

# QUESTIONNAIRE ON EATING AND WEIGHT PATTERNS-5

(QEWP-5)©

Susan Z. Yanovski, Marsha D. Marcus, Thomas A. Wadden, and B. Timothy Walsh

(traduzione italiana Riccardo Dalle Grave)

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ I.D. Numero \_\_\_\_\_

**Grazie per compilare questo questionario. È pregato di cerchiare o spuntare il numero o la risposta appropriati e di scrivere le informazioni quando richiesto. Può saltare qualsiasi domanda che non capisce o alla quale non vuole rispondere.**

1. Età \_\_\_ anni

2. Sesso: 1. Maschio \_\_\_\_\_ 2. Femmina \_\_\_\_\_

3. Qual è la sua etnia/razza?

a. È di origine latina americana o spagnola? (selezionare Sì o No)

Sì \_\_\_\_\_ Continuare con la domanda 3b

No \_\_\_\_\_ Continuare con la domanda 3b

b. Quali delle seguenti risposte la descrivono meglio? (può selezionare più di una risposta)

Afro americano/nero \_\_\_\_\_

Indiano Americano/Nativo americano/Nativo dell'Alaska \_\_\_\_\_

Asiatico \_\_\_\_\_

Nativo delle isole del Pacifico \_\_\_\_\_

Bianco \_\_\_\_\_

Altro (specificare): \_\_\_\_\_

4. Fino a quando ha frequentato la scuola?

1. Qualche anno delle scuole superiori o meno
2. Scuola superiore
3. Qualche anno di università
4. Laurea
5. Specializzazione post-laurea

5. Quanto è alto?

\_\_\_\_\_ metri    \_\_\_\_\_ centimetri

6. Quanto pesa (se non è sicuro, scriva la sua migliore ipotesi)?

\_\_\_\_\_ kg

7. Qual è stato il suo peso più alto in età adulta (per le donne, al di fuori della gravidanza)?

\_\_\_\_\_ kg

8. Nel corso degli ultimi **tre** mesi, ha mangiato in un breve periodo di tempo – per esempio, un periodo di due ore - quello che la maggior parte delle persone penserebbe essere una grande quantità di cibo?

1. SÌ                      2. NO    **➔**    **SE NO, PASSARE ALLA DOMANDA 21**
- ↓**

9. Le volte che ha mangiato una quantità di cibo insolitamente grande, ha mai sentito che non poteva smettere di mangiare o controllare cosa o quanto stava mangiando?

1. SÌ                      2. NO    **➔**    **SE NO, PASSARE ALLA DOMANDA 21**
- ↓**

10. Nel corso degli ultimi **tre** mesi, quanto spesso, in media, ha avuto episodi come questo - cioè, mangiare una grande quantità di cibo **più** avere la sensazione che la sua alimentazione fosse fuori dal controllo? (Ci può essere stata qualche settimana quando questo non è accaduto – faccia la media)

1. Meno di 1 episodio a settimana
2. 1 episodio a settimana
3. 2-3 episodi a settimana
4. 4-7 episodi a settimana
5. 8-13 episodi a settimana
6. 14 o più episodi a settimana

11. Durante questi episodi ha avuto **di solito** qualsiasi delle seguenti esperienze?

- |  |    |    |
|--|----|----|
| a. Mangiare molto più rapidamente del normale?                                   | Sì | No |
| b. Mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieno?                                | Sì | No |
| c. Mangiare grandi quantità di cibo quando non ci si sente fisicamente affamati? | Sì | No |
| d. Mangiare da solo perché ci si sente imbarazzati di quanto si sta mangiando?   | Sì | No |
| e. Sentirsi disgustato di se stesso, depresso o assai in colpa dopo?             | Sì | No |

12. Pensi a un episodio **tipico** quando ha mangiato in questo modo (cioè, quando ha mangiato una grande quantità di cibo e sentito che la sua alimentazione era fuori dal controllo):

a. A quale ora del giorno l'episodio è iniziato?

1. (dalle 8 alle 12)
2. (dalle 12 alle 16)
3. (dalle 16 alle 20)
4. (dalle 20 alle 24)
5. (dalle 24 alle 8)

b. Approssimativamente quanto è durato l'episodio alimentare?

