



## Ocena psychometrycznych właściwości testu „Problemowe używanie marihuany” (PUM) dla dorastających

Psychometric properties of the Problematic Marijuana Use (PUM) test for adolescents

KATARZYNA OKULICZ-KOZARYN

Z Zakładu Psychologii i Promocji Zdrowia Psychicznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

### STRESZCZENIE

**Cel.** Celem badań było sprawdzenie własności psychometrycznych testu PUM ułatwiającego rozpoznanie problemowego używania przetworów konopi przez dorastających.

**Metoda.** Kryterium trafności testu były wyniki wywiadów diagnostycznych prowadzonych przez specjalistów profilaktyki i terapii uzależnień. Respondenci byli pozyskiwani metodą kuli śnieżkowej w 58 losowo wybranych miejscach w Polsce. W badaniach uczestniczyło 1277 nastolatków (36% dziewcząt) w wieku 13–18 lat, którzy w ciągu ostatniego roku przynajmniej raz używali przetworów konopi. Większość z nich (89%) nie miała kontaktu z żadnym ośrodkiem specjalistycznym terapii uzależnień. Pośród respondentów, połowa (49%) została zdiagnozowana jako użytkownicy okazjonalni, a pozostali jako użytkownicy problemowi lub uzależnieni. Respondenci wypełniali kwestionariusz zawierający pytania dotyczące używania narkotyków w ciągu ostatnich 12 miesięcy oraz zestaw 24 pytań stanowiących podstawę opracowania testu. Następnie był z nimi przeprowadzany, na podstawie szczegółowych wskazówek, wywiad, którego celem było określenie fazy używania przetworów konopi.

**Wyniki.** Analiza regresji logistycznej pozwoliła wybrać 8 pytań najlepiej różnicujących okazjonalnych i problemowych użytkowników marihuany. Odpowiedź twierdząca przynajmniej na 3 z tych pytań została uznana za wartość krytyczną testu. W całej grupie użytkowników marihuany czułość testu w tym punkcie wynosiła 0,81, a swoistość 0,88, natomiast w podgrupie nastolatków dla których marihuana była środkiem podstawowym parametry te wynosiły odpowiednio: 0,80 i 0,94. Moc predykcyjna testu była wysoka również w grupach wyróżnionych ze względu na wiek i płeć.

**Wnioski.** Test PUM jest narzędziem trafnym i łatwym w użyciu. Może być przydatny w rozpoznawaniu problemowego używania przetworów konopi wśród dorastających. Jego upowszechnianie wymaga jednak sprawdzenia tego, w jaki sposób jest wykorzystywany w różnego typu placówkach.

### SUMMARY

**Objective.** To examine psychometric properties of the PUM test for the assessment of problematic cannabis use among adolescents.

**Method.** The criterion standard for the test validity was a clinical diagnostic interview conducted by specialists trained in drug prevention and therapy. Respondents were reached in 58 randomly chosen Polish local communities by snowball sampling. A total of 1277 adolescents (36% female) aged 13 to 18 years, who used cannabis at least once in the past 12 months, participated in the study. The majority (89%) had no contacts with any drug-therapy facilities. Among respondents 49% were diagnosed as occasional users and 51% – as problematic users or addicts. A 24-item self-report questionnaire concerning drug use in the past 12 months was administered. Moreover, a diagnostic interview to assess the phase of cannabis use was conducted according to precise guidelines by trained therapists and prevention workers.

**Results.** Logistic regression analysis showed that 8 out of the basic set of 24 test items were most powerful in differentiating occasional and problematic users. A test score of 3 or higher was optimal for identifying problematic cannabis use (sensitivity – 0.81, specificity – 0.88 in the whole group of cannabis users, and sensitivity – 0.80, specificity – 0.94 in the sub-group of adolescents for whom cannabis was the first choice drug). Validity was not affected by age or sex.

**Conclusions.** The prognostic validity of the PUM test was examined in a large community sample. Satisfactory psychometric properties of the test allow to recommend it for use in different settings (e.g. outpatient and primary-care centres, schools) by youth specialists. However, evaluation of the test functioning in the process of intervention toward drug using adolescents is needed.

---

**Słowa kluczowe:** problemowe używanie przetworów konopi / młodzież / trafność testu

**Key words:** problematic cannabis use / adolescents / test validity

---

Procedury przesiewowe są pierwszym krokiem w rozpoznawaniu osób, u których występują czynniki zwiększające ryzyko wystąpienia różnego rodzaju szkód (zdrowotnych, społecznych) związanych z określonymi zachowaniami lub stylem życia. Nie zastępują diagnozy klinicznej, ale mogą być użyteczne jako jej pierwszy etap. Ich podstawową zaletą jest to, że pozwalają w bardzo krótkim czasie wskazać osoby, które potrzebują dalszej precyzyjnej diagnozy.

Testy przesiewowe mogą znaleźć zastosowanie w badaniach dotyczących zachowań lub zaburzeń występujących w danej populacji często i wiążących się z wysokim ryzykiem szkód. Do takich zachowań należy np. picie alkoholu przez osoby dorosłe. W Polsce, tak jak w wielu innych krajach, są stosowane np. testy CAGE i AUDIT ułatwiające rozpoznawanie zaburzeń związanych z piciem alkoholu. Na świecie coraz większą popularność zyskują testy ułatwiające

rozpoznanie różnego rodzaju zaburzeń u dzieci i młodzieży. Ułatwiają one diagnozę m.in. zaburzeń lękowych [1], depresji [2], tendencji samobójczych wśród pacjentów oddziałów psychiatrycznych [3], albo nadużywania alkoholu [4] lub innych substancji psychoaktywnych [5, 6, 7].

