

PROGETTO SPETTRO

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

SCI-SUBS

**INTERVISTA CLINICA STRUTTURATA PER LO SPETTRO DEI
DISTURBI DA USO DI SOSTANZA**

VERSIONE PER AUTO-SOMMINISTRAZIONE

INTERVALLO DI TEMPO: LIFE-TIME

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

I DOMINIO: USO DI SOSTANZE ED USO IMPROPRIO DI FARMACI

II DOMINIO: SENSIBILITA' AI FARMACI E ALLE SOSTANZE

**III DOMINIO: CONDIZIONI IN CUI I FARMACI O "LE SOSTANZE"
SONO USATE COME AUTO-MEDICAZIONE**

IV DOMINIO: RICERCA DI SENSAZIONI

V DOMINIO: DEFICIT DI ATTENZIONE

VI DOMINIO: SINTOMI DEL DISTURBO DA ABUSO DI SOSTANZE

STORIA TERAPEUTICA

	Dose (mg/die)	Data d'inizio (gg-mm-aa)	Durata (mm)	Efficacia* (0-1-2)
Farmaco 1:				
Farmaco 2:				
Farmaco 3:				
Farmaco 4:				
Farmaco 5:				
Farmaco 6:				
Altri :				

* 0 = scarso 1 = miglioramento parziale 2 = remissione

Valutazione delle Proprietà Psicometriche dell'Intervista Clinica Strutturata per lo Spettro del Disturbo da Uso di Sostanze.

La ringraziamo per essere qui oggi con noi. Le domande che seguono si riferiscono a situazioni che possono o meno esserle capitate nella vita. Desidereremmo sapere se ha mai avuto queste esperienze, anche se è stato molto tempo fa. L'intervista è composta da sei sezioni che richiederanno circa un'ora per essere completate. Prima di iniziare ha qualche domanda da fare?

Soggetto ID _____

Esaminatore _____

Data di Nascita / /
 gg mm aa

Data dell'Intervista _____

Sesso

- 1 = Maschile
- 2 = Femminile

Attuale impiego

- 1 = Full-time
- 2 = Part-time
- 3 = Ingaggiato
- 4 = Licenziato
- 5 = Invalido
- 6 = Pensionato
- 7 = In Congedo
- 8 = Disoccupato (auto-finanziato)
- 9 = Disoccupato (assistenza pubblica)
- 10 = Volontario

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

Scolarità _____

Attività Lavorativa _____

SCI-SUBS: Intervista Clinica Strutturata per lo Spettro dei Disturbi da Abuso di Sostanze

I DOMINIO: USO DI SOSTANZE

**Molte persone hanno fatto uso di sostanze come caffè, tè, alcool o cioccolato.
Vorrei chiederle se ne ha mai fatto uso.**

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

SCI-SUBS: Intervista Clinica Strutturata per lo Spettro dei Disturbi da Abuso di Sostanze

FARMACI

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

SCI-SUBS: Intervista Clinica Strutturata per lo Spettro dei Disturbi da Abuso di Sostanze

DROGHE DA STRADA**Adesso vorrei chiederle se ha mai provato:**

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

SCI-SUBS: Intervista Clinica Strutturata per lo Spettro dei Disturbi da Abuso di Sostanze

II DOMINIO: SENSIBILITA' ALLE SOSTANZE

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

SCI-SUBS: Intervista Clinica Strutturata per lo Spettro dei Disturbi da Abuso di Sostanze

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

SCI-SUBS: Intervista Clinica Strutturata per lo Spettro dei Disturbi da Abuso di Sostanze

III DOMINIO: USO DI SOSTANZE O DROGHE DA AUTO-MEDICAZIONE**A) Umore/Ansia****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	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

SCI-SUBS: Intervista Clinica Strutturata per lo Spettro dei Disturbi da Abuso di Sostanze

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

SCI-SUBS: Intervista Clinica Strutturata per lo Spettro dei Disturbi da Abuso di Sostanze

B) Miglioramento delle prestazioni**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

SCI-SUBS: Intervista Clinica Strutturata per lo Spettro dei Disturbi da Abuso di Sostanze

C) Disinibizione sociale**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 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

SCI-SUBS: Intervista Clinica Strutturata per lo Spettro dei Disturbi da Abuso di Sostanze

D) Controllo del peso

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

81	quali: anfetamine, 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

E) Immagine corporea

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
-----------	--	-----------	-----------

SCI-SUBS: Intervista Clinica Strutturata per lo Spettro dei Disturbi da Abuso di Sostanze

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

F) Altre condizioni**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

SCI-SUBS: Intervista Clinica Strutturata per lo Spettro dei Disturbi da Abuso di Sostanze

IV DOMINIO: RICERCA DI “SENSAZIONI”

Adesso vorrei farle qualche domanda circa le cose che le piace fare.

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	le piace provare nuovi modi di fare le cose?	No	Si

SCI-SUBS: Intervista Clinica Strutturata per lo Spettro dei Disturbi da Abuso di Sostanze

V DOMINIO: DEFICIT DI ATTENZIONE

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

SCI-SUBS: Intervista Clinica Strutturata per lo Spettro dei Disturbi da Abuso di Sostanze

VI DOMINIO: SINTOMI DEL DISTURBO DA ABUSO DI SOSTANZE

“Se ha mai usato qualcuna di queste sostanze...”

(es. alcool, marijuana, psicostimolanti, allucinogeni, oppioidi, inalanti o altre droghe o farmaci senza prescrizione)

Per l'intervistatore: se no consideri NO tutti gli item seguenti.

A) Abuso

A causa del loro uso, 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

SCI-SUBS: Intervista Clinica Strutturata per lo Spettro dei Disturbi da Abuso di Sostanze

B) Assuefazione

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

SCI-SUBS: Intervista Clinica Strutturata per lo Spettro dei Disturbi da Abuso di Sostanze

Ha mai:

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

C) Tolleranza

Assumendo droghe o farmaci senza prescrizione ha mai 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

D) Astinenza

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
------------	---	-----------	-----------

SCI-SUBS: Intervista Clinica Strutturata per lo Spettro dei Disturbi da Abuso di Sostanze

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

E) Intossicazione:**Ha mai notato o qualcuno le ha mai 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