\_\_\_\_ ore \_\_\_\_ minuti

- c. Cercando di fare del suo meglio per ricordare, cerchi di elencare tutto quello che ha mangiato e bevuto durante quell'episodio. Elenchi i cibi e liquidi consumati durante l'episodio. Sia specifico - scriva le marche dei cibi laddove possibile e stimi la quantità o la dimensione delle porzioni.


- d. Quando è iniziato questo episodio, quanto tempo era passato da quando aveva già finito di mangiare un pasto o uno spuntino?

\_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ minuti

13. In generale, nel corso degli ultimi **tre** mesi, quanto l'hanno fatta sentire a disagio questi episodi (quando ha mangiato una grande quantità di cibo e sentito che la sua alimentazione era fuori dal controllo)?

1. Per niente
2. Leggermente
3. Moderatamente
4. Grandemente
5. Estremamente

14. Nel corso degli ultimi **tre** mesi, si è indotto il vomito per evitare di aumentare di peso dopo episodi alimentari simili a quelli che ha descritto (quando ha mangiato una grande quantità di cibo e sentito che la sua alimentazione era fuori dal controllo)?

1. Sì
2. No

**SE SÌ:** Quante volte, **in media**, si è verificato?

1. Meno di 1 episodio a settimana
2. 1 episodio a settimana
3. 2-3 episodi a settimana
4. 4-7 episodi a settimana
5. 8-13 episodi a settimana
6. 14 o più episodi a settimana

15. Nel corso degli ultimi **tre** mesi, ha mai assunto più della dose raccomandata di lassativi per evitare di aumentare di peso dopo gli episodi alimentari simili a quelli che ha descritto (quando ha mangiato una grande quantità di cibo e sentito che la sua alimentazione era fuori dal controllo)?

1. Sì            2. No

**SE SÌ:** Quante volte, **in media**, si è verificato?

1. Meno di 1 volta a settimana
2. 1 volta a settimana
3. 2-3 volte a settimana
4. 4-5 volte a settimana
5. 6-7 volte a settimana
6. 8 o più volte a settimana

16. Nel corso degli ultimi **tre** mesi, ha mai assunto più della dose raccomandata di diuretici (pillole per urinare) per evitare di aumentare di peso dopo gli episodi alimentari simili a quelli che ha descritto (quando ha mangiato una grande quantità di cibo e sentito che la sua alimentazione era fuori dal controllo)?

1. Sì            2. No

**SE SÌ:** Quante volte, **in media**, si è verificato?

1. Meno di 1 volta a settimana
2. 1 volta a settimana
3. 2-3 volte a settimana
4. 4-5 volte a settimana
5. 6-7 volte a settimana
6. 8 o più volte a settimana

17. Nel corso degli ultimi **tre** mesi, ha mai **digiunato** – per esempio, non mangiare niente per almeno 24 ore - per evitare di aumentare di peso dopo gli episodi alimentari simili a quelli che ha descritto (quando ha mangiato una grande quantità di cibo e sentito che la sua alimentazione era fuori dal controllo)?

1. Sì            2. No

**SE SÌ:** Quante volte, **in media**, si è verificato?

1. Meno di 1 giorno a settimana
2. 1 giorno a settimana
3. 2 giorni a settimana
4. 3 giorni a settimana
5. 4-5 giorni a settimana
6. Più di 5 giorni a settimana

18. Nel corso degli ultimi **tre** mesi, ha mai fatto esercizio in modo eccessivo – per esempio, fare esercizio anche se ha interferito con attività importanti o pur essendo infortunati - **specificatamente** per evitare di aumentare di peso dopo gli episodi alimentari simili a quelli che ha descritto (quando ha mangiato una grande quantità di cibo e sentito che la sua alimentazione era fuori dal controllo)?

1. Sì            2. No

**SE SÌ:** Quante volte, **in media**, si è verificato?

1. Meno di 1 volta a settimana
2. 1 volta a settimana
3. 2-3 volte a settimana
4. 4-7 volte a settimana
5. 8-13 volte a settimana
6. 14 o più volte a settimana

19. Nel corso degli ultimi **tre** mesi, ha mai assunto più della dose raccomandata di pillole dimagranti per evitare di aumentare di peso dopo gli episodi alimentari simili a quelli che ha descritto (quando ha mangiato una grande quantità di cibo e sentito che la sua alimentazione era fuori dal controllo)?

