

## Eating Problem Check List

**Istruzioni.** Le seguenti domande riguardano gli ultimi 7 giorni. È pregato di rispondere a tutte le domande. Grazie

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/a 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 in modo eccessivo per controllare il peso e/o la forma del corpo?	
Quante volte mi sono pesato?	

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

	0	1	2	3	4
Sono stato 8 o più ore da sveglia senza mangiare nulla per controllare il peso e/o la forma del corpo e/o l'alimentazione?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ho cercato di evitare di mangiare dei cibi per controllare il peso e/o la forma del corpo e/o l'alimentazione?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ho cercato di ridurre la quantità di cibo per controllare il peso e/o la forma del corpo e/o l'alimentazione?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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, 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 (cioè il numero della bilancia)?	<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"/>

Quanti giorni di cambiamento ho avuto? \_\_\_\_\_

**N.B.** Per **giorni di cambiamento** si intendono quei giorni in cui hai fatto del tuo meglio per cambiare utilizzando le procedure previste dalla fase del trattamento.

### TABELLA 4 Eating problem check List (EPCL)

© Positive Press Riccardo Dalle Grave, Il trattamento dei disturbi dell'alimentazione di Villa Garda. La guida per i pazienti