Wprowadzenie testów przesiewowych do diagnozy nastolatków sięgających po środki psychoaktywne jest uzasadnione z kilku powodów. Po pierwsze, tego typu zachowania są rozpowszechnione wśród dorastających. Wyniki badań ESPAD [8] wskazują, że w roku 2003 ok. 20% 15-latków i 40% 18-latków miało za sobą przynajmniej pierwsze próby używania narkotyków. Między 1995 a 2003 r. odsetek dorastających, którzy chociaż raz w życiu używali przetworów konopi wzrósł niemal dwukrotnie (wśród 15–16-latków z 10% do 19%, a wśród 17–18-latków z 17% do 37%). Kolejnego, najbardziej popularnego środka – amfetaminy – używało w 2003 r. 6% nastolatków z młodziej z wymienionych grup i 15% starszych.

Drugim powodem, dla którego warto prowadzić badania przesiewowe wśród nastolatków sięgających po środki psychoaktywne są poważne konsekwencje społeczne, zdrowotne, psychologiczne i/lub ekonomiczne takiego zachowania. Światowa Organizacja Zdrowia wymienia nielegalne środki odurzające wśród 10 najpoważniejszych czynników zachorowalności w krajach wysoko rozwiniętych [9]. Używanie narkotyków, obok picia alkoholu, jest najpoważniejszym czynnikiem zwiększającym ryzyko zaburzeń psychicznych, wypadków, samobójstw i samokaleczeń. Poza tym, używanie narkotyków (zwłaszcza w postaci iniekcji) powoduje wzrost umieralności (w tym, w związku z HIV/AIDS, przedawkowania) oraz zachorowalności na wirusowe zapalenie wątroby typu B i C. Osoby sięgające po narkotyki znacząco częściej niż pozostali popełniają różnego typu przestępstwa i wykroczenia. Jak podaje Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii [10] intensywne używanie przetworów konopi, czyli najbardziej popularnego wśród polskiej młodzieży narkotyku, jest związane z poważnymi problemami zdrowotnymi i społecznymi. Powoduje m.in. zaburzenia funkcjonowania poznawczego, ruchowego i emocjonalnego, zwiększa ryzyko zachorowania na raka płuc i inne choroby układu oddechowego, zwiększa prawdopodobieństwo rozwoju zaburzeń psychicznych oraz problemów natury prawnej. Informacje dotyczące zapotrzebowania na leczenie w związku z używaniem nielegalnych substancji psychoaktywnych, plasują konopie na drugim miejscu za heroiną w przypadku pacjentów poddawanych leczeniu po raz pierwszy.

W związku z powyższym, Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii wraz z Instytutem Psychiatrii i Neurologii podjęły działania zmierzające do opracowania narzędzi ułatwiających rozpoznawanie problemowego używania przez nastolatków przetworów konopi lub innych narkotyków. Opracowano dwa testy: test PUN dotyczący Problemowego Używania Narkotyków [11] oraz test PUM odnoszący się specyficznie do Problemowego Używania Marihuany i innych przetworów konopi indyjskich. Opracowanie odrębnego testu dotyczącego problemowego używania przetworów konopi wynikało ze znacznego rozpowszechnienia używania tej substancji wśród nastolatków oraz specyfiki jej działania. Ten drugi czynnik ma

szczególne znaczenie, gdy rozpoznanie ma być oparte na kilku prostych pytaniach.

## CEL BADAŃ

Celem przedstawianych badań było sprawdzenie własności psychometrycznych testu PUM ułatwiającego rozpoznanie problemowego używania przetworów konopi przez dorastających<sup>1</sup>. Przyjęto założenia, że test będzie krótki (najwyżej kilkanaście pytań), łatwy w użyciu (z odpowiedziami „tak” – „nie”) i trafny – jego trafność zostanie zweryfikowana poprzez zastosowanie zewnętrznego, nie-testowego kryterium. Za odpowiednie kryterium uznano wynik wywiadu diagnostycznego prowadzonego przez specjalistę terapii uzależnień. Na podstawie zebranych danych specjaliści określali, czy dana osoba: (a) używa przetworów konopi okazjonalnie, tzn. rzadko, w małych ilościach i w sposób nieprowadzący do powstania szkód zdrowotnych lub społecznych [12, 13]; (b) używa problemowo, co oznacza używanie na tyle ważne dla nastolatka, że prowadzi do zmian w jego stylu życia i orientacji życiowej [13] (w niniejszych badaniach, definicja i kryteria diagnostyczne używania problemowego były szczegółowo opisane w instrukcji dla realizatorów); (c) jest uzależniona od przetworów konopi (uzależnienie diagnozowano na podstawie kryteriów ICD-10).

## BADANI

W badaniach wzięło udział 1277 nastolatków. Kryteria wyboru respondentów dotyczyły dwóch kwestii: (a) wieku – 13–18 lat (co w przybliżeniu odpowiada wiekowi uczniów szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych), (b) używania przetworów konopi przynajmniej jeden raz w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Z powodu znaczących braków danych z analiz wykluczono informacje od 27 respondentów. Pośród 1250 osób, których odpowiedzi uwzględniono, większość (64%) stanowiła młodzież płci męskiej. Prawie połowa (48%) respondentów miała 16–17 lat, 27% badanych stanowili młodsi nastolatki (13–15-letni), a pozostali (25%) mieli 18 i więcej lat. Większość respondentów (71%) mieszkała w dużych lub średnich miastach (powyżej 50 tys. mieszkańców). Niemal wszyscy (95%) byli uczniami i mieszkali z rodzicami (96%).

