

Ερευνητική εργασία Research article

Αξιοπιστία της Ελληνικής εκδοχής του ερωτηματολογίου διερεύνησης των διαταραχών διατροφής (EDE-Q) σε δείγμα εφήβων μαθητών

Σ. Πλιατσκίδου,¹ Μ. Σαμακουρή,² Ε. Καλαμάρα,² Χ. Γουλεμτζάκης,¹
Κ. Κουτρούβη,¹ Ε. Παπαγεωργίου,¹ Μ. Λειβαδίτης²

¹Κέντρο Ψυχικής Υγείας Ορεσιτιάδας, Ορεσιτιάδα

¹Τμήμα Ιατρικής, Ψυχιατρική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

Ψυχιατρική 2012, 23:295–303

Ο επιπολασμός των διαταραχών πρόσληψης τροφής έχει αυξηθεί τις τελευταίες δεκαετίες. Ως εκ τούτου, παρατηρείται αυξανόμενο κλινικό και ερευνητικό ενδιαφέρον για την πρώιμη ανίχνευσή τους, με κατάλληλα ερωτηματολόγια. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη της αξιοπιστίας της ελληνικής εκδοχής του Ερωτηματολογίου διερεύνησης διαταραχών διατροφής (EDE-Q, έκδοση 6.0), σε εφήβους μαθητές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Πρόκειται για ένα αυτοχορηγούμενο ερωτηματολόγιο με το οποίο αξιολογούνται στάσεις και συμπεριφορές που σχετίζονται με τις διαταραχές πρόσληψης τροφής. Αποτελείται από 28 ερωτήσεις. Βαθμολογούνται τόσο το συνολικό σκορ και οι 4 υποκλίμακες του ερωτηματολογίου (περιορισμός, ανησυχία για τη διατροφή, ανησυχία για το σχήμα του σώματος, ανησυχία για το βάρος του σώματος) όσο και η συχνότητα εμφάνισης επεισοδίων 6 τύπων διαταραγμένης συμπεριφοράς διατροφής (κατανάλωση ασυνήθιστα μεγάλης ποσότητας τροφής, καταναγκαστική άσκηση κ.λπ.). Διακόσιοι πενήντα επτά μαθητές (133 κορίτσια και 124 αγόρια) Γυμνασίων και Λυκείων του βορείου Έβρου, ηλικίας $16,1 \pm 1,4$ ετών, ζυγίσθηκαν, μετρήθηκε το ύψος τους, κατέγραψαν τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά και συμπλήρωσαν δύο φορές, το EDE-Q, σε χρονικό διάστημα διαμέσου τιμής 34 ημερών. Υπολογίσθηκαν: (α) η εσωτερική συνάφεια του ερωτηματολογίου (συντελεστής Cronbach's alpha) στις δύο χρονικές στιγμές, τόσο για τις υποκλίμακες όσο και για το συνολικό σκορ και (β) η αξιοπιστία εξέτασης-επανεξέτασης: (i) με τους συντελεστές ενδοταξικής συσχέτισης (ICC) και Pearson για τις υποκλίμακες και το συνολικό σκορ καθώς και (ii) με τον συντελεστή συσχέτισης Kendal's tau b για τη συχνότητα των επεισοδίων διαταραγμένης συμπεριφοράς διατροφής. Οι συντελεστές εσωτερικής συνάφειας Cronbach's alpha για τις υποκλίμακες και το συνολικό σκορ του EDE-Q κυμαίνονται από 0,71 έως 0,91. Όσον αφορά την αξιοπιστία εξέτασης-επανεξέτασης του ερωτηματολογίου: (i) για τις υποκλίμακες και το συνολικό σκορ, οι μεν ICC κυμαίνονται από 0,55 έως 0,70 οι δε συντελεστές Pearson κυμαίνονται από 0,58 έως 0,73 και (ii) για τις ερωτήσεις που αφορούν τη συχνότητα παθολογικών συμπεριφορών οι συντελεστές Kendal's tau κυμαίνονται από 0,22 έως 0,57. Όλες οι ανωτέρω συσχετίσεις που αφορούν στην αξιοπιστία εξέτασης-επανεξέτασης του ερωτηματολογίου ήταν στατιστικά σημαντικές στο επίπεδο του 0,001. Η ελληνική εκδοχή του EDE-Q (έκδοση 6.0) παρουσιάζει ικανοποιητικές αξιοπιστία εξέτασης-επανεξέτασης και εσωτερική συνάφεια.

Λέξεις ευρητηρίου: Διαταραχές πρόσληψης τροφής, ερωτηματολόγιο διερεύνησης διαταραχών διατροφής (EDE-Q), αξιοπιστία, έφηβοι, μαθητές.

Εισαγωγή

Οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής (ΔΠΤ) αποτελούν μια ομάδα ψυχικών διαταραχών που χαρακτηρίζονται από διαταραγμένες συμπεριφορές σε σχέση με την πρόσληψη τροφής και έντονη ενασχόληση με το σωματικό βάρος και την εικόνα του σώματος. Προσβάλλουν κυρίως άτομα εφηβικής και νεαρής ηλικίας, συνήθως γυναικείου φύλου, έχουν μια χρόνια πορεία με σημαντική έκπτωση της κοινωνικής λειτουργικότητας, αρκετά συχνά συνυπάρχουν με άλλες ψυχικές διαταραχές, τα αίτιά τους είναι ασαφή ενώ η θεραπεία τους είναι δύσκολη, δαπανηρή και πολλές φορές αναποτελεσματική.¹ Επιδημιολογικά δεδομένα υποδεικνύουν αύξηση της εξάπλωσης των ΔΠΤ, ιδιαίτερα στις δυτικού τύπου βιομηχανοποιημένες κοινωνίες.^{2,3} Η έγκαιρη διάγνωση και η πρώιμη θεραπευτική παρέμβαση (με άλλα λόγια η δευτερογενής πρόληψη) μπορεί να συμβάλουν σε καλύτερη πρόγνωση.

