

PROGETTO SPETTRO

Cassano G.B., Dell'Osso L., Endicott J., Frank E.,
Maser J.D., Mauri M., Shear M.K.

SUBS-SR

**QUESTIONARIO PER LO SPETTRO DEI DISTURBI DA USO DI
SOSTANZE**

INTERVALLO DI TEMPO: LIFETIME
Versione Aprile 2003

Versione italiana a cura di C. Gonnelli, P. Impagnatiello, B. Pacciardi, A. Bandettini

Codice soggetto _____

Esaminatore _____

Data di Nascita / /
 gg mm aa

Data di compilazione _____

Sesso

- 1 = Maschile
- 2 = Femminile

Attuale impiego

- 1 = Tempo pieno
- 2 = Part-time
- 3 = Carcerato
- 4 = In cerca di prima occupazione
- 5 = Invalido
- 6 = Pensionato
- 7 = In congedo
- 8 = Disoccupato (senza sussidi)
- 9 = Disoccupato (con sussidi)
- 10 = Volontariato

Razza

- 1 = Bianca
- 2 = Afro-Americana
- 3 = Asiatica
- 4 = Ispanica
- 5 = Indio- Americana
- 6 = Altra

Stato Civile

- 1 = Nubile/Celibe
- 2 = Sposato/a
- 3 = Separato/a
- 4 = Divorziato/a
- 5 = Vedovo/a

Anni di scuola completati _____

Attività lavorativa _____

Molte persone hanno fatto uso di sostanze come caffè, tè, alcool o cioccolato.

| | | | |
|-----------|---|-----------|-----------|
| 1 | ha mai bevuto molto caffè, tè o coca cola? | No | Si |
| 1a | se si, ha cominciato prima dei 15 anni? | No | Si |
| 2 | ha mai fumato o masticato molto tabacco? | No | Si |
| 2a | se si, ha cominciato prima dei 15 anni ? | No | Si |
| 3 | ha mai bevuto molto alcool ? | No | Si |
| 3a | se si, ha cominciato prima dei 15 anni ? | No | Si |
| 4 | ha mai mangiato molta cioccolata? | No | Si |
| 4a | se si, ha cominciato prima dei 15 anni ? | No | Si |
| 5 | lei è il tipo di persona che quando ha un problema o avverte sintomi fisici ricorre ai farmaci? | No | Si |

Ha mai usato qualcuno dei seguenti farmaci più delle altre persone e/o senza prescrizione medica?

| | | | |
|----------|--|-----------|-----------|
| 6 | pillole dietetiche (ad esempio PONDERAL, EUTIROX, PLEGINE)? | No | Si |
| 7 | steroidi (ad esempio PRIMOBOLAN DEPOT, ESICLENE)? | No | Si |
| 8 | spray nasali (ad esempio VICKS SINEX)? | No | Si |
| 9 | antidolorifici (ad esempio NAPROSYN, BRUFEN, FASTUM, ASPIRINA, TORADOL,OPTALIDON)? | No | Si |

| | | | |
|-----------|--|-----------|-----------|
| 10 | farmaci per la tosse (ad esempio HERAFLU, BRONCHENOLO, RESPIRASE)? | No | Si |
| 11 | tranquillanti (ad esempio TAVOR, LORANS, ROIPNOL, VALIUM)? | No | Si |
| 12 | sonniferi (ad esempio HALCION, SONATA)? | No | Si |
| 13 | antistaminici (ad esempio ATARAX, BENADRIL)? | No | Si |
| 14 | barbiturici (ad esempio LUMINALE, GARDENALE)?..... | No | Si |
| 15 | altri farmaci ? | No | Si |

Ha mai usato:

| | | | | | |
|-----------|--|------------|---------------------|------------------------|------------------------------|
| 16 | hashish o marijuana? | Mai | Solo provato | Uso occasionale | Uso regolare / spesso |
| 17 | ecstasy o altre anfetamine ? | Mai | Solo provato | Uso occasionale | Uso regolare / spesso |
| 18 | inalanti (colle, solventi per unghie, popper)? | Mai | Solo provato | Uso occasionale | Uso regolare / spesso |
| 19 | allucinogeni (lsd, peyote, funghi) ? | Mai | Solo provato | Uso occasionale | Uso regolare / spesso |
| 20 | cocaina e crack? | Mai | Solo provato | Uso occasionale | Uso regolare / spesso |
| 21 | oppioidi (eroina, morfina o codeina?) | Mai | Solo provato | Uso occasionale | Uso regolare / spesso |
| 22 | altre sostanze per tirarsi su o per andare su di giri? | Mai | Solo provato | Uso occasionale | Uso regolare / spesso |

