

Psychodiagnostiek

Issue

Issue / Series / Title PsychoPraktijk

Issue / Series / Volume Nr 5

Issue / Date 2011

Issue / Pages / First Page

Issue / Pages / Last Page

Assessment van eetstoornissymptomen: de Eating Disorder Examination

Een belangrijke voorwaarde voor een accuraat beeld van de prevalentie van eetstoornis(symptomen) in een bepaalde populatie is het beschikken over betrouwbare en valide instrumenten. In de klinische praktijk zijn echter de gebruiksvriendelijkheid van een bepaald instrument en de mogelijkheid tot vergelijken van de scores van de cliënt met normgegevens al even belangrijke voorwaarden. Normen kunnen clinici helpen om verkregen scores te interpreteren en klinische gevallen te identificeren. Een klinisch interview, zoals de Eating Disorder Examination (EDE) (1) wordt over het algemeen als de gouden standaard beschouwd voor de diagnosticering van eetstoornissen (2). In wat volgt zal dit instrument kritisch geëvalueerd worden, met extra aandacht voor aangepaste versies van de EDE, waaronder de zelfrapportage versie (EDE-Q) en de jongerenversies (ChEDE en ChEDE-Q).

door Lien Goossens en Kim Van Durme

L. Goossens is Postdoctoraal onderzoeker gefinancierd door het Bijzonder Onderzoeksfonds van de Universiteit Gent, en werkzaam bij de vakgroep Ontwikkelings-, Persoonlijkheds en Sociale

Psychologie (Lien.Goossens@UGent.be); K. Van Durme is doctoraatsstudent gefinancierd door het Bijzonder Onderzoeksfonds van de Universiteit Gent, en werkzaam bij de vakgroep Ontwikkelings-, Persoonlijkheden en Sociale Psychologie. Beiden doen onderzoek naar de ontwikkeling van eetpathologie bij jonge kinderen en adolescenten.

De Eating Disorder Examination als gouden standaard

De Eating Disorder Examination (EDE) is een gestandaardiseerd, semi-gestructureerd klinisch interview dat de ernst van de kernpathologie van eetstoornissen beoogt te meten (1). Via dit diagnostisch interview is het bovendien mogelijk om eetstoornisdiagnoses te genereren. Er bestaat ook een Nederlandstalige versie van de EDE (3). Dit interview is bruikbaar bij volwassenen vanaf 18 jaar. De EDE bevat vier subschalen die ontworpen werden om een profiel op te stellen van individuen in termen van vier grote domeinen van eetstoornis psychopathologie: lijnen, zorgen over eten, zorgen over gewicht en zorgen over lichaamsvormen. Daarnaast meet de EDE ook zeven diagnostische items, waaronder drie vormen van overeten: objectieve eetbuien (OBE; het eten van een objectief grote hoeveelheid voedsel, gepaard gaand met controleverlies over eten), subjectieve eetbuien (SBE; het eten van een hoeveelheid voedsel die als groot beschouwd wordt door de persoon zelf, maar niet door anderen, eveneens gepaard gaand met controleverlies over eten) en objectief overeten (OO; het eten van een objectief grote hoeveelheid voedsel, zonder controleverlies over eten). De vier resterende diagnostische items betreffen de gewichtscontrolemaatregelen, waaronder: zelf-opgewekt braken, misbruik van laxantia, misbruik van diuretica en excessief sporten (met als bedoeling gewicht te verliezen of iets te doen aan het figuur). De items van de EDE-subschalen worden gescoord op een 7-punten schaal. Hoe hoger de schaalscore, des te ernstiger of meer frequent een bepaald kenmerk. De items van de vier subschalen worden bevraagd over de voorbije maand, terwijl de zeven diagnostische items over een tijdsperiode van de voorbije drie maanden bevraagd worden, in navolging van de criteria uit de DSM-IV-TR (4). Recent werden normen gepubliceerd voor vrouwen met eetstoornissen (5, 6).

Het gebruik van een klinisch interview brengt een aantal belangrijke voordelen met zich mee, voornamelijk op conceptueel niveau. Tijdens de afname van een klinisch interview is het immers mogelijk een grondige verklaring te bieden van belangrijke concepten zoals eetbuien, de hoeveelheid voedsel die gegeten wordt en het ervaren van controleverlies over eten. Hierdoor verzekert de interviewer zich ervan dat de cliënt de betekenis van deze belangrijke concepten echt vat. Door dit specifieke voordeel geldt een klinisch interview als hét instrument bij uitstek voor de bevraging van eetpathologie bij kinderen en adolescenten. Een ander voordeel is dat semi-gestructureerde interviews zoals de EDE het mogelijk maken om door te vragen. Op die manier kan een zo compleet mogelijk antwoord verkregen worden van de cliënt en kan de interviewer een grondige evaluatie maken alvorens te beslissen of een bepaald kenmerk wel of niet aanwezig is.

