

|  |                             |                              |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| <h1>AbSo - DAHRS</h1> <p><b>Drug Abuse History Rating Scale</b><br/>by<br/>I. Marenmani &amp; P. Castrogiovanni<br/>©1989-2008</p> | Cognome                     | Nome                         |
|  | Data di nascita (gg/mm/aa)  | Luogo di nascita (provincia) |
|  | Data valutazione (gg/mm/aa) | Diagnosi (Codici DSM-IV-R)   |

### Dati anagrafici (9, 99 = non valutato)

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>1. Sesso</b><br>1. Maschio <input type="checkbox"/><br>2. Femmina <input type="checkbox"/>   | <b>3. Stato civile</b><br>1. Single <input type="checkbox"/><br>2. Sposato <input type="checkbox"/><br>3. Divorziato - separato <input type="checkbox"/> | <b>4. Istruzione (Years)</b><br><input type="text"/> <input type="text"/>  |
| <b>2. Et  (Anni)</b><br><input type="text"/> <input type="text"/>   | <b>6. Invalido o pensionato</b><br>1. Si <input type="checkbox"/><br>2. No <input type="checkbox"/>  | <b>7. Attivit  lavorativa del capofamiglia di origine</b><br>1. Colletti bianchi <input type="checkbox"/><br>2. Colletti blu <input type="checkbox"/><br>3. Disoccupato <input type="checkbox"/> |
| <b>5. Attivit  lavorativa</b><br>0. Studente <input type="checkbox"/><br>1. Colletto bianco <input type="checkbox"/><br>2. Colletto blu <input type="checkbox"/><br>3. Disoccupato <input type="checkbox"/> | <b>9. Provenienza geografica</b><br>1. Nord <input type="checkbox"/><br>2. Centro <input type="checkbox"/><br>3. Sud <input type="checkbox"/>            | <b>10. Provenienza ambientale</b><br>1. Urbana <input type="checkbox"/><br>2. Suburbana <input type="checkbox"/><br>3. Rurale <input type="checkbox"/>   |
| <b>8. Condizioni economiche</b><br>1. Disagiate <input type="checkbox"/><br>2. Adeguate <input type="checkbox"/>  | <b>12. Residenza ambientale</b><br>1. Urbana <input type="checkbox"/><br>2. Suburbana <input type="checkbox"/><br>3. Rurale <input type="checkbox"/>     | <b>13. Situazione abitativa</b><br>1. Da solo <input type="checkbox"/><br>2. In famiglia <input type="checkbox"/><br>3. In Comunit  <input type="checkbox"/>                                     |
| <b>11. Residenza geografica</b><br>1. Nord <input type="checkbox"/><br>2. Centro <input type="checkbox"/><br>3. Sud <input type="checkbox"/>  |  |  |

### Patologia Somatica (1. Presente 2. Assente 9. Non valutato)

|                                      |   |   |   |
|--------------------------------------|---|---|---|
| 1. Epatica <input type="checkbox"/>  | 2. Vascolare <input type="checkbox"/>     | 3. Immunitaria <input type="checkbox"/> | 4. Gastrointestinale <input type="checkbox"/> |
| 5. Sessuale <input type="checkbox"/> | 6. Odontoiatrica <input type="checkbox"/> | 76. HIV+ <input type="checkbox"/>       | 82. AIDS <input type="checkbox"/>             |

### Stato Mentale (9. Non valutato)

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <b>7. Insight</b><br>(1. Presente 2. Assente) <input type="checkbox"/>         | <b>8. Coscienza</b><br>(1. Anomalie 2. Normale) <input type="checkbox"/>    | <b>9. Memoria</b><br>(1. Anomalie 2. Normale) <input type="checkbox"/>        | <b>10. Ansia</b><br>(1. Presente 2. Assente) <input type="checkbox"/>         |
| <b>11. Umore depresso</b><br>(1. Presente 2. Assente) <input type="checkbox"/> | <b>12. Sonno</b><br>(1. Anomalie 2. Normale) <input type="checkbox"/>       | <b>13. Alimentazione</b><br>(1. Anomalie 2. Normale) <input type="checkbox"/> | <b>14. Eccitamento</b><br>(1. Presente 2. Assente) <input type="checkbox"/>   |
| <b>15. Violenza</b><br>(1. Presente 2. Assente) <input type="checkbox"/>       | <b>16. Suicidalit </b><br>(1. Presente 2. Assente) <input type="checkbox"/> | <b>17. Deliri</b><br>(1. Presente 2. Assente) <input type="checkbox"/>        | <b>18. Allucinazioni</b><br>(1. Presente 2. Assente) <input type="checkbox"/> |