Dopo aver usato sostanze quali caffeina, tabacco, alcool, droghe o farmaci, ha mai:

| | | | |
|-----------|---|-----------|-----------|
| 23 | avuto strane sensazioni ? | No | Si |
| 24 | avuto una reazione diversa rispetto alle altre persone? | No | Si |
| 25 | notato cambiamenti nel suo umore o nel suo comportamento? | No | Si |
| 26 | avuto attacchi d'ansia? | No | Si |
| 27 | notato d'essere allergico o aver avuto reazioni avverse? | No | Si |
| 28 | notato d'aver bisogno di dosi maggiori rispetto alle altre persone? | No | Si |

Ha mai notato se l'uso di caffeina, alcool, sigarette, farmaci o qualcuna delle droghe citate prima...

| | | | |
|-----------|--|-----------|-----------|
| 29 | migliora il suo funzionamento globale? | No | Si |
| 30 | peggiora il suo funzionamento globale? | No | Si |

Ha mai pensato alla caffeina, all'alcool, alle sigarette, ai farmaci o a qualche altra droga sopra citata:

| | | | |
|-----------|---|-----------|-----------|
| 31 | per tutto il giorno? | No | Si |
| 32 | come se fosse un amico? | No | Si |
| 33 | come se avessero una parte importante nella sua vita? | No | Si |
| 34 | come se la sua vita non potesse essere accettabile senza? | No | Si |

Ha mai usato farmaci prescritti :

| | | | |
|-----------|--|-----------|-----------|
| 35 | per scopi diversi da quelli per cui le erano stati prescritti? | No | Si |
| 36 | cercando un effetto diverso da quello previsto? | No | Si |
| 37 | a dosi più alte di quelle prescritte per andare su di giri? | No | Si |
| 38 | più a lungo di quanto il medico le abbia indicato? | No | Si |
| 39 | in associazione in modo da andare su di giri? | No | Si |

Ha mai preso alcuno dei farmaci o delle droghe di cui abbiamo parlato:

| | | | |
|-----------|----------------|-----------|-----------|
| 40 | intramuscolo ? | No | Si |
| 41 | endovena ? | No | Si |

Ha mai usato caffeina, tabacco, alcool, droghe o farmaci per:

| | | | |
|-----------|--|-----------|-----------|
| 42 | migliorare il suo umore (per esempio per sentirsi meno irritabile, arrabbiato o triste)? | No | Si |
| 43 | alleviare tensione, ansia e sconforto o evadere dai problemi? | No | Si |
| 44 | dormire? | No | Si |
| 45 | essere più assertivo o fiducioso in sé? | No | Si |
| 46 | tollerare lunghi periodi di tristezza? | No | Si |

| | | | |
|-----------|---|-----------|-----------|
| 47 | aumentare la sua creatività? | No | Si |
| 48 | aiutarsi a prendere decisioni importanti? | No | Si |
| 49 | sentirsi capace di fare le cose con successo? | No | Si |
| 50 | alleviare la stanchezza eccessiva? | No | Si |
| 51 | aumentare la sua energia? | No | Si |
| 52 | alleviare la noia? | No | Si |
| 53 | acquisire o mantenere un senso di euforia? | No | Si |
| 54 | sentirsi meglio dopo eventi negativi? | No | Si |
| 55 | essere più competitivo? | No | Si |
| 56 | rilassarsi dopo il lavoro o durante il week-end? | No | Si |
| 57 | tollerare dolori persistenti o altri sintomi fisici? | No | Si |
| 58 | esprimere rabbia repressa? | No | Si |
| 59 | aiutarsi a controllare la rabbia? | No | Si |
| 60 | fuggire la realtà? | No | Si |
| 61 | controllare pensieri ricorrenti, impulsi o immagini che la assillano (es. pregare, contare, ripetere parole)? | No | Si |
| 62 | controllare atteggiamenti ripetitivi che la infastidiscono (controllare, riordinare, pulire, ...)? | No | Si |