Αν και είναι γενικά αποδεκτό ότι η κλινική συνέντευξη αποτελεί τον «χρυσό κανόνα» για τη διάγνωση και την αξιολόγηση της σοβαρότητας των ΔΠΤ⁴ ωστόσο, η ειδική εκπαίδευση που απαιτείται και ο χρόνος που χρειάζεται για τη διεξαγωγή της αποτρέπουν την ευρύτερη χρήση της σε μεγάλες πληθυσμιακές ομάδες στο πλαίσιο της έρευνας ή για την εφαρμογή προγραμμάτων δευτερογενούς πρόληψης. Σε αυτές τις περιπτώσεις προτιμώνται ως πιο εύχρηστα τα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς. Επιπλέον, υποστηρίζεται ότι αυτά, στην περίπτωση των ΔΠΤ, επιτρέπουν στο άτομο να αναφερθεί σε συμπεριφορές και στάσεις που αντιλαμβάνεται ως κοινωνικά μη αποδεκτές και τις οποίες είναι ενδεχόμενο να αποκρύψει κατά τη διάρκεια συνέντευξης.⁵

Διάφορα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς έχουν δημιουργηθεί με σκοπό την αξιολόγηση της παθολογικής διατροφικής συμπεριφοράς τόσο στο πλαίσιο της κλινικής πρακτικής όσο και στον γενικό πληθυσμό και τα οποία γενικά αποδείχτηκαν αποτελεσματικά στην αναγνώριση των πιθανών περιπτώσεων ΔΠΤ. Πληροφοριακά αναφέρουμε τα ακόλουθα: EAT-26 (Eating Attitude Test),⁶ EDI (Eating Disorder Inventory),⁷ Eating Disorder Examination-Questionnaire⁸ και πιο πρόσφατα το EDDS (Eating Disorder Diagnostic Scale).⁹ Στην Ελλάδα έχει χρησιμοποιηθεί σε διάφορες έρευνες, το πιο δημοφιλές από τα ανωτέρω ερωτηματολόγια, το EAT-26¹⁰⁻¹⁷ και λιγότερο συχνά το EDI.¹⁰ Στα μειονεκτήματα των EDI και EAT περιλαμβάνεται το ότι οι ερωτήσεις τους δεν

αφορούν σε κάποια συγκεκριμένη χρονική περίοδο και επιπλέον ότι αυτά δεν προσφέρουν τη δυνατότητα αξιολόγησης της συχνότητας με την οποία απαντώνται οι παθολογικές διατροφικές συμπεριφορές που χαρακτηρίζουν τις ΔΠΤ.¹⁸

Το ερωτηματολόγιο διερεύνησης διαταραχών διατροφής (EDE-Q) σχεδιάστηκε για να αντιμετωπίσει τις ανωτέρω αδυναμίες. Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που αξιολογεί όλο το εύρος της ψυχοπαθολογίας που χαρακτηρίζει τις ΔΠΤ⁸ και είναι το μόνο που χρησιμοποιεί τα κριτήρια του DSM-IV για τον προσδιορισμό της υπερφαγίας.^{19,20} Προέρχεται από την ημιδομημένη κλινική συνέντευξη EDE, που σχεδιάστηκε το 1987 από τους Cooper και Fairburn και η οποία αποτελεί έως σήμερα την πρώτη προτεινόμενη μέθοδο αξιολόγησης των ΔΠΤ.²¹ Τα ψυχομετρικά χαρακτηριστικά του EDE-Q μελετήθηκαν σε διάφορες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν τόσο σε γενικό πληθυσμό όσο και σε ασθενείς.²²⁻²⁹ Τα αποτελέσματα αυτών των ερευνών υποδεικνύουν ότι το EDE-Q αντικαθιστά κατάλληλα την κλινική συνέντευξη στην αξιολόγηση της συμπτωματολογίας που χαρακτηρίζει τις ΔΠΤ. Φαίνεται επίσης, ότι το EDE-Q είναι ιδανικό εργαλείο για τις επιδημιολογικές έρευνες που πραγματοποιούνται σε δύο φάσεις.³⁰ Από την κατασκευή του έως σήμερα έχουν κυκλοφορήσει διάφορες εκδοχές του EDE-Q με 41,²² 38^{31,32} και 36^{33,34} ερωτήσεις. Η τελευταία του εκδοχή, η EDE-Q 6.0, περιλαμβάνει 28 ερωτήσεις.³⁵

Στην Ελλάδα έχει χρησιμοποιηθεί το EDE-Q 4.0 (36 ερωτήσεις) στο πλαίσιο έρευνας που μελετά τις γνωστικές διαστρεβλώσεις στις ΔΠΤ,³⁶ όμως, απ' ό,τι γνωρίζουμε, δεν έχουν δημοσιευθεί μέχρι σήμερα μελέτες που να αναφέρονται στις ψυχομετρικές ιδιότητες οποιασδήποτε εκδοχής του EDE-Q. Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η μελέτη της αξιοπιστίας της ελληνικής εκδοχής του EDE-Q (έκδοση 6.0, 28 ερωτήσεων) σε εφήβους, μαθητές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

Υλικό και μέθοδος

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε σε μαθητικό πληθυσμό δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης του βορείου Έβρου και αποτελεί μέρος μεγαλύτερης έρευνας που αφορά στη μελέτη των ΔΠΤ στην περιοχή.

Το πρωτόκολλο της έρευνας έχει εγκριθεί από το Παιδαγωγικό Ινστιτούτο και έχει εκδοθεί η απαιτούμενη άδεια από το Υπουργείο Παιδείας. Επίσης, το Επιστημονικό Συμβούλιο του Γενικού Νοσοκομείου

Διδυμοτείχου, έδωσε τη συγκατάθεσή του για τη διεξαγωγή της έρευνας. Οι σύλλογοι γονέων και καθηγητών κάθε σχολείου που πήρε μέρος στην έρευνα ενημερώθηκαν και συμφώνησαν για τη διεξαγωγή της στα σχολεία. Οι γονείς των μαθητών επίσης, ενημερώθηκαν εγγράφως για τους σκοπούς και τη διαδικασία της έρευνας και ζητήθηκε η σύμφωνη γνώμη τους για τη συμμετοχή των παιδιών τους σε αυτή. Οι μαθητές απάντησαν ανώνυμα στα ερωτηματολόγια της έρευνας, τα οποία ήταν κωδικοποιημένα. Η συμμετοχή των μαθητών ήταν εθελοντική.

Δείγμα

Το δείγμα της έρευνας είναι δείγμα ευκολίας. Αποτελείται από μαθητές δύο Γυμνασίων και δύο Λυκείων του βορείου Έβρου. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε δύο φάσεις. Στην πρώτη φάση, σε προκαθορισμένη ημέρα, έπειτα από συνεννόηση με τον Διευθυντή του κάθε σχολείου, η ερευνητική ομάδα επισκεπτόταν κάθε τάξη του σχολείου, την οποία απασχολούσε επί μία διδακτική ώρα. Μετά από σύντομη ενημέρωση των μαθητών, παρουσία ενός εκπαιδευτικού, για τους σκοπούς και τη διαδικασία της έρευνας, και με τη σύμφωνη γνώμη του καθενός, οι μαθητές της τάξης ζυγίζονταν, μετρίονταν το ύψος τους και συμπλήρωναν τα ερωτηματολόγια της έρευνας. Το βάρος μετρήθηκε με επιδαπέδια ψηφιακή ζυγαριά Tefal PP5045. Το ύψος μετρήθηκε με ψηφιακό υπερηχητικό φορητό αναστημόμετρο Soehnle Professional 5003.

Ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) των μαθητών υπολογίστηκε με τον τύπο $BMI = \frac{\text{Βάρος (kg)}}{\text{Ύψος}^2 (\text{m}^2)}$. Τα παιδιά κατατάχθηκαν σε λιποβαρή, φυσιολογικού BMI, υπέρβαρα και παχύσαρκα σύμφωνα με τις καμπύλες ανάπτυξης BMI Ελλήνων παιδιών και εφήβων των Χιώτη και συν.³⁷ Ως λιποβαρείς θεωρήθηκαν οι μαθητές που είχαν BMI μικρότερο αυτού που αντιστοιχεί στην 3η, για την ηλικία και το φύλο τους εκατοστιαία θέση, στις πιο πάνω καμπύλες. Ως υπέρβαρα και παχύσαρκα, σε συμφωνία με το International Obesity Task Force, χαρακτηρίστηκαν τα παιδιά με BMI μεγαλύτερο εκείνου που αντιστοιχεί στην καμπύλη που στην ηλικία των 18 ετών διέρχεται από το BMI 25 και 30 αντίστοιχα. Οι υπόλοιποι μαθητές κατατάχθηκαν σε αυτούς με φυσιολογικό BMI.³⁷⁻³⁹

Στην πρώτη φάση συμμετείχαν 325 μαθητές ηλικίας 12-18 ετών. Στη δεύτερη φάση της έρευνας που πραγματοποιήθηκε σε χρονικό διάστημα 33,6±8,3 ημερών (διάμεσος τιμή 34 ημέρες, ελάχιστο: 15, μέγιστο: 50) από την πρώτη, συμμετείχαν 277 μαθητές. Μία τάξη Λυκείου και μία τάξη Γυμνασίου, την ημέρα

διεξαγωγής της έρευνας, έλειπαν σε σχολική εκδρομή, υπήρχε έτσι απώλεια 48 μαθητών (14,76%). Από τους 277 μαθητές, οι 20 δεν είχαν πάρει μέρος στην πρώτη φάση της έρευνας και έτσι ο τελικός αριθμός των συμμετεχόντων στην πρώτη και δεύτερη φάση ήταν 257 άτομα (79,07%).

Εργαλεία

Συμπληρώθηκαν:

1. Ένα ερωτηματολόγιο με δημογραφικά χαρακτηριστικά των μαθητών (μεταξύ άλλων: το φύλο, την ηλικία και τον τόπο κατοικίας τους όπως και την εκπαίδευση και την επαγγελματική κατάσταση των γονέων τους).
2. Η ελληνική εκδοχή του EDE-Q6.0.³⁵ Το EDE-Q6.0 αποτελείται από 28 ερωτήσεις, που προέρχονται από τις αντίστοιχες της EDE, αναφέρονται στη διατροφική συμπεριφορά των τελευταίων 28 ημερών και αφορούν στα εξής:
 - a. Τη συχνότητα (αριθμός επεισοδίων και σε μια περίπτωση αριθμός ημερών) εμφάνισης της διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς (υπερφαγία και αντιρροπιστικές συμπεριφορές).
 - β. Τις διαταραγμένες στάσεις του ατόμου σε σχέση με το φαγητό, το σχήμα και το βάρος του σώματός του.

Όσον αφορά στις αντιρροπιστικές συμπεριφορές (προκλητός έμετος, κατάχρηση καθαρτικών και έντονη άσκηση), ο ερωτώμενος καταγράφει τον αριθμό των επεισοδίων κατά τα οποία η κάθε μία από αυτές τις συμπεριφορές εμφανίζεται. Όσο πιο μεγάλος ο αριθμός των επεισοδίων τόσο πιο σοβαρή η ψυχοπαθολογία.

Όσον αφορά στην υπερφαγία, καταγράφονται: (α) ο αριθμός των επεισοδίων κατά τα οποία καταναλώθηκε ασυνήθιστα μεγάλη ποσότητα τροφής για τις περιστάσεις, (β) ο αριθμός των επεισοδίων της περίπτωσης α, κατά τα οποία υπήρχε ταυτόχρονα απώλεια του έλεγχου επί της τροφής που καταναλώθηκε και (γ) ο αριθμός των ημερών κατά τις οποίες καταναλώθηκε ασυνήθιστα μεγάλη ποσότητα τροφής με ταυτόχρονη απώλεια του ελέγχου.

Οι στάσεις απέναντι στο φαγητό, το σχήμα και το βάρος του σώματος αξιολογούνται μέσα από 22 θέματα, που αναφέρονται σε στάσεις και συμπεριφορές σχετικές με τις ΔΠΤ. Κάθε θέμα βαθμολογείται σε μια επτάβαθμη αναλογική, τύπου Likert, κλίμακα απαντήσεων συχνότητας ή βαρύτητας. Ο ερωτώμενος επιλέγει την απάντηση που ανταποκρίνεται καλύτερα

στην εμπειρία του. Υψηλότερη βαθμολογία υποδεικνύει μεγαλύτερο βαθμό ψυχοπαθολογίας. Αυτές οι ερωτήσεις ομαδοποιούνται σε τέσσερις υποκλίμακες: (1) «Περιορισμός» (υπάγονται πέντε ερωτήσεις), (2) «Ανησυχία για τη διατροφή» (υπάγονται πέντε ερωτήσεις), (3) «Ανησυχία για το σχήμα του σώματος» (υπάγονται οκτώ ερωτήσεις), (4) «Ανησυχία για το βάρος του σώματος» (υπάγονται πέντε ερωτήσεις). Μία ερώτηση, είναι κοινή σε δύο υποκλίμακες. Η βαθμολογία της κάθε υποκλίμακας προκύπτει από τον μέσο όρο των βαθμολογιών των θεμάτων που την απαρτίζουν και κυμαίνεται από 0 (απουσία παθολογίας) μέχρι 6 (εξαιρετικά σοβαρή παθολογία). Η συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου εξάγεται από το μέσο όρο των τεσσάρων υποκλιμάκων και κυμαίνεται επίσης, από 0 (απουσία παθολογίας) έως 6 (εξαιρετικά σοβαρή παθολογία).

