



## QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Data di compilazione: \_\_/\_\_/\_\_

Cognome e nome: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Sesso: M  F 

Esordio del sovrappeso o disturbo: \_\_\_\_\_

Titolo di studio: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_/\_\_/\_\_

Altezza: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Professione: \_\_\_\_\_

**Risponda alle seguenti domande barrando la risposta scelta.**

		SI	NO
1	Segue una dieta rigorosa?		
2	Percepisce come fallimento anche un'unica trasgressione alla dieta?		
3	Mangia mai così tanto da doversi fermare perché si sente male?		
4	Mangia con moderazione quando è con altri rifacendosi poi quando è da solo?		
5	Riesce sempre a smettere di mangiare quando lo decide?		
6	Hai mai sperimentato un bisogno incontrollabile di mangiare?		
7	Quando si sente ansioso tende a mangiare molto?		
8	Si preoccupa di non riuscire a controllare il cibo che ingerisce?		
9	Si rivolge al cibo per cercare gratificazioni?		
10	Il sentirsi affamato condiziona la quantità di cibo che ingerisce?		
11	Si abbuffa con grandi quantità di cibo?		
12	Le abbuffate la fanno sentire in colpa?		
13	Mangia di nascosto?		

Ciascuna delle seguenti affermazioni descrive un pensiero che potreste avere se decidete di perdere peso. Per ogni affermazione potete scegliere la vostra risposta in base a 5 possibili opzioni per rispondere alla domanda " **CHE GRADO DI IMPORTANZA HA PER VOI PERDERE PESO?**":

- 1- Assolutamente irrilevante
- 2- Poco importante
- 3- Abbastanza importante
- 4- Molto importante
- 5- Estremamente importante

		1	2	3	4	5
1	Perdere peso mi richiederebbe degli sforzi eccessivi					
2	Se perdessi peso mi sentirei più ottimista					
3	Se perdessi peso mi sentirei più seducente					
4	Se perdessi peso la mia autostima aumenterebbe					
5	La mia dieta potrebbe ostacolare la pianificazione dei pasti per la famiglia					
6	Se perdessi peso, la mia famiglia ne sarebbe orgogliosa					
7	Se cercassi di perdere peso non potrei mangiare i miei cibi preferiti					
8	Se perdessi peso mi sentirei meno a disagio					



Queste domande riguardano lo stato di salute generale e i disturbi accusati **NEL CORSO DELLE ULTIME SETTIMANE**. Si richiede di rispondere alle domande riportate, evidenziando le risposte che meglio descrivono la propria **situazione attuale e non passata**.

1	Vi sentite in forma e in buona salute		
			Come al solito
			Peggio del solito
			Molto peggio del solito
2	Sentite il bisogno di un farmaco per tirarvi su		
			Non più del solito
			Più del solito
			Molto più del solito
3	Vi sentite giù e fuori fase		
			Non più del solito
			Più del solito
			Molto più del solito
4	Sentite di non stare bene in salute		
			Non più del solito
			Più del solito
			Molto più del solito
5	Avvertite dolori alla testa		
			Non più del solito
			Più del solito
			Molto più del solito
6	Vi capita di sentire una pressione o un senso di costrizione alla testa		
			Non più del solito
			Più del solito
			Molto più del solito
7	Vi capita di avere delle vampate di caldo o di freddo		
			Non più del solito
			Più del solito
			Molto più del solito
8	Vi capita spesso di non riuscire a dormire perché siete preoccupati		
			Non più del solito
			Più del solito
			Molto più del solito
9	Avete difficoltà a dormire al lungo e senza interruzione		
			Non più del solito
			Più del solito
			Molto più del solito



10	Vi sentite continuamente sotto pressione		
		Non più del solito	
		Più del solito	
		Molto più del solito	
11	Vi sentite irritati e di cattivo umore		
		Non più del solito	
		Più del solito	
		Molto più del solito	
12	Avvertite un senso di paura e vi lasciate prendere dal panico senza motivo apparente		
		Non più del solito	
		Più del solito	
		Molto più del solito	
13	Vi è capitato di pensare di mettere fine alla vostra esistenza		
		Non credo	
		Ci ho pensato	
		Sì	
14	Vi è capitato di non essere in grado di agire per colpa dei vostri nervi		
		Non più del solito	
		Più del solito	
		Molto più del solito	
15	Vi è capitato di desiderare di essere morto e fuggire da tutto		
		Niente affatto	
		Non più del solito	
		Più del solito	
		Molto più del solito	
16	Siete assaliti dal pensiero ricorrente di voler mettere fine alla vostra esistenza		
		Non credo	
		Ci ho pensato	
		Sì	

Dopo aver riflettuto e risposto al questionario sulla valutazione del vostro comportamento alimentare, è disposta/o ad effettuare degli incontri periodici con la Psicoterapeuta che si occupa dei disturbi alimentari per aiutarla a risolvere le sue difficoltà (barrate con una X)?

SI  NO

Se interessati potete chiedere ulteriori informazioni e il contatto in segreteria.  
Grazie per l'attenzione!