Aan het gebruik van een klinisch interview zijn echter ook een aantal nadelen verbonden, en deze zijn hoofdzakelijk van praktische aard. Zo vraagt een betrouwbare implementatie van zulke interviews vaak een intensieve training (7). Bovendien vraagt het afnemen ervan veel tijd (vaak één tot anderhalf uur) en is het onmogelijk om deze in groep af te nemen. Het gebruik van zelf-rapportagevragenlijsten houdt rekening met deze praktische belemmeringen en kan dan ook als een waardig alternatief gezien worden voor het klinisch interview, vooral gedurende de eerste fase van het diagnostisch proces. De Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q) (7) is een zelfrapportage vragenlijst die afgeleid werd van de EDE.

Zelfrapportage van eetstoornissymptomen: De EDE-Q

De Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) (7) is een zelfrapportagevragenlijst die de kernpathologie van eetstoornissen bevrageet. Van deze vragenlijst bestaat eveneens een Nederlandstalige versie (8). De items van de EDE-Q zijn afgeleid van de EDE en ook de EDE-Q bevrageet vier subschalen alsook de diagnostische symptomen (zoals eetbuien en gewichtscontrolemaatregelen). Een hogere schaalscore wijst ook hier op een grotere ernst of frequentie van een bepaald symptoom. Net als bij de EDE is er bij de EDE-Q een tijdschema van één maand voor de subschalen. In tegenstelling met de EDE worden de diagnostische items niet bevrageet

over de laatste drie maanden maar ook over de laatste maand. Dit laatste zorgt ervoor dat de EDE-Q vooral waardevol is als screeningsinstrument, maar dat het onmogelijk is om met deze vragenlijst eetstoornisdiagnoses te stellen. Een voordeel ten opzichte van andere zelfrapportage instrumenten voor eetstoornissen is dat de EDE-Q tot op heden de enige zelfrapportagevragenlijst is die toelaat te differentiëren tussen de verschillende vormen van overeten en eetbuien. Bovendien worden eetbuien en gewichtscontrolemaatregelen in de EDE-Q bevraagd op basis van de DSM-IV-TR definitie van deze symptomen (4).

De EDE-Q werd reeds als een betrouwbaar en valide instrument bevonden (9). Normen van de EDE-Q zijn reeds beschikbaar voor volwassen vrouwen (9, 10) en adolescente meisjes (11). Ook voor de mannelijke populatie (studenten van 18-26 jaar) zijn sinds kort EDE-Q normen beschikbaar (12).

Zoals hierboven reeds werd aangehaald komt het gebruik van zelfrapportagevragenlijsten tegemoet aan de praktische nadelen die vaak verbonden zijn met een klinisch interview. Zo is het gebruik van de EDE-Q veel meer kosten-efficiënt, aangezien afname ervan geen intensieve training vereist. Bovendien verloopt de afname veel sneller (ongeveer 15 minuten) én kan deze vragenlijst ook in groep afgenomen worden. Deze voordelen komen zowel de therapeut als de cliënt ten goede. Daarenboven wordt ook vaak gesteld dat pen-en-papier methodes, zoals zelf-rapportagevragenlijsten, meer anonimiteit waarborgen en daardoor een meer valide beeld kunnen scheppen van de problematiek vergeleken met een klinisch interview, vooral wanneer het gaat over het bevragen van beschamende of geheime gedragingen zoals eetbuien of gewichtscontrolemaatregelen (7).

Kinderen en adolescenten: ChEDE en ChEDE-Q

Studies tonen niet alleen aan dat verstoorde eetgedragingen en -cognities reeds kunnen optreden bij kinderen en adolescenten, maar uit longitudinaal onderzoek is bovendien gebleken dat subklinische vormen van eetpathologie op termijn kunnen leiden tot ‘volwaardige’ eetstoornissen (13). Daarnaast verhoogt eetpathologie op jonge leeftijd de kans op gewichtstoename en de ontwikkeling van obesitas (14). Dit verhoogde risico én alle hiermee samenhangende negatieve fysieke en psychosociale gevolgen staven het belang van een vroege detectie van eetpathologie bij kinderen en

adolescenten. Zo'n vroege detectie is echter geen sinecure en wordt vaak bemoeilijkt door een aantal belangrijke ontwikkelingsaspecten.

