

The Hungarian Adaptation of the Parent Eating Disorder Examination Questionnaire

NORA RABAVOLGYI¹, KITTI NEMETH², CATHERINE R. DRURY³, BRIGITTA SZABO^{1,4}

¹ Eötvös Loránd Tudományegyetem Pszichológiai Intézet, Fejlődés- és Klinikai Gyermekpszichológia Tanszék, Budapest

² Bobai Evangélikus Egyházközség, Boba

³ Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, University of California, San Francisco

⁴ Semmelweis Egyetem Klinikai, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Pszichológia Tanszék, Budapest

Aim: It is recommended to consider multiple sources of information when assessing eating disorder symptoms in adolescents. The Parent Eating Disorder Examination Questionnaire (PEDE-Q) measures the parent-reported eating disorder symptoms of adolescents. The aim of the present study was to validate the Hungarian version of the PEDE-Q in a community-based Hungarian sample. Our further aim was to examine the relationship between the questionnaire and adolescents' self-reported eating disorder symptoms, as well as parents' own eating attitudes. **Method:** 201 parents aged between 32 and 68 years (155 mothers) completed the PEDE-Q and the Eating Attitudes Test-26. Additionally, 195 adolescents aged between 12 and 18 years (55.7% girls) completed the self-administered Psychiatric Scales for Children and Adolescents – Psychogenic Eating Scale. We conducted confirmatory factor analyses to examine the factor structure of the Hungarian PEDE-Q. For further bivariate analyses, we used Pearson correlations. **Results:** After adding modification indices, the revised hierarchical model, where the three first-order factors (Restraint, Eating Concern, and Shape/Weight Concern) loaded onto a second-order general eating disorder factor, showed acceptable properties (CFI = 1.000, TLI = 0.999, RMSEA = 0.031 [90% CI: 0.017–0.042], SRMR = 0.084; α = 0.83–0.94). A moderate positive correlation was found between the self-reported and the parent-reported adolescent eating disorder symptoms. The results also showed a weak positive correlation between the parent-reported adolescent symptoms and the parents' own symptoms. **Conclusion:** The Hungarian Parent Eating Disorder Examination Questionnaire is a valid and reliable measure of parent-reported eating disorder symptoms of adolescents. The association between adolescent and parental reports highlights the importance of multi-informant assessments in identifying eating disorder symptoms in youth.

(Neuropsychopharmacol Hung 2025; 27(3): 169–184)

Keywords: eating, eating attitudes, eating disorders, adolescent

INTRODUCTION

Eating disorders (EDs) are mental health conditions involving disrupted eating behaviors, loss of control over food intake or habits, and distorted body image and weight perception (American Psychiatric Association [APA], 2022). EDs commonly present during adolescence and young adulthood (World Health Organization [WHO], 2024). They are linked to psychological characteristics like perfectionism, low self-esteem, and body dissatisfaction, and are frequently associated with anxiety and depression (Bills et al., 2023; Micali et al., 2015). They also have high mortality rates, due to medical complications and suicide (Gibson et al., 2019). These risks highlight the importance of early detection. Besides clinically diagnosed EDs, many individuals exhibit subclinical symptoms that resemble clinical cases but do not fully meet diagnostic criteria. Early identification and treatment of these patients can prevent their symptoms from escalating over time (Wacker, 2018).

Adolescent ED psychopathology is associated with challenges such as denial or minimization of symptoms (Swanson et al., 2014), which might be due to developmental characteristics such as limited emotional insight and verbal expression (Swanson et al., 2014; Bravender et al., 2007). Therefore, involving parents as informants can improve diagnostic accuracy, as parents are able to report on the ED symptoms and behaviors observed in their child. Previous studies suggest that self-report and parent-report measures of ED symptoms often show weak to moderate agreement. According to Salbach-Andrae et al. (2008), parent-child concordance was stronger for externalizing than for internalizing symptoms, and adolescents with bulimia nervosa showed higher parent-child agreement than those with anorexia nervosa. While parents may underestimate the frequency of ED behaviors (Mariano et al., 2013), parent report has been found to identify more ED cases than youth report, particularly among adolescents with anorexia nervosa (Drury et al., 2023).

Significant associations are also documented between parental eating attitudes and adolescent ED symptoms. Canals et al. (2009) found that mothers of adolescents with EDs had higher levels of body dissatisfaction, ineffectiveness, and internalization of thin ideals. Bould et al. (2015) showed that parental EDs significantly increased the risk of eating pathology in children.

Gender differences in ED symptoms are also frequently observed. Striegel-Moore et al. (2009) revealed that girls report higher levels of body dissatisfaction, dietary restraint, and ED-related psychopathology compared to boys, likely due to the internalization of gender-specific appearance ideals and sociocultural pressures.

The Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q; Fairburn & Beglin, 1994, 2008) is a self-report questionnaire designed to assess ED psychopathology. The original version includes four factors (Fairburn & Beglin, 2008), though some studies found a three-factor structure: Restraint, Eating Concern, and Shape/Weight Concern (Barnes et al., 2012). The Parent Eating Disorder Examination Questionnaire (PEDE-Q; Drury et al., 2023) was developed based on the EDE-Q to incorporate parents' perspectives into the assessment of children's ED symptoms. The PEDE-Q mirrors the items and scoring of the EDE-Q, reworded to address the parent concerning their child. Thus, parents are asked to report on the ED symptoms and behaviors they observed over the past 28 days. To our knowledge, there are no validated parent-report questionnaires in Hungarian that assess ED symptoms. Hence, our research aims to translate and validate the PEDE-Q for future screening purposes (see appendix for Hungarian translation).

HYPOTHESES

1. The Hungarian version of the PEDE-Q demonstrates adequate psychometric properties and a three-factor structure, similar to the findings of the original authors (Grilo et al., 2013; Drury et al., 2023).
2. We expect a positive, weak to moderate correlation between the intensity of the adolescents' self-reported and parent-reported ED symptoms (Drury et al., 2023).
3. A positive, weak to moderate correlation is expected between the intensity of the adolescents' self-reported symptoms and the parents' self-reported ED symptoms (Canals et al., 2009).
4. We expect a weak to moderate positive correlation between the intensity of the parent-reported adolescent ED symptoms and the parents' self-reported symptoms (Bould et al., 2015).
5. We expect a higher mean level of ED symptoms in girls than in boys (Striegel-Moore et al., 2009).

PARTICIPANTS AND METHOD

Participants

201 parents aged between 32 and 68 years (155 mothers) completed the PEDE-Q and the Eating Attitudes Test-26, and 195 adolescents (55.7% girls) completed the self-administered Psychiatric Scales for Children and Adolescents – Psychogenic Eating Scale. Additional demographic details of the parents and children can be found in Table 1.

Measures

Parent Eating Disorder Examination Questionnaire
The PEDE-Q was used to assess the parents' perception of their child's ED symptoms (Table 2). Two independent translators translated the original PEDE-Q into Hungarian, which was merged by a third expert. Then, it was back-translated by a native speaker unfamiliar with the original instrument, which was approved by the original authors. Minor linguistic refinements were made to ensure conceptual and cultural equivalence. We checked for clarity and comprehensibility with a pilot test with parents. No further changes were required afterwards. On our sample, the Cronbach's α of the general ED scale was .92, the α of the Restraint subscale was .83, the α of the Eating Concern subscale was .84, and the α of the Shape/Weight subscale was .94. The questionnaire is being validated in Spanish, but no further adaptation has been published yet.

