przydatne w ośrodkach, do których trafia młodzież prezentująca różnego rodzaju zachowania problemowe: „Tutaj w pogotowiu [opiekuńczym] to one ..mnie łatwo było zrobić, oni chętnie to robili. Była pewność, że każdy tam próbował co najmniej, a część ich bierze od czasu do czasu.” (psycholog, OO-W).

Pracownicy służby zdrowia uważali również, że pacjenci nie oczekują od nich podejmowania działań interwencyjnych wobec nastolatków sięgających po narkotyki. Zdaniem lekarzy nastolatek w gabinecie, zwłaszcza w obecności rodziców, nie podejmie rozmowy na temat narkotyków: „Nie ma takiej więzi między mną a nimi. Nie ma również takiego strachu ich do mnie. Ja tutaj [funkcjonuję] jako taki punkt zaufania. Muszę na pewne rzeczy przemykać oko jeżeli nie złapałam [na gorącym uczynku]. Ten gabinet jest dla mnie i nie tylko dla minie takim trudnym miejscem do przeprowadzenia takiego badania [z użyciem testu]. Bo oni przy rodzicach zachowują się inaczej. Bo tu się zdarza np. że matka siada i np.: mówi proszę pani, bo on się nie ubiera, bo on mnie nie słucha, bo on mimo, że ma leżeć to i tak wstanie i wyjdzie, bo on musi, bo on się umówił z kolegami i on idzie na piwo. Ale moje gadanie i jej przy nim nie jest nic w stanie zmienić w jego buncie i w jego zachowaniu. Także on tutaj się sprzedaje od tej najlepszej strony, albo mówi do mamy „nie opowiadaj tutaj takich rzeczy, bo to nie prawda” i jest to jakieś negowanie i ukrywanie” (lekarz, POZ).

Kolejne ograniczenie w stosowaniu testów ma charakter formalny i dotyczy uprawnień pielęgniarek szkolnych do prowadzenia zajęć o charakterze profilaktycznym z uczniami. Wszystkie pielęgniarki biorące udział w badaniu twierdziły, że mają ograniczoną w tym zakresie swobodę: „Po pierwsze to ja jestem pielęgniarką i nie mam potwierdzonego tego papierkiem, że ja mogę wejść (w prowadzenie działań o charakterze interwencyjnym) i z nimi (nauczycielami) jako równy partner współpracować, z dziećmi i mówić na temat uzależnień”. (pielęgniarka 1); „Pielęgniarka jeżeli nie ma skończonej pedagogiki i nie ma uprawnień bycia samej na lekcji z dziećmi (to nie może z nimi

prowadzić działań interwencyjnych) *Pielęgniarka nawet po kursie kwalifikacyjnym medycyny środowiska kształcenia i wychowania nie ma takich uprawnień [...] Wiadomo, że nie wolno mi jest nic zrobić bez zgody dyrektorki co nie jest ogólnie uzgodnione*” (pielęgniarka 3).

Pielęgniarka szkolna nie jest też spostrzegana przez nauczycieli jako partner do współpracy w zakresie prowadzenia szkolnych działań wobec uczniów używających substancji psychoaktywnych. „*Niemniej jednak jeżeli chodzi o sam fakt przeprowadzania tych testów przez pielęgniarki jest to problem, ...dlatego że jeżeli któraś z nas nie ma umocowania takiego w przychylności władzy szkoły, że nie jesteśmy traktowane jako zło konieczne w tej szkole*” (pielęgniarka 3). Brak współpracy między nauczycielami a pielęgniarkami szkolnymi powoduje brak wymiany informacji na temat uczniów podejrzewanych, czy przyłapanych na używaniu substancji psychoaktywnych. „*O ewidentnych przypadkach ja nie wiem. Są u nas w szkole dwie panie pedagog, są dwie panie psycholog, bo to jest szkoła integracyjna. Może dyrekcja coś wie*” (pielęgniarka 1).

