

Questionario Andamento Settimanale

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 compilato le schede di monitoraggio?					
Ho usato il contapassi?					
Ho fatto attività fisica (es. correre, giocare a tennis)?					
Ho fatto 10000 passi?					
Mi sono pesato?					
Ho avuto abbuffate oggettive (sensazione di perdita di controllo sull'alimentazione associata all'assunzione di una grande quantità di cibo)?					
Ho mangiato fuori pasto?					
Ho mangiato più di quanto avevo previsto durante i pasti?					
Ho bevuto troppo alcol?					
Ho contato le calorie?*					
Ho rispettato l'obiettivo calorico?*					
* risponda solo dopo l'inizio della fase di perdita di peso					
	0 mai	1 raramente	2 qualche volta	3 spesso	4 sempre
Ho cercato di seguire regole dietetiche estreme e rigide per controllare il peso e/o la forma del corpo?					
Ho adottato linee guida alimentari salutarie e flessibili per controllare il peso e/o la forma del corpo?					
Gli stimoli alimentari hanno influenzato la mia alimentazione?					
Gli eventi e le emozioni hanno influenzato la mia alimentazione?					
Ho avuto comportamenti di check della forma del corpo (es. guardarsi allo specchio, misurare parti del corpo, guardare il corpo degli altri)?					
Ho evitato di esporre il corpo (es. partecipazione a situazioni sociali, indossare abiti che nascondono il corpo, evitare di guardarsi)?					
Mi sono sentito/a grasso/a?					
Mi sono preoccupato/a per il peso?					
Mi sono preoccupato/a per la forma del corpo?					
Mi sono preoccupato/a per il controllo dell'alimentazione?					
Il peso ha influenzato l'opinione che ho di me?					
La forma del corpo ha influenzato l'opinione che ho di me?					
Il controllo dell'alimentazione ha influenzato l'opinione che ho di me?					

DOPO L'INIZIO DELLA FASE DI PERDITA DI PESO

Quanto sono soddisfatto della perdita di peso?										
0 Per nulla	1		3	4	5	6	7	8	9	10 Estremamente
Quanto penso di essere capace di perdere peso?										
0 Per nulla	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Estremamente
Quanto sono motivato a perdere peso?										
0 Per nulla	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Estremamente

Quanti giorni di cambiamento ho avuto? _____

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

Tratta da *Terapia cognitivo comportamentale del disturbo da binge-eating associato all'obesità (CBT-BO)* di Riccardo Dalle Grave, Massimiliano Sartirana e Simona Calugi. Copyright © 2020 Positive Press.