### Adattamento sociale (9. Non valutato)

| Codificare solo se il paziente ha una occupazione  | Codificare solo se il paziente   single   | Codificare solo se il paziente   sposato o separato  | Codificare sempre   |
|--|---|--|---|
| <b>19. Studente</b><br>1. Ha interrotto gli studi <input type="checkbox"/><br>2. Attende agli studi <input type="checkbox"/><br>3. Non   uno studente <input type="checkbox"/> | <b>21. Situazione</b><br>1. Vive da solo <input type="checkbox"/><br>2. Vive nella famiglia di origine <input type="checkbox"/><br>3. Vive in comunit  <input type="checkbox"/> | <b>25. Situazione</b><br>1. E' sepato o divorziato <input type="checkbox"/><br>2. Vive col coniuge <input type="checkbox"/>  | <b>30. Sessualit </b><br>1. Non problematica <input type="checkbox"/><br>2. Problematica <input type="checkbox"/><br>3. No ha partners <input type="checkbox"/> |
| <b>20. Lavoratore</b><br>1. Ha perso il lavoro <input type="checkbox"/><br>2. Lavora <input type="checkbox"/><br>3. Non   un lavoratore <input type="checkbox"/>               | <b>22. Rapporti coi familiari</b><br>1. Non problematici <input type="checkbox"/><br>2. Problematici <input type="checkbox"/><br>3. Non applicabile <input type="checkbox"/>    | <b>26. Relazioni coniugali</b><br>1. Non problematici <input type="checkbox"/><br>2. Problematici <input type="checkbox"/><br>3. Non applicabile <input type="checkbox"/>    | <b>31. Socializzazione e tempo libero</b><br>1. Non problematico <input type="checkbox"/><br>2. Problematico <input type="checkbox"/>                           |
|  | <b>23. Socializzazione e tempo libero</b><br>1. Non problematico <input type="checkbox"/><br>2. Problematico <input type="checkbox"/>   | <b>27. Ruolo genitoriale</b><br>1. Non problematici <input type="checkbox"/><br>2. Problematici <input type="checkbox"/><br>3. Non applicabile <input type="checkbox"/>      | <b>32. Ha subito arresti</b><br>1. Si <input type="checkbox"/><br>2. No <input type="checkbox"/>  |
|  | <b>24. Sessualit </b><br>1. Non problematica <input type="checkbox"/><br>2. Problematica <input type="checkbox"/><br>3. No ha partners <input type="checkbox"/>                 | <b>28. Rapporti coi familiari</b><br>1. Non problematici <input type="checkbox"/><br>2. Problematici <input type="checkbox"/><br>3. Non applicabile <input type="checkbox"/> | <b>33. Ha riportato condanne</b><br>1. Si <input type="checkbox"/><br>2. No <input type="checkbox"/>  |
|  |   | <b>29. Sessualit </b><br>1. Non problematica <input type="checkbox"/><br>2. Problematica <input type="checkbox"/><br>3. No ha partners <input type="checkbox"/>              | <b>34. Ha procedimenti in corso</b><br>1. Si <input type="checkbox"/><br>2. No <input type="checkbox"/>   |

Concomitante Abuso di sostanze (1. Sì, 2. No, 9. Non valutato)

