

**Appendix-I****Informed Consent Form**

The researcher Ms. Divya Sundaram has informed me completely about her study exploring the ill-effects of alcohol on the cognitive functioning of regular users of alcohol and the providing of art therapy so as to provide rehabilitation for the same.

I have been assured that neither my personal details nor my test scores will be shared with anyone and will not be used for purposes other than research. I have been provided the freedom to withdraw my participation from the study at any time without giving any explanation or being penalized and have been assured that I need not pay any fee for receiving therapy as part of the study. I have also been provided the liberty to ask any questions or doubts about the research and get them clarified at any time.

By signing on this form, I declare that I have understood the complete details of the study, and am participating in it with complete willingness.

Initials:

Signature:

Date:

## Appendix II

### அறிவிக்கப்பட்ட ஒப்புதல் படிவம்

செல்வி.திவ்யாசுந்தரம் என்ற ஆராய்ச்சியாளர் மேற்கொள்ளும் குடிப்பழக்கத்தின் விளைவாக ஏற்படும் அறிவாற்றல் மாறுபாட்டை ஆராய்ந்து, அந்த மாறுதல்களை சமன்செய்யும் பொருட்டு அளிக்கப்படும் கலைசார்ந்த சிகிச்சை முறையை பயன்படுத்தும் இந்த ஆராய்ச்சியைப் பற்றிய விவரங்களை நான் முழுமையாக தெரிந்து கொண்டேன்.

என்னைப் பற்றிய சுயவிவரங்கள் யாருடனும் பகிர்ந்து கொள்ளப்படமாட்டாது என்ற உறுதி எனக்கு அளிக்கப்பட்டுள்ளது. என் விருப்பத்தைப் பொருத்து, காரணம் ஏதும் கூறாமல் என்னால் இந்த ஆராய்ச்சியிலிருந்து விலகிக்கொள்ள முடியும் என்றும், நான் இந்த ஆராய்ச்சியில் பங்குகொள்ள எந்தவித கட்டணமும் செலுத்த வேண்டாம் என்றும் உத்திரவாதம் அளிக்கப்பட்டுள்ளது. எனக்கு இந்த ஆராய்ச்சியைப் பற்றிய கேள்விகளோ சந்தேகங்களோ எழுந்தால் அதை தெளிவுபடுத்திக்கொள்ளும் சுதந்திரமும் எனக்கு அளிக்கப்பட்டுள்ளது.

இந்த படிவத்தில் கையெழுத்து இடுவதின் மூலம், நான் இந்த ஆராய்ச்சியைப் பற்றிய முழு விவரங்களை அறிந்து, என் சொந்த விருப்பத்துடன் இதில் கலந்து கொள்கிறேன் என தெரிவித்துக் கொள்கிறேன்.

பெயரின் முதலெழுத்துக்கள்:

கையெழுத்து:

தேதி:



## Appendix-IV

## சுயவிவர படிவம்

பெயரின் முதலெழுத்துக்கள்:

வயது:

படிப்பு:

வேலை:

வருமானம்:

மணமானவார?: ஆம் / இல்லை

மணமாகி எத்தனை ஆண்டுகள் ஆகின்றன?

குழந்தைகள்: இல்லை 1 2 3

நீங்கள் எத்தனை நாட்களாக குடிப்பழக்கத்தை

கொண்டுள்ளீர்கள்? \_\_\_\_\_

மாதங்கள் \_\_\_\_\_ வருடங்கள் \_\_\_\_\_

நீங்கள் எப்பொழுது குடிப்பீர்கள்?: தினமும் (இரவில்) / தினமும்  
(பகலில் மற்றும் இரவில்) / வாரம் ஒருமுறை /  
மாதம் ஒரு முறை

இதற்கு முன் குடிப்பழக்கத்திற்காக சிகிச்சை எடுத்து  
கொண்டுள்ளீர்களா?

ஆம் / இல்லை

ஆம் எனில், சிகிச்சை முறை?

உங்களுக்கு குடிப்பழக்கத்தைத் தவிர வேறு ஏதும் பழக்கங்கள்  
இருக்கின்றனவா? ஆம் / இல்லை

ஆம் எனில், என்ன பழக்கம்?

உங்களுக்கு வேறு ஏதும் உடல் உபாதைகள் உள்ளனவா?

ஆம் / இல்லை

ஆம் எனில், என்ன உபாதை?