Respondenci byli dobierani metodą „kuli śniegowej” [14, 15]. Metoda ta jest oparta na wskazywaniu kolejnych respondentów przez osoby, które same wcześniej uczestniczyły w badaniu. W ten sposób, dzięki kolejnym nominacjom (informacjom na temat osób spełniających zakładane kryteria badawcze), powstają „łańcuszki” respondentów. W niniejszych badaniach, metodą kuli śniegowej zostało dobranych 60% respondentów. W niektórych środowiskach młodzież bardzo niechętnie wskazywała nowe osoby, w związku z czym „łańcuszki” bardzo szybko się urywały. Prawie jedna trzecia (29%) nastolatków uczestniczących w badaniu, były to osoby poznane przypadkowo (np. na ulicy, pod szkołą), które opowiedziały o swoich doświad-

<sup>1</sup> Badania były prowadzone w latach 2003–2004 w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie dzięki środkom finansowym Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

czeniu z używaniem marihuany, ale nie wskazały nikogo ze swoich znajomych, jako osoby również sięgającej po narkotyki. Pozostałych 11% respondentów było klientami różnego rodzaju placówek terapii uzależnień.

Jednym ze sposobów zapewnienia reprezentatywności próby pozyskiwanej metodą kuli śnieżkowej jest losowy dobór miejsc, w których „łańcuszki” są inicjowane. W niniejszej pracy, miejsca prowadzenia badań losowano z prawdopodobieństwami proporcjonalnymi do liczby mieszkańców, co oznacza, że im większa miejscowość, tym więcej razy mogła zostać włączona do próby. Wyłoniono 61 miejscowości z 15 województw (w wylosowanej próbie nie było reprezentowane województwo świętokrzyskie). Większość miejscowości (42 z 61) trafiła do próby 1 raz, co oznaczało, że do badań zostanie włączonych ok. 15 nastolatków z danego miejsca. Najwięcej wyborów (aż 8) miała Warszawa, co wskazywało na konieczność objęcia badaniami ponad stu młodych warszawiaków.

W pięciu wylosowanych miejscowościach nie udało się znaleźć wykwalifikowanych osób, chętnych do przeprowadzenia badań. Dwie z tych miejscowości zostały zastąpione innymi miejscami z danego regionu o zbliżonej liczbie mieszkańców.

Na podstawie wywiadów diagnostycznych podzielono badanych nastolatków na grupy w zależności od stopnia rozwoju problemów związanych z używaniem przetworów konopi. Połowę (49%) respondentów zdiagnozowano jako użytkowników okazjonalnych. Jedną trzecią (32%) stanowiły osoby określone jako problemowi użytkownicy marihuany. U pozostałych 19% respondentów rozpoznano uzależnienie od marihuany.

Wydzielono też podgrupę osób, dla których marihuana była substancją podstawową. Grupa ta składała się nastolatków, którzy albo nigdy nie próbowali innych narkotyków, albo używali ich okazjonalnie, podczas gdy przetworów konopi używali problemowo lub byli od nich uzależnieni (N = 564).

## METODA

We wszystkich wylosowanych miejscach badania indywidualne były prowadzone w okresie od października do grudnia 2004 r. wg jednolitego schematu. Po uzyskaniu informacji na temat celu prowadzonych badań i poufności danych, respondent był proszony o wypełnienie ankiety. Zawierała ona pytania o używanie substancji odurzających w ciągu ostatnich 12 miesięcy<sup>2</sup> oraz pulę 24 pytań, stanowiących podstawę opracowania testu. Wyjściowy zestaw pytań powstał na bazie podobnych narzędzi stosowanych w innych krajach [5, 6, 7, 16, 17]. Przeprowadzone badania pilotażowe pozwoliły zweryfikować rozumienie i znaczenie tych pytań wśród polskich nastolatków [18]. Po wypełnieniu przez respondenta ankiety, realizator badań przeprowadzał wywiad diagnostyczny, którego wyniki spisywał w strukturalizowanym „Arkuszu wyników diagnozy”. Celem wywiadu było określenie fazy używania przetworów konopi. Wypełnione przez respondentów ankiety wraz z „Arkuszami”, realizator przekazywał koordynatorom badań.

<sup>2</sup> Pytania zostały zaczerpnięte z ankiety ESPAD.

Badania prowadziło 80 osób z 43 ośrodków (m.in. Monar, Sedno, Kuźnia, Karan, AD i poradni uzależnień ZOZ). Byli wśród nich licencjonowani terapeuci uzależnień, młode osoby przeszkolone i pracujące z osobami używającymi substancji psychoaktywnych oraz osoby kończące studia psychologiczne.

Badania były przeważnie prowadzone w naturalnym otoczeniu respondentów: na osiedlach mieszkaniowych, w pubach, pod szkołami, w mieszkaniach prywatnych, w parkach itp. Z respondentami będącymi w trakcie terapii badania były prowadzone w ośrodkach specjalistycznych. Niewielka część badań (z 12 osobami) została przeprowadzona w miejscach, do których młodzież trafiała w związku z różnymi problemami: na oddziałach szpitalnych, w ośrodkach wychowawczych lub policyjnej izbie dziecka.