Pomimo różnych utrudnień, niektóre pielęgniarki, czasami niefortunnie, lub nieskutecznie, ale jednak próbują zająć się kwestią używania narkotyków przez uczniów. Wykorzystują np. sytuacje kiedy jakiegoś nauczyciela nie ma w pracy i trzeba go zastąpić, by uczniowie nie byli zostawieni sami sobie. Wtedy pielęgniarki prowadzą pogadanki w klasach a taki kontakt z uczniami sprzyja zrobieniu testu w całej grupie uczniów. Po wyłonieniu osób używających problemowo lub okazjonalnie następuje zaproszenie na rozmowę indywidualną: „*To mam szansę (chodzi o okazję do ponownego spotkania). Powiem pani tak, ja czasem wyławiam dzieci do zmierzenia do zważenia, do szczepienia w związku z tym pojedynczo mam okazję porozmawiania. Jest to ograniczona sytuacja, ale wtedy mam szansę*” (pielęgniarka 3).

Poza rozważaniem własnych możliwości stosowania testów PUM i PUN, respondenci wskazywali inne, poza własną, grupy zawodowe, dla których te narzędzia mogą być przydatne. I tak, pielęgniarki są zdania, że testy mogą być bardziej przydatne dla nauczycieli, psychologów czy pedagogów zatrudnionych w szkole niż dla nich. „*...powinien być ten test bardziej skierowany bardziej do psychologów szkolnych czy pedagogów szkolnych niż do pielęgniarek. Dlatego, że są to pracownicy szkolni*” (pielęgniarka 3). Z kolei lekarka stwierdziła, że pielęgniarki szkolne, lub lekarze prowadzący badania okresowe w szkołach, mają większe możliwości zastosowania testów niż lekarze w ośrodkach zdrowia: „*I myślę, że w takim środowisku jak oni są w klasie, jak np.: my chodzimy na te badania bilansowe 18-latków, oni się zupełnie inaczej zachowują wtedy kiedy pielęgniarka wie strasznie dużo o nich i to ich zachowanie jest inne. I myślę gdyby w to zostały zaangażowane pielęgniarki.....*” (lekarz, POZ).

Najszerzej grupę osób mogących sensownie korzystać z testów określił jeden z terapeutów: „*Myślę sobie, że tak, to się bardzo wielu ludziom może przydać, bo ja myślę od lekarzy pierwszego kontaktu przez psychologów, przez wszystkie poradnie psychologiczne, przez pedagogów szkolnych, tylko kwestia polega na tym jaki oni mają kontakt ze swoimi klientami, i jeżeli oni potrafią, że tak powiem przekroczyć tą barierę urzędnik-petent*”. (terapeuta 2)

Ten sam terapeuta powiedział też dlaczego, jego zdaniem, przedstawiciele różnych grup zawodowych mogą mieć trudności w przeprowadzeniu interwencji z zastosowaniem testów:

- Kontakt z pedagogiem szkolnym to rodzaj kary: „U nas w dalszym jednak ciągu pedagog szkolny kojarzy się wszystkim z tym, że ona się zajmuje takimi osobami krnąbrnymi i złymi w szkole i że ..trafisz do pedagoga to niemal jak kara. Dopóki nie wypracujemy takiego pedagoga szkolnego, który będzie pedagogiem z prawdziwego zdarzenia, gdzie nie ważne masz problem czy nie masz problemu, będzie to człowiek do którego będziesz mogła pójść, pogadać o tak”.(terapeuta 2)
- Pracownicy ośrodka wychowawczego są nastawieni na prowadzenie śledztwa i karanie: „Ale myślę sobie, że w ośrodkach szkolno-wychowawczych, w poprawczakach w tego typu historiach tam to [młodzi ludzie sięgający po narkotyki] nie rozmawiali by z nikim kto jest zatrudniony przez ten zakład. Z uwagi na konsekwencje (...). Społeczność zakładu karnego dzieli się na pracowników i tych którzy są tam nie z własnej woli. W takich miejscach to życie uczy, że naprawdę, nie opłaca się być szczerym. Za wszystko się tam pokutuje. To jest chore środowisko, tam wszystko wyjdzie na wierzch. Ośrodków wychowawczych nie znam, ale obawiam się, że podobnie. (terapeuta 2)
- Lekarze nie znają się na uzależnieniach i nie mają dobrego kontaktu ze swoimi pacjentami: „To jest służba zdrowia. To są ludzie wykształceni - medyczni i w ogóle. Są cholernie zieloni jeśli chodzi o uzależnienia. Mało tego to są tacy ignoranci. [...] i naprawdę jest ciężko znaleźć po pierwsze takiego, który by nie miał 1,5 etatu w NFZecie, a po drugie żeby miał kontakt z klientem, żeby pasował do naszego stylu pracy”. (terapeuta 2)