நீங்கள் எந்த காரணத்தால் குடிப்பழக்கத்திற்கு ஆளானீர்கள்?

குடிப்பழக்கத்தினால் உங்கள் வாழ்க்கையில் ஏற்பட்ட  
மாறுதல்கள் என்ன?

குடிக்காத பொழுது உங்களில் என்ன மாறுதல்கள் ஏற்படும்?

நீங்கள் குடிப்பழக்கத்தை விட விரும்புகிறீர்களா? ஆம் / இல்லை  
இல்லை எனில், ஏன்?

**Appendix-V**

**Assessment of Cognitive Abilities**

**Verbal Fluency**

Letter 'M':

Letter 'S':

**Categorical Fluency**

Birds:

Fruits:

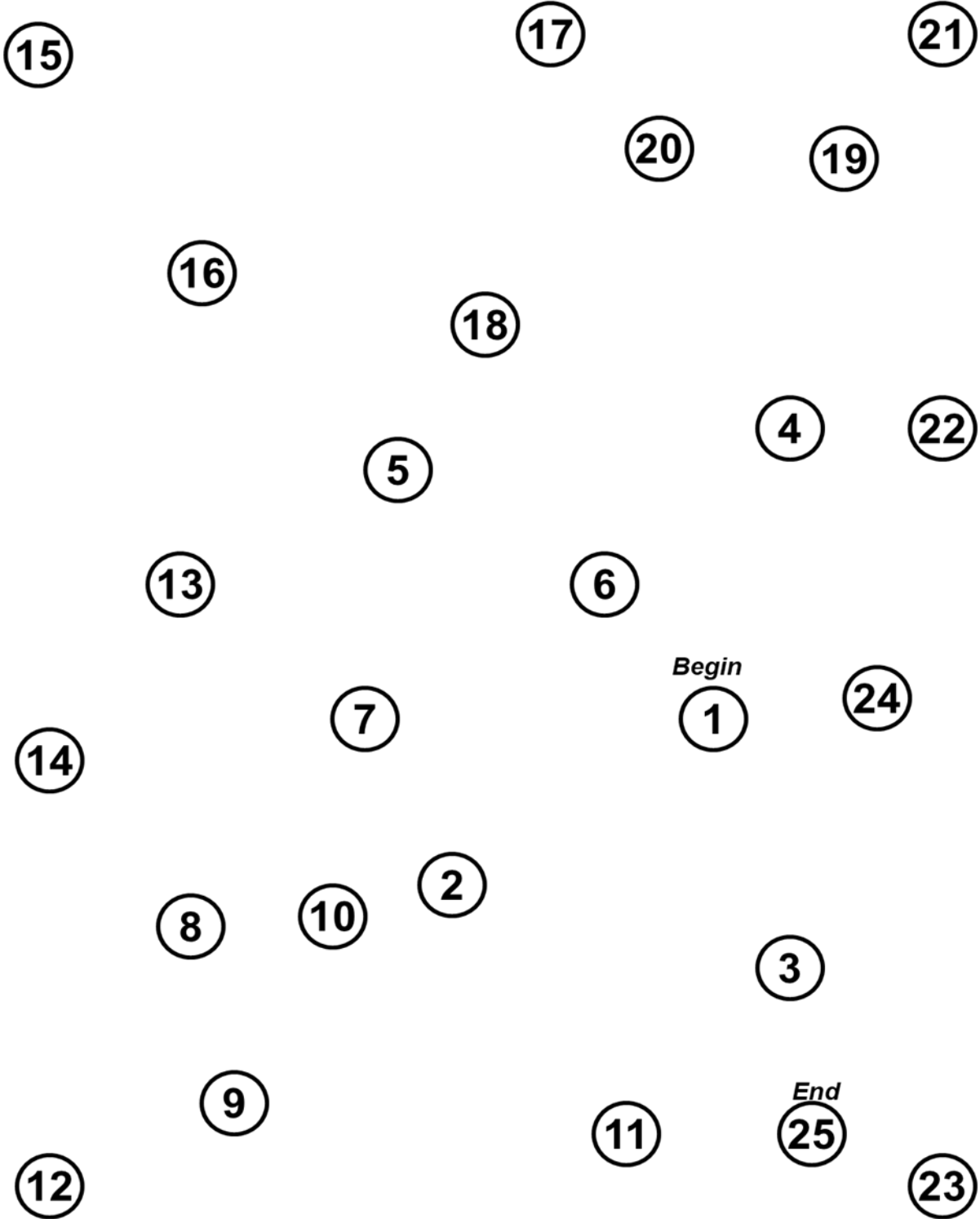
**Fine motor skills:** \_\_\_\_\_ mins \_\_\_\_\_ secs