## Analiza danych

Pierwszy etap analiz<sup>3</sup> miał na celu wybór pytań najlepiej różnicujących osoby biorące okazjonalnie od pozostałych. Wybierając pytania brano pod uwagę zmiany współczynnika  $\alpha$  Cronbacha po usunięciu każdego z itemów oraz wyniki analizy regresji logistycznej (z opcją *forward stepwise*). Zmienną zależną w analizie regresji była faza używania – osoby zdiagnozowane jako okazjonalni użytkownicy (grupa I) stanowili punkt odniesienia dla osób biorących problemowo i uzależnionych (grupa II). Pytania były włączane do analizy pojedynczo od tego, które najlepiej różnicowało grupy, aż do momentu, kiedy dodanie kolejnego pytania nie przyczyniało się do lepszego przewidywania używania okazjonalnego lub problemowego/uzależnienia.

Wynik testu PUM był obliczany poprzez sumowanie odpowiedzi twierdzących (wskazujących na występowanie danego problemu związanego z używaniem marihuany) na pytania wyłonione w analizie regresji. Spójność wewnętrzna testu była oceniana na podstawie standaryzowanego współczynnika alfa Cronbacha.

Kryterium trafności testów stanowiły wyniki wywiadów diagnostycznych określających fazę używania substancji. W odniesieniu do tego kryterium, dla każdego z testów wyznaczono krzywą ROC (*Receiver Operating Characteristic*). Obszar pod krzywą określa moc predykcyjną testu. Maksymalna wartość liczbowa, jaką może on zostać opisany to 1, co oznacza trafne przewidywania we wszystkich analizowanych przypadkach. Obliczono:

- *czułość* (czyli prawdopodobieństwo, z jakim można stwierdzić, że osoba używająca przetworów konopi problemowo zostanie zidentyfikowana na podstawie wyników w teście),
- *swoistość* (prawdopodobieństwo, że ktoś kto używa przetworów konopi okazjonalnie zostanie prawidłowo zdiagnozowany),
- *wskaźnik pozytywnych przewidywań* (PPV, *positive predictive value*), oznaczający odsetek prawidłowo wykrywanych przypadków oraz
- *wskaźnik negatywnych przewidywań* (NPV, *negative predictive value*), czyli odsetek osób, które nie mają problemu i nie zostają „wykryte” testem.

<sup>3</sup> Do analiz statystycznych wykorzystano program SPSS wersja 10.

Tablica 1. Wyniki analizy regresji logistycznej wyjaśniającej różnice między okazjonalnymi użytkownikami konopi a osobami biorącymi problemowo

Pytanie	Pytanie	Test Walda	p	Iloraz szans	95,0% przedział ufności	
					dolny	górnny
1	Czy zdarzyło Ci się nie pójść lub spóźnić się do szkoły z powodu używania marihuany?	32,268	,000	5,799	3,162	10,634
3	Czy z powodu używania marihuany miałeś poważny konflikt z rodziną?	8,012	,005	3,099	1,416	6,781
4	Czy z powodu używania marihuany miałeś poważny konflikt z przyjaciółmi?	5,245	,022	2,821	1,161	6,854
6	Czy zdarzyło Ci się samodzielnie kupić marihuanę?	26,073	,000	5,135	2,741	9,623
9	Czy masz coraz więcej kłopotów z nauką, przyswajaniem nowych informacji?	9,465	,002	3,020	1,493	6,106
13	Czy zdarzało Ci się palić marihuanę w samotności?	18,065	,000	4,038	2,121	7,685
14	Czy często odczuwasz potrzebę użycia marihuany?	11,388	,001	5,769	2,085	15,962
23	Czy zdarzyło Ci się wydać na marihuanę tak dużo pieniędzy, że musiałeś zrezygnować z innych rzeczy, na których Ci zależało?	6,692	,010	3,857	1,387	10,727
	Stała	80,543	,000	,038		

## WYNIKI

Standaryzowany współczynnik  $\alpha$  Cronbacha dla zestawu 24 pytań, wśród wszystkich użytkowników przetworów konopi ( $N = 1227$ ) był wysoki ( $\alpha = 0,917$ ). Wartości współczynników  $\alpha$ , jakie uzyskano by po wyeliminowaniu poszczególnych itemów nie wskazywały na konieczność usunięcia żadnego z nich. Analiza regresji logistycznej pozwoliła wybrać 9 pytań umożliwiających trafną klasyfikację 85% respondentów (w tym 87% okazjonalnych użytkowników marihuany i 83% użytkowników problemowych).

Analogiczne analizy przeprowadzono również w grupie osób, dla których marihuana była środkiem podstawowym ( $N = 564$ ). Uzyskany współczynnik miał taką samą wartość, jak wśród wszystkich użytkowników konopi (0,917). Analiza regresji doprowadziła do wyboru 8 pytań, które prawidłowo klasyfikowały 87% respondentów. Uzyskany model był przy tym nieco bardziej trafny wobec osób używających marihuany okazjonalnie (91% prawidłowych klasyfikacji), niż przy wykrywaniu użytkowników problemowych (83%).

Zestawy pytań opracowane na podstawie analizy odpowiedzi wszystkich nastolatków używających marihuany oraz tych, którzy tylko okazjonalnie sięgali po inne narkotyki były podobne – różniły się zaledwie trzema pytaniami. W związku z tym, do dalszych analiz wybrano zestaw krótszy – złożony z 8 pytań (tabl. 1). Jego spójność wewnętrzna była wysoka (standaryzowany współczynnik  $\alpha$  Cronbacha wynosił 0,810 w całej grupie i 0,806 w grupie osób, dla których marihuana była środkiem podstawowym).

