

| <i>A proposito del mangiare, a me succede che....</i> | MAI O QUASI | TALVOLTA | SPESSO | SEMPRE O QUASI | Qui non scrivete |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|
| 1) Faccio più di uno spuntino tra i pasti... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A |
| 2) Mangio di abitudine negli stessi posti... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | B |
| 3) Mi sottopongo a diete o digiuni, oppure tento di saltare pasti o pietanze... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A |
| 4) Smetto di mangiare non appena ho finito la mia porzione... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | B |
| 5) Aspetto l'ora di pranzo o di cena anche se ho appetito... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | B |
| 6) Quando mi sento in tensione mangio di più... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A |
| 7) Mangio di più quando mi sento annoiata o arrabbiata... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A |
| 8) Faccio fantasie a occhi aperti sui miei cibi preferiti... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A |
| 9) Mangio regolarmente nelle stesse ore della giornata... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | B |
| 10) Faccio uso di farmaci che riducono la mia voglia di mangiare... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A |
| 11) Se sono addolorata, dispiaciuta o delusa, mangio più del solito... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A |
| 12) Non resisto alla vista o al profumo di qualche cibo "invitante" ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A |
| 13) Mastico a lungo ogni boccone che mangio... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | B |
| 14) Mi preoccupo moltissimo se mi sento troppo piena o sazia... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A |
| 15) Mi trovo in situazioni che stimolano la mia voglia di mangiare... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A |
| 16) Metto qualcosa sotto i denti quando ne sento il bisogno... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A |
| 17) Mangio lentamente e assaporo i cibi... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | B |
| 18) Mangio soltanto se ho veramente appetito... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | B |
| 19) Appena sento lo stomaco pieno, mi sento male pensando a quanto ingrasserò... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A |
| 20) Ogni tanto sento una fame insopportabile... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A |
| 21) Ho a portata di mano o ben in vista biscotti, frutta o altri cibi, in caso di fame... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A |
| 22) Smetto di mangiare non appena mi sento sazia ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | B |