**Reaction time:** Trial 1-

Trial 2-

Trial 3-

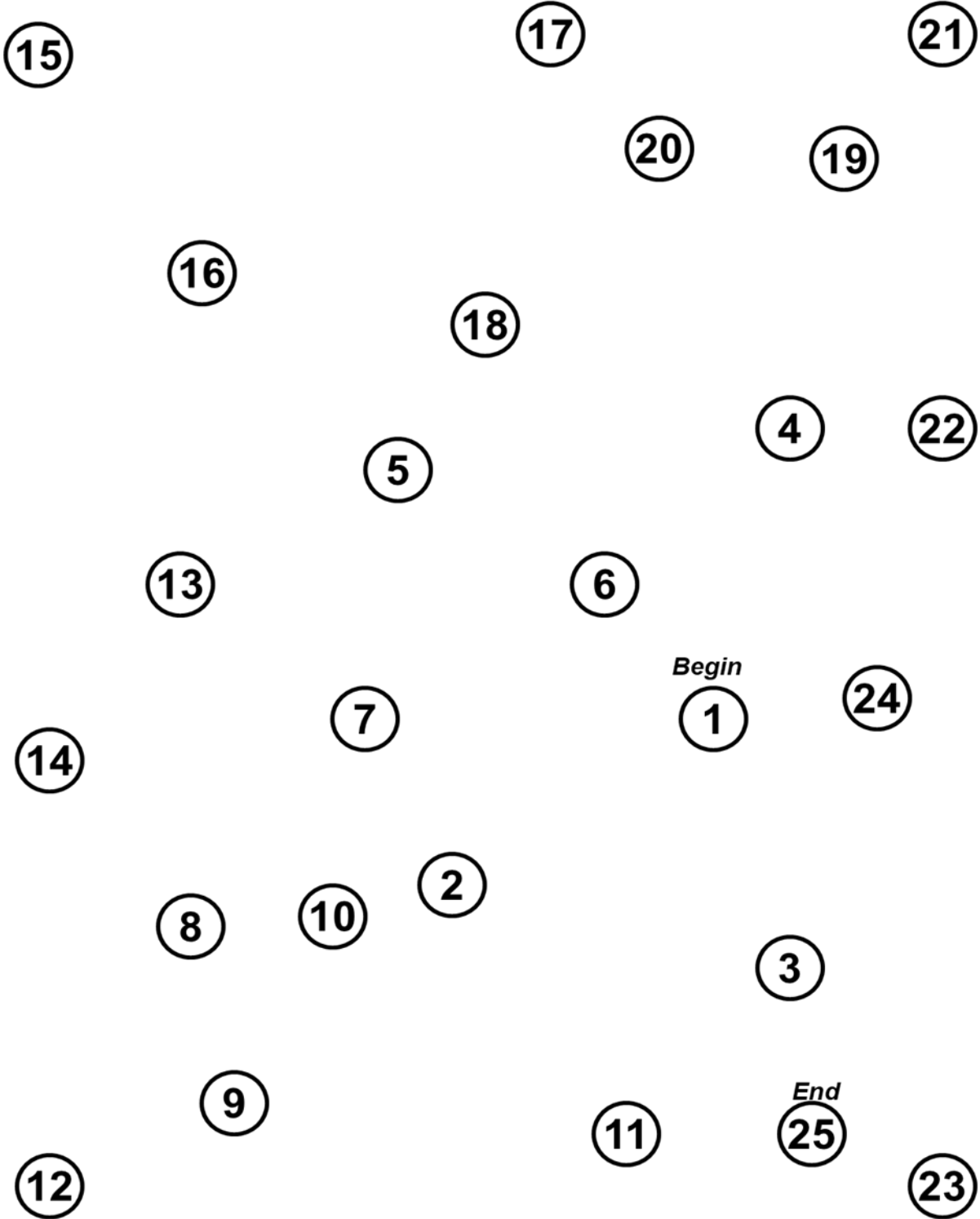
Attention







Attention





**Appendix-VII**

**Assessment of Cognitive Abilities**

**Verbal Fluency**

Letter 'K':

