

# EDI-3

David M. Garner

Nederlandse versie

Tatjana van Strien

## Inventarisatie van eetstoornissymptomen

### Handleiding



AMSTERDAM · BERN · FIRENZE · GÖTTINGEN · HELSINKI · KØBENHAVN · OXFORD · PARIS · PRAHA · STOCKHOLM · WIEN

HOGREFE



# EDI-3

Inventarisatie van eetstoornissymptomen

## Handleiding

David M. Garner

Nederlandse versie  
Tatjana van Strien

# Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>De EDI-3: inventarisatie van eetstoornissymptomen</b>	<b>7</b>
1.1	Ontwikkeling en structuur	7
1.2	Schalen	11
1.3	Composieten	11
1.4	Validiteitsschalen en de EDI-3 diagnoselijst	12
1.5	Overeenkomsten en verschillen met de EDI-II	12
<b>2</b>	<b>Afname en scoring van de EDI-3</b>	<b>15</b>
3.1	Testmateriaal	15
3.2	Afname	15
3.3	Scoring	16
<b>3</b>	<b>Interpretatie</b>	<b>21</b>
3.1	Toelichting bij het gebruik	21
3.2	Casussen	22
<b>4</b>	<b>Normering</b>	<b>33</b>
4.1	Representativiteit van de steekproeven	33
4.2	Vaststellen van de normgroepen en normscores	33
<b>5</b>	<b>Psychometrische kenmerken</b>	<b>37</b>
5.1	Betrouwbaarheid	37
5.2	Interne validiteit	39
5.3	Externe validiteit	41
	<b>Referenties</b>	<b>49</b>
	<b>Bijlage 1 Voorlopige eetstoornisdiagnose met de diagnoselijst</b>	<b>51</b>
	<b>Bijlage 2 t-scores van twee vrouwelijke patiëntgroepen (13-17 en 18-39 jaar)</b>	<b>53</b>
	<b>Bijlage 3 Omzettafel van t-scores naar percentielen</b>	<b>55</b>
	<b>Bijlage 4 Normtabellen</b>	<b>57</b>
1a – 1d	Mannen (13-17 jaar)	57
2a – 2d	Mannen (18-39 jaar)	61
3a – 3d	Vrouwen (13-17 jaar)	65
4a – 4d	Vrouwen (18-39 jaar)	69

# 1 De EDI-3: inventarisatie van eetstoornis-symptomen

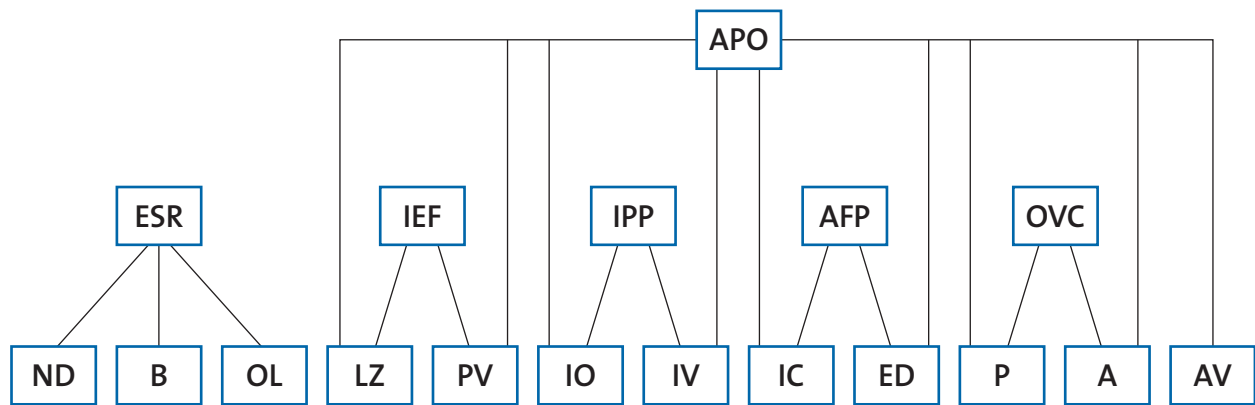
De *Eating Disorder Inventory 3* (EDI-3) is een herziening van de EDI-II, de veelgebruikte zelfrapportagelijst die met een bepaalde eetstoornis samenhangende symptomatologie in kaart brengt. De EDI-3 meet psychologische en gedragskenmerken die met eetstoornissen samenhangen en is dan ook geen diagnostisch instrument – het leidt niet tot een formele eetstoornisdiagnose zoals anorexia nervosa en boulimia nervosa. Ervan uitgaande dat een eetstoornis er voor ieder individu geheel anders uitziet en dat een eetstoornis dus eerder een heteroog dan homogeen syndroom is, kan met behulp van de EDI-3 een uniek psychologisch profiel worden gemaakt. In een klinische setting kan zo op snelle en eenvoudige wijze de symptomatologie van de individuele patiënt in kaart worden gebracht, wat een behandeling op maat mogelijk maakt. Ook kan worden vastgesteld, door de EDI tussen-tijds meerdere keren af te nemen, of de therapie bij de patiënt aanslaat en hoe ver het genezingsproces al is gevorderd. In een niet-klinische setting is de EDI-3, doordat deze gemakkelijk bij grote groepen mensen kan worden afgenomen, geschikt voor screening, door de verkregen scores met de normscores te vergelijken. Op de middelbare school, de universiteitscampus, de sport- of balletschool kunnen er niet alleen mannen en vrouwen met sub-klinische vormen van eetstoornissen mee worden opgespoord, maar ook personen die risico lopen later een eetstoornis te ontwikkelen. Ten slotte is de EDI-3 een belangrijk instrument bij onderzoek naar eetstoornissen. De lijst wordt bijvoorbeeld gebruikt in onderzoek naar de etiologie van eetstoornissen of naar de effecten van verschillende behandelvormen.