Moc predykcyjna testu PUM (złożonego z 8 pytań) zarówno w całej grupie użytkowników przetworów konopi, jak i wśród tych, dla których marihuana była środkiem podstawowym była wysoka. Obszar pod krzywą ROC wynosił 0,910 (95% przedział ufności: 0,894–0,926) dla całej grupy (rys. 1) i 0,939 (przedział ufności: 0,919–0,958) dla grupy nastolatków biorących głównie marihuanę (rys. 2).

Obliczono czułość i swoistość testu (tabl. 2). Wspólna analiza rozkładów tych dwóch parametrów wskazuje, że 2 może być punktem odcięcia testu. Oznacza to, że osoby, które odpowiedziały „tak” na 0–2 pytania prawdopodobnie używają okazjonalnie przetworów konopi (można to stwierdzić

Tablica 2. Czułość i swoistość testu PUM

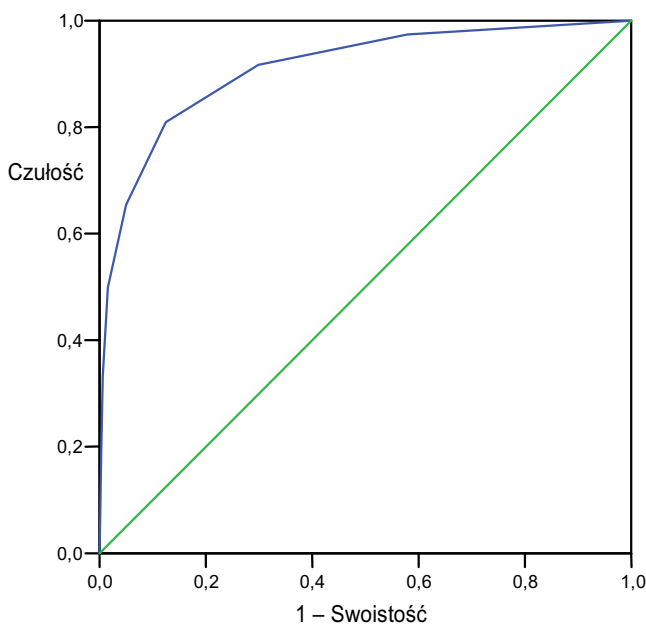
Wynik testu wyższy niż	Grupa nastolatków używających różnego rodzaju substancji psychoaktywnych ( $N = 1231$ )		Grupa nastolatków używających głównie przetworów konopi ( $N = 550$ )	
	czułość	swoistość	czułość	swoistość
0	0,974	0,421	0,978	0,498
1	0,917	0,701	0,933	0,788
<b>2</b>	<b>0,809</b>	<b>0,875</b>	<b>0,801</b>	<b>0,936</b>
3	0,654	0,95	0,640	0,975
4	0,499	0,984	0,476	0,993
5	0,333	0,994	0,303	1
6	0,181	0,997	0,131	1
7	0,065	0,998	0,034	1
8	0,000	1	0,000	1

w całej grupie z prawdopodobieństwem 88%, a wśród osób używających głównie marihuany z prawdopodobieństwem 94%). Odpowiedź twierdząca przynajmniej na 3 pytania oznacza ponad 80% prawdopodobieństwa problemowego używania przetworów konopi (czułość testu w tym punkcie jest bardzo podobna w obu badanych grupach nastolatków).

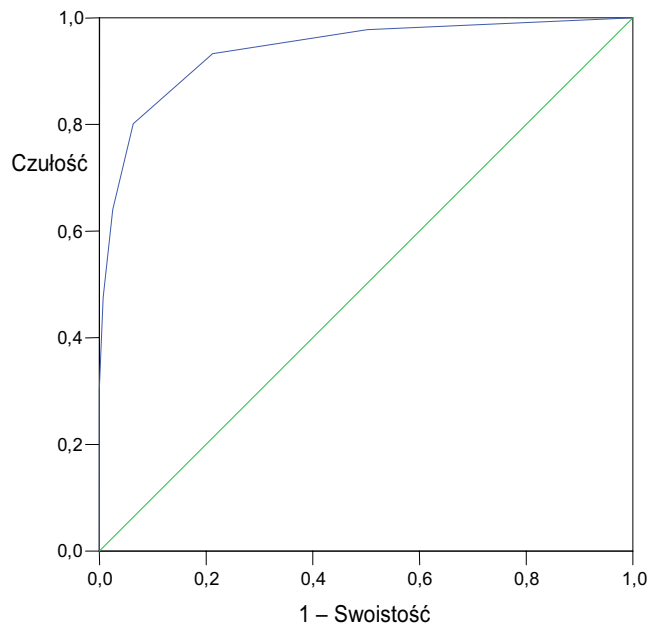
Wskaźnik pozytywnych przewidywań (PPV) dla wyniku w teście poniżej 3 wynosi 87%, co oznacza, że taki odsetek problemowych użytkowników można na podstawie testu prawidłowo zidentyfikować. Wskaźnik NPV, oznaczający odsetek osób, które nie mają problemu i nie zostają „wykryte” testem wynosi 82%. Wyniki zestawione w tabl. 3

Tablica 3. Czułość, swoistość, PPV i NPV dla osób uzyskujących w teście PUM wynik powyżej 2

	Czułość	Swoistość	PPV	NPV
Cała grupa	80,9%	87,5%	86,6%	82,2%
Kobiety	80,9%	87,3%	87,3%	80,9%
Mężczyźni	81,1%	87,6%	89,1%	78,8%
13–15 lat	81,9%	89,2%	83,7%	87,9%
16–17 lat	79,4%	86,7%	85,9%	80,5%
18 lat i więcej	82,6%	86,8%	89,9%	77,8%



Rysunek 1. Krzywa ROC dla problemowego używania przetworów konopi wśród wszystkich użytkowników przetworów konopi (N = 1277)



Rysunek 2. Krzywa ROC w grupie nastolatków, dla których marihuana jest środkiem podstawowym (N = 564).

wskazują, że własności psychometryczne testu PUM są zadowalające również w grupach wyróżnionych ze względu na wiek i płeć.