Letter 'R':

**Categorical Fluency**

Animals:

Vegetables:

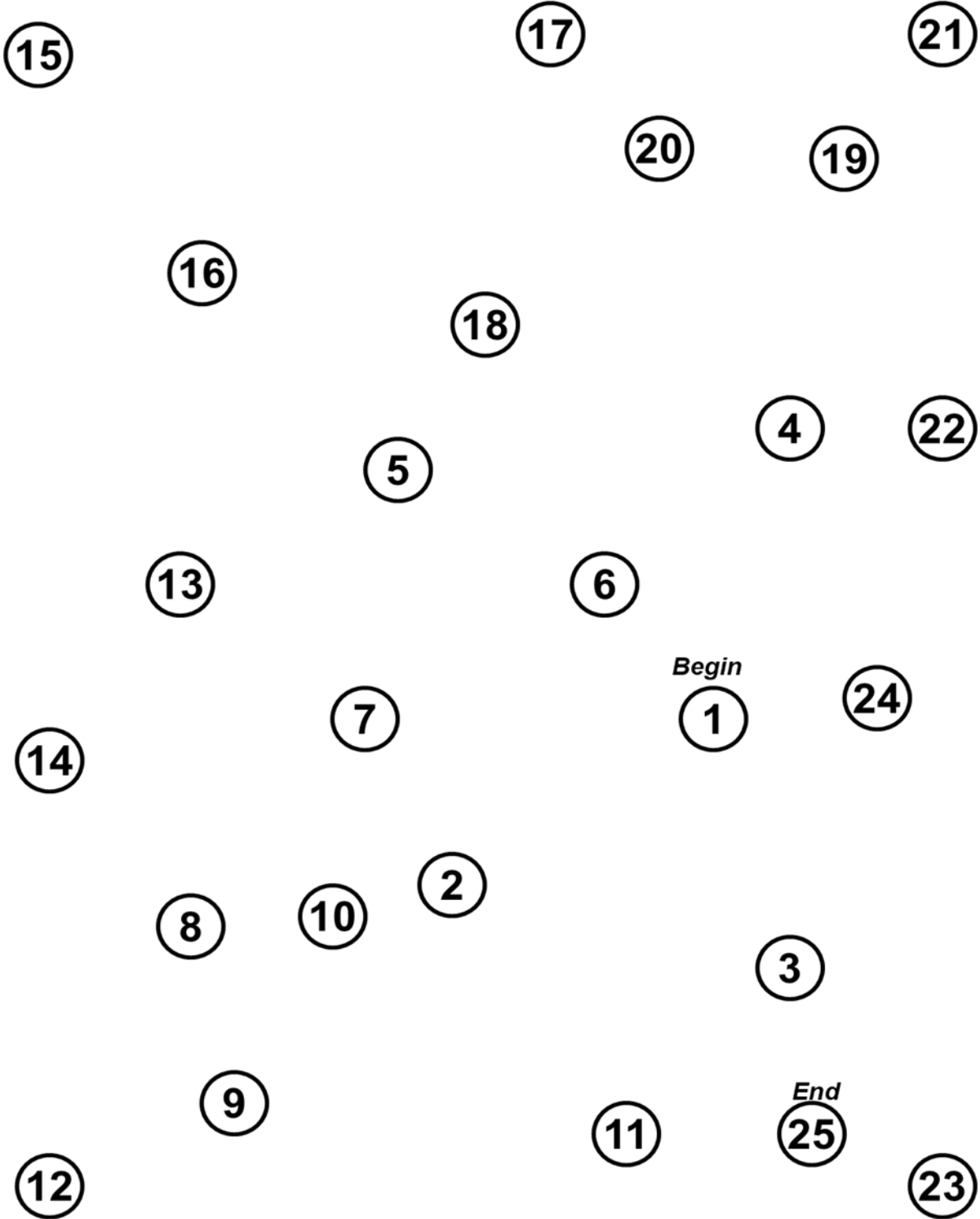
**Fine motor skills:** \_\_\_\_\_ mins \_\_\_\_\_ secs