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| 35. Alcol <input type="checkbox"/>             | 36. Oppiacei <input type="checkbox"/>                      | 37. Antidolorifici <input type="checkbox"/> | 38. Eroina <input type="checkbox"/>     |
| 39. Metadone illegale <input type="checkbox"/> | 40. Depressori SNC <input type="checkbox"/>                | 41. Anestetici <input type="checkbox"/>     | 42. Sedativi <input type="checkbox"/>   |
| 43. Benzodiazepine <input type="checkbox"/>    | 44. Ipnotici <input type="checkbox"/>                      | 45. Stimolanti SNC <input type="checkbox"/> | 46. Amfetamine <input type="checkbox"/> |
| 47. Cocaina <input type="checkbox"/>           | 48. Dopaminoagonisti <input type="checkbox"/>              | 49. Allucinogeni <input type="checkbox"/>   | 50. LSD <input type="checkbox"/>        |
| 51. MDMA <input type="checkbox"/>              | 52. PCP <input type="checkbox"/>                           | 53. Cannabinoidi <input type="checkbox"/>   | 54. Inalanti <input type="checkbox"/>   |
| 55. Poliabuso <input type="checkbox"/>         | 56. Poliabuso e metadone illegale <input type="checkbox"/> |   |   |

Modalità di abuso (9. Non valutato)

|  |                          |  |                          |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| <b>57. Assunzione eroina</b><br>1. Saltuaria                      4. Giornaliera<br>2. Settimanale                  5. Multigiornaliera<br>3. Plurisettimanale | <input type="checkbox"/> | <b>58. Modalità di uso</b><br>1. Stabili                      4. Da solitari<br>2. Junkies<br>3. Two wolders | <input type="checkbox"/> |
| <b>59. Pattern d'uso (periodica astensione)</b><br>1. Sì                      2. No  | <input type="checkbox"/> | <b>60. Fase clinica</b><br>1. Luna di miele<br>2. Dosi crescenti<br>3. Porta girevole                        | <input type="checkbox"/> |
| <b>61. Tipologia</b><br>1. Reattivi (Stressors psicosociali prima dell'inizio)<br>2. Autoterapici (Malattia psichiatrica prima dell'inizio)<br>3. Metabolici   | <input type="checkbox"/> | <b>62. Soggetto già trattato</b><br>1. Sì<br>2. No   | <input type="checkbox"/> |

Anamnesi dei trattamenti (1. Sì, 2. No, 9. Non valutato)

|  |                                       |                                      |
|--|---------------------------------------|--------------------------------------|
| Therapeutic Community                    | 63. Lifetime <input type="checkbox"/> | 69. Present <input type="checkbox"/> |
| Psychopharmacology                       | 64. Lifetime <input type="checkbox"/> | 70. Present <input type="checkbox"/> |
| Psychotherapy                            | 65. Lifetime <input type="checkbox"/> | 71. Present <input type="checkbox"/> |
| Methadone Short-Term Detoxification      | 66. Lifetime <input type="checkbox"/> | 72. Present <input type="checkbox"/> |
| Buprenorphine Short-Term Detoxification  | 84. Lifetime <input type="checkbox"/> | 85. Present <input type="checkbox"/> |
| Morphin-Retard Short-Term Detoxification | 88. Lifetime <input type="checkbox"/> | 89. Present <input type="checkbox"/> |
| UROD-like                                | 83. Lifetime <input type="checkbox"/> | 81. Present <input type="checkbox"/> |
| Methadone Maintenance                    | 67. Lifetime <input type="checkbox"/> | 73. Present <input type="checkbox"/> |
| Buprenorphine Maintenance                | 86. Lifetime <input type="checkbox"/> | 87. Present <input type="checkbox"/> |
| Morphin-Retard Maintenance               | 90. Lifetime <input type="checkbox"/> | 91. Present <input type="checkbox"/> |
| Naltrexone Maintenance                   | 68. Lifetime <input type="checkbox"/> | 74. Present <input type="checkbox"/> |
| Suboxone Maintenance                     | 92. Lifetime <input type="checkbox"/> | 93. Present <input type="checkbox"/> |

Anamnesi della dipendenza (9. Non valutata)

|   |   |
|---|---|
| 75. Dosaggio farmaci (mg/giorno) <input type="text"/>     | 79. Durata della dipendenza (mesi) <input type="text"/>   |
| 77. Età del primo contatto (anni) <input type="text"/>    | 80. Età del primo trattamento (anni) <input type="text"/> |
| 78. Età dell'uso continuativo (anni) <input type="text"/> |   |

**SCL-90**

|  |      |  |      |
|--|------|--|------|
| COGNOME  | NOME |  |      |
| Numero del paziente (Riportare il numero della confezione di farmaco utilizzato) |      |  | DATA |
| NOME DELL'ESAMINATORE  |      |  |      |