1. Sì            2. No

**SE SÌ:** Quante volte, **in media**, si è verificato?

1. Meno di 1 volta a settimana
2. 1 volta a settimana
3. 2-3 volte a settimana
4. 4-5 volte a settimana
5. 6-7 volte a settimana
6. 8 o più volte a settimana

20. Nel corso degli ultimi **tre** mesi, in media, quanto importante sono stati il peso o la forma del corpo per come si è sentito o valutato come persona - rispetto ad altri aspetti della sua vita come la prestazione lavorativa o essere un genitore o andare d'accordo con altre persone?

1. Il peso e la forma del corpo **non sono stati molto importanti**
2. Il peso e la forma del corpo hanno **giocato un ruolo** nel modo in cui si è sentito
3. Il peso e la forma del corpo **sono stati tra le cose principali** che hanno influenzato si è sentito
4. Il peso e la forma del corpo **sono stati le cose più importanti** che hanno influenzato come si è sentito

**Continui qui dopo aver completato la domanda 20 O se è saltato alla domanda 21 dalla domande 8 o 9**

**21.** Nel corso degli ultimi **tre** mesi, ha mai avuto episodi durante i quali ha sentito che non poteva smettere di mangiare o controllare cosa o quanto stava mangiando, ma in cui **non** ha consumato quello che la maggior parte delle persone penserebbe essere un'insolita grande quantità di cibo?

1. Sì



2. NO



**SE NO, PASSARE ALLA DOMANDA 26**

**22.** Nel corso degli ultimi **tre** mesi, quanto spesso ha avuto episodi come questo – sentire che l'alimentazione fosse fuori dal controllo, ma **non** consumare quello che la maggior parte delle persone potrebbe pensare essere un'insolita grande quantità di cibo? (Ci può essere stata qualche settimana quando questo non è accaduto – faccia la media)

1. Meno di 1 episodio a settimana
2. 1 episodio a settimana
3. 2-3 episodi a settimana
4. 4-7 episodi a settimana
5. 8-13 episodi a settimana
6. 14 o più episodi a settimana

**23.** Durante questi episodi ha avuto **di solito** qualsiasi delle seguenti esperienze?

- |  |    |    |
|--|----|----|
| a. Mangiare molto più rapidamente del normale?                                   | Sì | No |
| b. Mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieno?                                | Sì | No |
| c. Mangiare grandi quantità di cibo quando non ci si sente fisicamente affamati? | Sì | No |
| d. Mangiare da solo perché ci si sente imbarazzati di quanto si sta mangiando?   | Sì | No |
| e. Sentirsi disgustato di se stesso, depresso o assai in colpa dopo?             | Sì | No |

**24.** Pensi a un episodio **tipico** quando ha mangiato in questo modo (cioè, quando ha sentito che non poteva fermarsi o controllare cosa o quanto stava mangiando), ma in cui **non** ha consumato un'insolita grande quantità di cibo:

a. A quale ora del giorno l'episodio è iniziato?

1. (dalle 8 alle 12)
2. (dalle 12 alle 16)
3. (dalle 16 alle 20)
4. (dalle 20 alle 24)
5. (dalle 24 alle 8)

b. Approssimativamente quanto è durato l'episodio?

\_\_\_\_ ore \_\_\_\_ minuti

c. Cercando di fare del suo meglio per ricordare, cerchi di elencare tutto quello che ha mangiato e bevuto durante quell'episodio. Elenchi i cibi e liquidi consumati durante l'episodio. Sia specifico - scriva le marche dei cibi laddove possibile e stimi la quantità o la dimensione delle porzioni.


d. Quando è iniziato questo episodio, quanto tempo era passato da quando avete già finito di mangiare un pasto o uno spuntino?

\_\_\_\_ ore \_\_\_\_ minuti

25. In generale, durante gli ultimi **tre** mesi, quanto è stato **turbato** da questi episodi (cioè, quando sentiva che non poteva smettere di mangiare o controllare cosa o quanto stava mangiando, ma in cui **non** ha consumato un'insolita grande quantità di cibo)?