Hoewel de DSM-IV-TR (4) een duidelijke beschrijving biedt van alle criteria die noodzakelijk zijn om iemand met een eetstoornis te diagnosticeren, onderlijnen Bryant-Waugh en Lask (15) het belang van een ontwikkelingsaanpak wanneer kinderen en adolescenten gescreend worden voor eetpathologie. Kinderen en adolescenten zijn immers nog volop in een groei/ontwikkelingsperiode, waardoor grote inter-individuele verschillen opgemerkt kunnen worden. Deze jongeren beschikken onderling dan ook vaak over een uiteenlopend vermogen en vaardigheden om betekenis van hun verstoorde eetgedragingen en gedachten te begrijpen en te rapporteren. Ons huidige DSM-classificatiesysteem beperkt onze mogelijkheid om zulke leeftijdsgerelateerde verschillen in rekening te brengen. Dat leidt er vaak toe dat kinderen ofwel gediagnosticeerd worden onder de categorie 'eetstoornissen niet anderszins omschreven' of dat ze zelfs niet gediagnosticeerd worden.

Een ander ontwikkelingsaspect heeft te maken met de neuro-cognitieve capaciteiten van kinderen, meer specifiek met het feit dat kinderen (in vergelijking met volwassenen) gekarakteriseerd worden door een beperkt vermogen tot abstract redeneren en tot het denken in termen van hun zelf-evaluatie. Een gevolg hiervan is dat typische eetstoorniscriteria zoals 'verstoring in lichaamsbeeld' en 'de invloed van gewicht en lichaamsvormen in de zelf-evaluatie', twee criteria die typisch zijn voor anorexia en boulimia nervosa, té moeilijk kunnen zijn om door kinderen begrepen, herkend en gerapporteerd te worden. Bij kinderen kunnen gedragingen (zoals het zoeken naar voedsel in de afwezigheid van honger, voedsel verbergen, enz.) dan ook een meer betrouwbare diagnostische index bieden (16). Bovendien hebben kinderen vaak ook beperkte mogelijkheden om bepaalde gedragingen (zoals het beperken van voedselinname, braken, enz.) te vertonen, doordat ze meestal onder toezicht van volwassenen staan. Als gevolg hiervan concluderen Bryant-Waugh, Cooper, Taylor en Lask (17) dat de intentie om bepaalde gedragingen te stellen meer indicatief is voor eetstoornispathologie bij kinderen dan de eigenlijke frequentie van deze gedragingen.

Bovenstaande ontwikkelingsaspecten tonen aan dat instrumenten die standaard gebruikt worden bij volwassenen niet zomaar overgenomen mogen worden voor het gebruik bij kinderen en adolescenten. Deze instrumenten dienen aangepast te worden aan de cognitieve mogelijkheden en aan

het ontwikkelingsniveau van de jongeren (18). Specifiek voor de screening en diagnosticering van eetstoornissen werden daarom zowel voor de EDE als EDE-Q nieuwe versies ontwikkeld.

De kindversie van de Eating Disorder Examination

De kindversie van de EDE (ChEDE) is gebaseerd op de volwassenversie en werd aangepast door een team van experts in het domein van eetstoornissen bij kinderen, in samenwerking met de auteurs van de originele EDE (17). De ChEDE kan gebruikt worden bij kinderen en adolescenten vanaf 8 tot 18 jaar. Een vertaling van de ChEDE werd gemaakt voor het gebruik bij Nederlandstalige kinderen (19). Net als de EDE kan ook de ChEDE gebruikt worden voor klinische en onderzoeksdoeleinden. Er worden dezelfde vormen van eetpathologie bevraagd dan bij de EDE en deze worden ook volgens hetzelfde scoringsschema gescoord.

De ChEDE houdt op verschillende manieren rekening met de bovenstaande ontwikkelingsaspecten. Zo is een activiteitenkalender een belangrijk hulpmiddel dat toegevoegd werd aan de ChEDE. Kinderen kunnen het namelijk vaak moeilijk hebben om zich bepaalde informatie over een langere periode te herinneren, of de chronologie van hun eetgedrag te omschrijven. Met behulp van een activiteitenkalender kan het kind bij aanvang van het interview eerst samen met de interviewer een overzicht opstellen van wat de voorbije drie maanden gebeurd is. Op die manier kan het kind of de jongere een duidelijker zicht krijgen op de tijdsperiode waarover de vragen gesteld worden en rekening houden met gebeurtenissen die relevant zijn voor het eetpatroon, zoals onder andere feestjes, vakanties, periodes van ziekte, enz.