Το ερωτηματολόγιο συμπεριλαμβάνει και τρεις ακόμα ερωτήσεις οι οποίες δεν είναι αριθμημένες. Οι δύο ζητούν από τον ερωτηθέντα να εκτιμήσει το βάρος και το ύψος του και δεν συμπεριλήφθηκαν στη δική μας έκδοση καθώς οι συμμετέχοντες επρόκειτο να ζυγιστούν και να μετρηθούν. Η τρίτη ερώτηση απευθύνεται μόνο στα κορίτσια και αφορά στη συχνότητα της εμμηνορροίας όπως και στη λήψη η όχι αντισυλληπτικών δισκίων.

Διαδικασία μετάφρασης: Η μετάφραση του ερωτηματολογίου EDE-Q6.0 από τα αγγλικά στα ελληνικά πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τις οδηγίες του ΠΟΥ για τη μετάφραση και την προσαρμογή των ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς.⁴⁰ Περιληπτικά, αυτή η διαδικασία περιελάμβανε: (1) μετάφραση στα ελληνικά από δίγλωσση καθηγήτρια αγγλικών, (2) αντίστροφη μετάφραση από δίγλωσσο ψυχολόγο, (3) ποιοτική σύγκριση των δύο μεταφράσεων και αναγκαίες τροποποιήσεις και (4) δοκιμαστική χορήγηση σε 10 μαθητές οι οποίοι επιβεβαίωσαν ότι η ελληνική έκδοση είναι σαφής, κατανοητή και εύκολο να συμπληρωθεί.

Στατιστική ανάλυση

Έγινε περιγραφική ανάλυση του δείγματος με τη χρήση μέσης τιμής±τυπικής απόκλισης για τις συνεχείς μεταβλητές ενώ οι κατηγορικές μεταβλητές περιγράφηκαν με τη χρήση ποσοστών.

Η εσωτερική συνάφεια ελέγχθηκε με τη χρήση του (α) του συντελεστή Cronbach's alpha τόσο για τη συνολική βαθμολογία όσο και για τις 4 υποκλίμακες του ερωτηματολογίου και (β) της συσχέτισης κάθε θέματος με το συνολικό σκορ (inter-total correlation).

Η αξιοπιστία εξέτασης-επανεξέτασης (επαναληψιμότητα) του συνολικού σκορ και των σκορ στις επιμέρους υποκλίμακες στο χρονικό διάστημα μεταξύ των δύο χορηγήσεων του ερωτηματολογίου ελέγχθηκε με τη χρήση του συντελεστή συσχέτισης κατά Pearson, του συντελεστή ενδοταξικής συσχέτισης (Intraclass correlation coefficient, ICC), ενώ και η σχέση της διαφοράς του τελικού πλην αρχικού σκορ ως προς τη μέση τιμή των δύο σκορ ελέγχθηκε γραφικά (αναμένουμε το 95% των διαφορών να βρίσκεται σε διάστημα δύο τυπικών αποκλίσεων από τον μέσο όρο των διαφορών).⁴¹ Για τη μελέτη της αξιοπιστίας εξέτασης-επανεξέτασης των ερωτημάτων που αφορούσαν στη συχνότητα εμφάνισης διαταραγμένων διατροφικών συμπεριφορών, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Kendall's tau b λόγω της μη κανονικής κατανομής αυτών των μεταβλητών.

Τα αποτελέσματα θεωρήθηκαν στατιστικώς σημαντικά στο 5% επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε στο στατιστικό πακέτο STATA 9.0.

Αποτελέσματα

Περιγραφικά στατιστικά

Το δείγμα αποτελείται από 124 αγόρια (48,2%) και 133 κορίτσια (51,8%), ηλικίας 16,1±1,4 ετών. Οι μαθητές προέρχονταν στην πλειοψηφία από αστική περιοχή (50%) (πίνακας 1). Από το σύνολο των μαθητών, το 7,1% ήταν παχύσαρκα και το 23,4% υπέρβαρα, ενώ το 2,5% ήταν λιπόβαρα.

Εσωτερική συνάφεια EDE-Q

Στον πίνακα 2, φαίνονται οι μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις των σκορ στα ερωτηματολόγια στις δύο χρονικές στιγμές και ο συντελεστής Cronbach's alpha. Οι τιμές των συντελεστών Cronbach's alpha είναι υψηλές, από 0,71 στην υποκλίμακα ανησυχία για τη διατροφή έως 0,91 στο συνολικό σκορ, υποδεικνύοντας υψηλή εσωτερική συνάφεια του ερωτηματολογίου. Η συσχέτιση κάθε ερώτησης με το συνολικό σκορ στην πρώτη φάση συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου κυμαίνεται από 0,17 στην ερώτηση «πόσες μέρες έφαγες κρυφά» (της υποκλίμακας ανησυχία για τη διατροφή) έως 0,78 στην ερώτηση «μη ικανοποίηση από τη μορφή του σώματος» (της υποκλίμακας ανησυχία για το σχήμα του σώματος) με 20 στις 22 ερωτήσεις να έχουν συσχέτιση πάνω από 0,50.

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος.

	Μαθητής	Πατέρας	Μητέρα
	ΜΤ±ΤΑ*	ΜΤ±ΤΑ*	ΜΤ±ΤΑ*
Ηλικία	16,1±1,4	46,2±5,0	41,1±4,5
Δείκτης Μάζας Σώματος	23,1±4,2		
	n (%)	n (%)	n (%)
Φύλο			
Αγόρια	124 (48,2)		
Κορίτσια	133 (51,8)		
Τόπος κατοικίας			
Αστική	128 (49,8)		
Αγροτική/Ημιαστική	129 (50,2)		
Εκπαίδευση γονέα			
Υποχρεωτική		92 (36,5)	61 (24,2)
Δευτεροβάθμια		93 (36,9)	104 (41,3)
Τεχνολογική		38 (15,1)	53 (21,0)
Πανεπιστημιακή		29 (11,5)	34 (13,5)
Επαγγελματική κατάσταση γονέα			
Εργαζόμενος		243 (95,7)	249 (97,7)
Άνεργος		3 (1,2)	4 (1,6)
Συνταξιούχος		8 (3,1)	2 (0,8)

*ΜΤ±ΤΑ: μέση τιμή±τυπική απόκλιση

Αξιοπιστία εξέτασης-επανεξέτασης (Επαναδημιμότητα) του EDE-Q

Οι συντελεστές συσχέτισης Pearson's μεταξύ των σκορ συνολικά και ανά υποκλίμακα στις δύο φάσεις χορήγησης του ερωτηματολογίου ήταν γενικά από μέτριοι έως υψηλοί και στατιστικώς σημαντικοί, δείχνοντας μια ικανοποιητική σταθερότητα του ερωτηματολογίου στον χρόνο (πίν. 3). Επιπλέον, οι τιμές του συντελεστή ενδοταξικής συσχέτισης (ICC) κυμαίνονται από μέτρια έως καλά επίπεδα, με την υποκλίμακα «Ανησυχία για τη διατροφή» να έχει τον χαμηλότερο συντελεστή (πίνακας 4).