Self-administered Psychiatric Scales for Children and Adolescents – Psychogenic Eating Scale

We used the Psychogenic Eating Scale of the self-administered Psychiatric Scales for Children and Adolescents (SAFA-P; SAFA-T in Hungarian) to screen for the adolescents' self-reported ED symptoms. The internal consistency of the SAFA-P is considered good in the original (Cronbach's α = .80 - .88; Cianchetti et al., 2001) and the Hungarian (Cronbach's α = .86 - .92; Kő, 2005) versions, as well as in our sample (Cronbach's α for the total score was .90).

Eating Attitudes Test-26

We used the Eating Attitudes Test-26 (EAT-26) to screen the parents' ED symptoms. The scale is divided into three subscales: dieting behavior, tendencies toward bulimia, and oral control (Túry & Szabó, 2000). The Cronbach's α of the scale was .90 (Garner et al.,

Table 1. Demographic characteristics of the sample (N = 201)

Demographics		n (%)
Economic activity status	Actively employed	183 (90.1)
	Unemployed	1 (0.5)
	Stay-at-home parent	5 (2.5)
	On maternal leave	2 (1)
	Has a chronic illness	1 (0.5)
	Did not indicate	11 (5.4)
Financial status	Below average	7 (3.4)
	Average	151 (74.4)
	Above average	32 (15.8)
	Did not indicate	13 (6.4)
Relationship status	Married	131 (64.5)
	In a relationship	27 (13.3)
	Single	6 (3)
	Divorced	26 (12.8)
	Widow	1 (0.5)
	Did not indicate	12 (5.9)
Number of children	One	39 (19.2)
	Two	93 (45.8)
	Three	48 (23.6)
	Four (or more)	12 (5.9)
	Did not indicate	11 (5.4)
Highest education	Elementary school	1 (2)
	Secondary school	54 (26.6)
	College or university	136 (67)
	Did not indicate	11 (5.4)
Adolescents' current education	High school	150 (73.9)
	Vocational school	12 (5.9)
	Acquiring a trade	2 (1)
	Elementary school	36 (17.7)
	Did not indicate	3 (1.5)

1982), the α of a Hungarian sample was .94 (Piko et al., 2022), and the Cronbach's α in our sample was .90, indicating excellent internal consistency.

Table 2. Characteristics of the used measurements

Characteristic	PEDE-Q	SAFA-P	EAT-26
Type of report	Parent-reported, based on observation	Self-reported by adolescents	Self-reported by parents
Response format	7-point Likert scale: 0 = Not at all – 6 = Markedly or 0 = Not at all – 6 = Every day	3-point scale: 0 = False 1 = In between 2 = True	6-point Likert scale: 0 = Never, Rarely, and Sometimes 1 = Often 2 = Usually 3 = Always
Subscales	Four-factor structure: o Restraint o Eating Concern o Shape Concern o Weight Concern Three-factor structure: o Restraint o Eating Concern o Shape/Weight Concern	o Anorexia o Bulimia o Body Acceptance o Fear of Maturity o Perfectionism o Feelings of Inadequacy o Anorexia with Bulimia	o Dieting Behavior o Bulimic Tendencies o Oral Control

Note. PEDE-Q = Parent Eating Disorder Examination Questionnaire; SAFA-P = self-administered Psychiatric Scales for Children and Adolescents – Psychogenic Eating Scale; EAT-26 = Eating Attitudes Test – 26.

PROCEDURE

The study was approved by the Scientific and Research Ethics Committee (TUKÉB; case number: BM/9184-1/2024). Participants were recruited via convenience sampling from community samples of 12–18-year-olds and their parents. Guardians of underage children and adolescents received study information, gave written consent and completed a paper questionnaire. No deception occurred. Data collection took place between December 2024 and March 2025. As part of a broader research project, the questionnaire took approximately 20 minutes for parents and 30 minutes for adolescents, starting after reviewing the consent form. Participation was voluntary, and they could skip questions or withdraw anytime. Data were collected anonymously, stored securely at Eötvös Loránd University for five years, and treated with confidentiality. Contact details of the lead clinical psychologist were provided for support.

STATISTICAL ANALYSIS

For the factor analyses, we used R (Version 4.4.3) (R Core Team, 2025). For further statistics, we used SPSS (Version 28.0) (IBM Corp., 2021). PEDE-Q has a self-report version, for which the literature suggests a three-factor structure (Grilo et al., 2013; Drury et al., 2023; Hail et al., 2024). We decided to

conduct a confirmatory factor analysis (CFA) of the three-factor structure (Drury et al., 2023). We also conducted a bifactor CFA model, a one-factor and a hierarchical model. For the bivariate analyses, after executing transformations and checking for outliers, we examined gender differences in ED symptoms by conducting independent samples t-tests for the SAFA-P and PEDE-Q scales. Pearson correlation analyses were conducted to assess the scales' bivariate relationships.

RESULTS

The structural validity of the Parent Eating Disorder Examination Questionnaire

CFAs were conducted to explore the factor structure of the PEDE-Q (Table 2.). An initial three-factor model (Restraint, Eating Concern, Shape/Weight Concern) had high SRMR and high inter-factor correlations, suggesting a possible general factor. A bifactor model was tested but failed to converge. A hierarchical model, with the three factors loading onto a second-order general factor, met most fit criteria except for SRMR. A one-factor model also showed poor fit, so it was rejected. To improve model fit, modification indices were reviewed, and residual covariances were added. The modified hierarchical model achieved a better fit, so we decided to keep this solution (Table 3.).

Table 3. Results of the confirmatory factor analyses (N = 201)

Model	CFI	TLI	RMSEA	CI 90% RMSEA	SRMR	χ^2 (df)	p
One-factor	.985	.984	.080	.073-.088	.124	802.588 (350)	<.001
Three-factor	.988	.987	.071	.063-.078	.108	695.512 (347)	<.001
Hierarchical	.988	.987	.071	.063-.078	.108	695.512 (347)	<.001
Three-factor with adding correlations among item residual variances	.999	.999	.045	.035-.055	.086	460.910 (327)	<.001
Hierarchical with adding correlations among item residual variances	1.000	.999	.031	.017-.042	.084	401.721(337)	=.009

Note. CFA = Confirmatory factor analysis; χ^2 = weighted least square chi-square test of exact fit; df = Degrees of freedom; CFI = Comparative fit index; TLI = Tucker-Lewis index; RMSEA = Root mean square error of approximation; 90% CI = 90% confidence interval of the RMSEA; SRMR = standardized root mean square residual.

All subscales and the general scale showed high internal consistency (Cronbach's α : general = 0.92; Restraint = 0.83; Eating Concern = 0.84; Shape/Weight = 0.94). Most item-total correlations ranged from 0.45 to 0.91. Two items fell slightly below 0.40, but their acceptable factor loadings and subscale alphas justified retaining them in the final model (Table 4.). In the final hierarchical model, all first-order factors loaded strongly onto the general factor (Table 5.). Due to non-normality, inverse transformations were applied to subscales and logarithmic transformation to the global score. Despite appearing negative, correlations indicated strong positive associations between subscales and the global score, supporting the model's internal consistency (Table 6.).