Ha mai usato caffeina, tabacco, alcool, steroidi, droghe o farmaci per:

| | | | |
|-----------|--|-----------|-----------|
| 63 | migliorare le sue prestazioni sportive? | No | Si |
| 64 | migliorare le sue prestazioni scolastiche? | No | Si |
| 65 | migliorare le sue prestazioni lavorative? | No | Si |
| 66 | potenziare le sue prestazioni sessuali? | No | Si |
| 67 | migliorare la sua capacità di parlare in pubblico? | No | Si |
| 68 | migliorare le sue prestazioni agli esami? | No | Si |
| 69 | sentirsi più a suo agio nelle situazioni che abbiamo appena descritto? | No | Si |

Ha mai usato caffeina, tabacco, steroidi, alcool, droghe o farmaci per:

| | | | |
|-----------|---|-----------|-----------|
| 70 | aumentare la fiducia in se stesso quando parla con altre persone? | No | Si |
| 71 | aumentare la fiducia in se stesso riguardo al sesso? | No | Si |
| 72 | aumentare la fiducia in se stesso in situazioni particolari quali prestazioni artistiche o incontri importanti? | No | Si |
| 73 | essere a suo agio nelle relazioni sentimentali? | No | Si |
| 74 | essere capace di partecipare a feste, giochi o sport di gruppo? | No | Si |
| 75 | essere capace di parlare, o non vergognarsi, con la gente che non conosce bene? | No | Si |

| | | | |
|-----------|--|-----------|-----------|
| 76 | superare la paura di essere giudicato dagli altri? | No | Si |
| 77 | superare la paura di essere considerato stupido o imbranato? | No | Si |
| 78 | evitare di apparire nervoso, per esempio arrossendo, tremando o sudando? | No | Si |
| 79 | ridurre la paura di sentirsi mancare in pubblico o in situazioni che crede importanti? | No | Si |
| 80 | evitare di sentirsi a disagio nelle situazioni che abbiamo descritto prima? | No | Si |

Per controllare il suo peso, ha mai assunto sostanze ...

| | | | |
|-----------|--|-----------|-----------|
| 81 | quali: amfetamine, ecstasy, cocaina, pillole dietetiche o altri psicostimolanti? | No | Si |
| 82 | quali: ormoni tiroidei, steroidi, diuretici, lassativi o clisteri? | No | Si |
| 83 | per indurre il vomito? | No | Si |
| 84 | in associazione ad un intenso esercizio fisico? | No | Si |

Ha mai assunto farmaci o sostanze perché si sentiva:

| | | | |
|-----------|--|-----------|-----------|
| 85 | insoddisfatto del suo aspetto fisico? | No | Si |
| 86 | perché la sua massa muscolare non era sufficiente? | No | Si |
| 87 | sessualmente poco attraente? | No | Si |

Ha mai:

| | | | |
|-----------|--|-----------|-----------|
| 88 | provato a migliorare il suo aspetto fisico assumendo steroidi? | No | Si |
| 89 | preso steroidi senza considerare le conseguenze sulla salute? | No | Si |
| 90 | continuato ad assumere steroidi nonostante gli effetti negativi quali aumento della peluria, perdita di interesse sessuale, aumento delle reazioni impulsive, disturbi alla prostata o altre condizioni mediche? | No | Si |

Ha mai usato alcool droghe o farmaci per:

| | | | |
|-----------|--|-----------|-----------|
| 91 | raggiungere una nuova dimensione? | No | Si |
| 92 | entrare in contatto con il mondo degli spiriti? | No | Si |
| 93 | prendere parte a cerimonie magiche o segrete? | No | Si |
| 94 | allargare i suoi orizzonti o migliorare la sua spiritualità? | No | Si |
| 95 | meditare ? | No | Si |
| 96 | raggiungere un livello più alto di auto-consapevolezza? | No | Si |

Ha mai notato o qualcuno le ha mai fatto notare che lei:

| | | | |
|-----------|--|-----------|-----------|
| 97 | spesso cerca nuove esperienze per puro divertimento? | No | Si |
| 98 | si diverte facendo cose rischiose quali guidare a velocità elevata in una strada pericolosa? | No | Si |

| | | | |
|------------|---|-----------|-----------|
| 99 | di solito trova eccitanti cose che gli altri considererebbero pericolose ? | No | Si |
| 100 | pensa di poter fare tutto a scapito di regole e imposizioni? | No | Si |
| 101 | spesso segue il suo istinto senza riflettere veramente su quello che sta facendo? | No | Si |
| 102 | spende soldi in modo impulsivo? | No | Si |
| 103 | trasgredisce le norme e i regolamenti se pensa di farla franca? | No | Si |
| 104 | ama provare nuovi modi di fare le cose? | No | Si |
| 105 | è il tipo di persona che tende ad essere agitato, sempre in movimento, incapace a stare fermo? | No | Si |
| 106 | era così anche da bambino (saltava, correva,)? | No | Si |
| 107 | è il tipo di persona che spesso interrompe le conversazioni, i giochi o le attività degli altri? | No | Si |
| 108 | è il tipo di persona che ha difficoltà a prestare attenzione a scuola, o nello svolgere il lavoro che fa? | No | Si |