**ISTRUZIONI**

**Nella lista che segue sono elencati problemi e disturbi che spesso affliggono le persone. La legga attentamente e cerchi di ricordare se ne ha sofferto nella scorsa settimana, oggi compreso, e con quale intensità. Risponda a tutte le domande facendo una crocetta nella casella corrispondente all'intensità di ciascun disturbo. Se sbaglia o cambia idea, corregga in maniera chiara e comprensibile**

**IN CHE MISURA SOFFRE O HA SOFFERTO DI**

0                      1                      2                      3                      4  
 PER NIENTE    UN POCO    MODERATAMENTE    MOLTO    MOLTISSIMO

1. Mal di testa
2. Nervosimo o agitazione interna
3. Incapacità a scacciare pensieri, parole o idee indesiderate
4. Sensazione di svenimento o di vertigini
5. Perdita dell' interesse o del piacere sessuale
6. Tendenza a criticare gli altri
7. Convinzione che gli altri possano controllare i suoi pensieri
8. Convinzione che gli altri siano responsabili dei suoi disturbi
9. Difficoltà a ricordare le cose
10. Preoccupazioni per la sua negligenza o trascuratezza
11. Sentirsi facilmente infastidito o irritato
12. Dolori al cuore o al petto
13. Paura degli spazi aperti o delle strade
14. Sentirsi debole o fiacco
15. Idee di togliersi la vita
16. Udire voci che le altre persone non odono

|   | 0<br>PER NIENTE | 1<br>UN POCO | 2<br>MODERATAMENTE | 3<br>MOLTO | 4<br>MOLTISSIMO |
|---|-----------------|--------------|--------------------|------------|-----------------|
| 1. Mal di testa   |                 |              |                    |            |                 |
| 2. Nervosimo o agitazione interna                                 |                 |              |                    |            |                 |
| 3. Incapacità a scacciare pensieri, parole o idee indesiderate    |                 |              |                    |            |                 |
| 4. Sensazione di svenimento o di vertigini                        |                 |              |                    |            |                 |
| 5. Perdita dell' interesse o del piacere sessuale                 |                 |              |                    |            |                 |
| 6. Tendenza a criticare gli altri                                 |                 |              |                    |            |                 |
| 7. Convinzione che gli altri possano controllare i suoi pensieri  |                 |              |                    |            |                 |
| 8. Convinzione che gli altri siano responsabili dei suoi disturbi |                 |              |                    |            |                 |
| 9. Difficoltà a ricordare le cose                                 |                 |              |                    |            |                 |
| 10. Preoccupazioni per la sua negligenza o trascuratezza          |                 |              |                    |            |                 |
| 11. Sentirsi facilmente infastidito o irritato                    |                 |              |                    |            |                 |
| 12. Dolori al cuore o al petto                                    |                 |              |                    |            |                 |
| 13. Paura degli spazi aperti o delle strade                       |                 |              |                    |            |                 |
| 14. Sentirsi debole o fiacco                                      |                 |              |                    |            |                 |
| 15. Idee di togliersi la vita                                     |                 |              |                    |            |                 |
| 16. Udire voci che le altre persone non odono                     |                 |              |                    |            |                 |

\* Traduzione e adattamento italiano cura di G.B. Cassano, L. Conti, Istituto di Clinica Psichiatrica dell'Università di Pisa; J. Levine, NIMH, USA