Η κατανάλωση ασυνήθιστα μεγάλης ποσότητας τροφής παρατηρήθηκε στο 55% και 50% των μαθητών, η αίσθηση απώλειας ελέγχου στο 36% και 34% των μαθητών, τα επεισόδια υπερφαγίας στο 36% και 31% και η καταναγκαστική άσκηση στο 32% και 23% στην 1η και 2η φάση αντίστοιχα. Η συσχέτιση μεταξύ των συχνοτήτων εκδήλωσης κάποιων διαταραγμένων διατροφικών συμπεριφορών ήταν στατιστικώς σημαντική, αλλά χαμηλή [χαμηλότερη στην πρόκληση εμέτου (7 άτομα στην 1η φάση και 9 στη 2η φάση) και πιο υψηλή στην κατανάλωση καθαρτικού (3 και 4 άτομα στην 1η και 2η φάση αντίστοιχα)].

Στο σχήμα 1 παρουσιάζεται γραφικά η διαφορά του τελικού πλην αρχικού σκορ της συνολικής βαθμολογίας του EDE-Q (μέση τιμή=0,29 και τυπική απόκλιση=0,82) ως προς τη μέση τιμή των δύο σκορ. Όπως φαίνεται, το μέγεθος της διαφοράς εξαρτάται από το μέγεθος του μέσου σκορ. Υπάρχουν αρκετές περιπτώσεις εκτός των ορίων συμφωνίας. Αυτές αντιστοιχούν σε άτομα που είχαν μεγάλες κυρίως ή μικρές τιμές στην πρώτη μέτρηση και μικρές ή μεγάλες στη δεύτερη αντίστοιχα, με αποτέλεσμα ο μέσος όρος των δύο μετρήσεων να αντιστοιχεί σε μεγάλη διαφορά.

Συζήτηση

Η παρούσα έρευνα είναι, εξ όσων γνωρίζουμε, η πρώτη δημοσιευμένη μελέτη της αξιοπιστίας του EDE-Q σε ελληνικό πληθυσμό. Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι η ελληνική εκδοχή του EDE-Q6.0 που εφαρμόστηκε σε εφήβους μαθητές παρουσιάζει ικανοποιητική αξιοπιστία εξέτασης-επανεξέτασης και εσωτερική συνάφεια τόσο για τη συνολική βαθμολογία όσο και για τις τέσσερις υποκλίμακες. Η αξιοπιστία εξέτασης-επανεξέτασης όμως, για τις διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές όπως επεισόδια υπερφαγίας, πρόκληση εμέτου και υπερβολι-

Πίνακας 2. Εσωτερική συνάφεια, υποκλίμακες και συνολικό σκορ του ερωτηματολογίου διερεύνησης διαταραχών διατροφής (EDE-Q).

	1η φάση <i>MT±TA*</i>	2η φάση <i>MT±TA*</i>	1η φάση <i>Cronbach's α</i>
Υποκλίμακες			
Περιορισμός	1,01±1,11	0,90±1,11	0,81
Ανησυχία για τη διατροφή	0,83±1,02	0,60±0,82	0,71
Ανησυχία για το σχήμα του σώματος	1,91±1,60	1,43±1,48	0,89
Ανησυχία για το βάρος του σώματος	1,59±1,47	1,24±1,36	0,80
Συνολικό σκορ	1,34±1,17	1,04±1,06	0,91

Πίνακας 3. Σταθερότητα στον χρόνο του EDE-Q, υποκλίμακες, συνολικό σκορ και μεταβλητές μέτρησης συχνότητας διατροφικών συμπεριφορών.

	<i>Pearson's</i>	<i>Kendall's tau b</i>
Υποκλίμακες		
Περιορισμός	0,60	
Ανησυχία για τη διατροφή	0,58	
Ανησυχία για το σχήμα του σώματος	0,70	
Ανησυχία για βάρος του σώματος	0,73	
Συνολικό σκορ	0,73	
Συχνότητες διατροφικών συμπεριφορών		
Επεισόδια κατανάλωσης ασυνήθιστα μεγάλης ποσότητας τροφής		0,33
Επεισόδια κατανάλωσης ασυνήθιστα μεγάλης ποσότητας τροφής με ταυτόχρονη απώλεια ελέγχου		0,31
Αριθμός ημερών που καταναλώθηκε ασυνήθιστα μεγάλη ποσότητα τροφής με ταυτόχρονη απώλεια ελέγχου		0,30
Πρόκληση εμέτου		0,22
Κατανάλωση καθαρτικού		0,57
Καταναγκαστική άσκηση		0,34

* $p < 0,001$ για όλους τους συντελεστές συσχέτισης

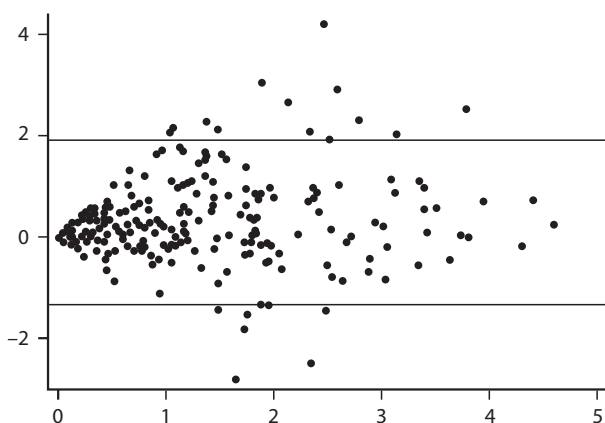
Πίνακας 4. Intra-Class Correlation Coefficient εξέτασης-επανεξέτασης EDE-Q.