**Reaction time:** Trial 1-

Trial 2-

Trial 3-

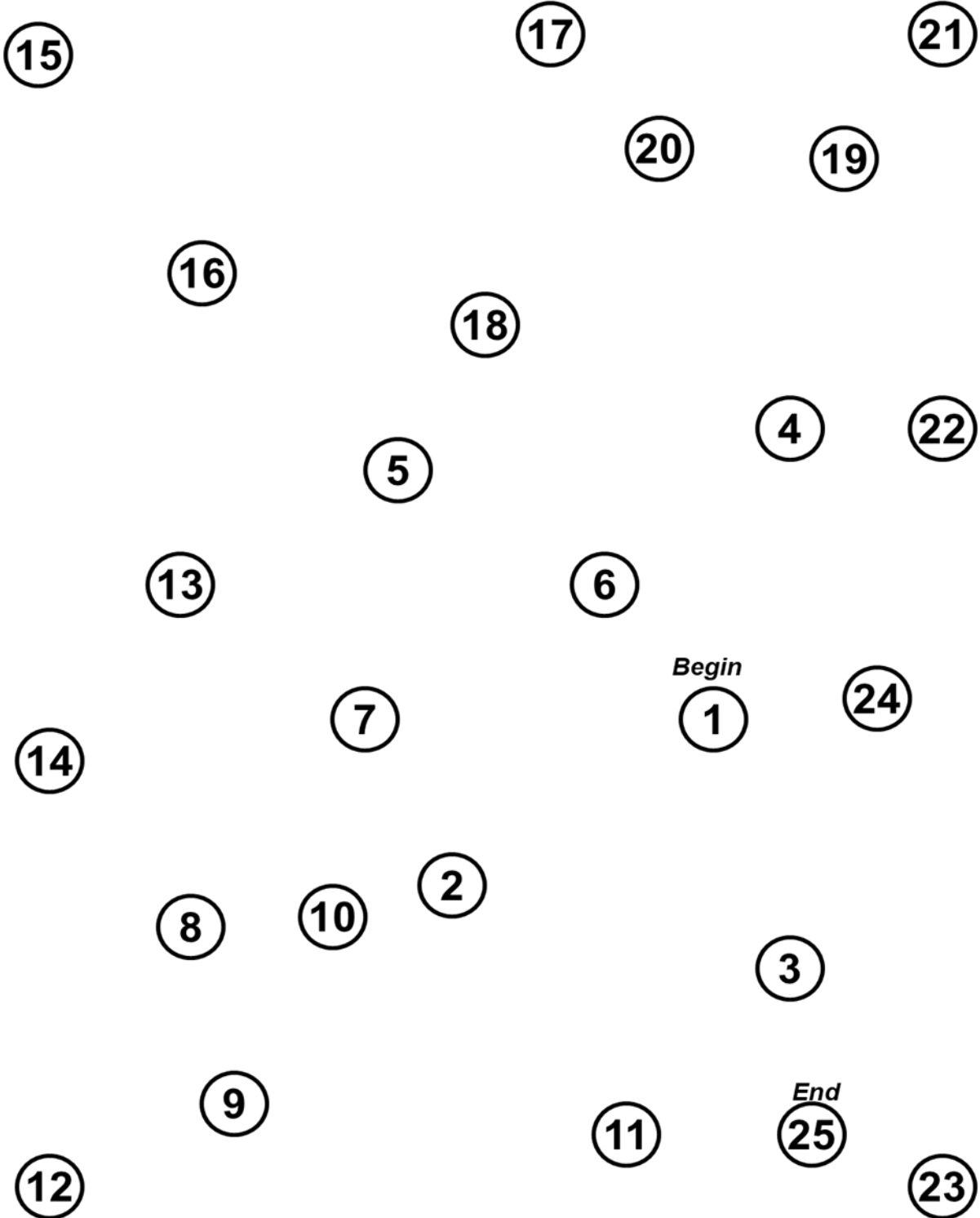
Attention







Attention





Appendix IX

Neuro-Behavioural Functional Inventory



Patient Form

Jeffrey S. Kreutzer • Ronald T. Seel • Jennifer H. Marwitz

Name: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Neurological Diagnosis: \_\_\_\_\_  
 Duration of unconsciousness at time of injury or onset of illness (if applicable): \_\_\_\_\_

**DIRECTIONS:** How often do you **CURRENTLY** have any of the following problems? Please fill in the box under the label *Never, Rarely, Sometimes, Often, or Always*. If you wish to change your answer, put an **X** through it and fill in your new choice. Use a No. 2 pencil only. See the example to the right.