Gender differences in the intensity of eating disorder symptoms

We transformed the PEDE-Q scales; therefore, any negative difference means a positive difference in the original data (Table 7.). The results showed a statistically significant difference in the total scores of the PEDE-Q between girls and boys, with a moderate effect size. This indicates that parents of girls reported more ED symptoms than caregivers of boys. We also found a significant difference between girls and boys in the Shape/Weight Concern subscale of the PEDE-Q with a moderate effect size, suggesting that parents detect more concerns related to body shape and weight in girls than boys. After Bonferroni correction, significant gender differences were found only in the SAFA Anorexia and Anorexia with Body Acceptance subscales, with girls reporting more symptoms (moderate effect size). No significant

differences emerged in the PEDE-Q Restraint and Eating Concern subscales.

Bivariate relationships

Due to transformations, the negative correlations of the PEDE-Q subscales are positive in the original data (Table 8.). After Bonferroni correction, the PEDE-Q global score showed weak but significant positive correlations with the SAFA Anorexia, Body Acceptance, their combined score, and Feelings of Inadequacy subscales. A moderate positive correlation was found in the SAFA global score and Bulimia subscale. No significant associations emerged in the SAFA Fear of Maturity or Perfectionism subscales.

A weak, positive, significant association emerged between the PEDE-Q global score and the EAT-26 total score. No significant association was found between the EAT-26 total score and the PEDE-Q subscales. We found no significant associations between the SAFA scales and the EAT-26 total score.

DISCUSSION

ED symptoms often emerge in adolescence (Solmi et al., 2022; WHO, 2024). At this age, they may downplay or lack insight into their struggles (Swanson et al., 2014). Including parent reports may enhance assessment accuracy; however, no validated Hungarian parent-report tool has been available. The current study aimed to validate the PEDE-Q (Drury et al., 2023) in a Hungarian community adolescent sample and explore its associations with adolescent and parent self-reports. We also examined links

Table 4. Key psychometric indicators of the Hungarian Parent Eating Disorder Examination Questionnaire (N = 201)

Factor	α	Item	Standardized factor loadings	Item-total correlations	Cronbach's α if Item Deleted
Restraint	.830	1. Attempts to restrict intake	.839	.764	.769
		2. Prolonged fasting	.894	.581	.837
		3. Avoidance of liked foods	.936	.864	.768
		4. Strict eating rules	.818	.733	.784
		5. Desire for empty stomach	.928	.779	.801
Eating Concern	.840	7. Food preoccupation	.845	.612	.818
		9. Fear of losing control over eating	.962	.725	.818
		13. Overeating episodes	.661	.598	.826
		14. Loss of control during overeating	.792	.723	.823
		15. Days of overeating	.842	.850	.811
		16. Self-induced vomiting	.782	.477	.841
		17. Laxative use	.714	.482	.842
		18. Driven/compulsive exercise	.499	.254	.852
		19. Eating in secret	.794	.508	.833
		20. Guilt after eating	.961	.773	.803
		21. Concern about others seeing them eat	.885	.728	.812
Shape/Weight Concern	.942	6. Desire for flat stomach	.640	.362	.947
		8. Shape/weight preoccupation	.832	.450	.946
		10. Fear of weight gain	.960	.827	.935
		11. Feeling fat	.953	.880	.933
		12. Desire to lose weight	.948	.866	.934
		22. Weight and self-evaluation	.936	.910	.932
		23. Shape and self-evaluation	.902	.858	.934
		24. Distress over weekly weighing	.845	.733	.938
		25. Dissatisfaction with weight	.823	.790	.936
		26. Dissatisfaction with shape	.828	.776	.937
		27. Discomfort seeing own body	.902	.861	.933
		28. Discomfort with others seeing body	.843	.828	.934

between adolescents' self-reported ED symptoms, parents' reports of their child's symptoms, and parents' own ED symptoms (Canals et al., 2009; Swanson, 2014; Bould, 2015).

Contrary to our hypothesis, the three-factor model (Drury et al., 2023) showed inadequate fit. A modified hierarchical model provided the best fit, with high internal consistency across scales. Correlations between factors supported a general ED factor, making the total score useful for screening. Although this differs from the original three-factor model, prior studies on self-report EDE-Q and PEDE-Q have also found hierarchical or bifactor structures (Barnes et al., 2012; Friborg et al., 2013; Klimek et al., 2021). The community nature of our sample may also contribute to the presence of a global factor, as parents in non-clinical settings might be more likely to notice general rather than specific ED symptoms.

We hypothesised a significant association between adolescents' self-reported and parent-reported eating disorder symptoms (Drury et al., 2023). We found a moderate positive correlation between the total scores. This supports previous findings that parents may overlook certain emotional aspects of eating disorders (Sharp & Fonagy, 2008), possibly due to adolescents withholding inner struggles or parents misinterpreting behaviors (Therriault et al., 2024).

Contrary to our third hypothesis, parental eating attitudes did not correlate significantly with adolescent ED symptoms. While some studies have found a link between parents' and adolescents' eating symptoms (Canals et al., 2009; Bould et al., 2015), others have not (García de Amusquibar & De Simone, 2003). ED symptoms may appear differently across generations. Adolescents' eating behaviors are often shaped by peer influence or social media, while parents' symptoms may be more internalized or long-

Table 5. Standardized Factor Loadings of the First-Order Factors in the Modified Hierarchical CFA Model

First-Order Factors	ED General
Restraint	.959
Eating Concern	.985
Shape/Weight Concern	.946

Note. CFA = Confirmatory factor analysis; ED General = second-order general eating disorder factor.

term (Redondo & Luyten, 2018). This might make it harder to detect a direct relationship between them. Keery et al. (2006) found that maternal dieting only influenced children's eating concerns when the child was aware of the dieting, highlighting the possible role of perception and modeling in the development of EDs.

We partially confirmed our fourth hypothesis: global parental attitudes showed weak correlations with total child symptom scores, but no associations emerged at the subscale level. This may reflect either perceptual biases, because parents' general concerns may influence their overall evaluation rather than specific symptom recognition. (Wang et al., 2025), or differences in the constructs measured by the subscales. These results highlight the value of multi-method assessments when relying on parent reports.

Supporting our fifth hypothesis, parents reported significantly more ED symptoms for girls than for boys on the PEDE-Q total score and the Shape/Weight Concern subscale. In adolescents' self-reports, girls scored higher only on the Anorexia and Anorexia with Body Acceptance subscales. These results may reflect sociocultural pressures emphasizing thinness in girls (Merino et al., 2024; Perloff, 2014)

Table 6. Correlations of the factors of the Parent Eating Disorder Examination Questionnaire (N = 201)

Factor	Restraint	Eating Concern	Shape/Weight Concern	ED General
Restraint	–			
Eating Concern	.64*	–		
Shape/Weight Concern	.70*	.58*	–	
ED General	-.80*	-.81*	-.92*	–

Note. Restraint = Parent Eating Disorder Examination Questionnaire Restraint subscale; Eating Concern = Parent Eating Disorder Examination Questionnaire Eating Concern subscale; Shape/Weight Concern = Parent Eating Disorder Examination Questionnaire Shape/Weight subscale; ED General = second-order general eating disorder factor;

* = $p < .001$ ($0.05/4 = .013$ using Bonferroni correction).