## 1.1 Ontwikkeling en structuur

De constructie van de EDI vond plaats volgens de klassieke testtheorie. Nadat belangrijke thema's in de eetstoornisliteratuur waren vastgesteld, werd voor elk van deze thema's – waar de uiteindelijke schalen een maat voor zijn – een aantal items geconstrueerd. Doorslaggevend criterium voor de selectie van een item in de uiteindelijke item-pool was de item-totaalcorrelatie en het differentiërend vermogen van dat item voor een groep patiënten met anorexia nervosa en een vrouwelijke controlegroep. Vervolgens zorgden theoretische ontwikkelingen na 1991 (de publicatie van de EDI-II) voor een verfijning van de voor eetstoornispathologie relevant geachte psychologische domeinen, resulterend in de huidige EDI-3 met 12 primaire schalen, 6 composieten en 3 validiteitsschalen. Bij eetstoornissen is een algemeen erkend probleem dat patiënten met een beginnende eetstoornis niet erg gemotiveerd zijn om zich te laten behandelen. De validiteitsschalen kunnen de clinicus op de mogelijke aanwezigheid van een *response bias* attenderen.

De eerste versie van de EDI bestond uit 64 items en acht schalen (Garner, Olmstead & Polivy, 1983). In 1991 werd de lijst met 27 items uitgebreid ten behoeve van drie nieuwe schalen: *Asceticisme*, *Impulsregulatie* en *Sociale onzekerheid* (EDI-II, Garner, 1991). De EDI-II bestond dus uit 91 items en 11 schalen. De EDI-3 is in 2004 door Garner ontwikkeld om de psychometrische en inhoudskwaliteit van de verschillende schalen te verbeteren. De EDI-3 bestaat uit exact dezelfde 91 items als de EDI-II, maar nu verdeeld over 12 primaire schalen en 6 samengestelde schalen (composieten). In figuur 1.1 is de structuur van de schalen en composieten weergegeven.

De EDI-3 revisie is gebaseerd op uitkomsten van psychometrisch onderzoek met een klinische steekproef uit de Verenigde Staten en een internationale klinische steekproef uit Australië, Canada, Italië en Nederland (zie Garner, 2004). Bij dit onderzoek heeft Garner een tweestapsbenadering toegepast. In stap 1 zijn op itemniveau met exploratieve factoranalyses de ladingen van de afzonderlijke items op de 12 factoren vastgesteld. In stap twee is op



ND: Najagen van dunheid, B: Boulimia, OL: Ontevredenheid met het lichaam, LZ: Lage zelfachting, PV: Persoonlijke vervreemding, IO: Interpersoonlijke onzekerheid, IV: Interpersoonlijke vervreemding, IC: Interoceptieve problemen, ED: Emotionele disregulatie, P: Perfectionisme, A: Asceticisme, AV: Angst voor volwassenheid, ESR: Eetstoornisrisico, IEF: Ineffectiviteit, IPP: Interpersoonlijke problemen, AFP: Affectieve problemen, OVC: Overcontrole, APO: Algemene psychologische onangepastheid.

