

## Questionario di verifica settimanale

Il questionario è stato ideato per monitorare lo stato dei fattori di mantenimento dei disturbi dell'alimentazione affrontati nel corso della CBT-E. Il questionario va compilato una volta la settimana nel giorno ufficiale di controllo del peso. Le domande si riferiscono agli ultimi 7 giorni.

Quante volte nell'ULTIMA SETTIMANA (7 giorni)	N. episodi
Ho avuto abbuffate oggettive (sensazione di perdita di controllo sull'alimentazione associata all'assunzione di una grande quantità di cibo)?	
Ho avuto abbuffate soggettive (sensazione di perdita di controllo sull'alimentazione non associata all'assunzione di una grande quantità di cibo)?	
Mi sono provocato il vomito per controllare il peso e/o la forma del corpo?	
Ho assunto lassativi per controllare il peso e/o la forma del corpo?	
Ho assunto diuretici per controllare il peso e/o la forma del corpo?	
Ho fatto esercizio fisico in modo eccessivo per controllare il peso e/o la forma del corpo?	
Ho saltato il pasto per controllare il peso e/o la forma del corpo?	
Ho ridotto le porzioni per controllare il peso e/o la forma del corpo?	
Ho eliminato degli alimenti per controllare il peso e/o la forma del corpo?	
Mi sono pesato?	

**LEGENDA:** **0** = mai; **1** = raramente; **2** = qualche volta; **3** = spesso; **4** = sempre

	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Gli eventi e le emozioni hanno influenzato la mia alimentazione?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ho avuto comportamenti di check dell'alimentazione (per es. contare le calorie, pesare ripetutamente il cibo, guardare le etichette degli alimenti)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ho avuto comportamenti di check della forma del corpo (per es. guardarsi allo specchio spesso, misurare parti del corpo, guardare il corpo degli altri)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ho evitato di esporre il corpo (per es. evitare di pesarsi, indossare abiti che nascondono il corpo, evitare di guardarsi)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi sono sentito/a grasso/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi sono preoccupato/a per il peso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi sono preoccupato/a per la forma del corpo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi sono preoccupato per il controllo dell'alimentazione?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il disturbo dell'alimentazione ha marginalizzato la mia vita?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>