Table 7. Independent sample t-test results of PEDE-Q and SAFA scales, and gender

Scales	Boys		Girls		t(df)	p	Cohen's d	n (Boys/Girls)
	M	SD	M	SD				
PEDE Global	-3.86	0.96	-3.32	1.19	-3.55 (197.97)	<.001	-0.49	89 / 111
PEDE Restraint	0.92	0.19	0.84	0.25	2.64 (197.72)	.009	0.36	89 / 111
PEDE Eating Concern	0.89	0.21	0.84	0.25	1.61 (199)	.109	0.23	89 / 112
PEDE Shape/Weight Concern	0.85	0.21	0.69	0.29	4.59 (195.74)	<.001	0.63	89 / 111
SAFA Global	13.85	8.50	17.35	11.35	-2.46 (191.72)	.015	-0.34	85 / 109
SAFA Bulimia	2.20	2.71	2.77	3.60	-1.28 (193.95)	.204	-0.18	85 / 111
SAFA Anorexia	2.01	2.56	3.41	3.49	-3.25 (194.52)	.001	-0.45	86 / 111
SAFA Body Acceptance	1.74	1.97	2.68	2.72	-2.82 (194.94)	.005	-0.39	87 / 111
SAFA Fear of Maturity	2.63	1.74	2.78	1.72	-0.60 (195)	.547	-0.09	87 / 110
SAFA Perfectionism	3.36	1.41	3.41	1.52	-0.23 (196)	.816	-0.03	87 / 111
SAFA Inadequacy	1.78	1.76	2.31	2.04	-1.92 (195)	.057	-0.28	87 / 110
SAFA AnoBody	3.77	4.13	6.09	5.79	-3.28 (193.80)	.001	-0.45	86 / 111

Note. M = Mean; SD = Standard Deviation; PEDE = Parent Eating Disorder Examination Questionnaire; SAFA = self-administered Psychiatric Scales for Children and Adolescents Psychogenic Eating Disorder Scale; PEDE Global = PEDE total score; PEDE Restraint = PEDE Restraint subscale; PEDE Eating Concern = PEDE Eating Concern subscale; PEDE Shape/Weight Concern = PEDE Shape/Weight subscale; SAFA Global = SAFA total score; SAFA Bulimia = SAFA Bulimia subscale; SAFA Anorexia = SAFA Anorexia subscale; SAFA Body = SAFA Body Acceptance subscale; SAFA Fear of Maturity = SAFA Fear of Maturity subscale; SAFA Perfectionism = SAFA Perfectionism subscale; SAFA Inadequacy = SAFA Feelings of Inadequacy subscale; SAFA AnoBody = SAFA Anorexia + Body Acceptance subscale. (0.05/12 = .004 using Bonferroni correction).

and greater parental attention toward body-related concerns in daughters. It is also important to note that these measures were originally validated in girls and women, and may not adequately capture eating disorder symptoms more common in boys, (e.g., drive for muscularity). The absence of gender differences in Restraint and Eating Concern aligns with evidence that some disordered eating behaviors are represented similarly across genders (Mitchison et al., 2014; Smink et al., 2013).

This study introduced the first Hungarian parent-report measure for adolescent ED symptoms, expanding local assessment tools. Using both parent and self-reports, we applied a multi-informant approach. The adolescent sample represents a key developmental period for EDs (Solmi et al., 2022), with balanced gender distribution supporting broader applicability. However, the study's cross-sectional design limits causal interpretations and may reflect cohort effects shaped by cultural norms (Merino et al., 2024).

Convenience sampling, the overrepresentation of mothers, highly educated parents, and reliance on

a single caregiver's report also limit generalizability. Future research should include both caregivers, use longitudinal designs, and validate the questionnaire using clinical interviews. While the community sample supports screening efforts, clinical populations should also be studied. Larger, more representative samples are needed to strengthen findings.

The associations between parental eating attitudes and their reports of children's symptoms highlight the potential role of family dynamics and parental modeling. Future studies should examine clinical groups, cross-cultural patterns, and the PEDE-Q's long-term stability. As family-based therapy is the recommended treatment for EDs (NICE, 2017), our results emphasize the importance of including parents in both assessment and intervention.

CONCLUSION

The present study aimed to adapt and validate the Hungarian version of the PEDE-Q in a community-based adolescent sample. The results supported the three-factor structure with a higher-order general

Table 8. Bivariate relationships (Pearson's correlation coefficients) of the PEDE-Q, the SAFA-P, and the EAT-26

	Skew-ness	n	M(SD)	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.
1. PEDE Global	0.73	201	0.05 (0.08)	–												
2. PEDE Restraint	-1.59	201	0.32 (0.75)	-.80*	–											
3. PEDE Eating Concern	-1.60	201	0.36 (0.84)	-.81*	.64*	–										
4. PEDE Shape/Weight Concern	-0.75	201	0.66 (1.12)	-.92*	.70*	.58*	–									
5. SAFA Global	1.11	193	15.77 (10.31)	.33*	-.33*	-.29*	-.34*	–								
6. SAFA Bulimia	1.56	195	2.51 (3.24)	.32*	-.35*	-.33*	-.30*	.80*	–							
7. SAFA Anorexia	1.33	196	2.79 (3.18)	.30*	-.31*	-.25*	-.32*	.88*	.61*	–						
8. SAFA Body	1.09	197	2.27 (2.45)	.25*	-.21*	-.20*	-.28*	.84*	.57*	.72*	–					
9. SAFA Fear of Maturity	0.30	196	2.71 (1.73)	.13	-.13	-.01	-.12	.55*	.29*	.39*	.29*	–				
10. SAFA Perfectionism	-0.22	197	3.38 (1.47)	.01	-.01	.01	-.05	.30*	.10	.20*	.10	.24*	–			
11. SAFA Inadequacy	0.64	196	2.07 (1.93)	.29*	-.26*	-.25*	-.27*	.76*	.48*	.57*	.71*	.38*	.02	–		
12. SAFA AnoBody	1.25	196	5.07 (5.23)	.30*	-.28*	-.25*	-.33*	.93*	.64*	.95*	.91*	.37*	.17	.68*	–	
13. EAT Global	1.96	164	8.71 (5.88)	.21*	-.16	-.16	-.20	-.05	-.01	-.09	-.08	.03	-.14	.06	-.09	–

Note. M = Mean; SD = Standard Deviation; PEDE = Parent Eating Disorder Examination Questionnaire; SAFA = self-administered Psychiatric Scales for Children and Adolescents Psychogenic Eating Disorder Scale; PEDE Global = PEDE total score; PEDE Restraint = PEDE Restraint subscale; PEDE Eating Concern = PEDE Eating Concern subscale; PEDE Shape/Weight Concern = PEDE Shape/Weight subscale; SAFA Global = SAFA total score; SAFA Bulimia = SAFA Bulimia subscale; SAFA Anorexia = SAFA Anorexia subscale; SAFA Body = SAFA Body Acceptance subscale; SAFA Fear of Maturity = SAFA Fear of Maturity subscale; SAFA Perfectionism = SAFA Perfectionism subscale; SAFA Inadequacy = SAFA Feelings of Inadequacy subscale; SAFA AnoBody = SAFA Anorexia + Body Acceptance subscale; EAT Global = Eating Attitudes Test-26 total score.