Never	Rarely	Sometimes	Often	Always
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(Changed Answer)		(New Answer)	

	Never	Rarely	Sometimes	Often	Always
1. Blackout spells	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Seizures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Threaten to hurt yourself	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cannot be left at home alone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Miss or cannot attend work/school	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Double or blurred vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Feel hopeless	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Stomach hurts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Forget yesterday's events	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Difficulty pronouncing words	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Curse at others	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Difficulty lifting heavy objects	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Feel worthless	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Nauseous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Forget if you have done things	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Write slowly	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Hit or push others	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Move slowly	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sad, blue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Headaches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Forget or miss appointments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Trouble understanding conversation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Argue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Lose balance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Lonely	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Dizzy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Forget people's names	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Make spelling mistakes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Inappropriate comments or behavior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Weak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. No confidence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Stomach bloated	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Forget what you read	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Difficulty thinking of the right word	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Never	Rarely	Sometimes	Often	Always
35. Break or throw things	1	2	3	4	5
36. Drop things	1	2	3	4	5
37. Frustrated	1	2	3	4	5
38. Nightmares	1	2	3	4	5
39. Lose track of time, day, or date	1	2	3	4	5
40. Difficulty making conversation	1	2	3	4	5
41. Scream or yell	1	2	3	4	5
42. Muscles tingle or twitch	1	2	3	4	5
43. Sit with nothing to do	1	2	3	4	5
44. Ringing in ears	1	2	3	4	5
45. Forget to do chores or work	1	2	3	4	5
46. Speech doesn't make sense	1	2	3	4	5
47. Rude to others	1	2	3	4	5
48. Difficulty performing chores	1	2	3	4	5
49. Scared or frightened	1	2	3	4	5
50. Poor appetite	1	2	3	4	5
51. Misplace things	1	2	3	4	5
52. My writing is hard to read	1	2	3	4	5
53. Threaten to hurt others	1	2	3	4	5
54. Trip over things	1	2	3	4	5
55. Concentration is poor	1	2	3	4	5
56. Lose train of thought	1	2	3	4	5
57. Forget phone numbers	1	2	3	4	5
58. Lose way, get lost	1	2	3	4	5
59. Bored	1	2	3	4	5
60. Confused	1	2	3	4	5
61. Read slowly	1	2	3	4	5
62. Easily distracted	1	2	3	4	5
63. Talk too fast or slow	1	2	3	4	5
64. Forget to turn off appliances	1	2	3	4	5
65. Difficulty enjoying activities	1	2	3	4	5
66. Trouble following instructions	1	2	3	4	5
67. Uncomfortable around others	1	2	3	4	5
68. Curse at yourself	1	2	3	4	5
69. Forget to take medication (if none prescribed, respond 'never')	1	2	3	4	5
70. Can't get mind off certain thoughts	1	2	3	4	5
71. Disorganized	1	2	3	4	5
72. Restless	1	2	3	4	5
73. Late for appointments	1	2	3	4	5
74. Trouble falling asleep	1	2	3	4	5
75. Trouble hearing	1	2	3	4	5
76. Food doesn't taste right	1	2	3	4	5

## Appendix X

## Neuro-Behavioural Functional Inventory

எண்	நிலைகள்	ஒரு போதும் இல்லை	அரிதாக	சில நேரங்களில்	அடிக்கடி	எப்பொழுதும்
1	இருண்ட மயக்கங்கள்					
2	வலிப்பு					
3	தன்னையே காயப்படுத்திக்கொள்ளுமாறு மிரட்டுதல்					
4	வீட்டில் தனியாக விட முடியாத நிலை					
5	வேலைக்கு/பள்ளிக்கு செல்ல முடியாத நிலை					
6	இரட்டை/மங்கலான பார்வை					
7	நம்பிக்கையற்று உணர்தல்					
8	வயிற்று வலி/தொந்தரவுகள்					
9	நேற்றைய நிகழ்வுகளை மறத்தில்					
10	வார்த்தைகள் உச்சரிப்பதில் கடினம்					
11	மற்றோரை சபித்தல்					
12	கனமான பொருட்களை தூக்குவதில் சிரமம்					
13	மதிப்பற்று உணர்தல்					
14	குமட்டல் தன்மை					
15	வேலைகளை செய்தோமா என சந்தேகித்தல்					
16	மெதுவாக எழுதுதல்					
17	மற்றோரை அடித்தால் அல்லது தள்ளிவிடுதல்					
18	மெதுவாக நகர்தல்					
19	சோகம், மனச்சோர்வு					
20	தலைவலி					