**Figuur 1.1** Schematisch overzicht van de schalen en composieten.

schaalniveau (de somscores van de 12 schalen) een confirmatieve factoranalyse (CFA) uitgevoerd. Daarnaast is er een CFA uitgevoerd met de composiet *Eetstoornisrisico* en de andere psychologische composieten (Garner, 2004). Elosua en López-Jáuregui (2011) hebben met een Spaanse versie van de EDI-3 Garners structuur (de structuur op basis van de som scores van elk der 12 subschalen) met een CFA gerepliceerd. Geen van beide studies toetsten met een CFA de factoriële validiteit van de 12 subschalen op *itemniveau*. Garcia-Grau en collega's (2010) deden dit wel, en vonden geen ondersteuning voor de voorgestelde twaalfactorstructuur op *itemniveau*. De steekproef in deze studie was echter wel groot ( $n = 738$ ), maar niet representatief voor de Spaanse bevolking (vrouwelijke middelbare scholieren). Daarentegen vonden Clausen en collega's (2011; Deense versie) bij een grote klinische ( $n = 561$ ) en controlegroep ( $n = 878$ ) met een CFA op *itemniveau* wel ondersteuning voor de dimensionele validiteit van de 12 schalen. Ook waren er in deze studie goede resultaten ten aanzien van de betrouwbaarheid, specificiteit en sensitiviteit van de schalen.

In een Nederlandse studie van Lehman en collega's (2013) werd bij een klinische steekproef ( $n = 514$ ) eveneens ondersteuning voor de 12 subschalen gevonden. Ook was er ondersteuning voor een tweede-ordemodel bestaande uit een eetstoornisspecifieke en een algemeen psychologische composiet (Lehman et al., 2013). De uitkomsten ondersteunden niet voor alle items de toewijzing aan de specifieke subschaal (zie Lehman et al., 2013). Ook bleek dat de boulimiaschaal niet substantieel bijdroeg aan de composiet *Eetstoornisrisico*. De ongetransformeerde en getransformeerde schaalscores lieten ongeveer identieke uitkomsten zien. Voor de Nederlandse versie van de EDI-3 lijkt het dus wenselijk de door Garner voorgestelde itemtransformatie op te volgen. De betrouwbaarheidsanalyses lieten voor elk van de 12 subschalen goede tot uitstekende resultaten zien, waarbij slechts één schaal (*Emotionele disregulatie*) een score kleiner dan 0.70 had. Een ROC-curveanalyse ter bepaling van het onderscheidend vermogen van de EDI-3 tussen een klinische en niet- klinische steekproef (270 vrouwelijke studenten aan de Universiteit van Tilburg) liet over het geheel genomen eveneens uitstekende resultaten zien (zie Lehman et al., 2013). De schalen *Interpersoonlijke onzekerheid* en *Angst voor volwassenheid* vormden hierbij een uitzondering.

De 91 items zijn stellingen die worden beantwoord op een zespuntsschaal (nooit, zelden, soms, vaak, meestal, altijd). De codering is zodanig dat antwoorden die niet wijzen op eetstoornissymptomen minder gedifferentieerd worden dan antwoorden die daar wel op wijzen. Een voorbeeld hiervan is item 2: *Ik denk erover om te gaan lijnen*. De antwoorden *nooit* en *zelden* krijgen allebei 0 punten; de overige antwoorden krijgen 1 tot 4 punten. Voor items die positief zijn geformuleerd, bijvoorbeeld item 1: *Ik eet [...] zonder mij zenuwachtig te voelen*, geldt uiteraard het omgekeerde: de antwoorden *meestal* en *altijd* krijgen daarbij allebei 0 punten. Op deze manier wijst een hoge score dus op eetstoornissymptomen. De items behorende bij elke schaal zijn weergegeven in tabel 1.1. De opletende gebruiker zal opmerken dat item 71 niet wordt gescoord.

## 1.2 Schalen

De schalen *Najagen van dunheid*, *Boulimia* en *Ontevredenheid met het lichaam* bestaan alle uit items die te maken hebben met gewicht en eetgedrag. Zij gaan over preoccupatie met lichaamsgewicht, de neiging tot het eten van overmatige hoeveelheden voedsel en purgeren en ontevredenheid met lichaamsdelen. Samen vormen deze drie schalen de compositie *Eetstoornisrisico*.