* $p < .001$ (0.05/13 = .004 using Bonferroni correction)

factor, the final model demonstrated adequate fit and strong internal consistency. The PEDE-Q showed significant associations with both adolescent-reports and parental eating attitudes, which highlights the relevance of multi-informant assessment in the identification of EDs during adolescence. The PEDE-Q is validated in a community sample; therefore, it may be particularly suitable for assessment purposes in prevention-focused settings.

LIST OF ABBREVIATIONS

APA – American Psychiatric Association
CFA – Confirmatory Factor Analysis
CFI – Comparative Fit Index
DSM-5-TR – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition, Text Revision

EAT-26 – Eating Attitudes Test – 26 Items
ED – Eating Disorder
EDE-Q – Eating Disorder Examination Questionnaire
PEDE-Q – Parent Eating Disorder Examination Questionnaire
RMSEA – Root Mean Square Error of Approximation
SAFA-P – self-administered Psychiatric Scales for Children and Adolescents – Psychogenic Eating Scale
SRMR – Standardized Root Mean Square Residual
TLI – Tucker–Lewis Index
WHO – World Health Organization

CORRESPONDING AUTHOR: Szabó Brigitta
E-mail: szabo.brigitta@ppk.elte.hu

REFERENCES

- American Psychiatric Association (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Barnes, J., Prescott, T., & Muncer, S. (2012). Confirmatory factor analysis for the Eating Disorder Examination Questionnaire: Evidence supporting a three-factor model. *Eat. Behav.*, 13(4), 379–381. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2012.05.001>
- Bills, E., Greene, D., Stackpole, R., & Egan, S. J. (2023). Perfectionism and eating disorders in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Appetite*, 187, 106586. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2023.106586>
- Bould, H., Sovio, U., Koupil, I., Dalman, C., Micali, N., Lewis, G., & Magnusson, C. (2015). Do eating disorders in parents predict eating disorders in children? Evidence from a Swedish cohort. *Acta Psychiatr. Scand.*, 132(1), 51–59. <https://doi.org/10.1111/acps.12389>
- Bravender, T., Bryant-Waugh, R., Herczog, D., Katzman, D., Kreipe, R., Lask, B., Le Grange, D., Lock, J., Loeb, K., Madden, S., Nicholls, D., O'Toole, J., Pinhas, L., Rome, E., Sokol-Burger, M., Wallen, U., & Zucker, N. (2007). Classification of child and adolescent eating disturbances. *Int. J. Eat. Disord.*, 40(S3), S117–S122. <https://doi.org/10.1002/eat.20458>
- Canals, J., Sancho, C., & Arija, M. V. (2009). Influence of parent's eating attitudes on eating disorders in school adolescents. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*, 18(6), 353–359. <https://doi.org/10.1007/s00787-009-0737-9>
- Cianchetti, C., & Sannio Fascello, G. (2001). Scale psichiatriche di autosomministrazione per fanciulli e adolescenti (SAFA). *Organizzazioni Speciali*.
- Drury, C. R., Hail, L., Rienecke, R. D., Accurso, E. C., Coelho, J. S., Lock, J., Le Grange, D., & Loeb, K. L. (2023). Psychometric properties of the Parent Eating Disorder Examination Questionnaire. *Int. J. Eat. Disord.*, 56(9), 1730–1742. <https://doi.org/10.1002/eat.23999>
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *Int. J. Eat. Disord.*, 16(4), 363–370. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199412\)16<363::AID-EAT2260160405>3.0.CO;2#](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199412)16<363::AID-EAT2260160405>3.0.CO;2#)
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (2008). Eating disorder examination questionnaire (EDE-Q 6.0). In *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 309–313). Guilford Press.
- Friborg, O., Reas, D. L., Rosenvinge, J. H., & Rø, Ø. (2013). Core pathology of eating disorders as measured by the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): The predictive role of a nested general (g) and primary factors. *Int. J. Methods Psychiatr. Res.*, 22(3), 195–203. <https://doi.org/10.1002/mpr.1389>
- García de Amusquibar, A. M., & De Simone, C. J. (2003). Some features of mothers of patients with eating disorders. *Eat. Weight Disord.*, 8(3), 225–230. <https://doi.org/10.1007/BF03325018>
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychol. Med.*, 12(4), 871–878. <https://doi.org/10.1017/S0033291700049163>
- Gibson, D., Workman, C., & Mehler, P. S. (2019). Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Psychiatr. Clin. N. Am.*, 42(2), 263–274. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.009>
- Hail, L., Drury, C. R., McGrath, R. E., Murray, S. B., Hughes, E. K., Sawyer, S. M., Le Grange, D., & Loeb, K. L. (2024). Parent version of the Eating Disorder Examination: Reliability and validity in a treatment-seeking sample. *J. Eat. Disord.*, 12(1), 101. <https://doi.org/10.1186/s40337-024-01062-4>
- IBM Corp. Released 2021. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 28.0. IBM Corp
- Keery, H., Eisenberg, M. E., Boutelle, K., Neumark-Sztainer, D., & Story, M. (2006). Relationships between maternal and adolescent weight-related behaviors and concerns: The role of perception. *J. Psychosom. Res.*, 61(1), 105–111. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.01.011>
- Klimek, P., Convertino, A. D., Pennesi, J.-L., Gonzales, M., Roesch, S. C., Nagata, J. M., & Blashill, A. J. (2021). Confirmatory factor and measurement invariance analyses of the Eating Disorder Examination Questionnaire in sexual minority men and women. *Int. J. Eat. Disord.*, 54(5), 745–754. <https://doi.org/10.1002/eat.23488>
- Kő, N. (2005). SAFA Pszichopatológiai gyerekek és serdülők számára (kézikönyv). OS Hungary.
- Mariano, P., Watson, H. J., Leach, D. J., McCormack, J., & Forbes, D. A. (2013). Parent-child concordance in reporting of child eating disorder pathology as assessed by the eating disorder examination. *Int. J. Eat. Disord.*, 46(6), 617–625. <https://doi.org/10.1002/eat.22158>
- Merino, M., Tornero-Aguilera, J. F., Rubio-Zarapuz, A., Villanueva-Tobaldo, C. V., Martín-Rodríguez, A., & Clemente-Suárez, V. J. (2024). Body Perceptions and Psychological Well-Being: A Review of the Impact of Social Media and Physical Measurements on Self-Esteem and Mental Health with a Focus on Body Image Satisfaction and Its Relationship with Cultural and Gender Factors. *Healthc.*, 12(14), 1396. <https://doi.org/10.3390/healthcare12141396>
- Micali, N., Solmi, F., Horton, N. J., Crosby, R. D., Eddy, K. T., Calzo, J. P., Sonnevile, K. R., Swanson, S. A., & Field, A. E. (2015). Adolescent Eating Disorders Predict Psychiatric, High-Risk Behaviors and Weight Outcomes in Young Adulthood. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 54(8), 652–659. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.05.009>
- Mitchison, D., Hay, P., Slewa-Younan, S., & Mond, J. (2014). The changing demographic profile of eating disorder behaviors in the community. *BMC Public Health*, 14(1), 943. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-943>
- National Institute for Health and Care Excellence [NICE]. (2017, 23). Eating disorders: Recognition and treatment [NICE Guideline No. NG 69]. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>
- Perloff, R. M. (2014). Social Media Effects on Young Women's Body Image Concerns: Theoretical Perspectives and an Agenda for Research. *Sex Roles*, 71(11), 363–377. <https://doi.org/10.1007/s11199-014-0384-6>
- Piko, B. F., Kiss, H., Grácz, A., & Fitzpatrick, K. M. (2022). Risk of disordered eating in emerging adulthood: media, body and weight-related correlates among Hungarian female university students. *J. Prev. Med. Hyg.*, 63(1), E83–E89. <https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2022.63.1.2375>
- Redondo, I., & Luyten, P. (2018). The mediating role of mentalizing between attachment and eating disorders. *Bull. Menn. Clin.*, 82(3), 202–223. <https://doi.org/10.1521/bumc.2018.82.3.202>
- Salbach-Andrae, H., Klinkowski, N., Lenz, K., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U., & Ehrlich, S. (2008). Correspondence between Self-Reported and Parent-Reported Psychopathology in Adolescents with Eating Disorders. *Psychopathology*, 41(5), 307–312. <https://doi.org/10.1159/000146068>