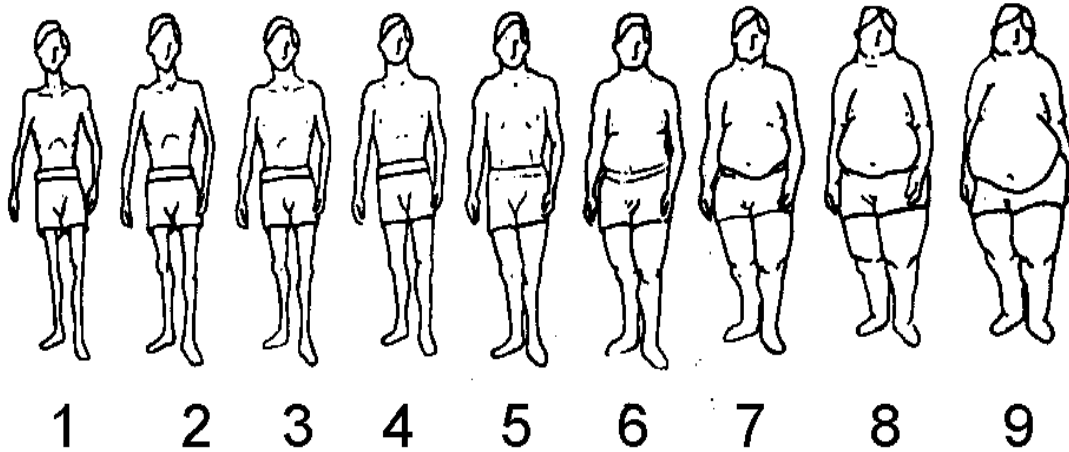
1. Per niente
2. Leggermente
3. Moderatamente
4. Grandemente
5. Estremamente



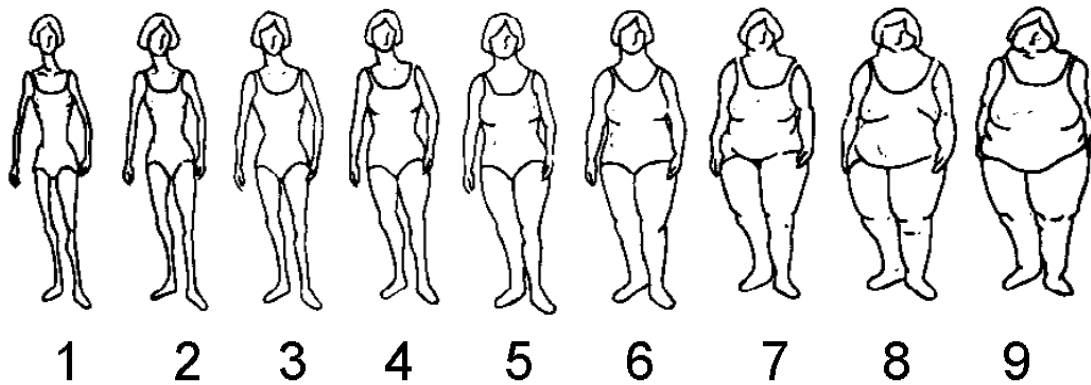
Continui qui dopo avere completato la domanda 25 O se è saltato alla domanda 26 dalla domanda 21

26. È pregato di guardare queste sagome. Metta un cerchio intorno alle sagome che assomigliano di più al corpo di suo padre e sua madre biologici al **loro peso massimo**. Se non conosce suo padre e/o madre biologica, non metta il cerchio per quel genitore.

