

SUBS-SR – Ultimo Mese

VERSIONE GIUGNO, 2003

Istruzioni

Le domande che seguono si riferiscono a situazioni che possono essersi verificate nel corso dell'ultimo mese. La preghiamo di rispondere a tutte le domande, barrando «NO» o «SI».

Nell'ultimo mese:

- | | | |
|---|----|----|
| 1. ha bevuto molto caffè, tè o coca cola? | NO | SI |
| 2. ha fumato o masticato molto tabacco? | NO | SI |
| 3. ha bevuto molto alcool ? | NO | SI |
| 4. ha mangiato molta cioccolata? | NO | SI |

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

- | | | |
|---|----|----|
| 5. pillole dietetiche (ad esempio PONDERAL, EUTIROX, PLEGINE)? | NO | SI |
| 6. steroidi (ad esempio PRIMOBOLAN DEPOT, ESICLENE)? | NO | SI |
| 7. spray nasali (ad esempio VICKS SINEX)? | NO | SI |
| 8. antidolorifici (ad esempio NAPROSYN, BRUFEN, FASTUM, ASPIRINA, TORADOL,OPTALIDON)? | NO | SI |
| 9. farmaci per la tosse (ad esempio HERAFLU, BRONCHENOLO, RESPIRASE)? | NO | SI |
| 10. tranquillanti (ad esempio TAVOR, LORANS ROIPNOL, VALIUM)? | NO | SI |
| 11. sonniferi (ad esempio HALCION, SONATA)? | NO | SI |
| 12. antistaminici (ad esempio ATARAX, BENADRIL)? | NO | SI |
| 13. barbiturici (ad esempio LUMINALE,GARDENALE)?..... | NO | SI |
| 14. altri farmaci ? | NO | SI |
| 15. quando aveva un problema o avvertiva sintomi fisici è ricorso ai farmaci? | NO | SI |

Ha 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:

- | | | |
|---|----|----|
| 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 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 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 preso alcuno dei farmaci o delle droghe di cui abbiamo parlato:

- | | | |
|--------------------|----|----|
| 40. intramuscolo ? | NO | SI |
| 41. endovena ? | NO | SI |

Ha 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. aiutarla 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 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 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 considerata stupido o imbranato?	NO	SI
78. evitare di apparire nervoso, es. 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 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 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:

- | | | |
|--|----|----|
| 88. provato a migliorare il suo aspetto fisico assumendo steroidi? | NO | SI |
| 89. prendere steroidi senza considerare le conseguenze sulla salute? | NO | SI |
| 90. continuare 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 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 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. le piace 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 usato qualcuna di queste sostanze (es. alcool, marijuana, psicostimolanti, allucinogeni, oppioidi, inalanti o altre droghe o farmaci senza prescrizione), nell'ultimo mese, se non le ha usate non compili le pagine successive.

Nell'ultimo mese, a causa dell'uso di sostanze, ha 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:

- | | | |
|---|----|----|
| 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 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:

- | | | |
|--|----|----|
| 121. fatto tentativi per smettere o ridurre grandemente l'uso di sostanze? | NO | SI |
| 122. passare molto tempo cercando di procurarsi le sostanze o per riprendersi dai loro effetti? (es. andare da molti medici...) | NO | SI |

Assumendo droghe o farmaci senza prescrizione ha notato che:

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

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

- | | | |
|--|-----------|-----------|
| 129. il suo comportamento è improprio, strano o fuori dal suo carattere? | NO | SI |
| 130. ha avuto pensieri strani o che la disturbano? | NO | SI |
| 131. non riesce a concentrarsi o manca di critica (per esempio discutendo con la polizia) ? | NO | SI |