

Øversettelse og kulturell tilpasning av psykometriske instrumenter: Erfaringer fra tester som benyttes ved spiseforstyrrelser



Deborah Reas

Lasse Bang

Maria Øverås

Bryan Lask

Øyvind Rø
oyvind.ro@ous-hf.no

Øversettelser av utenlandske instrumenter gjøres ofte lokalt, uten noen kontroll av øversettelsesprosessen. Ved å følge øversettelsesprosedyrene som beskrives, vil man bedre sikre kvaliteten på instrumentene som brukes i klinisk og forskningsrelatert praksis.

Behandlere innenfor psykisk helsevern må i økende grad innhente standardiserte data ved utredning av pasienter, samt ved evaluering av deres behandlingsforløp. Med slike data skal behandlerne kunne dokumentere hvilke pasienter som mottar behandling, alvorlighetsgrad av lidelsen(e), og utfall av behandlingen både for den enkelte pasient og på gruppenivå. Slik informasjon vil i tillegg gjøre det mulig å sammenligne pasienter på tvers av behandlingssentre. Mange behandlere har gode erfaringer med bruk av standardiserte psykometriske instrumenter i sin kliniske hverdag, og samtaler med pasienten om resultatene fra slike tester kan være en naturlig del av behandlingsprosessen.

Det er avgjørende at de ulike behandlingssentrene benytter samme psykometriske instrumenter, slik at datamaterialet kan sammenlignes

Ved siden av den kliniske nytteverdien av standardiserte data, er slike data også helt nødvendige i forskningssammenheng. Dette er spesielt viktig ved arbeid med kliniske populasjoner, som i Norge ofte er små og derfor begrenser størrelsen på utvalg man til enhver tid har tilgjengelig. Siden hvert behandlingssenter behandler relativt få pasienter, er forskere avhengig av samarbeid på tvers av behandlingssentre, for å øke utvalgsstørrelsene og dermed oppnå tilstrekkelig statistisk styrke. Det er derfor avgjørende at de ulike behandlingssentrene benytter samme psykometriske instrumenter, slik at datamaterialet kan sammenlignes.

I helsevesenet er det svært ulik praksis på hvorvidt og hvordan standardisert datainnsamling gjennomføres. I dag eksisterer det teknologiske løsninger som gjør det mulig for pasienter å fylle ut tester over Internett, hvor resultatene så kan brukes aktivt som et feedback-system ved at det gjøres gjentatte målinger, for å se hvordan terapiprosessen forløper (Lambert & Finch, 1999).

Mangelen på standardiserte norske instrumenter har vært et problem for norske fagmiljøer. Fordi norske øversettelser av utenlandske instrumenter ofte er gjort lokalt og etter behov, uten noe organ som kontrollerer og kvalitetsstempler øversettelsesprosessen, eksisterer det i dag flere ulike norske

oversettelser av samme instrument. I norsk helsevesen brukes slike instrumenter ofte uten at forhold rundt copyright og lisens er avklart.



Det er tidligere blitt gjort noen forsøk på å systematisere og synliggjøre tester som er oversatt til norsk. I 2004 ble det opprettet et Nasjonalt Skalaregister (NASK; www.nasjonalskalaregister.no), sammen med en testpsykologi-spalte i Tidsskrift for Norsk Psykologforening, med det formål å synliggjøre psykometriske tester som er oversatt til norsk, og som har dokumentert tilfredsstillende psykometriske egenskaper. I senere år har også Helsebiblioteket (www.helsebiblioteket.no) lagt fritt tilgjengelige psykometriske tester ut på Internett. Likevel fungerer ikke Helsebibliotekets og NASKs ordning optimalt til dette formålet. Få sender inn sine oversatte instrumenter, og det foreligger ikke alltid dokumentasjon vedrørende oversettelsesarbeidet og de psykometriske egenskapene.

Det er derfor et behov for å kvalitetssikre og synliggjøre norske oversettelser av måleinstrumenter, f.eks. gjennom en offentlig online database. En ny ordning, eventuelt en forbedring av allerede eksisterende ordninger, bør implementeres, for eksempel i regi av Kunnskapssenteret i samarbeid med fagmiljøer. Det bør også utarbeides en struktur som sikrer kvaliteten på de instrumentene som legges ut til offentligheten. Behovet for å dokumentere psykometriske egenskaper vil avhenge av instrumentets bruksområde (klinisk praksis eller forskning), men minstekravet burde være en adekvat oversettelsesprosess som vi beskriver nedenfor.