	<i>ICC*</i>	<i>95%CI</i>
Υποκλίμακες		
Περιορισμός	0,60	(0,52, 0,68)
Ανησυχία για τη διατροφή	0,55	(0,45, 0,63)
Ανησυχία για το σχήμα του σώματος	0,66	(0,53, 0,75)
Ανησυχία για το βάρος του σώματος	0,70	(0,61, 0,78)
Συνολικό σκορ	0,70	(0,60, 0,78)

*ICC=Intra-Class Correlation Coefficient

κή άσκηση, ήταν λιγότερο ικανοποιητική. Παρόμοια ευρήματα αναφέρθηκαν και από επτά αντίστοιχες έρευνες που μελέτησαν την αξιοπιστία του EDE-Q (ανεξαρτήτως εκδοχής) σε γενικό πληθυσμό.^{22,23,42-46} Οι Luce και Crowther που χορήγησαν δύο φορές το EDE-Q σε 139 γυναίκες σε διάστημα δύο εβδομάδων βρήκαν πολύ καλή εσωτερική συνάφεια (Cronbach's alpha=0,78-0,93) και αξιοπιστία εξέτασης-επανεξέτασης (συντελεστής συσχέτισης=0,87-0,94) για

τις υποκλίμακες, μικρότερη όμως συσχέτιση μεταξύ των απαντήσεων των λημμάτων που αξιολογούν την εμφάνιση και τη συχνότητα των συμπεριφορών που χαρακτηρίζουν τις ΔΠΤ (συντελεστές συσχέτισης =0,57-0,66).²² Σύμφωνα με τους Mond et al, ο οποίος μελέτησε τη σταθερότητα του EDE-Q στον χρόνο για ένα διάστημα 315 ημερών, οι στάσεις και αντιλήψεις που χαρακτηρίζουν τις ΔΠΤ είναι σε σημαντικό βαθμό σταθερές στον χρόνο (οι συντελεστές συσχέ-



Σχήμα 1. Διαφορά των σκορ στο ΕΔΕ-Q (2η-1η φάση) προς τη μέση τιμή των δύο σκορ.

τισης κυμαίνονται από 0,57–0,77), οι διαταραγμένες συμπεριφορές διατροφής όμως είναι πολύ λιγότερο σταθερές (οι συντελεστές συσχέτισης κυμαίνονται από 0,24–0,44).²³ Η ισπανική,⁴² η μαλαισιανή,⁴³ η τουρκική⁴⁴ και η Fijian⁴⁵ εκδοχές του ΕΔΕ-Q εμφανίζουν επίσης ικανοποιητική εσωτερική συνάφεια (Cronbach's alpha=0,63–0,91) όπως και αξιοπιστία εξέτασης-επανεξέτασης (συντελεστές συσχέτισης=0,55–0,91) τόσο για τη συνολική βαθμολογία όσο και για τις υποκλίμακες. Η αξιοπιστία τους όμως που αφορά τις διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές είναι χαμηλή (συντελεστές συσχέτισης=0,13–0,46). Μόνο η μελέτη της νορβηγικής εκδοχής αναφέρει ικανοποιητική αξιοπιστία εξέτασης-επανεξέτασης τόσο για τις υποκλίμακες και τη συνολική βαθμολογία (συντελεστές συσχέτισης: 0,82–0,93) όσο και για τις διατροφικές συμπεριφορές (συντελεστές συσχέτισης: 0,71–0,83).⁴⁶ Φαίνεται ότι οι γενικές στάσεις που σχετίζονται με την ψυχοπαθολογία των ΔΠΤ και που έχουν να κάνουν με την προσωπικότητα και τις προσωπικές αντιλήψεις παραμένουν σχετικά σταθερές σε βάθος χρόνου, ενώ οι διατροφικές συμπεριφορές και πολύ σπάνιες είναι στον γενικό πληθυσμό αλλά και εμφανίζουν διακυμάνσεις ως προς τη συχνότητα και τη βαρύτητά τους.

Από τα δεδομένα μας προέκυψε επίσης ότι η επαναληψιμότητα του ΕΔΕ-Q εξαρτάται από το μέγεθος του σκορ. Φαίνεται ότι το ΕΔΕ-Q έχει καλή εν γένει επαναληψιμότητα, παρουσιάζει όμως προβλήματα στις πολύ μεγάλες και στις πολύ μικρές τιμές. Το εύρημα αυτό είναι συμβατό με τα αναφερόμενα και σε άλλες έρευνες που μελετούν τις ψυχομετρικές ιδιότητες ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς για τις ΔΠΤ.^{23,30,47}

Οι περισσότεροι από τους περιορισμούς της παρούσας έρευνας είναι κοινοί με αυτούς άλλων ερευνών που χρησιμοποιούν παρόμοια μεθοδολογία και μελετούν τις ΔΠΤ. Σε όλες τις έρευνες που χρησιμοποιούν ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς ο παράγοντας ψεύδους ή λάθους πρέπει να λαμβάνεται υπόψη. Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί ότι η αξιολόγηση των συμπτωμάτων των ΔΠΤ σε εφήβους είναι ακόμα πιο δύσκολη για διάφορους λόγους: (1) Οι έφηβοι με Ψυχογενή Ανορεξία έχουν την τάση να αρνούνται την παρουσία συμπτωμάτων πολύ περισσότερο από τους ενήλικες,⁴⁸ (2) ένα διαγνωστικό κριτήριο για τη Ψυχογενή Ανορεξία ή την Ψυχογενή Βουλιμία είναι το βάρος και η εικόνα του σώματος να επηρεάζουν την αυτοεκτίμηση, όμως η αντίληψη της αυτοεκτίμησης είναι σύνθετη και σχετίζεται με την έννοια του αυτοορισμού, κάτι που οι νεαροί έφηβοι μπορεί να μην κατέχουν,⁴⁹ (3) σχετικά με την υπερφαγία, η ποσότητα φαγητού που θεωρείται «μεγάλη υπό τις συγκεκριμένες περιστάσεις», αλλά και η υποκειμενική αίσθηση απώλειας ελέγχου, είναι έννοιες που οι έφηβοι συχνά δυσκολεύονται να καταλάβουν και οι απαντήσεις μπορεί να είναι αναξιόπιστες. Όταν, πριν από τη χορήγηση του ερωτηματολογίου, δίδονται και επιπλέον γραπτές πληροφορίες σχετικά με το τι θεωρείται μεγάλη ποσότητα τροφής και αίσθηση απώλειας ελέγχου, τότε τα αποτελέσματα είναι καλύτερα.⁵⁰ Το γεγονός ότι η συλλογή των δεδομένων έγινε από τους μαθητές μέσα στις τάξεις, θα μπορούσε να θεωρηθεί ως επιπλέον περιορισμός της παρούσας έρευνας. Μαθητές με προβληματικές στάσεις και συμπεριφορές διατροφής είναι ενδεχόμενο να λογόκριναν τις απαντήσεις τους από τον φόβο μήπως αποκαλυφθούν σε συμμαθητές και καθηγητές. Σε κάθε περίπτωση, το γεγονός ότι στις πολύ μεγάλες ή στις πολύ μικρές τιμές το ερωτηματολόγιο δεν παρουσιάζει ικανοποιητική επαναληψιμότητα θα μπορούσε να σχετίζεται με κάποιους από τους ανωτέρω περιορισμούς. Τέλος, τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης είναι ενδεχόμενο να μην είναι απολύτως γενικεύσιμα σε εφήβους μαθητές που κατοικούν σε πολύ μεγάλες πόλεις της Ελλάδος, δεδομένου ότι η περιοχή που διεξήχθη η παρούσα έρευνα αποτελείται από μικρές πόλεις και χωριά και δεν περιλαμβάνει μεγάλες πόλεις.

