

## Inwentarz Niepokoju o Wygląd

**Instrukcje:** Proszę zaznaczyć pole, które najlepiej opisuje Pani/a odczucia dotyczące swojego wyglądu lub szczególnej cechy swojego wyglądu sposób, w jaki czułaś/czujesz się ze swoim wyglądem albo szczególną cechą swojego wyglądu, W CIĄGU OSTATNIEGO TYGODNIA, WŁĄCZAJĄC W TO DZIEŃ DZISIEJSZY.

		Wcale	Czasami	Często	Bardzo często	Cały czas
1	Porównuję aspekty mojego wyglądu do innych	0	1	2	3	4
2	Sprawdzam mój wygląd (np. w lustrach, poprzez dotykane palcami czy poprzez robienie sobie zdjęć)	0	1	2	3	4
3	Unikam sytuacji lub ludzi z uwagi na mój wygląd	0	1	2	3	4
4	Rozmyślam o zdarzeniach z przeszłości lub przyczynach dlaczego wyglądam tak jak wyglądam	0	1	2	3	4
5	MYŚLĘ o tym, jak zakamuflować lub zmienić mój wygląd	0	1	2	3	4
6	Jestem raczej skupiona/y na swoich odczuciach o wyglądzie niż na swoim otoczeniu	0	1	2	3	4
7	Unikam odbijających powierzchni, zdjęć lub filmów z moim udziałem	0	1	2	3	4
8	Omawiam mój wygląd z innymi lub pytam innych o niego	0	1	2	3	4
9	Próbuję zakamuflować lub zmienić aspekty mojego wyglądu	0	1	2	3	4
10	Próbuję zapobiegać zauważaniu przez ludzi pewnych aspektów mojego wyglądu w określonych sytuacjach (np. poprzez zmianę pozycji, unikanie jasnego światła)	0	1	2	3	4