## DYSKUSJA I WNIOSKI

Przeprowadzone badania wskazują, że test PUM (w aneksie) może być przydatny w pracy z młodzieżą sięgającą po marihuanę i inne przetwory konopi indyjskich. Test jest krótki – zawiera 8 pytań i łatwy w użyciu. Jego wypełnianie (czyli wybór odpowiedzi „tak” lub „nie”) i obliczanie wyników trwają około minuty. Wyniki wskazują na jego wysoką trafność diagnostyczną. Wskaźniki czułości i swoistości testu PUM są porównywalne z tymi parametrami uzyskiwanymi przez innych autorów (tabl. 4). Najbardziej adekwatnym obszarem do porównań wydaje się nowozelandzki test przeznaczony do rozpoznawania nadużywania marihuany wśród osób między 15 a 52 rokiem życia [5]. Ten, zawierający 10 pytań test ma czułość 73% i swoistość

95%. Nasz test jest krótszy i ma znacznie wyższą czułość (81%) i nieco niższą swoistość (87%).

Wysoka czułość testu oznacza, że osoby używające przetworów konopi w sposób problemowy zostaną wcześniej wykryte i w związku z tym będą miały szansę uzyskać fachową pomoc. Z kolei wysoka swoistość oznacza niskie ryzyko niesłusznego „oskarżenia” o problemowe używanie marihuany osób biorących okazjonalnie. Uzyskany w niniejszych badaniach wskaźnik prawidłowych przewidywań (PPV) pozwala określić odsetek prawidłowo wykrywanych przypadków problemowego używania na 87%. Inaczej mówiąc, ok. 13% nastolatków wymagających interwencji specjalistycznej w związku z ryzykiem rozwoju poważnych problemów wynikających z używania marihuany może nie zostać „wychwyconych”. Prawdopodobieństwo takiej nieprawidłowej diagnozy zapewne wzrasta, gdy test jest stosowany niewłaściwie. Aby test spełnił swoje zadanie, muszą być zachowane podstawowe reguły: 1) nastolatek musi mieć zaufanie do osoby proponującej mu wypełnienie testu; 2) przed przystąpieniem do pracy

Tablica 4. Zestawienie danych charakteryzujących testy przeznaczone do diagnozy zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych przez nastolatków

Nazwa testu – pochodzenie	Przedmiot diagnozy	Liczba pytań	Zakres wyników	Wartość krytyczna	Czułość	Swoistość	PPV	NPV
PUM	problemowe używanie przetworów konopi	8	0–8	>2	0,81	0,88	0,87	0,82
CUDIT								
– Nowa Zelandia [5]	nadużywanie przetworów konopi	10	0–40	>7	0,73	0,95	0,85	0,90
PUN – Polska [11]	problemowe używanie narkotyków	10	0–10	>1	0,88	0,79	0,86	0,81
RAFFT – USA [7]	problemowe używanie alkoholu lub narkotyków	5	0–5	>1 >2	0,89 0,72	0,69 0,90		
CRAFFT – USA [19]	problemowe używanie alkoholu lub narkotyków	6	0–6	>1	0,76	0,94	0,83	0,91

z testem konieczne jest nawiązanie dobrego kontaktu między badanym i badającym; 3) konieczne jest zachowanie dyskrecji (warunki stosowania testu są szerzej omówione w odrębnej publikacji [20]).

Z kolei wskaźnik negatywnych przewidywań (NPV) wskazuje, że 18% okazjonalnych użytkowników marihuany na podstawie wyniku w teście PUM może zostać błędnie rozpoznanych jako użytkownicy problemowi. Zgodnie z zasadami postępowania z testem, powinno to oznaczać, że osoby te zostaną poddane dalszej diagnozie, która zweryfikuje wynik testu. I nie powinno pociągać za sobą dalszych konsekwencji. Czy jednak zawsze się tak stanie? Oczywiście nie sposób jednoznacznie odpowiedzieć na to pytanie. Test PUM jest narzędziem, które może być użyteczne w procesie udzielania pomocy potrzebującym nastolatkom wtedy, gdy jest stosowane zgodnie z przeznaczeniem. A jego przeznaczeniem jest zainicjowanie i ułatwienie diagnozy a nie jej zastąpienie. Ponadto, test i podejmowana w związku z jego wynikami interwencja mają pomagać w rozwiązaniu problemu, jakim jest sięganie po narkotyki, a nie służyć np. karaniu nastolatka. W związku z tym, z testu powinny korzystać osoby, nastawione na udzielanie pomocy i wsparcia, a nie na stosowanie sankcji.

Tu pojawia się pytanie o to kto i gdzie może stosować test PUM. Teoretycznie, test może być wykorzystywany w poradniach psychologiczno-pedagogicznych i poradniach zdrowia psychicznego, przez lekarzy pierwszego kontaktu i pielęgniarki, psychologów szkolnych i specjalistów terapii uzależnień. Własności psychometryczne testu zostały zweryfikowane w badaniach na reprezentatywnej, ogólnopolskiej próbie nastolatków, w której dominowały osoby nie mające kontaktu z ośrodkami leczenia uzależnień. Pozwala to zalecać jego szerokie zastosowanie, przez wszystkie osoby mające kontakt z nastolatkami sięgającymi po narkotyki. Jednak szerokie upowszechnienie zwiększa ryzyko stosowania testu niezgodnie z przeznaczeniem lub przez osoby nie mające dostatecznej wiedzy i umiejętności.