Daarnaast bestaat het ChEDE interview uit een vraag waarbij kaarten (post-its) opgemaakt en gesorteerd moeten worden, om op die manier de overevaluatie van het belang van gewicht en lichaam bij kinderen en adolescenten in kaart te brengen. In plaats van directe vragen te stellen over het belang dat door de cliënt gehecht wordt aan gewicht en lichaamsvormen, worden de kinderen en adolescenten gevraagd om 'een lijst te maken van dingen (één per kaart/post-it) die belangrijk zijn in hoe ze over zichzelf denken'. Vervolgens worden ze gevraagd om deze lijst te ordenen naargelang het belang van

elke kaart/post-it. Op die manier krijgt de interviewer een beeld van hoe belangrijk het gewicht en lichaamsvormen zijn voor dat bepaald kind en welke rol deze kenmerken spelen in hun zelf-evaluatie.

Verder werden in de ChEDE bepaalde vragen van de volwassenversie (EDE) geherformuleerd om de intentie tot het stellen van een bepaald gedrag te bevragen, eerder dan de frequentie van het eigenlijk gedrag. Zo worden kinderen bijvoorbeeld niet gevraagd of ze effectief maaltijden overgeslagen hebben (wat moeilijk is voor kinderen aangezien hun maaltijden over het algemeen gesuperviseerd worden door een volwassene), maar ze worden gevraagd of ze een maaltijd zouden overgeslagen hebben als ze hiertoe de kans hadden gehad. De intentie wordt met andere woorden bevraagd in plaats van het eigenlijke gedrag.

De ChEDE werd reeds in verschillende onderzoeken als een betrouwbaar en valide interview bevonden (20-22), maar net als bij volwassenen zijn er ook bij kinderen en adolescenten praktische nadelen verbonden aan het gebruik van een klinisch interview (zie hierboven).

De kindversie van de Eating Disorder Examination-Questionnaire

Onderzoekers (19) hebben dan ook een kindversie ontwikkeld van de EDE-Q (ChEDE-Q). Net als de kindversie van het EDE interview (17), werd de ChEDE-Q aangepast om enkele vragen meer specifiek en eenvoudiger te maken voor jongeren.

Onderzoek heeft reeds de betrouwbaarheid en validiteit van de ChEDE-Q voor het screenen naar eetstoornispathologie bij jongeren bevestigd (21, 23). Recent werden normen voor jongeren van 12-18 jaar, van verschillende geslachten en gewichtsstatus, gepubliceerd (24).

Hoewel de ChEDE-Q reeds betrouwbaar en valide gebleken is, rekening houdt met ontwikkelingsaspecten én tegemoet komt aan alle praktische nadelen van de afname van een klinisch interview, zijn toch enkele kritische kanttekeningen belangrijk. Zo hebben onderzoekers na vergelijking van de Nederlandstalige versie van de ChEDE en ChEDE-Q bij obese jongeren (10-16 jaar) gevonden dat de vier subschalen van beide instrumenten significant samenhangen. Met andere woorden, jongeren die hoge subschaalscores hadden op de vragenlijst, behaalden ook hoge subschaalscores op het interview. Deze studie vond echter wel een discrepantie tussen beide

instrumenten voor meer complexe kenmerken zoals eetbuien. De ChEDE-Q genereerde consistent hogere niveaus van eetpathologie (25). In een recente studie bij jongeren (12 tot 18 jaar) uit de algemene populatie kon na vergelijking van beide instrumenten eveneens geconcludeerd worden dat de scores van de vier subschalen duidelijk samenhangen, maar dat de ChEDE-Q wel steeds hogere scores genereert in vergelijking met de ChEDE. Dit was ook het geval voor het percentage gerapporteerde episodes van objectief overeten. Mogelijk is het concept 'grote hoeveelheid' in de vragenlijst nog te ambigu omschreven. Dit concept wordt bovendien door jongeren erg verschillend en subjectief (in lijn met de persoonlijke standaarden en normen) beoordeeld bij het invullen van een vragenlijst, terwijl bij het interview telkens dezelfde standaard geldt (namelijk deze van de interviewer). Er werden geen significante verschillen gevonden tussen de vragenlijst en het interview met betrekking tot het percentage gerapporteerde (objectieve en subjectieve) eetbuien. Het percentage gerapporteerde gewichtscontrolemaatregelen (meer bepaald zelfopgewekt braken, gebruik van laxantia, diuretica en eetlustremmers) lag dan weer lager bij de vragenlijst, vergeleken met het interview. Dit kan erop wijzen dat deze gedragingen mogelijk bij jongeren te confronterend zijn en dat zij betrouwbaarder gerapporteerd worden in een door een interviewer beveiligde omgeving (24).