2. Dobry/zły kontakt z klientem

Kwestia znaczenia, jakie dla pracy z wykorzystaniem testów PUM i PUN ma klimat rozmowy z nastolatkiem i pozyskanie jego zaufania, pojawiała się w wypowiedziach wszystkich respondentów. Byli oni zgodni, co do tego, że wyniki testów są trafne i mogą być przydatne jako punkt wyjścia do rozmowy z nastolatkiem na temat jego problemu, jakim jest używanie substancji psychoaktywnych tylko wtedy, gdy młody człowiek udziela szczerych odpowiedzi. A warunkiem jego szczerości i otwartości jest pozyskanie zaufania dziecka, które zdobywa się w codziennej pracy. Jeden z terapeutów ujął to w następujący sposób: „Dopóki nie znajdziesz kontaktu z klientem i jakoś, tak go nie obrobisz, że zdobędziesz do siebie zaufanie. Zaufanie na zasadzie takiej, że stać go na szczerą odpowiedź i nie boi się konsekwencji. No i to wtedy rzeczywiście ma sens i wychodzi czarno na białym. Z resztą mi się wydaje, że nie ma sensu wyciągać testu dopóki się nie będzie miało pewności, że te odpowiedzi nie będą szczerze” (terapeuta 2). Powyższą opinię potwierdzają wypowiedzi innych osób, np. pracujących w szkołach: „Bo te teściki są bardzo sympatyczne, i dają obraz ... Ja bym je traktowała jako podstawę do rozmowy, takiej otwartej, która opiera się na dobrowolnej współpracy i zaufaniu” (pedagog szk.).

Respondenci byli też zgodni, że sposób komunikowania się z dzieckiem i umiejętność prowadzenia rozmowy w sytuacji konfliktowej mają bardzo duże znaczenie. W przypadku osób pracujących w szkole, szczególnie ważna wydaje się umiejętność przełamania typowej, opartej na ocenianiu, relacji uczeń-nauczyciel. Zastosowanie testów w szkole, jest sensowne tylko wtedy, gdy „[pedagog] potrafi z takimi uczniami rozmawiać i potrafi przeprowadzić rozmowę psychologiczną. ...

Jednak pedagodzy mają taką tendencję do oceniania. A tu myślę nie może się nawet ślad tego oceniania pojawić. Bo co z tego, że [uczeń] zaznaczy jak nawet nie będzie chciał z nami rozmawiać. Albo zaznaczy jakieś bzdury” (psycholog, PP-P.1).

Problem szczerości odpowiedzi wynika przede wszystkim z wątpliwości, co do tego, czy nastolatek nie będzie się obawiał konsekwencji, jakie może mieć przyznanie się do różnych problemów jakich w życiu doświadczył w związku z używaniem narkotyków. Z drugiej strony, nastolatki, mogą nie przywiązywać wagi do rzetelnego wypełnienia testu ponieważ „często są zalewani jakimiś ankietami w szkołach. Oni traktują to jak coś co trzeba wypełnić zapomnieć i w ogóle temu nie poświęcają zbyt wiele uwagi” (terapeuta 3).

Wątpliwości dotyczące tego, czy młody człowiek rzetelnie odpowiada na pytania testu mają nie tylko pracownicy szkół. Mówią o nich również (cytowani powyżej) terapeuci i psychologowie z poradni. Np.: „Wydaje mi się, że nie był do końca szczery, i że też z takich naszych rozmów późniejszych i z tego środowiska, które - skądinąd znam z tej szkoły - wydaje mi się, że to jest mało realne [że nastolatek nie miał problemów wynikających z używania narkotyków]” (psycholog, PP-P.2).

3. Trafność wyników

Jak wynika z powyższych rozważań, obawy, co do trafności testów są związane przede wszystkim z ryzykiem uzyskiwania wyników fałszywie ujemnych. Z drugiej strony, zdarzył się przypadek dziewczynki wobec której były uzasadnione podejrzenia, że udzieliła ona nieprawdziwych odpowiedzi, by zawyżyć wynik testu. Prawdopodobnym motywem była chęć zaimponowania towarzystwu, w którym się obracała: „...ja myślę, że ona mogła jednak w jedną albo w drugą stronę przesadzić. Ona chciała podciągnąć odpowiedzi pod tą grupę, żeby się popisać. Przyznam szczerze, że nie wierzę w szczerość odpowiedzi” (nauczycielka). Dalsze obserwacje tej uczennicy nie dały podstaw do tego by podejrzewać ją o używanie substancji psychoaktywnych.