Aby sprawdzić na ile poważne jest ryzyko szkód związanych z wykorzystaniem testów PUN i PUM w procesie interwencji prowadzone są badania z udziałem przedstawicieli różnych grup zawodowych [20]. Ich wyniki pozwolą zdecydować, w jaki sposób testy będą upowszechniane i jak należy przygotowywać różnych specjalistów do ich stosowania.

Podsumowując przeprowadzone badania walidacyjne, należy podkreślić ich mocne strony, tzn.: a) udział w badaniach dużej, nie-klinicznej próby nastolatków, b) wykorzystanie diagnozy klinicznej jako kryterium trafności testu. Ten drugi element ma szczególne znaczenie, ponieważ pozwolił uniknąć dość powszechnego błędu związanego z oceną trafności jednego testu w oparciu o wynik innego testu. W takich sytuacjach zawsze występuje ryzyko, że test kryterialny również był walidowany w oparciu o inny test, a tamten – o jeszcze inny. W efekcie, może się okazać, że test przyjmowany jako wskaźnik trafności sam nie mierzy dokładnie tego, co powinien [21].

Ograniczenia przeprowadzonych badań są związane przede wszystkim z tym, że w prowadzeniu wywiadów i stawianiu diagnoz uczestniczyło aż 80 osób. Choć wszyscy byli związani z działalnością profilaktyczną lub

lecniczą w zakresie przeciwdziałania narkomanii, to reprezentowali kilkadziesiąt ośrodków, mieli różne wykształcenie i różnego typu doświadczenia zawodowe. Wszyscy dostali takie same instrukcje i szczegółowe wskazówki dotyczące sposobu prowadzenia badań. Jednak nie można wykluczyć, że ich przyzwyczajenia i wcześniejsze doświadczenia miały duży wpływ na stawiane diagnozy. Ponieważ przy badaniach na tak dużą skalę nie można było zupełnie wyeliminować tych czynników, podjęto decyzję o ich kontroli w fazie zbierania wyników. Służył temu specjalnie przygotowany „Arkusze wyników diagnozy”. Niejako wymuszało on na realizatorach badań szczegółowe i zgodne z wytycznymi rozpoznawanie problemowego używania narkotyków oraz sprawozdawanie przeprowadzonych wywiadów. Dzięki temu, dysponowaliśmy nie tylko lakoniczną informacją o wyniku diagnozy, ale również szczegółowym opisem każdego przypadku. Analiza tych opisów pozwoliła stwierdzić, że realizatorzy badań nie popełnili poważnych błędów diagnostycznych.

## PIŚMIENNICTWO

1. Monga S, Birmaher B, Chiappetta L, Brent D, Kaufman J, Bridge J, Cully M. Screen for child anxiety-related emotional disorders (scared): convergent and divergent validity. *Depress Anxiety* 2000; 12: 85–91.
2. Munoz R. Preventing major depression by promoting emotion regulation: a conceptual framework and some practical tools. *Int J Mental Health Promotion* 1998; Inaugural Issue, September: 23–40.
3. Horowitz LM, Wang PS, Koocher GP, Burr BH, Smith MF, Klavon S, Cleary PD. Detecting suicide risk in a Pediatric Emergency Department: Development of a brief screening tool. *Pediatrics* 2001; 107 (5): 1133–7.
4. Martin CS, Winters KC. Screening instruments for adolescent alcohol use disorders. *Alcohol Health Res World* 1998; 22 (2): 102–3.
5. Adamson SJ, Sellman JD. A prototype screening instrument for cannabis use disorder: the Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT) in an alcohol-dependent clinical sample. *Drug Alcohol Rev* 2003; 22: 309–15.
6. Knight JR, Shrier LA, i wsp. A new brief screen for adolescent substance abuse. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999; 153: 591–6.
7. Baestiaens L, Francis G, Lewis K. The RAFFT as a screening tool for adolescent substance use disorders. *Am J Addict* 2000; 9: 10–6.
8. Sierosławski J. Używanie narkotyków przez młodzież szkolną. Wyniki ogólnopolskich badań ankietowych ESPAD 2003. *Serwis Informacyjny Narkomania* 2004; 3 (26): 17–55.
9. The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Chapter 4: Quantifying Selected Major Risks to Health. WHO; 2002.
10. EMCDDA Annual report, 2005, <http://www.emcdda.eu.int>.
11. Okulicz-Kozaryn K, Sierosławski J. Validation of the “Problematic Use of Narcotics” (PUN) screening test for drug using adolescents. *Addict Behav* 2007; 32: 640–6.
12. Baran-Furga H. Przyjmowanie substancji psychoaktywnych w okresie dorastania. *Roczniki Warszawskiej Szkoły Zdrowia* 2005; rok V: 40–5.
13. Kocoń K, Okulicz-Kozaryn K. Po czym poznać czy nastolatek bierze marihuanę okazjonalnie, czy problemowo? *Remedium* 2005; nr specjalny: 24–5.
14. Kemmesies U. How to reach the unknown: the snowball sampling technique. W: *Understanding and responding to drug use:*

