

oa ضع علامة على أكثر ما يسبب لك المشكلات. إذا انطبقت عليك أكثر من عبارة، اختر فقط أكثر ما يسبب لك المشكلات في الوقت الحالي.

في الوقت الحاضر

| | | | | | |
|--------------------------|----|---|--------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> | ٦ | إكستاسي/CTX (AMDM أو غيرها وكذلك ADM، AEDM أو BC٢) | <input type="checkbox"/> | ١ | الكحول |
| <input type="checkbox"/> | ٧ | المهلوسات (PCP، كيتامين، ميسكالين، بيسيلوسيبين، TMD ، DSL) | <input type="checkbox"/> | ٢ | التبغ (السجائر، الشاج، السيجار، الغليون، السعوط) |
| <input type="checkbox"/> | ٨ | مخدرات أخرى (BHG، المستنشقات، أكسيد النيتروز، البوبرز) دُونَ المادة (المواد): | <input type="checkbox"/> | ٣ | القنب (الحشيش، الماريجوانا، البانجو) |
| <input type="checkbox"/> | ٩ | المهدئات (المواد المهدئة والمنومة والبنزوديازيبينات) | <input type="checkbox"/> | ٤ | المواد الأفيونية (الهيروين، الميتادون، البوبرينورفين، المورفين، الكوديين، الأوكسيكودون، الفنتانيل) |
| <input type="checkbox"/> | ١٠ | لعب القمار دُونَ ما تلعبه: | <input type="checkbox"/> | ٥ | المنشطات (الكوكايين، الأمفيتامين، وغيرها مثل ميثيلفينيديت والقات) |

4a مع الأسئلة التالية فكر في المخدر الذي يسبب لك معظم المشكلات.

١٢ شهر

| | | | |
|-------------------------|-----|----------------------------------|---|
| ضع علامة على نعم أو لا. | | «هل كان لديك في آخر ٢١ شهرًا...» | |
| لا | نعم | ١ | .. حاجة قوية ومنتظمة لتعاطي المخدر؟ |
| لا | نعم | ٢ | .. رغبة منتظمة في التوقف عن تعاطي المخدرات؟ |
| لا | نعم | ٣ | .. رغبة في قضاء الكثير من الوقت لتوفير المادة المخدرة أو تعاطيها أو التعافي من آثارها؟ |
| لا | نعم | ٤ | .. يقين أنك تحتاج للمزيد من المادة المخدرة للحصول على نفس التأثير؟ |
| لا | نعم | ٥ | .. مرض أو شعور بوعكة بعدمحاولة تقليل الاستهلاك أو التوقف تمامًا؟ |
| لا | نعم | ٦ | .. زيادة التعاطي أو طول مدة التعاطي أكثر مما كنت تنوي فعلًا؟ |
| لا | نعم | ٧ | .. استمرار التعاطي على الرغم من أنك كنت تعرف أن التعاطي يسبب مشاكل صحية أو عاطفية أو نفسية؟ |
| لا | نعم | ٨ | .. استمرار التعاطي على الرغم من أنك كنت تعرف أن التعاطي يسبب مشاكل مع الأسرة والأصدقاء وفي مكان العمل أو في المدرسة؟ |
| لا | نعم | ٩ | .. تقليل أو التوقف عن الأنشطة المهمة مثل الرياضة أو العمل أو التواجد مع الأصدقاء أو الأقارب بسبب التعاطي؟ |
| لا | نعم | ١٠ | .. بسبب التعاطي أنت غير قادر على الانتظام في الوفاء بالتزاماتك في المدرسة، أو في مكان العمل أو في المنزل؟ |
| لا | نعم | ١١ | .. تعاطيت أكثر من مرة في المواقف التي يزداد فيها خطر الإصابة (على سبيل المثال، تعاطيت مادة مخدرة بينما كنت مضطربًا لقيادة دراجة بخارية أو سيارة، أو استخدام سكين أو تشغيل آلة)؟ |

4b إذا كان لديك مشكلات تتعلق بلعب القمار، فأجب عن الأسئلة التالية.

١٢ شهر

| | | | |
|-------------------------|-----|----------------------|--|
| ضع علامة على نعم أو لا. | | «في آخر ٢١ شهرًا...» | |
| لا | نعم | ١ | .. كنت تتعاطى كثيرًا وبقوة بسبب أفكار في لعب القمار؟ |
| لا | نعم | ٢ | .. اضطررت دائمًا لدفع المزيد من المال للوصول إلى النشوة المرغوبة؟ |
| لا | نعم | ٣ | .. قمت بمحاولات متكررة فاشلة للسيطرة على المقامرة أو تقليلها أو إيقافها؟ |
| لا | نعم | ٤ | .. هل أصبحت مضطربًا أو سريع الانفعال عند محاولتك التقليل من لعب القمار أو إيقافه؟ |
| لا | نعم | ٥ | .. هل راهنت كثيرًا عند الشعور بالتوتر (على سبيل المثال، عند الشعور بالعجز، والشعور بالذنب، والخوف، والمزاج الاكتئابي)؟ |
| لا | نعم | ٦ | .. هل راهنت كثيرًا بعد الخسارة لمحاولة تعويض الخسارة؟ |
| لا | نعم | ٧ | .. هل كذبت للتستر على عدد مرات الرهان التي قمت بها؟ |
| لا | نعم | ٨ | .. هل تعرضت للخطر أو خسرت فعلاً علاقة مهمة أو وظيفتك أو فرصك التعليمية أو المهنية بسبب القمار؟ |
| لا | نعم | ٩ | .. هل اعتمدت على الدعم المالي للآخرين للتغلب على ضائقة مالية نتجت عن لعب القمار؟ |