29. Scaglioni, S., Salvioni, M., & Galimberti, C. (2008). Influence of parental attitudes in the development of children eating behaviour. *Br. J. Nutr.*, 99(S1), S22–S25. <https://doi.org/10.1017/S0007114508892471>
30. Sharp, C., & Fonagy, P. (2008). The Parent's Capacity to Treat the Child as a Psychological Agent: Constructs, Measures and Implications for Developmental Psychopathology. *Soc. Dev.*, 17(3), 737–754. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00457.x>
31. Smink, F. R. E., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2013). Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Curr. Opin. Psychiatry*, 26(6), 543–548. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328365a24f>
32. Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar De Pablo, G., Il Shin, J., Kirkbride, J. B., Jones, P., Kim, J. H., Kim, J. Y., Carvalho, A. F., Seeman, M. V., Correll, C. U., & Fusar-Poli, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: Large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol. Psychiatry*, 27(1), 281–295. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>
33. Striegel-Moore, R. H., Rosselli, F., Perrin, N., DeBar, L., Wilson, G. T., May, A., & Kraemer, H. C. (2009). Gender difference in the prevalence of eating disorder symptoms. *Int. J. Eat. Disord.*, 42(5), 471–474. <https://doi.org/10.1002/eat.20625>
34. Swanson, S. A., Aloisio, K. M., Horton, N. J., Sonnevile, K. R., Crosby, R. D., Eddy, K. T., Field, A. E., & Micali, N. (2014). Assessing eating disorder symptoms in adolescence: Is there a role for multiple informants? *Int. J. Eat. Disord.*, 47(5), 475–482. <https://doi.org/10.1002/eat.22250>
35. Therriault, D., Lemelin, J.-P., Toupin, J., & Déry, M. (2024). Peer attachment in adolescence: What are the individual and relational associated factors? *Soc. Dev.*, 33(4), e12762. <https://doi.org/10.1111/sode.12762>
36. Túry, F., & Szabó, P. (2000). A táplálkozási magatartás zavarai: Anorexia nervosa és bulimia nervosa. *Medicina*.
37. Wacker, E. C. (2018). Barriers and facilitators to seeking treatment for subclinical eating disorders: The importance of supportive relationships. *J. Fam. Psychother.*, 29(4), 292–317. <https://doi.org/10.1080/08975353.2018.1471946>
38. Wang, J., Winkley, K., Wei, X., Cao, Y., & Chang, Y.-S. (2025). Parental Perception, Concern, and Dissatisfaction With Pre-school Children's Weight and Their Associations With Feeding Practices in a Chinese Sample: A Cross-Sectional Study. *J. Nutr. Educ. Behav.* <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2025.02.012>
39. World Health Organization. (2024, October 10). Mental health of adolescents. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Appendix

APPENDIX A

The Hungarian PEDE-Q

Megjegyzés:

A PEDE-Q alskálái és a hozzá tartozó tételek:

1. Táplálkozási kontroll: 1., 2., 3., 4., 5.
2. Evéssel kapcsolatos aggodalom: 7., 9., 13., 14., 15., 16., 17., 18., 19., 20., 21.
3. Alakkal és testsúllyal kapcsolatos aggodalom: 6., 8., 10., 11., 12., 22., 23., 24., 25., 26., 27., 28.

Étkezési Kérdőív

Szerzői jog: Fairburn és Beglin, 2008

Szülői Változat (PEDE-Q, 2. változat), Adaptálta: Loeb, 2017

Azonosító/Név: _____

Kapcsolat a személlyel: _____ Ülés #: _____ Dátum: _____

A következő kérdések csak az elmúlt négy hétre (28 napra) vonatkoznak. A gyermek étkezési szokásairól, valamint az alakjával és test-súlyával kapcsolatos attitűdjeiről szólnak. Mivel ezek standard kérdések, kérjük, vegye figyelembe, hogy néhány kérdés nem feltétlenül vonatkozik az Ön gyermekére. A teszt nem azt hivatott mérni, hogy Ön mennyire jól ismeri gyermekét; az Ön válaszai sokkal inkább egy új nézőpontot nyitnak meg, melyen keresztül szemlélhetjük gyermeke viselkedését, amely segít teljesebb képet alkotni az étkezési szokásairól. Továbbá, ha rendelkezik olyan lényeges információkkal, amelyeket valaki más, a gyermekét ismerő személy, például dadus, házvezetőnő, gyermeke barátai, testvérei, tanárai vagy edzője közölt Önnel, kérjük, vegye figyelembe ezeket az információkat is, amikor válaszol ezekre a kérdésekre. Kérjük, olvassa el figyelmesen az egyes kérdéseket! Kérjük, válaszoljon az összes kérdésre! Köszönjük!

	Az elmúlt 28 nap során hány nap...	Egy nap sem	1-5 nap	6-12 nap	13-15 nap	16-22 nap	23-27 nap	Minden nap
1	...próbálta gyermeke aktívan korlátozni (csökkenteni) az általa elfogyasztott mennyiséget annak érdekében, hogy befolyásolja alakját vagy súlyát (akár sikerrel járt, akár nem)?							
2	...fordult elő, hogy gyermeke nyolc vagy több ébren töltött órán át nem evett semmit, hogy ezzel befolyásolja alakját vagy súlyát?							
3	...próbálta gyermeke elkerülni az általa kedvelt ételeket, hogy befolyásolja alakját vagy súlyát (akár sikerült, akár nem)?							
4	...próbált gyermeke bizonyos szabályokat követni az étkezéssel kapcsolatban (például kalóriálimit, előre meghatározott ételmennyiséget, vagy szabályokat arra vonatkozóan, hogy mit mikor szabad vagy nem szabad enni), hogy ezzel befolyásolja alakját vagy súlyát (függetlenül attól, hogy sikerrel járt-e vagy sem)?							
5	...fejezte ki gyermeke azzal kapcsolatos vágyát, hogy szeretné, hogy a hasa üres legyen azzal a céllal, hogy befolyásolja az alakját vagy a súlyát?							
6	...fejezte ki gyermeke határozott vágyát arra vonatkozóan, hogy hasa teljesen lapos vagy homorú legyen?							
7	...nehezítette meg gyermeke az ételről, evésről vagy kalóriákról való gondolkodása, hogy azokra a dolgokra koncentráljon, amelyekben aktívan részt kell vennie (például házi feladat elvégzése, beszélgetés követése vagy olvasás)? <i>[A gyermek étellel, evéssel vagy kalóriákkal való elfoglaltságát jelezheti, ha sokat beszél róluk, többször megkérdezi Önt, hogyan készítette el a fogyasztott ételt, mennyi kalória van az ételben, vagy ha túlzottan olvassa az élelmiszerek címkéit.]</i>							
8	...foglalkozott úgy az alakjával vagy a súlyával, hogy az megnehezítette az aktívan végzett feladataira való koncentrációt (pl. házi feladat, beszélgetés, olvasás)? <i>[Az alakkal vagy a testtömeggel való túlzott foglalkozás lehetséges jelei lehetnek, ha sokat beszél róluk, ha gyakran ellenőrzi a testsúlyát, ha vizsgálgatja magát a tükörben, ha lemeríti testrészeit, ha a zsírosnak vélt területeket csipkedti, ha gyakran ellenőrzi, hogy bizonyos ruhadarabok jól állnak-e neki.]</i>							
9	...félt gyermeke, hogy elveszíti az evés feletti kontrollt?							
10	...félt gyermeke a súlygyarapodástól vagy elhízástól? <i>[A gyermek ettől való félelmének lehetséges jelei közé tartozhat, ha elutasítja az Ön vagy az orvosok súlynövelési kísérleteit, akár azzal, hogy egyszerűen megtagadja, hogy megegye az elé rakott ételt, vagy aktívan ellenáll, például kiabál, dührohamot kap, ételt vagy edényeket dobál, elszökik vagy önsértéssel fenyegetőzik.]</i>							
11	...érezte gyermeke kövérnek magát?							
12	...vágyakozott gyermeke arra, hogy súlyt veszítsen?							