Per favore risponda alle domande seguenti solo se ha mai usato qualcuna di queste sostanze (es. alcool, marijuana, psicostimolanti, allucinogeni, oppioidi, inalanti o altre droghe o farmaci senza prescrizione), se non le ha usate non compili le pagine successive.

A causa dell'uso di sostanze, ha mai notato o qualcuno le ha mai fatto notare che:

| | | | |
|------------|--|-----------|-----------|
| 109 | il suo rendimento scolastico era scarso? | No | Si |
| 110 | il suo rendimento lavorativo, inclusi i lavori domestici, era scarso? | No | Si |
| 111 | le sue capacità sociali erano ridotte? | No | Si |
| 112 | dovrebbe smettere di assumere droghe essendo un pericolo per se e per gli altri? | No | Si |
| 113 | potrebbe rischiare di avere (o continua ad avere) problemi legali? | No | Si |

Durante il periodo in cui ha maggiormente usato alcool, caffeina, sigarette, droghe o farmaci, ha mai:

| | | | |
|------------|--|-----------|-----------|
| 114 | avuto difficoltà a smettere o a ridurre il loro uso? | No | Si |
| 115 | avuto sintomi d'astinenza o altri problemi dopo aver ridotto o interrotto il loro uso? | No | Si |
| 116 | si è sentito come se non potesse controllarne l'uso? | No | Si |

Ha mai notato o qualcuno le ha mai detto che lei usa alcool, caffeina, tabacco, droghe o farmaci

| | | | |
|------------|--|-----------|-----------|
| 117 | anche se le causa problemi di salute? | No | Si |
| 118 | anche se le causa problemi in famiglia o nella vita sociale? | No | Si |
| 119 | anche se le causa problemi a scuola o nel lavoro? | No | Si |
| 120 | per periodi più lunghi o in quantità maggiori rispetto a quanto da lei previsto? | No | Si |

Ha mai:

| | | | |
|------------|---|-----------|-----------|
| 121 | fatto tentativi per smettere o ridurre grandemente l'uso di sostanze? | No | Si |
| 122 | passato molto tempo cercando di procurarsi le sostanze o per riprendersi dai loro effetti (per esempio andando da molti medici) ? | No | Si |

Assumendo droghe o farmaci senza prescrizione, ha mai notato che:

| | | | |
|------------|--|-----------|-----------|
| 123 | la quantità che prendeva non dava più l'effetto desiderato? | No | Si |
| 124 | necessitava di dosi sempre maggiori e più frequenti per ottenere l'effetto desiderato? | No | Si |

Ha mai notato o qualcuno le ha mai detto che:

| | | | |
|------------|---|-----------|-----------|
| 125 | ha sintomi d'astinenza o che si sente male dopo aver interrotto o ridotto il consumo di caffeina, tabacco e cioccolata? | No | Si |
| 126 | ha sintomi d'astinenza o che si sente male dopo aver interrotto o ridotto il consumo di alcool, farmaci o altre droghe? | No | Si |
| 127 | ha bisogno di usare alcool, farmaci o droghe per evitare o ridurre i sintomi d'astinenza (es. insonnia, nausea, sudorazione, vomito, tremori, dolori muscolari, agitazione)? | No | Si |
| 128 | ha bisogno di usare alcool, farmaci o droghe per evitare o ridurre sentimenti negativi (es. ansia, depressione, irritabilità)? | No | Si |

Ha mai notato o qualcuno le ha mai detto che quando usa queste sostanze:

| | | | |
|------------|---|-----------|-----------|
| 129 | il suo comportamento è inadeguato, strano o diverso dal suo solito? | No | Si |
| 130 | ha pensieri strani o che la disturbano? | No | Si |
| 131 | non riesce a concentrarsi o manca di capacita' critica (per esempio litiga con la polizia)? | No | Si |