

Eating Problem Check List (EPCL)

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?	

	0 mai	1 raramente	2 qualche volta	3 spesso	4 sempre
Ho cercato di evitare di mangiare dei cibi per controllare il peso e/o la forma del corpo e/o l'alimentazione?					
Ho cercato di ridurre la quantità di cibo per controllare il peso e/o la forma del corpo e/o l'alimentazione?					
Ho avuto comportamenti di check dell'alimentazione (per es. contare le calorie, pesare ripetutamente il cibo, guardare le etichette degli alimenti)?					
Ho avuto comportamenti di check della forma del corpo (per es. guardarsi allo specchio, misurare parti del corpo, guardare il corpo degli altri)?					
Ho evitato di esporre il corpo (per es. evitare di pesarsi, indossare abiti che nascondono il corpo, evitare di guardarsi)?					
Mi sono sentito/a grasso/a?					
Mi sono preoccupato/a per il peso (cioè il numero della bilancia)?					
Mi sono preoccupato/a per la forma del corpo?					
Mi sono preoccupato per il controllo dell'alimentazione?					

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.