Kolejnym zagrożeniem trafności wyników są inne problemy współwystępujące z używaniem środków odurzających. Pracownicy ośrodków opiekuńczych zetknęli się np. z problemem rozpoznania fazy używania narkotyków u nastolatków upośledzonych lub mających problemy neurologiczne i/lub psychiczne. Przyznawali, że „jak dziecko jest upośledzone to jest trudno [przeprowadzić test]” (psycholog, OO-W). Natomiast psychologowie, czasem uznają, że w zestawieniu z innymi problemami klienta, kwestia sięgania po narkotyki, jest mało istotna: „Byłam pod wrażeniem kłopotów tego chłopaka i tego, czy uda mi się nawiązać jakiś dalszy kontakt. Bo to rzeczywiście dzieciak wymagający pomocy. Bo chyba więcej mojej uwagi poszło w to jak mu próbować pomóc. Temu w ogóle co się dzieje w jego życiu, a nie temu, że on pali marihuanę”. (terapeuta, 3).

Z kolei lekarze mogą mieć trudności z rozpoznaniem symptomów używania narkotyków, w czasie badania nastolatków przychodzących do nich w trakcie choroby: „Przychodzą do nas w trakcie choroby i sama ta infekcja może być przyczyną już tego innego zachowania, które może i pięknie tuszować to, że dziecko bierze albo w tym czasie infekcji nie brało zmobilizowało się, a my nie jesteśmy w stanie tego wychwycić, więc nie wiem, ale ta moja obserwacja przez ten cały rok jest chyba nam w tych gabinetach jest trudno wyselekcjonować taką młodzież do tych badań” (lekarz,

POZ). W związku z tym, mają oni poważne trudności już na etapie podejmowania decyzji, któremu z pacjentów test zaproponować, a komu nie.

Niepewność, co do trafności wyniku testu, dotyczy też przypadków nastolatków, którzy twierdzą, że ich kontakt z narkotykami był jednorazowy: „... kiedy zaczęłam z nim ten temat podejmować, była to dla mnie sytuacja dosyć trudna związana z interpretacją wyniku tego testu. Dlatego, że on jakby upierał się przy tym, że te zachowania i te wybory miały miejsce w okresie dwóch tygodni, około 6 miesięcy temu. One się już nie powtórzyły, ponieważ kupił jakąś tam porcję, którą podzielił na części i postanowił spróbować wszystko [...]. Na ile ten test sprawdza właśnie taki jednorazowy kontakt. Bo na tyle, co on nam tutaj mówił wychodzi nam zachowanie problemowe. A tak naprawdę problemowym może nie jest dlatego, że to były może takie dwa tygodnie złego funkcjonowania. Musiałam użyć wysiłku intelektualnego, bo on używał różnych sposobów np. że mój trop nie zawsze był taki spójny logiczny, chociaż moim zdaniem właśnie był, ale on tutaj próbował bardzo manipulować.” (psycholog, PP-P.1).

4. Sposób pracy z testem PUM i PUN

Wyrażane przez respondentów opinie pozwalają sformułować listę praktycznych wskazówek dla użytkowników testów:

- „Test musi być robiony w atmosferze zaufania, najlepiej na drugim lub kolejnym spotkaniu” (psycholog szk.)
- Przed udzieleniem przez nastolatka odpowiedzi, nie wolno zdradzić sposobu interpretowania wyników: „Ja mu nie mówiłam co i jak co z tego wyjdzie, żeby uniknąć zafałszowania. Że jak wyjdzie mi to progowo, że jak 1, 2 punkty to nie koniecznie terapia, ale coś tam się dzieje. Więc powiedziałam, że w zależności co tam się dzieje powiem mu jakie są propozycje dalej, ale nie przed. I udzielał tych odpowiedzi rzeczywistych” (pedagog szk.)
- Pytania zawarte w testach warto jest zadawać w trakcie rozmowy (wywiadu), a nie podsuwać w postaci ankiety. Taka forma zastosowania testu daje dzieciom większe poczucie bezpieczeństwa. „ (...) one (testy PUN i PUM) są wspinałe do wywiadu. W tej książeczce (instrukcja do testów) jest napisane, że ja nie muszę tego podtykać dzieciakowi ja po prostu mogę rozmawiać z nim na ten temat. (...) ale ja rozmawiając z dziećmi unikam właśnie tej formy podpisywania czegośkolwiek, bo nie wiem jakoś sama nie mam wyobraźni i przekonania jak to powinno być. (...) Ja właśnie staram się zawsze zadawać (pytania). Ale nie na zasadzie, że ja podaję karteczkę i wypełnij” (nauczycielka). Tę opinię potwierdzają też psychologowie: „Cenne, gdy terapeuta sam zadaje te pytania. Lepiej niż gdy badany sam wypełnia” (psycholog PZP).
- „Dobrym pomysłem jest umieszczenie testu na stronie [internetowej]” (psycholog szk.), chociaż „... to chyba za słabe oddziaływanie. Zrobienie sobie testu. Sprawdzenie wyniku. Mam wrażenie, że może na młodych ludzi nie robi żadnego wrażenia, że trochę mogą potraktować to jako takie psychozabawy w gazecie”. (terapeuta 3). Podobną opinię wyraził jeden z uczniów. Jego zdaniem umieszczenie testu na stronie internetowej niekoniecznie może zdać egzamin ponieważ: „ Nie każdy chce szukać” (M 1).

4.2.3. Zagrożenia związane ze stosowaniem testów PUM i PUN

Respondenci byli proszeni o rozważenie zagrożeń jakie dla młodego człowieka mogą się wiązać z odpowiedzią na pytania testów PUM lub PUN. Zagrożeniem związanym ze stosowaniem testu w warunkach szkolnych, zgłaszanym przez jedną z pielęgniarek, były trudności dotyczące utrzymania dyskrecji przez nauczycieli: „... jest wiele problemów, które powinny być objęte rzeczywistą tajemnicą medyczną, a które są potem jak na bazarze roztrząsane w pokoju nauczycielskim i nie ma zachowanej tej niezbędnej prywatności ucznia, zaczynają to być sprawy publiczne” (pielęgniarka 3). Jednak, inni pracownicy szkół twierdzili, że „Testy nie są zagrożeniem w szkole, tylko powinny je mieć odpowiednie osoby” (psycholog szk.). I opinia, że testy, umiejętnie wykorzystywane, nie stanowią zagrożenia była najbardziej rozpowszechniona („Nie uważam wcale, nie [ma zagrożenia]” - psycholog, OO-W).

5. Podsumowanie wyników

Sytuacje w jakich testy były stosowane

W większości opisywanych przypadków testy były stosowane w uzasadnionych sytuacjach, to znaczy wobec nastolatków używających substancji psychoaktywnych lub gdy obserwowane były wyraźne sygnały wskazujące na kontakt z tego typu środkami. Zdarzały się jednak i takie przypadki, gdy test był stosowany niezgodnie z założeniami, czyli wobec osób, co do których nie było uzasadnionych podejrzeń, że używają narkotyków lub, jako część składowa ankiety przeznaczonej do badania w klasach.

Warunki stosowania testów

Bez względu na profesję osoby wykorzystującej testy w swojej pracy zawodowej z młodzieżą można wyłonić kluczowe warunki ich stosowania, które sprzyjają zaufaniu oraz budują poczucie bezpieczeństwa przez co zwiększają prawdopodobieństwo uzyskania rzetelnych wyników. Należy do nich:

- Odpowiednie uzasadnienie propozycji udzielenia odpowiedzi na pytania testu
- Uzyskanie świadomej zgody nastolatka na wypełnienie testu
- Uznanie prawa do odmowy odpowiadania na pytania testu
- Zachowanie dyskrecji dotyczącej przedmiotu samej rozmowy i zapewnienie poufności wyników

Reakcje nastolatków na propozycję odpowiedzi na pytania testu PUM i PUN

Reakcje nastolatków na samą propozycję wypełnienia testów były zróżnicowane. W dużym stopniu zależały od typu placówki, w której dochodziło do spotkania. Prawdopodobnie jest to związane

z rodzajem relacji między nastolatkiem a osobą dorosłą i stopniem ich wzajemnej zależności: psychoterapeuta – klient, nauczyciel-uczeń, lekarz-pacjent.