Εν κατακλείδι, η ελληνική εκδοχή του ΕΔΕ-Q (έκδοση 6.0), όπως αυτή εφαρμόστηκε σε εφήβους μαθητές έχει αποδείξει ικανοποιητικές αξιοπιστία εξέτασης-επανεξέτασης και εσωτερική συνάφεια.

Reliability of the Greek version of the eating disorder examination questionnaire (EDE-Q) in a sample of adolescent students

S. Pliatskidou,¹ M. Samakouri,² E. Kalamara,² C. Goulemtzakis,¹
K. Koutrouvi,¹ E. Papageorgiou,¹ M. Livadites²

¹Center for Mental Health, Orestiada, ²Department of Psychiatry, University of Thrace, Alexandroupoli, Greece

Psychiatriki 2012, 23:295–303

The increasing prevalence of Eating Disorders over the last decades generates a growing interest of researchers and health care providers for their early detection through suitable questionnaires. The aim of the present study is to examine the reliability of the Greek version of EDE-Q 6.0 among secondary school adolescents. EDE-Q is a widely used self-report questionnaire that assesses the specific psychopathology of eating disorders. Its 6.0th version consists of 28 items. It yields two types of data: (a) four subscale scores (Restraint, Eating Concern, Shape Concern and Weight Concern) as well as a global score which is the average of the four subscale scores and (b) frequency data on key eating and compensatory behaviors (e.g. binge eating episodes, self-induced vomiting, excessive exercise). The sample comprises 257 secondary school students (133 girls and 124 boys) residents of north Evros-Greece, aged 16.1±1.4 years. The students completed the EDE-Q twice within a median interval of 34 days. In addition, their demographic data were collected and their weight and height were measured. The reliability of the EDE-Q was assessed by means of: (a) its internal consistency which was tested by Cronbach's alpha coefficient for each of the EDE-Q subscales as well as for the global score at both data collection times and (b) its test-retest reliability which was estimated by calculating: (1) intraclass correlation coefficients (ICCs) and Pearson's correlation coefficients (PCCs) for continuous variables (subscales and global score) and (2) Kendal's tau b coefficients for categorical variables (frequency of behavioral features). Cronbach's alphas indicating internal consistency of EDE-Q ranged from 0.71 to 0.91. ICCs and PCCs indicating the test-retest reliability of each subscale and the global score of the questionnaire ranged from 0.55 to 0.70 and from 0.58 to 0.73 respectively. Kendal tau b coefficients indicating the test-retest reliability of items assessing behavioral features ranged from 0.22 to 0.57. All the above correlations that concern the test-retest reliability of the EDE-Q were statistically significant at the 0.001 level. The Greek version of EDE-Q 6.0, standardized in a sample of secondary school students, presents adequate test-retest reliability and internal consistency as well.

Key words: Eating disorders, eating disorders examination questionnaire (EDE-Q), reliability, adolescents, students.

Βιβλιογραφία

1. Treasure J, Claudino AM, Zucker N. Eating Disorders. *Lancet* 2010, 375:583–593
2. Hoek HW, van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord* 2003, 34:383–396
3. Hudson JL, Hiripi E, Pope HG Jr, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 2007, 61:348–358
4. Crowther JH, Sherwood NE. Assessment. In: Garner DM, Garfinkel PE (eds) *Handbook of treatment for eating disorders*. Guilford Press, New York, 1997:34–49
5. Allen KL, Fursland A, Watson H, Byrne SM. Eating disorders diagnoses in general practice settings: comparison with structured clinical interview and self-report questionnaires. *J Ment Health* 2011, 20:70–280
6. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garnfinkel P. The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med* 1982, 12:871–878
7. Garner DM, Olmsted MP, Polivy J. Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord* 1983, 2:15–34
8. Fairburn CG, Beglin SJ. Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? *Int J Eat Disord* 1994, 16:363–370
9. Stice E, Telch CF, Rizvi SL. Development and validation of the Eating Disorder Diagnostic Scale: a brief self-report measure of Anorexia, Bulimia and Bing-Eating Disorder. *Psychol Assess* 2000, 12:123–131
10. Σίμος Γ. *Διερεύνηση των ψυχογενών διαταραχών στην πρόσληψη τροφής και των δυνατοτήτων πρόληψης*. Διδακτορική Διατριβή, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη, 1996
11. Yannakouli M, Matalas AL, Yiannakouris N, Papoutsakis C, Passos M, Klimis-Zacas D. Disordered eating attitudes: an emerging health problem among Mediterranean adolescents. *Eat Weight Disord* 2004, 9:126–133
12. Μωρόγιαννης Φ. *Διαταραχές διατροφής και ψυχοπαθολογία (Επιδημιολογική έρευνα σε μαθητές Λυκείου στον Νομό*