|  |            |         |               |       |            |
|--|------------|---------|---------------|-------|------------|
| 17. Tremori  | PER NIENTE | UN POCO | MODERATAMENTE | MOLTO | MOLTISSIMO |
| 18. Mancanza di fiducia negli altri                                      | PER NIENTE | UN POCO | MODERATAMENTE | MOLTO | MOLTISSIMO |
| 19. Scarso appetito  | PER NIENTE | UN POCO | MODERATAMENTE | MOLTO | MOLTISSIMO |
| 20. Facili crisi di pianto   | PER NIENTE | UN POCO | MODERATAMENTE | MOLTO | MOLTISSIMO |
| 21. Sentirsi intimidito nei confronti dell'altro sesso                   | PER NIENTE | UN POCO | MODERATAMENTE | MOLTO | MOLTISSIMO |
| 22. Sensazione di essere preso in trappola                               | PER NIENTE | UN POCO | MODERATAMENTE | MOLTO | MOLTISSIMO |
| 23. Paure improvvise senza ragione                                       | PER NIENTE | UN POCO | MODERATAMENTE | MOLTO | MOLTISSIMO |
| 24. Scatti d'ira incontrollati   | PER NIENTE | UN POCO | MODERATAMENTE | MOLTO | MOLTISSIMO |
| 25. Paura di uscire da solo  | PER NIENTE | UN POCO | MODERATAMENTE | MOLTO | MOLTISSIMO |
| 26. Rimproverarsi per qualsiasi cosa                                     | PER NIENTE | UN POCO | MODERATAMENTE | MOLTO | MOLTISSIMO |
| 27. Dolori alla schiena  | PER NIENTE | UN POCO | MODERATAMENTE | MOLTO | MOLTISSIMO |
| 28. Senso di incapacità a portare a termine le cose                      | PER NIENTE | UN POCO | MODERATAMENTE | MOLTO | MOLTISSIMO |
| 29. Sentirsi solo  | PER NIENTE | UN POCO | MODERATAMENTE | MOLTO | MOLTISSIMO |
| 30. Sentirsi giù di morale   | PER NIENTE | UN POCO | MODERATAMENTE | MOLTO | MOLTISSIMO |
| 31. Preoccuparsi eccessivamente per qualsiasi cosa                       | PER NIENTE | UN POCO | MODERATAMENTE | MOLTO | MOLTISSIMO |
| 32. Mancanza di interesse  | PER NIENTE | UN POCO | MODERATAMENTE | MOLTO | MOLTISSIMO |
| 33. Senso di paura   | PER NIENTE | UN POCO | MODERATAMENTE | MOLTO | MOLTISSIMO |
| 34. Sentirsi facilmente ferito o offeso                                  | PER NIENTE | UN POCO | MODERATAMENTE | MOLTO | MOLTISSIMO |
| 35. Convinzione che gli altri percepiscano i suoi pensieri               | PER NIENTE | UN POCO | MODERATAMENTE | MOLTO | MOLTISSIMO |
| 36. Sensazione di non trovare comprensione o simpatia                    | PER NIENTE | UN POCO | MODERATAMENTE | MOLTO | MOLTISSIMO |
| 37. Sensazione che gli altri non le siano amici o l'abbiano in antipatia | PER NIENTE | UN POCO | MODERATAMENTE | MOLTO | MOLTISSIMO |
| 38. Dover fare le cose molto lentamente per essere sicuro di farle bene  | PER NIENTE | UN POCO | MODERATAMENTE | MOLTO | MOLTISSIMO |
| 39. Palpitazioni o sentirsi il cuore in gola                             | PER NIENTE | UN POCO | MODERATAMENTE | MOLTO | MOLTISSIMO |
| 40. Senso di nausea o mal di stomaco                                     | PER NIENTE | UN POCO | MODERATAMENTE | MOLTO | MOLTISSIMO |
| 41. Sentimenti di inferiorità  | PER NIENTE | UN POCO | MODERATAMENTE | MOLTO | MOLTISSIMO |





|                |  |      |      |
|----------------|--|------|------|
| <b>CRAVING</b> | COGNOME  | NOME |      |
|                | Numero del paziente (Riportare il numero della confezione di farmaco utilizzato) |      | DATA |
|                | NOME DELL'ESAMINATORE (Name of the rater)  |      |      |

**1. CRAVING PER L'EROINA: segni sulla linea sottostante la stima del suo craving (voglia di farsi, palla, etc), faccia riferimento a quello più intenso negli ultimi 7 giorni**

|                    |  |                                 |       |
|--------------------|--|---------------------------------|-------|
| 0                  |  | 100                             | _ _ _ |
| craving<br>assente |  | massimo craving<br>sperimentato |       |

**2. CRAVING PER LA COCAINA: segni sulla linea sottostante la stima del suo craving (voglia di farsi, palla, etc), faccia riferimento a quello più intenso negli ultimi 7 giorni**

|                    |  |                                 |       |
|--------------------|--|---------------------------------|-------|
| 0                  |  | 100                             | _ _ _ |
| craving<br>assente |  | massimo craving<br>sperimentato |       |