Omówienie wyników testu

Omówienie wyników miało bardzo różny przebieg w zależności od profesji i przygotowania osoby dorosłej. Wydaje się, że jedynie niektórzy terapeuci uzależnień i pedagog szkolny wykonywali te zadanie zgodnie z założeniami. Bardzo często jednak nie komentowano otrzymanych wyników w sytuacji stwierdzenia okazjonalnego używania substancji psychoaktywnych. Jak również w przypadkach, gdy były od początku wątpliwości, czy nastolatek w ogóle używa jakichkolwiek środków a na wszystkie pytania odpowiedział przecząco.

Reakcje nastolatków na informacje o wynikach były zróżnicowane i prezentowały całą gamę emocji i zachowań. Często informację o uzyskanych wynikach przekazywano rodzicom, którzy w różnym stopniu deklarowali gotowość do podjęcia współpracy z przedstawicielami danej placówki. Wydaje się, że najtrudniej było nawiązać współpracę na terenie szkoły.

Dalsze postępowanie interwencyjne

Nastolatkom, którzy mieli kontakt z substancjami psychoaktywnymi proponowano rozmaite formy pomocy. Od udzielenia wsparcia osobom, które używały substancji w sposób okazjonalny do zorganizowanych form terapii dla nastolatków używających problemowo środków odurzających lub od nich uzależnionych. Czasami osoby prowadzące działania interwencyjne spotykały się z odmową skorzystania z przedstawionej przez nie oferty lub brakiem wsparcia dla swoich działań ze strony innych osób np. innych nauczycieli czy samych rodziców.

Dalsze losy nastolatka

Losy nastolatków wobec których prowadzono działania interwencyjne były bardzo różne. Część z nich utrzymała się w szkole, inni zostali przeniesieni do ośrodków wychowawczych, inni podjęli terapię. O niektórych było wiadomo, że zaprzestali używania substancji psychoaktywnych.

Czynniki wzmacniające i ograniczające przydatność testów

Analiza zebranego przez nas materiału pozwala na wyodrębnienie czynników wzmacniających przydatność testów. Należą do nich:

- Miejsce pracy, które umożliwia bezpośredni kontakt z młodzieżą, która ma doświadczenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych (szkoła, ośrodki terapii uzależnień)
- Pozycja zawodowa, a więc posiadanie odpowiednich uprawnień i kompetencji zawodowych (pedagodzy szkolni, terapeuci, psycholodzy z poradni psychologiczno-pedagogicznych)
- Jakość kontaktu z klientem, na który składają się: klimat rozmowy sprzyjający pozyskaniu zaufania nastolatka, poczucie bezpieczeństwa, budowane w oparciu o jasne zasady dotyczące spodziewanych przez nastolatka konsekwencji, umiejętność rozmawiania w sytuacji konfliktowej zwłaszcza w relacji nauczyciel-uczeń.
- Trafność wyników

Trafność uzyskanych wyników była wypadkową wielu czynników. Część z nich jest związana z czynnikami psychologicznymi związanymi z motywacją nastolatka oraz celem/celami, jaki chce on uzyskać poprzez udzielenie odpowiedzi na pytania testu. Cele te mogą być bardzo różne np. od ukrycie problemu, aby uniknąć przykrych konsekwencji do jego nadmiernego eksponowania, aby zwrócić na siebie uwagę.

Kolejnymi czynnikami wpływającymi na trafności wyników jest współwystępowanie innych problemów z używaniem narkotyków. W związku z tym zdarzało się, że sięganie po środki odurzające, nie było w opinii osób prowadzących interwencję wiodącym problemem, którym należało się zająć w pierwszej kolejności.

Nieco odmienną kwestią jest ocena trafności wyników w przypadkach osób, które zostały zdiagnozowane, jako okazjonalni użytkownicy. Powstawały wtedy wątpliwości, na ile te wyniki są prawdziwe i czy prowadzenie działań wobec takich osób jest uzasadnione.

6. Rekomendacje

Z informacji, które udało się uzyskać od respondentów wynika, że stosowanie testów w praktyce pracy z młodzieżą, która sięga po substancje psychoaktywne przynosi konkretne rezultaty w postaci ułatwienia:

- postawienia diagnozy dotyczącej skali problemu
- nawiązania kontaktu z nastolatkiem
- współpracy z rodzicami.