எண்	நிலைகள்	ஒரு போதும் இல்லை	அரிதாக	சில நேரங்களில்	அடிக்கடி	எப்பொழுதும்
21	சந்திப்புகளை தவிர்த்தல்/மறத்தல்					
22	உரையாடல்களை புரிந்துகொள்வதில் சிரமம்					
23	வாதிடுதல்					
24	உடலின் சமநிலையை இழத்தல்					
25	தனிமையை உணர்தல்					
26	தலை சுற்றுதல்					
27	பிறரின் பெயரை மறத்தல்					
28	எழுத்துப் பிழைகள் செய்தல்					
29	ஏற்கத்தகாத செய்கைகள்/சொற்கள் பயன்படுத்துதல்					
30	தளர்ந்த நிலை					
31	தன்னம்பிக்கையின்மை					
32	வயிறு வீக்கம்					
33	வாசித்ததை மறத்தல்					
34	சரியான சொற்களை யோசிப்பதில் சிரமம்					
35	பொருட்களை தூக்கி எரிதல்/உடைத்தல்					
36	பொருட்களை கீழே தவறவிடுதல்					
37	எரிச்சல் அடைதல்					
38	பயமுறுத்தும் கனவுகள்					
39	நேரம், தேதி, நாள் இவைகளை உணராதிருத்தல்					
40	உரையாடல்கள் மேற்கொள்வதில் சிரமம்					
41	அலறுதல்/கத்துதல்					
42	தசைகளில் கூச்சம்/இழுப்பது போன்ற உணர்வு					

எண்	நிலைகள்	ஒரு போதும் இல்லை	அரிதாக	சில நேரங்களில்	அடிக்கடி	எப்பொழுதும்
43	செய்வதற்கு ஏதுமின்றி இருத்தல்					
44	காதுகளில் தொடர்ந்து ஒலி கேட்டல்					
45	வேலைகளை செய்ய மறத்தல்					
46	அர்த்தமில்லாது பேசுதல்					
47	பிறரிடம் முரட்டுத்தனமாக நடந்துகொள்ளுதல்					
48	வேலைகளை செய்வதில் சிரமம்					
49	பயப்படுதல்					
50	பசியின்மை					
51	பொருட்களை தவறாக வேறு இடத்தில் வைத்தல்					
52	தெளிவற்ற/புரியாத கையெழுத்து					
53	பிறரை தாக்குமாறு அச்சுறுத்துதல்					
54	தடுக்கி விழுதல்					
55	கவனத்தை ஒருமுகப்படுத்துவதில் சிரமம்					
56	சிதறிய எண்ணதொடர் ஏற்படுதல்					
57	தொலைபேசி எண்களை மறத்தல்					
58	வழியறியாது தொலைந்து போதல்					
59	ஆர்வமின்மை					
60	குழப்பம்					
61	மெதுவாக படித்தல்					
62	கவனத்தை எளிதாக இழத்தல்					
63	மிகவும் மெதுவாக/வேகமாக பேசுதல்					

எண்	நிலைகள்	ஒரு போதும் இல்லை	அரிதாக	சில நேரங்களில்	அடிக்கடி	எப்பொழுதும்
64	உபகரணங்களை அணைக்க மறத்தல்					
65	செய்வதை அனுபவிப்பதில் சிரமம்					
66	அறிவுறுத்தல்களை செயல்படுத்துதலில் சிரமம்					
67	பிறர் முன்னிலையில் சங்கடமாக உணர்தல்					
68	தன்னையே சபித்துக்கொள்ளுதல்					
69	மருந்துகளை உட்கொள்ள மறத்தல்					
70	சில சிந்தனைகளை தவிர்க்க முடியாத நிலை					
71	ஒழுங்கற்ற தன்மை					
72	அமைதியற்ற நிலை					
73	சந்திப்புகளுக்கு தாமதமாக செல்லுதல்					
74	தூக்கமின்மை					
75	காது கேட்பதில் சிரமம்					
76	சாப்பாட்டின் ருசி அறியாதிருத்தல்					