SUO PADRE



SUA MADRE



**REGOLE DECISIONALI PER LO SCREENING DELLA POSSIBILE DIAGNOSI  
DI DISTURBO DA ALIMENTAZIONE INCONTROLLATA (BED) USANDO  
IL QUESTIONNAIRE ON EATING AND WEIGHT PATTERNS-5  
(DA USARE SOLAMENTE PER LA VALUTAZIONE)**

**DIAGNOSI POSSIBILE DI BED**

<b>NUMERO DOMANDA</b>	<b>RISPOSTA</b>
8 E 9	1 (ABBUFFATA)
10	2, 3, 4, 5, O 6 (ALMENO 1 EPISODIO A SETTIMANA PER TRE MESI)
11 a, b, c, d, e	3 O PIÙ ITEM SEGNATI "SÌ" (ALMENO 3 SINTOMI ASSOCIATI DURANTE GLI EPISODI DI ABBUFFATA)
13	4 O 5 (MARCATO DISAGIO NEI CONFRONTI DEGLI EPISODI DI ABBUFFATA)

**LA POSSIBILE DIAGNOSI DI BED RICHIEDE TUTTE LE RISPOSTE DESCRITTE SOPRA E L'ASSENZA DI COMPORTAMENTI COMPENSATORI INAPPROPRIATI COME OSSERVATO NELLA BULIMIA NERVOSA E DEFINITO DI SEGUITO.**

**DIAGNOSI POSSIBILE DI BULIMIA NERVOSA**

8 E 9	1 (ABBUFFATA)
10	2, 3, 4, 5, O 6 (ALMENO 1 EPISODIO A SETTIMANA PER TRE MESI)
14,15,16,17,18, O 19	<b>QUALSIASI</b> RISPOSTA 2, 3, 4, 5, O 6 (COMPORTAMENTI COMPENSATORI INAPPROPRIATI ALMENO 1 VOLTA A SETTIMANA PER TRE MESI)
20	3 O 4 (ECESSIVA VALUTAZIONE DEL PESO/FORMA DEL CORPO)

## DOMANDE SOLO A FINI DI RICERCA

(NON VANNO USATE PER LA DIAGNOSI DI BED O BULIMIA NERVOSA)

- 12 a, b, c, d GIUDIZIO DELL'ESAMINATORE CHE LA QUANTITÀ DI CIBO DESCRITTA È INSOLITAMENTE GRANDE DATE LE CIRCOSTANZE (PER ES. ORA DEL GIORNO; ORE DAL PASTO PRECEDENTE)  
SÌ\_\_\_ NO\_\_\_ NON SICURO\_\_\_\_\_
- 21 1 (EPISODIO BULIMICO SOGGETTIVO/PERDITA DI CONTROLLO NEI CONFRONTI DELL'ALIMENTAZIONE)
- 24 a, b, c, d GIUDIZIO DELL'ESAMINATORE CHE LA QUANTITÀ DI CIBO DESCRITTA È INSOLITAMENTE GRANDE DATE LE CIRCOSTANZE (PER ES. ORA DEL GIORNO; ORE DAL PASTO PRECEDENTE)  
SÌ\_\_\_ NO\_\_\_ NON SICURO\_\_\_\_\_
- 26 LE SAGOME POSSONO ESSERE USATE PER STIMARE LA STORIA DI OBESITÀ DEI GENITORI

Il QEWP-5 è una versione rivista del QEWP-R,<sup>1</sup> aggiornata per riflettere i criteri per il Disturbo da Alimentazione Incontrollata del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, Quinta Edizione<sup>2</sup>

Silhouettes from: Stunkard AJ, Sorensen T, Schulsinger F. Use of the Danish Adoption Register for the Study of Obesity and Thinness. In: Kety SS, Roland LP, Sidman RL, Matthysse S.W., eds. The Genetics of Neurological and Psychiatric Disorders. Raven Press: New York. 1983:119. Used by permission.

<sup>1</sup>Spitzer RL, Yanovski SZ, Marcus MD. (HaPI Record). 1994; Pittsburgh PA: Behavioral Measurement Database Services (Producer). McLean, VA: BRS Search Service (Vendor)

<sup>2</sup>American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association, Washington, DC; 2013.

The QEWP-5 may be cited as: Yanovski SZ, Marcus MD, Wadden TA, Walsh BT. The Questionnaire on Eating and Weight Patterns-5 (QEWP-5). Permission to adapt the QEWP-5 may be obtained from Marsha D. Marcus, Western Psychiatric Institute and Clinic, 3811 O'Hara Street, Pittsburgh, PA 15213. Email: [marcusmd@upmc.edu](mailto:marcusmd@upmc.edu)

Copyright © 2014 by Marsha D. Marcus, Thomas A. Wadden, B. Timothy Walsh