De resterende negen schalen gaan over psychologische (persoonlijkheids)dimensies die relevant worden geacht voor de pathogenese van eetstoornissen. *Lage zelfachting* meet gevoelens van inadequatie, onzekerheid en gebrek aan eigenwaarde. *Persoonlijke vervreemding* meet emotionele leegheid, eenzaamheid en gebrek aan zelfinzicht. *Interpersoonlijke onzekerheid* gaat over gevoelens van onzekerheid en ongelukkigheid in het sociale verkeer; ook meet het de mate waarin persoonlijke gedachten en gevoelens met anderen worden gedeeld. *Interpersoonlijke vervreemding* gaat over teleurstelling, afstand en vervreemding in sociale relaties. *Interoceptieve problemen* gaat over problemen met het herkennen en benoemen van emoties, honger en verzadiging. De items 8 en 44 gaan specifiek over affectieve angst, terwijl de overige items over affectieve verwarring gaan. *Emotionele disregulatie* meet impulsiviteit, woede, roekeloosheid en de neiging tot zelfdestructie. Daarnaast bevat deze schaal twee items over middelenmisbruik; 72 en 81. Bekijk de antwoorden op deze items goed om een eventuele aanwijzing voor het risico op middelenmisbruik niet over het hoofd te zien. *Perfectionisme* gaat over het nastreven van (extreem) hoge doelen. De items 13, 29 en 43 gaan over perfectionisme dat gedreven wordt vanuit de sociale omgeving, terwijl de overige items gaan over perfectionisme vanuit *het zelf*. *Asceticisme* gaat over het nastreven van deugdzaamheid via soberheid. *Angst voor volwassenheid* gaat over het (terug)verlangen naar de kindertijd.

## 1.3 Composieten

De scores op de composieten worden bepaald aan de som van de t-scores op twee of drie schalen. Op die manier wegen alle schalen even zwaar mee, ongeacht het aantal items waaruit de schalen bestaan.

De compositie *Eetstoornisrisico* geeft een algemene indruk van het risico op eetstoornissen en bestaat uit de som van de t-scores op de schalen *Najagen van dunheid*, *Boulimia*, en *Ontevredenheid met het lichaam*.

De compositie *Ineffectiviteit* bestaat uit de som van t-scores van de schalen *Lage zelfachting* en *Persoonlijke vervreemding*. Een hoge score op deze schaal reflecteert een laag zelfbeeld en een gevoel van emotionele leegte.

De compositie *Interpersoonlijke problemen* bestaat uit de som van de t-scores op de schalen *Interpersoonlijke onzekerheid* en *Interpersoonlijke vervreemding*. Een hoge score op deze compositie is een sterke voorspeller van een slechte respons op een behandeling. Het geeft aan dat de respondent gelooft dat sociale relaties onzeker, teleurstellend, niet belonend en van slechte kwaliteit zijn. Er is sprake van een ernstige beschadiging in de mogelijkheid om zich te hechten, wat ook voor de therapeutische relatie niet zonder gevolgen blijft.

De compositie *Affectieve problemen* bestaat uit de som van de t-scores op de schalen *Interoceptieve problemen* en *Emotionele disregulatie* en reflecteert ernstige problemen met de interpretatie van emotionele cues en de wijze waarop de respondent op dit soort cues reageert. Problemen met het herkennen van, benoemen van en omgaan (copen) met negatieve emoties kan een belangrijke instandhoudende factor zijn bij de eetstoornis en moet daarom worden gezien als kernprobleem voor de therapie.

De compositie *Overcontrole* bestaat uit de som van de t-scores op de schalen *Perfectionisme* en *Asceticisme*. Deze compositie reflecteert het najagen van perfectie door middel van het jezelf wegcijferen en lijden. Perfectionisme in combinatie met extreme zelfopoffering en controle van lichaamsbehoeftes is historisch terug te voeren op religieuze asceten die het najagen van spirituele deugden ten koste van het lichaam bepleitten. In de eetstoornisdiagnose kan deze compositie wijzen op identiteitsbepalende constructen die vanwege hun associatie met deugdzaamheid maar moeilijk te veranderen zijn.

De compositie *Algemene psychologische onaangepastheid* bestaat uit de som van de t-scores op alle negen psychologische schalen van de EDI-3. Hoewel het combineren van alle losse schaalscores tot één totaalscore gepaard gaat met veel verlies aan informatie, kan een extreem hoge score een indicatie zijn van de aanwezigheid van een invaliderende response set bij de respondent. Daarnaast kan het ook aangeven dat er sprake is van een hoge mate van psychopathologie.