W związku z pozytywnymi opiniami na temat funkcjonowania testów oraz nie zgłaszaniem przez respondentów specyficznych zagrożeń, które można by połączyć z samym faktem udzielania odpowiedzi na umieszczone w nich pytania można sformułować następujące rekomendacje dla stosowania testów PUN i PUM w praktyce zawodowej:

1. Testy należy wykorzystywać jedynie w pracy indywidualnej z nastolatkami, o których wiadomo, że używają narkotyków.
2. Należy zapewnić warunki, które sprzyjają budowaniu klimatu zaufania i poczuciu bezpieczeństwa nastolatka (wyjaśnienie powodów złożenia propozycji udzielenia odpowiedzi na pytania testu, zgoda na nastolatka na wypełnienie testu, prawa do odmowy, zachowanie dyskrecji).
3. Omówienie wyników uzyskanych w teście przez nastolatka powinno mieć miejsce zawsze bez względu na liczbę punktów otrzymanych w teście.
4. Testy mogą być przydatne w pracy pedagogów szkolnych, terapeutów ds. uzależnień oraz psychologów z poradni psychologiczno-pedagogicznych. Testy mają mniejsze zastosowanie w pracy przedstawicieli służby zdrowia: pielęgniarek szkolnych, lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, pracowników poradni zdrowia psychicznego.

5. Przy ocenie trafności wyników należy brać pod uwagę czynniki psychologiczne, stopień rozwoju innych zachowań problemowych oraz to, że są to narzędzia jedynie ułatwiające postawianie diagnozy a ich wyniki stanowią tylko jedną z jej składowych. Innymi słowy stosowanie testów PUN i PUM nie może być jedynym elementem postępowania diagnostycznego.
6. Osoby korzystające z testów muszą zostać do tego odpowiednio przygotowane. Muszą otrzymać precyzyjną instrukcję stosowania testów (instrukcja taka została opracowana w ramach realizacji projektu w 2005 roku) i powinny przejść odpowiednie szkolenie. Program szkolenia musi być dostosowany do wiedzy i doświadczeń zawodowych odbiorców (programy szkoleń dla przedstawicieli różnych grup zawodowych zostały opracowane w ramach realizacji projektu w 2005 roku).
7. Konieczna jest promocja testów, która ułatwi ich upowszechnienie. Praca z nastolatkami sięgającymi po środki odurzające jest trudna i bywa niewdzięczna. Wymaga motywacji, wiedzy fachowej i kompetencji psychologicznych. Jak pokazują doświadczenia związane z dotychczasowym wprowadzaniem testów do praktyki działań interwencyjnych, osoby mające kontakt z młodzieżą potrzebują zachęty do podejmowania tematów związanych z używaniem narkotyków.

Na koniec chciałbyśmy podkreślić, że ujawnienie faktów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych przez nastolatków zawsze wiąże z poważnymi dylematami dla osób prowadzących działania interwencyjne. Jednym z nich jest kwestia dyskrecji - na ile należy zachować dyskrecję np. w szkole, czy wobec rodziców. Inną – sprawa informacji uzyskiwanych od nastolatka, np. na temat jego zachowań sprzecznych z prawem (posiadanie i/lub handel narkotykami, kradzieże). Dobrze jest mieć opracowaną konkretną procedurę postępowania interwencyjnego, z której będą jasno wynikały kolejne kroki postępowania oraz możliwe społeczne i prawne konsekwencje dla nastolatka.

Piśmiennictwo

1. Okulicz-Kozaryn, K. (2005): Sprawozdanie z realizacji projektu „Pilotażowe wdrożenie i ewaluacja funkcjonowania testów przesiewowych w procesie interwencji wobec nastolatków używających przetworów konopi i innych narkotyków” w 2005 roku. (finansowanego ze środków Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii)
2. Pacewicz K., Praisner M. (2005): Test, diagnoza, interwencja. *Remedium* 10 (152); I-III.

