

# **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.**

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

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

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

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

**Ha mai usato:**

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

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

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

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

<b>29</b>	migliora il suo funzionamento globale?	<b>No</b>	<b>Si</b>
<b>30</b>	peggiora il suo funzionamento globale?	<b>No</b>	<b>Si</b>

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

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

**Ha mai usato farmaci prescritti :**

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

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

<b>40</b>	intramuscolo ?	<b>No</b>	<b>Si</b>
<b>41</b>	endovena ?	<b>No</b>	<b>Si</b>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Ha mai assunto farmaci o sostanze perché si sentiva:**

<b>85</b>	insoddisfatto del suo aspetto fisico?	<b>No</b>	<b>Si</b>
<b>86</b>	perché la sua massa muscolare non era sufficiente?	<b>No</b>	<b>Si</b>
<b>87</b>	sessualmente poco attraente?	<b>No</b>	<b>Si</b>

**Ha mai:**

<b>88</b>	provato a migliorare il suo aspetto fisico assumendo steroidi?	<b>No</b>	<b>Si</b>
<b>89</b>	preso steroidi senza considerare le conseguenze sulla salute?	<b>No</b>	<b>Si</b>
<b>90</b>	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?	<b>No</b>	<b>Si</b>

**Ha mai usato alcool droghe o farmaci per:**

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

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

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

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

**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:**

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

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

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

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

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

**Ha mai:**

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

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

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

**Ha mai notato o qualcuno le ha mai detto che:**

<b>125</b>	ha sintomi d'astinenza o che si sente male dopo aver interrotto o ridotto il consumo di caffeina, tabacco e cioccolata?	<b>No</b>	<b>Si</b>
<b>126</b>	ha sintomi d'astinenza o che si sente male dopo aver interrotto o ridotto il consumo di alcool, farmaci o altre droghe?	<b>No</b>	<b>Si</b>
<b>127</b>	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)?	<b>No</b>	<b>Si</b>
<b>128</b>	ha bisogno di usare alcool, farmaci o droghe per evitare o ridurre sentimenti negativi (es. ansia, depressione, irritabilità )?	<b>No</b>	<b>Si</b>

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

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