Om tegemoet te komen aan enkele van bovenstaande beperkingen van zelfrapportage van eetpathologie bij jongeren, ontwikkelden Amerikaanse onderzoekers (26) een andere jongerenversie van de EDE-Q, namelijk de YEDE-Q (youth EDE-Q). Hierbij worden extra instructies gegeven bij de items zoals afbeeldingen van wat bedoeld wordt met 'een grote hoeveelheid voedsel'. Op die manier probeerden deze onderzoekers het bevragen van eetbuien te verbeteren door een meer gedetailleerde verklaring van ambigue termen zoals 'grote hoeveelheid' en 'controleverlies over eten' te voorzien. Een vergelijking met de ChEDE bij obese jongeren (12-17 jaar) toonde significante overeenstemming tussen beide instrumenten. Verdere validatie van de YEDE-Q en ChEDE-Q bij jongere kinderen en in klinische groepen van eetstoornispatiënten is noodzakelijk. Tabel 1 biedt een overzicht van de auteurs, het optimaal leeftijdsbereik en beschikbare normgegevens van de EDE en zijn aangepaste versies.

[Tabel 1 graag hier invoeren]

Conclusie

De EDE kan beschouwd worden als dé gouden standaard voor het diagnosticeren van eetstoornissen. Bij kinderen en adolescenten dient een aangepaste versie gebruikt te worden die rekening houdt met een aantal belangrijke ontwikkelingsaspecten. Toch is de implementatie van klinische interviews in de praktijk verbonden met een aantal praktische nadelen. Zelf-rapportagevragenlijsten, zoals de EDE-Q en ChEDE-Q, houden rekening met deze praktische belemmeringen en kunnen dan ook als een waardig alternatief gezien worden voor het klinisch interview, vooral gedurende de eerste fase van het diagnostisch proces.

Noten

- (1) Fairburn C & Cooper Z (1993) The Eating Disorder Examination. In Fairburn C & Wilson G (eds) *Binge eating: Nature, assessment and treatment*. 12th ed. New York: Guilford Press (p 317-360)
- (2) Garner D (2002) Measurement of eating disorder psychopathology. In Fairburn C & Brownell K (eds) *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. second ed. New York: Guilford Press (p 141-146)
- (3) Jansen A (2000) *Eating Disorder Examination (EDE 12.0). Interview ter vaststelling van de specifieke psychopathologie van eetstoornissen*. Lisse: Swets & Zeitlinger
- (4) APA (2000) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association
- (5) Allen KL ea (2011) Eating disorder diagnoses in general practice settings: Comparison with structured clinical interview and self-report questionnaires. *Journal of mental health* 20: 270-280
- (6) Wolk SL ea (2005) Assessment of patients with anorexia nervosa: interview versus self-report. *International journal of eating disorders* 37: 92-99
- (7) Fairburn C & Beglin S (1994) The assessment of eating disorders: Interview versus questionnaire. *International journal of eating disorders* 16: 363-370
- (8) Van Furth E (2000) Nederlandse vertaling van de EDE-Q. Leidschendam: Robert-Fleury Stichting
- (9) Luce K ea (2008) Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): Norms for undergraduate women. *International journal of eating disorders* 41:273-276
- (10) Mond J ea (2006) Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): Norms for young adult women. *Behaviour research and therapy* 44: 53-62
- (11) Carter J ea (2001) Eating disorder examination questionnaire: norms for young adolescent girls. *Behaviour research and therapy* 39: 625-632
- (12) Lavender JM ea (2010) Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): Norms for undergraduate men. *Eating behaviors* 11:119-121
- (13) Kotler L ea (2001) Longitudinal relationships between childhood, adolescent, and adult eating disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 12: 1434-1440
- (14) Tanofsky-Kraff M ea (2006) A prospective study of psychological predictors of body fat gain among children at high risk for adult obesity. *Pediatrics* 117: 1203-1209
- (15) Bryant-Waugh R & Lask B (1995) Annotation - Eating disorders in children. *Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines* 36: 191-202
- (16) Lock J (2007) Classification of child and adolescent eating disturbances - Workgroup for classification of eating disorders in children and adolescents (WCEDCA). *International journal of eating disorders* 40: S117-S22