**3. CRAVING PER L'ALCOOL: segni sulla linea sottostante la stima del suo craving (voglia di farsi, palla, etc), faccia riferimento a quello più intenso negli ultimi 7 giorni**

|                    |  |                                 |       |
|--------------------|--|---------------------------------|-------|
| 0                  |  | 100                             | _ _ _ |
| craving<br>assente |  | massimo craving<br>sperimentato |       |

**4. CRAVING PER BENZODIAZEPINE: segni sulla linea sottostante la stima del suo craving (voglia di farsi, palla, etc), faccia riferimento a quello più intenso negli ultimi 7 giorni**

|                    |  |                                 |       |
|--------------------|--|---------------------------------|-------|
| 0                  |  | 100                             | _ _ _ |
| craving<br>assente |  | massimo craving<br>sperimentato |       |

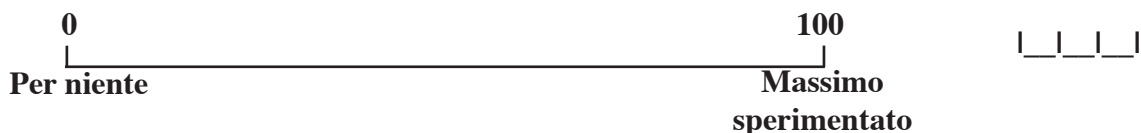
**5. CRAVING PER CANNABINOIDI E DESINER DRUGS: segni sulla linea sottostante la stima del suo craving (voglia di farsi, palla, etc), faccia riferimento a quello più intenso negli ultimi 7 giorni**

|                    |  |                                 |       |
|--------------------|--|---------------------------------|-------|
| 0                  |  | 100                             | _ _ _ |
| craving<br>assente |  | massimo craving<br>sperimentato |       |

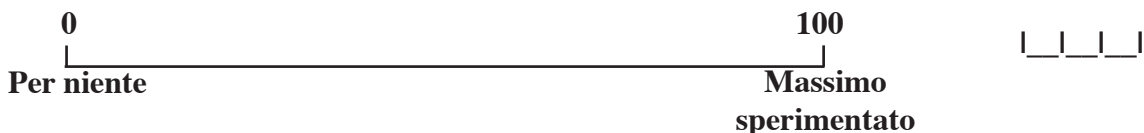
**EFFECTS-VAS**  
**Visual Analogue Scale di stato**

|                              |      |                      |
|------------------------------|------|----------------------|
| COGNOME                      | NOME | DATA di nascita      |
| LUOGO DI NASCITA (PROVINCIA) |      | DATA di compilazione |
| NOME DELL'ESAMINATORE        |      |                      |

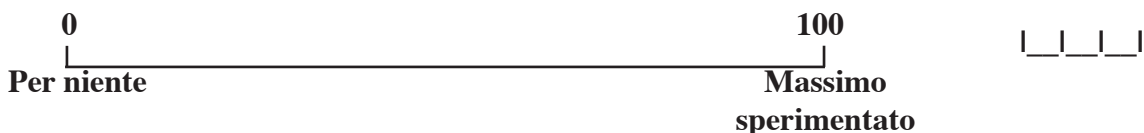
**1. IN QUESTO MOMENTO TI SENTI SOTTO L'EFFETTO ACUTO DI SOSTANZE QUALI DROGHE, ALCOL O FARMACI?**



**2. IN QUESTO MOMENTO AVVERTI L'EFFETTO PIACEVOLE DI SOSTANZE QUALI DROGHE, ALCOL O FARMACI?**



**3. IN QUESTO MOMENTO TI SENTI "SBALLATO" DALL'EFFETTO DI SOSTANZE QUALI DROGHE, ALCOL O FARMACI?**



**4. IN QUESTO MOMENTO AVVERTI UN'EFFETTO SPIACEVOLE DOVUTO A SOSTANZE QUALI DROGHE, ALCOL O FARMACI?**



**5. IN QUESTO MOMENTO HAI SINTOMI D'ASTINENZA DA DROGHE, ALCOL O FARMACI**

