

BINGE EATING DISORDER SCREENER-7 (BEDS-7)

MODALITA' D'USO:

Step 1 : domanda n. 1

- se il paziente risponde "SI" alla domanda n. 1, continua il questionario fino alla domanda n. 7
- se il paziente risponde "NO" alla domanda n. 1, non ci sono motivi per continuare il questionario

Step 2 : domande n. 2-7

- se il paziente risponde "SI" alla domanda n. 2 e risponde positivamente ad una delle domande dalla n. 3 alla n. 7, si continua ad indagare sui comportamenti alimentari del paziente e sulle sensazioni che il paziente prova

Step 3:

- valutare il paziente in base ai criteri diagnostici completi DMS – 5 per i BED

Le seguenti domande riguardano gli schemi e le abitudini alimentari degli ultimi 3 mesi. Per ogni domanda, scegli la risposta che più adatta.

1. Negli ultimi 3 mesi, ci sono stati episodi di abbuffate (mangiare significativamente di più rispetto a quanto molte persone potrebbero fare nello stesso tempo)?	SI	NO
---	----	----

Se hai risposto "NO", ti puoi fermare senza rispondere alle domande rimanenti

2. Ti senti angosciato riguardo gli episodi di abbuffate?	SI	NO
---	----	----

NEGLI ULTIMI 3 MESI	MAI / RARAMENTE	QUALCHE VOLTA	SPESSE	SEMPRE
3. Durante gli episodi di abbuffate, quante volte hai avuto la sensazione di perdere il controllo (cioè non sei in grado di fermarti, ti senti costretto a mangiare, vai avanti e indietro per cercare altro cibo)?				

4. Durante gli episodi di abbuffate, quante volte hai continuato a mangiare nonostante non tu avessi fame?				
5. Durante gli episodi di abbuffate, quante volte ti sei sentito imbarazzato da quanto avevi mangiato?				
6. Durante gli episodi di abbuffate, quante volte hai provato disgusto per te stesso e ti sei sentito colpevole?				
7. Negli ultimi 3 mesi, quante volte ti sei auto-indotto il vomito per controllare il tuo peso?				