- (17) Bryant-Waugh R ea (1996) The use of the Eating Disorder Examination with children: A pilot study. *International journal of eating disorders* 19: 391-397
- (18) Fisher M (2006) Treatment of eating disorders in children, adolescents, and young adults. *Pediatrics in review* 27: 5-16
- (19) Decaluwé V & Braet C (1999) *Child Eating Disorder Examination - Questionnaire. Dutch translation and adaptation of the Eating Disorder Examination - Questionnaire* (authored by C Fairburn & S Beglin)
- (20) Watkins B ea (2005) Reliability and validity of the child version of the eating disorder examination: A preliminary investigation. *International journal of eating disorders* 38:183-187
- (21) Decaluwé V & Braet C (2003) Prevalence of binge-eating disorder in obese children and adolescents seeking weight-loss treatment. *International journal of obesity* 27: 404-409
- (22) Wade TD ea (2008) The eating disorder examination: Norms and construct validity with young and middle adolescent girls. *International journal of eating disorders* 41: 551-558
- (23) Decaluwé V ea (2003) Binge eating in obese children and adolescents. *International journal of eating disorders* 33: 78-84
- (24) Goossens L & Braet C (2010) Screening for eating pathology in the pediatric field. *International journal of pediatric obesity* 5: 483-490
- (25) Decaluwé V & Braet C (2004) Assessment of eating disorder psychopathology in obese children and adolescents: interview versus self-report questionnaire. *Behaviour research and therapy* 42:799-811
- (26) Goldschmidt A ea (2007) Assessment of binge eating on overweight youth using a questionnaire version of the child eating disorder examination with instructions. *International journal of eating disorders* 40: 460-467

Tabel 1. Assessment van eetstoornissymptomen: overzicht instrumenten.

<i>Instrument</i>	<i>Auteurs</i>	<i>Optimaal leeftijdsbereik</i>	<i>Recente beschikbare normen</i>
EDE	Fairburn & Cooper, 1993 Jansen, 2000 (Nederlandstalige versie)	vanaf 18 jaar	Vrouwen met AN en BN (AUS): 16-72 jaar (Allen, Fursland, Watson, & Byrne, 2011) Vrouwen met AN (VS): 18-45 jaar (Wolk, Loeb, & Walsh, 2005)
EDE-Q	Fairburn & Beglin, 1994 Van Furth, 2000 (Nederlandstalige versie)	vanaf 18 jaar	Meisjes (VK): 12-14 jaar (Carter, et al., 2001) Vrouwen (VS): studenten 18-25 jaar (Luce, et al., 2008) Vrouwen (AUS): volwassenen 18-42 jaar (Mond, et al., 2006) Mannen (VS): studenten 18-26 jaar (Lavender, et al., 2010)
ChEDE	Bryant-Waugh, Cooper, Taylor, & Lask, 1996 Decaluwé & Braet, 1999 (Nederlandstalige versie)	8-18 jaar	Meisjes (AUS): 12-15 jaar (Wade, Byrne, & Bryan-Waugh, 2008)
ChEDE-Q	Decaluwé & Braet, 1999 (Nederlandstalige versie)		8-18 jaar Meisjes/jongens met en zonder overgewicht (BEL): 12-18 jaar (Goossens & Braet, 2010)
YEDE-Q	Goldschmidt, Doyle, & Wilfley, 2007	12-17 jaar	Psychometrisch adequaat bevonden in studie van Goldschmidt, et al. (2007)

Noor: ^aEDE= Eating Disorder Examination; EDE-Q=Eating Disorder Examination Questionnaire; ChEDE= kinderversie van Eating Disorder Examination; ChEDE-Q= kinderversie van Eating Disorder Examination Questionnaire; YEDE-Q= jongerenversie Eating Disorder Examination Questionnaire.

^b Al deze instrumenten meten de vier bovengenoemde subschalen (lijnen, zorgen over gewicht, zorgen over lichaam en zorgen over eten), alsook de zeven additionele diagnostische items.

^c VK=Verenigd Koninkrijk; VS=Verenigde Staten; AUS=Australië; BEL=België.