- Ιωαννίνων). Διδακτορική Διατριβή, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, 2000
13. Angelopoulos P, Tsitsas G, Milionis H, Blachaki C, Manios Y. Psychological and anthropometrical risk factors in the appearance of eating disorders in 11 years old children in the prefecture of Ioannina. Poster presented at 2nd International Congress on Brain and Behaviour, 17–20 November 2005, Thessaloniki. *Ann Gen Psychiatry* 2006, 5(Suppl 1):S123
 14. Μπακομήτρου Φ. Διαταραχές πρόσληψης τροφής στον φοιτητικό πληθυσμό και πιθανές συσχετίσεις με την ιδιοσυγκρασία. Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Κλινικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Αθηνών, 2004
 15. Παπαμάρκου Σ. Ψυχολογικά χαρακτηριστικά ατόμων με διαταραχές πρόσληψης τροφής. Πτυχιακή Εργασία. Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, 2008
 16. Δεμερτζή Μ. *Εικόνα σώματος, διαταραχές λήψης τροφής και ψυχική υγεία σε νεαρές γυναίκες*. Πτυχιακή Εργασία. Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, 2008
 17. Γονιδάκης Φ, Λιακοπούλου Ε, Ψυχουντάκη Μ, Βάρσου Ε, Σολδάτος Κ. Διαφορές στη συμπτωματολογία διαταραχών πρόσληψης τροφής μεταξύ αθλητών και μη αθλητών. *Αρχ Ελλην Ιατρ* 2008, 25:341–347
 18. Wilson GT, Nonas CA, Rosenblum GD. Assessment of binge eating in obese patients. *Int J Eat Disord* 1993, 8:173–179
 19. Decaluwe V, Braet C, Fairburn CG. Binge eating in obese children and adolescents. *Int J Eat Disord* 2002, 33:78–84
 20. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th edition. Text Revision. American Psychiatric Association, Washington DC, 2000
 21. Garner D. Measurement of eating disorder psychopathology. In: Fairburn CG, Brownell KD (eds) *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. 2nd edition. Guilford Press, New York, 2002:141–146
 22. Luce KH, Crowth JH. The reliability of the Eating Disorders Examination-Self Report Questionnaire Version (EDE-Q). *Int J Eat Disord* 1999, 25:349–351
 23. Mond JM, Hay PJ, Rodgers B. Temporal stability of the Eating Disorder Examination Questionnaire. *Int J Eat Disord* 2004, 36:195–203
 24. Peterson CB, Crosby RD, Wonderlich SA. Psychometric properties of the eating disorder examination questionnaire: Factor structure and internal consistency. *Int J Eat Disord* 2007, 40:386–389
 25. Grilo CM, Masheb RM, Wilson GT. A comparison of different methods for assessing the features of eating disorders in patients with binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol* 2001, 69:317–322
 26. Passi VA, Bryson SW, Lock J. Assessment of eating disorders in adolescents with anorexia nervosa: Self-report questionnaire versus interview. *Int J Eat Disord* 2002, 34:45–54
 27. Carter JC, Aime AA, Mills JS. Assessment of bulimia nervosa: a comparison of interview and self-report questionnaire methods. *Int J Eat Disord* 2001, 30:187–192
 28. Binford RS, Le Grange D, Courtney C. Eating Disorders Examination versus Eating Disorders Examination-Questionnaire in adolescents with full and partial-syndrome bulimia nervosa and anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2004, 37:44–49
 29. Wolk SL, Loeb KL, Walsh BT. Assessment of patients with anorexia nervosa: interview versus self-report. *Int J Eat Disord* 2005, 37:92–99
 30. Mond JM, Hay PJ, Rodgers B. Validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) in screening for eating disorders in community samples. *Behav Res Ther* 2004, 42:551–567
 31. Le Grange D, Telch CF, Agras WS. Eating and general psychopathology in a sample of Caucasian and ethnic minority subjects. *Int J Eat Disord* 1997, 21:285–293
 32. Kalarchian MA, Wilson GT, Brolin RE, Bradley L. Assessment of eating disorders in bariatric surgery candidates: self-report questionnaire versus interview. *Int J Eat Disord* 2000, 28:465–469
 33. Mond J, Hay P, Rodgers B, Owen C. Self-recognition of disordered eating among women with bulimic-type eating disorders: a community-based study. *Int J Eat Disord* 2006, 39:747–753
 34. Engel SG, Corneliusen SJ, Wonderlich SA, Crosby RD, Le Grange D, Crow S et al. Impulsivity and compulsivity in bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 2005, 38:244–251
 35. Fairburn CG, Beglin S. Eating disorder examination questionnaire (EDE-Q 6.0) In: Fairburn CG (ed) *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. Guilford Press, New York, 2008:309–314
 36. Κωστοπούλου Μ. *Γνωσιακές διαστρεβλώσεις στις διαταραχές πρόσληψης τροφής: η «σύγχυση σκέψης και σωματικού εαυτού»*. Διδακτορική διατριβή, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, 2007
 37. Χιώτης Δ, Κρίκος Ξ, Τσίφτης Γ, Χατζησυμεών Μ, Μανιάτη-Χριστίδη Μ, Δάκου-Βουτετάκη Α. Δείκτης μάζας σώματος (BMI) και ποσοστό παχυσαρκίας σε άτομα της ευρύτερης περιοχής Αθηνών, ηλικίας 0–18 ετών. *Δελτ. Α΄ Παιδ Κλιν Πανεπ Αθηνών* 2004, 51:139–154
 38. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000, 320:1240–1243
 39. Dietz WH, Bellizzi MC. Assessment of childhood and adolescent obesity; results from an International Obesity Task Force Workshop, Dublin. *Am J Clin Nutr* 1999, 70:117–175
 40. World Health Organization. *Process of translation and adaptation of instruments*. WHO 2011 (Cited 1 September 2011) Available from http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/index.html
 41. Bland JM, Altman DG. Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurements. *Lancet* 1986, 1:307–310
 42. Elder KA, Grilo CM. The spanish language version of the eating disorder examination questionnaire: comparison with the spanish language version of the eating disorder examination and test-retest reliability. *Behav Res Ther* 2007, 45:1369–1377
 43. Ramli M, Jamaiyah H, Noor Azimah M, Khairani O, Adam B. Cross-cultural adaptation and validation of the Bahasa Malaysia version of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). *Malays J Psychiatry* 2008, 17:55–63
 44. Becker AE, Thomas JJ, Bainivualiku A, Richards L, Navara K, Roberts AL et al. HEALTHY Fiji Study Group. Validity and reliability of a Fijian translation and adaptation of the eating disorder examination questionnaire. *Int J Eat Disord* 2010, 43:171–178
 45. Yucel B, Polat A, Ikiz T, Dugor BP, Elif Yavuz A, Sertel Berk O. The turkish version of the eating disorder examination questionnaire: reliability and validity in adolescents. *Eur Eat Disord Rev* 2011, DOI:10.1002/erv.1104
 46. Rø O, Reas DL, Lask B. Norms for the eating disorder examination questionnaire among female university students in Norway. *Nord J Psychiatry* 2010, 64:428–432
 47. Crowther JH, Lilly RS, Crawford PA, Shepherd KL. The stability of the eating disorder inventory. *Int J Eat Disord* 1992, 12:97–101
 48. Countourier JL, Lock J. Denial and minimization in adolescents with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2006, 39:212–216
 49. Micali N, House J. Assessment measures for child and adolescent eating disorders: a review. *Child Adolesc Ment Health* 2011, 16:122–127
 50. Goldschmidt A, Doyle AC and Wilfley DE. Assessment of binge eating in overweight youth using a questionnaire version of the Child Eating Disorder Examination with instructions. *Int J Eat Disord* 2007, 40:460–467

Αλληλογραφία: Σ. Πλιατσκίδου, 11ης Διλοχίας 8, 682 00 Ορεσιτιάδα
 Τηλ: 25510-30332, Fax: 25510-30363
 e-mail: pliatiskidou_1966@hotmail.com