

Biochemical Assessment Questionnaire

Name _____ Date _____

- (1) In Column A, put a number from 1 to 10 by each symptom experienced, with 1 being slightly felt or hardly ever felt and 10 being strongly felt or felt all the time.
 (2) Check the substances in Column B that are used to reduce the symptoms in the same section of Column A.

Column A	Column B
Symptoms	Substances that Relieve Symptoms
<p>Type 1</p> <p>___ afternoon or evening cravings</p> <p>___ negativity, depression</p> <p>___ winter blues, SAD</p> <p>___ worry, anxiety</p> <p>___ low self esteem, guilt</p> <p>___ obsessive thoughts or behaviors</p> <p>___ perfectionistic</p> <p>___ irritability, rage</p> <p>___ panic attacks; phobias: fear of heights, small spaces, snakes, etc.</p> <p>___ hyperactivity</p> <p>___ suicidal thoughts, feelings</p> <p>___ dislike hot weather</p> <p>___ fibromyalgia, TMJ, headache</p> <p>___ nervous stomach, other GI problems</p> <p>___ insomnia, disturbed sleep</p> <p>___ night owl, hard to get to sleep</p>	<p>___ alcohol</p> <p>___ marijuana</p> <p>___ Ecstasy</p> <p>___ Prozac</p> <p>___ Zoloft</p> <p>___ Lexapro</p> <p>___ Trazadone</p> <p>___ Effexor</p> <p>___ sweets and starches</p> <p>___ _____</p> <p>___ _____</p> <p>___ _____</p>
<p>Type 2</p> <p>___ apathetic depression</p> <p>___ lack of energy</p> <p>___ lack of drive or motivation</p> <p>___ easily bored</p> <p>___ lack of focus or concentration</p> <p>___ ADD</p> <p>___ thrill seeker</p>	<p>___ cocaine</p> <p>___ meth</p> <p>___ caffeine</p> <p>___ alcohol*</p> <p>___ marijuana*</p> <p>___ tobacco</p> <p>___ opiates*</p> <p style="text-align: right;">___ Wellbutrin</p> <p style="text-align: right;">___ Ritalin</p> <p style="text-align: right;">___ Adderall</p> <p style="text-align: right;">___ _____</p> <p style="text-align: right;">___ _____</p> <p style="text-align: right;">* if energizing</p>

Symptoms	Substances that Relieve Symptoms
<p>Type 3</p> <p>___ stiff, tense or painful muscles</p> <p>___ over-stressed and burned out</p> <p>___ unable to relax/ loosen up/sleep</p> <p>___ feel easily overwhelmed</p> <p>___ hard to get to sleep</p>	<p>___ alcohol</p> <p>___ marijuana</p> <p>___ Xanax</p> <p>___ Ativan</p> <p>___ Klonopin</p> <p>___ Valium</p> <p>___ tobacco</p> <p>___ _____</p> <p>___ _____</p>
<p>Type 4</p> <p>___ crave comfort, reward or numbing from drugs, alcohol, foods, or behaviors</p> <p>___ very sensitive to emotional or physical pain</p> <p>___ cry (tear up) easily</p> <p>___ history of chronic pain</p>	<p>___ Oxycontin</p> <p>___ Vicodin</p> <p>___ heroin</p> <p>___ alcohol</p> <p>___ marijuana</p> <p>___ chocolate</p> <p>___ sweets and starches</p> <p>___ exercise</p> <p>___ tobacco</p> <p>___ caffeine</p> <p>___ _____</p> <p>___ _____</p>
<p>Type 5</p> <p>___ crave sugar, starch, or alcohol</p> <p>___ irritable, shaky, headaches especially if going too long between solid meals</p>	<p>___ sweets</p> <p>___ starches</p> <p>___ alcohol</p> <p>___ caffeine</p> <p>___ _____</p> <p>___ _____</p>
<p>Sleep Pattern</p> <p>Fall Asleep: _____ AM _____ PM</p> <p>Wake Up: _____ AM _____ PM</p> <p>_____ AM _____ PM</p>	