13-18. kérdés: Kérjük, írja be a megfelelő számot (0 vagy nagyobb) a jobb oldali négyzetekbe.

Ne feledje, hogy a kérdések az elmúlt négy hétre (28 napra) vonatkoznak.

13	Az elmúlt 28 nap során hány alkalommal evett gyermeke olyan ételt, amit mások szokatlanul nagy mennyiségű ételnek tartottak (a körülményekhez képest)? [A közvetlen megfigyelésen vagy beszámolón kívül az ilyen típusú étkezések lehetséges jelei közé tartozhat, ha hiányzik étel a konyhából, amelyről oka van azt hinni, hogy gyermeke egyszerre evett meg titokban, vagy olyan étel csomagolópapírját találta meg, amelyről oka van azt hinni, hogy gyermeke egyszerre evett meg titokban.]	
14	Ilyenkor (a fenti 13. tételből) hány alkalommal érezte gyermeke, hogy elveszítette az evés feletti kontrollt (evés közben)? [Az evés feletti kontroll elvesztésének lehetséges jelei lehetnek az Ön megfigyelései, hogy gyermeke nehezen tartja vissza magát az evéstől vagy nehezen hagyja abba az evést, vagy hogy a tervezettnél többet, a szokásosnál gyorsabban, kellemetlen érzésig vagy éhségérzet hiányában eszik.]	
15	Az elmúlt 28 nap során hány NAPON fordult elő ilyen túlevési epizód (vagyis, hogy gyermeke szokatlanul nagy mennyiségű ételt evett és evés során elvesztette az önuralmát)?	
16	Az elmúlt 28 napban hányszor fordult elő, hogy gyermeke az alakja vagy a súlya kontrollálásának céljából meghánytatta magát? [Ha előfordult korábban önhánytatás, vegye figyelembe az olyan jeleket is, mint például, hogy hányást vagy hányásmaradványokat talál, vagy azt veszi észre, hogy gyermeke közvetlenül evés után a mosdóba siet vagy hosszan zuhanyozik.]	
17	Az elmúlt 28 napban hányszor fordult elő, hogy gyermeke hashajtót vett be alakja vagy súlya kontrollálásának céljából? [Ha előfordult korábban hashajtókkal való visszaélés, vegye figyelembe az olyan jeleket is, mint például, hogy Ön hashajtókat talált gyermekénél, vagy észrevette, hogy hashajtók tűntek el a gyógyszeres szekrényből.]	
18	Az elmúlt 28 nap során hány alkalommal tornázott gyermeke „céltudatos” vagy „kényszeres” módon azért, hogy ezzel testsúlyát, alakját vagy a rajta lévő zsír mennyiségét kontrollálja, illetve kalóriákat égessen el? [Ezen viselkedés lehetséges jelei lehetnek a sérülés ellenére végzett edzés vagy az orvos által a testmozgástól való tartózkodásra vonatkozó utasítások; titokban; szokatlan időpontokban vagy szokatlan helyeken; közvetlenül étkezés után; vagy olyan mértékben, hogy zavarja más tevékenységeit. Egy másik lehetséges jel, amikor a gyermek nagyon nyugtalan vagy ideges lesz, ha akadályozzák az edzésben.]	

19-21. kérdés: Kérjük, karikázza be a megfelelő számot. Kérjük, vegye figyelembe, hogy az alábbi kérdésekben a „falásroham” kifejezés olyan mennyiségű étel fogyasztására vonatkozik, amelyet mások az adott körülményekhez képest szokatlanul nagy mennyiségűnek tartának, és amelyhez az evés feletti kontroll elvesztésének érzése társul.

19	Az elmúlt 28 nap során hány napon evett gyermeke titokban? ...Ne számolja bele a falásroham epizódokat.	Egy nap sem 0	1-5 nap 1	6-12 nap 2	13-15 nap 3	16-22 nap 4	23-27 nap 5	Minden nap 6
20	Hány alkalommal érzett gyermeke evés után büntudatot (hogy valami rosszat tett) az étel alakjára vagy testsúlyára tett hatása miatt? ...Ne számolja bele a falásroham epizódokat.	Soha 0	Néha 1	Kevesebb, mint az esetek felében 2	Az esetek felében 3	Több, mint az esetek felében 4	Gyakran 5	Minden alkalommal 6
21	Az elmúlt 28 nap során mennyire aggódtott gyermeke, hogy más enni látja őt? ...Ne számolja bele a falásroham epizódokat.	Egyáltalán nem Kissé Mérsékelten Jelentősen 0 1 2 3 4 5 6						

22-28. kérdés: Kérjük, karikázza be a megfelelő számot jobb oldalt!
Ne feledje, hogy a kérdések csak az elmúlt négy hétre (28 napra) vonatkoznak.

	Az elmúlt 28 nap során mennyire...	Egyáltalán nem Kissé Mérsékelten Jelentősen							
22	...befolyásolta gyermeke súlya azt, hogy hogyan látja önmagát (ítéli meg), mint személyt?	0	1	2	3	4	5	6	
23	...befolyásolta gyermeke alakja azt, hogy hogyan látja önmagát (ítéli meg), mint személyt?	0	1	2	3	4	5	6	
24	...mennyire zaklatta volna fel gyermekét, ha arra kéri, hogy a következő négy hétben hetente egyszer (nem gyakrabban, vagy ritkábban) mérje meg a súlyát?	0	1	2	3	4	5	6	
25	...mennyire volt gyermeke elégedetlen a súlyával?	0	1	2	3	4	5	6	
26	...mennyire volt gyermeke elégedetlen az alakjával?	0	1	2	3	4	5	6	
27	...mennyire érezte magát kényelmetlenül gyermeke, amikor megpillantotta a saját testét (például a tükörben, a kirakatban, vetkőzés, fürdés vagy zuhanyozás közben)?	0	1	2	3	4	5	6	
28	...mennyire érezte magát kényelmetlenül gyermeke, amikor mások látták az alakját (például közös öltözőben, úszás közben vagy szűk ruhákban)?	0	1	2	3	4	5	6	

29-40. kérdés: Kérjük, válaszoljon az egyes kérdésekre a jobb oldali mezőben.

