

STARVATION SYMPTOM INVENTORY SSI	COGNOME: NOME: DATA:
---	---

Istruzioni. Le seguenti domande riguardano le ultime quattro settimane (28 giorni). È pregato di leggere ogni domanda attentamente. La preghiamo di rispondere a tutte le domande. Grazie

Quante volte negli ultimi 28 giorni	Mai	1-5 giorni	6-12 giorni	13-15 giorni	16-22 giorni	23-27 giorni	Ogni giorno
1. Si è preoccupato/a per il cibo?							
2. Ha collezionato ricette, libri di cucina, menù?							
3. Ha incrementato il consumo di caffè, tè o spezie?							
4. È stato/a depresso/a?							
5. È stato/a ansioso/a?							
6. È stato/a irritabile?							
7. È stato/a di umore variabile (eccitato/a e depresso/a)?							
8. Si è isolato/a dagli altri?							
9. È diminuita la sua capacità di concentrazione?							
10. È stato/a apatico/a?							
11. Ha avuto un sonno disturbato?							
12. Si è sentito/a debole?							
13. Ha avuto una diminuzione dell'interesse sessuale?							
14. Ha avuto freddo?							
15. Ha avuto un precoce senso di sazietà?							