- the role of qualitative research. EMCDDA Scientific Monograph Series, No 4. EMCDDA; 2000: 265–71.
15. Korf DJ. The tip of the iceberg: snowball sampling and nomination techniques, the experience of Dutch studies. W: Estimating the prevalence of problem drug use in Europe. EMCDDA Scientific Monograph Series, No 1. EMCDDA; 1997: 171–84.
  16. Rahdert E, red. The Adolescent Assessment/Referral System Manual. DHHS Pub. No. (ADM) 91–1735. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Service, National Institute on Drug Abuse; 1991.
  17. Flynn S. Adolescent Substance Abuse. W: Flemming M, Barry K, red. Addictive disorder. Mosby Year Book; 1992: 232–48.
  18. Okulicz-Kozaryn K, Sierosławski J, Kocoń K. Opracowanie testu przesiewowego umożliwiającego rozpoznawanie problemowego używania substancji psychoaktywnych przez nastolatków. Warszawa: IPiN; 2003 (niepublikowany raport).
  19. Knight JR, Sherritt L, Shrier LA, Harris SK, Chang G. Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. Arch Pediatr Adolesc Med 2002; 156: 607–14.
  20. Okulicz-Kozaryn K. Testy przesiewowe w polskiej praktyce. Serwis Informacyjny Narkomania 2006; 1 (32): 10–4.
  21. Brzeziński J. Metodologia badań psychologicznych. Warszawa: PWN; 1999.

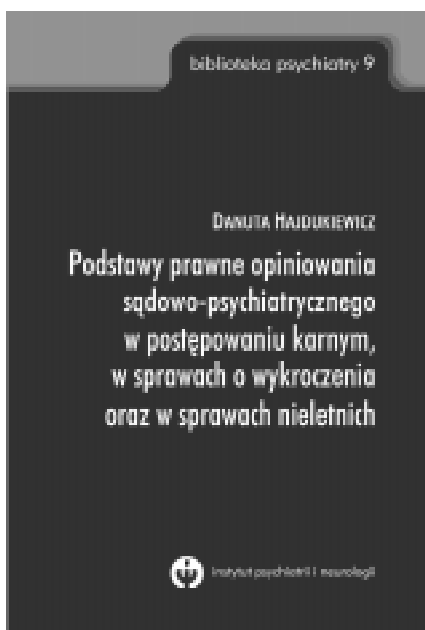
Adres: Dr Katarzyna Okulicz-Kozaryn, Zakład Psychologii i Promocji Zdrowia Psychicznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii, ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa, e-mail: kokulicz@ipin.edu.pl

## ANEKS

### PUM

Poniższe pytania dotyczą używania marihuany, haszyszu, skuna i innych przetworów konopi indyjskich. Odpowiadając skoncentruj się na tym, co działo się **w czasie ostatnich 12 miesięcy**

	Tak	Nie
1 Czy zdarzyło Ci się nie pójść lub spóźnić się do szkoły z powodu używania marihuany?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Czy z powodu używania marihuany miałeś poważny konflikt z rodziną?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Czy z powodu używania marihuany miałeś poważny konflikt z przyjaciółmi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Czy zdarzyło Ci się samodzielnie kupić marihuanę?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Czy masz coraz więcej kłopotów z nauką, przyswajaniem nowych informacji?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Czy zdarzało Ci się palić marihuanę w samotności?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Czy często odczuwasz potrzebę użycia marihuany?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Czy zdarzyło Ci się wydać na marihuanę tak dużo pieniędzy, że musiałeś zrezygnować z innych rzeczy, na których Ci zależało?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



*Danuta Hajdukiewicz*

**PODSTAWY PRAWNE  
OPINIOWANIA SĄDOWO-PSYCHIATRYCZNEGO  
W POSTĘPOWANIU KARNYM,  
W SPRAWACH O WYKROCZENIA ORAZ  
W SPRAWACH NIELETNICH**

BIBLIOTEKA PSYCHIATRY 9.

INSTYTUT PSYCHIATRII I NEUROLOGII  
Warszawa 2007

Książka ukazała się w czerwcu 2007 r.,  
można ją zamówić w Dziale Wydawnictw  
Instytutu Psychiatrii i Neurologii  
ul. Sobieskiego 9, 02-987 Warszawa  
tel. (22) 4582 704, e-mail: wydawnictwo@ipin.edu.pl  
Cena książki 32 PLN

**Z recenzji dr Lecha K. Paprzyckiego**

„Opracowanie przygotowane przez Autorkę należąca do wąskiego grona najbardziej doświadczonych i najwyśmienitszych psychiatrów zajmujących się psychiatrią sądową i równie dobrze obeznaną z problematyką prawną w tym zakresie, z całą pewnością godne jest opublikowania i to w możliwie najkrótszym czasie. Także dlatego, że niedoskonałości w czynnościach biegłych psychiatrów i psychologów wydających opinie i uczestniczących w licznych czynnościach najszerzej rozumianego postępowania karnego, nie są odosobnione. Taka też jest ocena Autorki, co wynika z obserwacji praktyki, także z punktu widzenia Sądu Najwyższego jako sądu kasacyjnego. A taki stan, daleki od doskonałości, to także rezultat niewystarczającego zainteresowania psychiatrów i psychologów literaturą przedmiotu. Żywić należy nadzieję, że to opracowanie dotrze nie tylko do doświadczonych biegłych, ale również do tych mniej przygotowanych, ale także do psychiatrów i psychologów podejmujących decyzję o specjalizacji. Ta trudna problematyka jest ponadto przekazana Czytelnikowi w atrakcyjny, również literacko, sposób”.

---

---