Dyspozycje do wywiadu z osobami, które korzystały z testów PUM lub PUN

Cel: Poznanie doświadczeń związanych ze stosowaniem testów PUM i PUN

W odniesieniu do każdego przypadku interesuje nas:

1. Opis sytuacji, w której wykorzystano test (wiek i płeć klienta, okoliczności spotkania – gdzie i dlaczego)
2. Wynik testu (którego?)
3. Reakcja na propozycję wypełnienia testu
4. Sposób omówienia wyników testu z nastolatkiem i ewentualnie z rodzicami
5. Reakcje nastolatka (i rodziców) na wyniki testu
6. Dalsze działania i losy klienta

Ogólnie: Opinia na temat przydatności testów i zagrożeń związanych z ich stosowaniem

DYSPOZYCJE DO WYWIADÓW Z MŁODZIEŻĄ

Celem badań jest analiza działań osób dorosłych wobec nastolatków sięgających po marihuanę lub inne narkotyki. *Warto przypomnieć, że prowadzimy takie badania ponieważ chcielibyśmy ulepszyć dotychczas stosowane metody postępowania i pozwolić uniknąć poważnych błędów.*

W związku z tym chcemy poznać Twoje doświadczenia związane z (tu jakieś nawiązanie do sytuacji w której rozmówca wyraził zgodę na kontakt z nami).

Konkretnie chcemy się dowiedzieć:

- **Jak doszło do interwencji**
 - co skłoniło respondenta do pójścia do
 - czy poszedł sam, czy z kimś,
 - czy z własnej woli, czy z musu
 -
- **Jak przebiegała interwencja**
 - kto ją prowadził, gdzie, kiedy ile było spotkań,
 - czy rodzice w tym uczestniczyli, a jeżeli tak, to w jaki sposób,
 - jak rodzice reagowali w trakcie i po zakończeniu interwencji
 - ...
- **Czy pamięta testy**
 - co powiedziała osoba prowadząca gdy proponowała ich wypełnienie,
 - jak skomentowała wyniki
 - jak respondent odebrał ten przekaz i sam test
 - ...
- **Jak ocenia wyniki interwencji**
 - czy w czymś pomogła, jeśli tak to w czym,
 - czy zaszkodziła, jeśli tak to w czym
 - ...
- **Czynniki ułatwiające lub utrudniające respondentowi kontakt z osobą prowadzącą interwencję**
 - miejsce,
 - klimat rozmowy,
 - sposób mówienia,
 - wiedza prowadzącego,
 - obecność lub nieobecność rodziców,
 - ...
- **Opinia respondenta na temat tego, co jest przydatne i sensowne w tego typu sytuacji**
 - czy dorośli powinni zajmować się używaniem narkotyków przez młodzież, jeśli tak, to kiedy i w jaki sposób,
 - jacy dorośli, tzn. jakie grupy zawodowe, powinny to robić,
 - co należałoby zmienić,
 - ...

KATEGORIE DO OPISU WYWIADÓW Z OSOBAMI, KTÓRE ZASTOSOWAŁY TEST

1. Respondent
 - Zawód
 - Miejsce pracy
 - Kontakt (czy odpowiada na pytania, czy gada swoje, czy z sensem, czy bez sensu, itp.)
2. Sposób pracy z testem
 - Indywidualnie czy grupowo
 - Nastolatek, który przyznał że bierze vs. podejrzewany (jeśli tak, to na jakich podstawach)
 - Warunki stosowania testu: zaufanie, kontakt, dyskrecja
 - a. czy były zapewnione, a jeśli tak, to w jaki sposób (okoliczności i organizacja spotkania, wypowiedzi osoby prowadzącej, działania, np. propozycja testów na obecność narkotyków w moczu)
 - b. jeśli nie, to dlaczego (trudności „obiektywne”, np. zależność uczeń – nauczyciel, brak zrozumienia idei)
 - Postępowanie po wypełnieniu testu
 - a. omówienie wyników z klientem i/lub rodzicem vs. brak komentarza
 - b. konkretna propozycja dalszego wspólnego działania vs. brak propozycji, np. odesłanie do innej osoby
3. Satysfakcja z zastosowania testu
 - Tak, bo ułatwia pracę z dzieckiem, bo ułatwia rozmowę z rodzicami, bo potwierdza własną diagnozę
 - Nie, bo jest niewiarygodny, bo jest źle przyjmowany
4. Ogólna ocena przydatności
 - Dobry ogólnie, dobry czasami, dobry, ale nie dla mnie tylko dla
 - Zły, bo mam lepsze metody
5. Ocena zagrożeń