Az időkeret egyes tételek esetén változik a kérdés jellege szerint. Néhány kérdés tartalma átfedésben van más kérdésekkel. Kérjük, minden kérdésre gondosan és maradéktalanul válaszoljon!

29	Mi gyermeke születési neme? Karikázzon be egyet:	Férfi	Nő	Interszexuális
30	Hány éves jelenleg gyermeke?	_____ éves + _____ hónapos		
31	Mi gyermeke jelenlegi súlya? (Kérjük, becsülje meg a lehető legpontosabban!)	_____ kg (tizedesjegy pontossággal)		
32	Mióta ennyi gyermeke súlya?	_____ hónapja		
33	Milyen magas jelenleg az Ön gyermeke? (Kérjük, a lehető legpontosabb becslését adja meg!)	_____ cm (tizedesjegy pontossággal)		
34	Mióta ennyi a gyermek magassága?	_____ éve + _____ hónapja		
35	Mi volt gyermeke legalacsonyabb súlya a magasságához képest? Más szóval, mikor volt a gyermeke a legvékonyabb?	Súlya, amikor a legvékonyabb volt (kg) _____ Magassága, amikor a legvékonyabb volt (cm) _____ Életkora, amikor a legvékonyabb volt (év + hónap) _____		
36	Mennyi volt gyermeke legnagyobb súlya a magasságához viszonyítva? Más szóval, mikor volt gyermeke a legnehezebb?	Súlya, amikor a legnehezebb volt (kg) _____ Magassága, amikor a legnehezebb volt (cm) _____ Életkora, amikor a legnehezebb volt (év + hónap) _____		
37	Az elmúlt három hónapban gyermeke korlátozta-e a táplálékbevitelét a szükséges táplálékmenyiséghez képest oly módon, ami aggodalomra adott okot jelentősen alacsony testsúlya, vagy a korábbi növekedési görbétől való eltérés miatt? Karikázzon be egyet!	Igen	Nem	
38	Ha Ön vagy egy szakember aggodalmát fejezte ki amiatt, hogy gyermeke súlya túl alacsony volt az elmúlt három hónapban, a gyermeke is kifejezte aggodalmát fogyása, alacsony súlya vagy testsúlyának állapota miatt? Az alábbi skálán válasszon ki egyet, majd karikázza be jobboldalon a választ! N/A – Nem áll rendelkezésre elég adat a válaszadáshoz. 0 – Senki sem aggódik amiatt, hogy a gyermekem súlya túl alacsony lenne. 1 – Gyermeke elismeri súlyvesztésének, alacsony testsúlyának vagy alultáplált állapotának következményeit. 2 – Gyermeke nem aggódik a fogyás, az alacsony testsúly vagy az alultápláltság következményei miatt. 3 – Gyermeke aktívan tagadja súlyvesztésének, alacsony testsúlyának vagy alultáplált állapotának következményeit.	N/A 0 1 2 3		
39	Az elmúlt három hónapban gyermeke verbálisan vagy viselkedéssel elutasította-e a (Ön, orvosok vagy más szakemberek által adott) tanácsokat, recepteket vagy kísérleteket, hogy növelje a testsúlyát vagy megállítsa a fogyást? Karikázzon be egyet!	N/A	Igen	Nem
40	Van-e gyermeke orvosának bármilyen orvosi aggálya a súlyával vagy étkezési szokásaival kapcsolatban, például rendellenes laborleletek, alacsony pulzusszám vagy kimaradt menstruáció? Az alábbi skála segítségével válasszon ki egy választ, amelyet a jobb oldalon karikázzon be. N/A – Nem áll rendelkezésre elég adat a válaszadáshoz. 0 – Senki sem aggódik a gyermekem súlya vagy étkezési szokásai miatt. 1 – Gyermeke orvosa jelezte, hogy gyermekem testsúlya vagy étkezési szokásai miatt egészségügyi problémák merülhetnek fel. 2 – Gyermeke orvosa jelezte, hogy gyermekem testsúlya vagy étkezési szokásai miatt egészségügyi problémák merültek fel, de ezek nem annyira súlyosak, hogy magasabb szintű ellátást igényeljenek. 3 – Gyermeke orvosa a járóbeteg-ellátásnál magasabb szintű ellátást javasolt vagy kezdeményezett (pl. részleges vagy teljes kórházi kezelés) a gyermekem súlya vagy étkezési szokásai miatt kialakult egészségügyi problémák miatt.	N/A 0 1 2 3		

A Szülői Étkezési Zavar Vizsgálat Kérdőív magyar adaptációja

Célkitűzés: A serdülők evészavar tüneteinek diagnosztizálásához érdemes több információforrást figyelembe venni. A Szülői Evészavar Vizsgálati Kérdőív (PEDE-Q) a serdülők evészavar tüneteit méri a szülő szempontjából. A jelen tanulmány célja a PEDE-Q magyar változatának validálása közösségi magyar mintán. További célunk a kérdőív kapcsolatának vizsgálata a serdülők önbeszámolón alapuló evészavar-tüneteivel, valamint a szülők saját étkezési attitűdjeivel. **Módszer:** 201 32 és 68 év közötti szülő (155 anya) töltötte ki a PEDE-t és Eating Attitudes Test-26 kérdőívet. Továbbá 195 12 és 18 év közötti kamasz (55,7% lány) a self-administered Psychiatric Scales for Children and Adolescents – Psychogenic Eating Scale kérdőívet is kitöltötte. A magyar PEDE-Q faktorstruktúrájának vizsgálatára megerősítő faktoranalíziseket végeztünk. A további elemzések során Pearson-korrelációs vizsgálatokat alkalmaztunk a kétváltozós kapcsolatok feltérképezésére. **Eredmények:** A modifikációs indexek hozzáadásával egy módosított hierarchikus modellt alakítottunk ki, amelyben a három elsődleges faktor (Táplálkozási kontroll, Evéssel kapcsolatos aggodalom, Alakkal és testsúllyal kapcsolatos aggodalom) egy másodrendű, általános evészavar-faktorra töltött. A modell megfelelő illeszkedést mutatott (CFI = 1,000, TLI = 0,999, RMSEA = 0,031 [90% CI: 0,017–0,042], SRMR = 0,084; α = 0,83–0,94). Mérsékelt pozitív kapcsolatot találtunk a serdülők önbeszámolóit és a szülők által észlelt kamasz evészavar-tünetek között. Továbbá gyenge pozitív összefüggés mutatkozott a szülők által észlelt serdülő evészavar tünetek és a szülők saját étkezési attitűdjei között is. **Következtetés:** A PEDE-Q magyar változata érvényes és megbízható mérőeszköz a serdülők evészavar-tüneteinek szülői értékelésére. A serdülők és szüleik beszámolóit közötti kapcsolat hangsúlyozza a több informátorra épülő értékelések fontosságát a fiatalok evészavar-tüneteinek azonosításában.

Kulcsszavak: evés, étkezési attitűdök, evészavarok, serdülőkor