I denne artikkelen vil vi beskrive erfaringer og problemer som forskerteamet ved Regional Avdeling for Spiseforstyrrelser (RASP) har støtt på under arbeidet med oversettelse og kulturell tilpasning av utbredte engelske måleinstrumenter som benyttes ved spiseforstyrrelser. Utredning av spiseforstyrrelser blir i Norge som oftest gjort ved hjelp av strukturerte intervjuer eller selvrapporteringsskjema ved spesialenheter for behandling av spiseforstyrrelser. Med unntak av noen få instrumenter som er utviklet og validert i Norge (SED; Götestam & Agras, 1995; EDS-5; Rosenvinge et al., 2001), er den store majoriteten av instrumentene utviklet på engelsk.

Øversettelsesprosessen

Forskningsteamet ved RASP ble grunnlagt i 2005, med støtte fra daværende Psykiatrisk divisjon ved Ullevål sykehus (nå Oslo universitetssykehus). I de tidlige stadiene av vårt arbeid brukte vi mye tid på å finne internasjonalt aksepterte psykometriske tester for utredning av spiseforstyrrelser på norsk. For å dekke våre behov påtok vi oss oppgaven med å oversette og validere flere slike instrumenter. Vårt team har gode forutsetninger for å gjennomføre slike prosjekter, da vi har ansatte både med engelsk og med norsk som morsmål, og et stort internasjonalt nettverk av samarbeidspartnere. Teamet består i dag av personer med bakgrunn fra psykiatri, psykologi og sykepleie. Det er flere pågående doktorgradsprosjekter, og noen er i post-doc-stillinger spesialisert innenfor spiseforstyrrelser.

Mye forskning har vært gjort på oversettelsesprosessen, og fordeler og ulemper ved ulike tilnærminger har blitt drøftet. I vårt eget arbeid har vi benyttet retningslinjene til Verdens helseorganisasjon for oversettelse og tverrkulturell tilpasning av psykologiske instrumenter (World Health Organisation, 2011). Det overordnede målet til enhver oversettelse er å sikre at instrumentet er

reliabelt, komplett (verken ny informasjon lagt til eller informasjon fjernet), nøyaktig (fri for feil), og kulturelt tilpasset. Generelt bør oversettelsen være konsis og klar, samt fri for sjargong.



Tabell 1. Oppsummering av steg i oversettelsesprosessen, basert på retningslinjene som benyttes av Verdens helseorganisasjon.			
Steg 1.	Oversettelse fra engelsk til norsk. Dersom ingen andre norske versjoner eksisterer, bør to oversettere gjøre dette arbeidet uavhengig av hverandre, slik at det danner grunnlaget for arbeid med steg 2.	Oversetter(e) som har norsk som morsmål, og er flytende i engelsk.	Ekvivalens mellom versjonene, se tekst.
Steg 2.	Identifisere og løse ev. misforhold mellom eksisterende norske oversettelser av den engelske versjonen.	Ekspertgruppe med utfyllende ferdigheter.	Løse eventuelle misforhold mellom den norske og den engelske versjonen.
Steg 3.	Tilbakeoversettelse fra norsk til engelsk.	Oversetter som er flytende i norsk, og som har engelsk som morsmål. Denne personen skal ikke ha deltatt under tidligere steg.	Ekvivalens mellom versjonene, se tekst.
Steg 4.	Ekspertgruppen diskuterer uoverensstemmelser mellom den opprinnelige engelske versjonen og den tilbakeoversatte versjonen, og reviderer i forhold til dette.	Samme ekspertgruppe som i steg 2.	Løse eventuelle misforhold mellom den norske og den engelske versjonen, ferdigstille den norske oversettelsen.
Steg 5.	Teste den norske oversettelsen på målpopulasjonen for å identifisere eventuelle problemer.	Ingen spesielle krav.	Identifisere ord som er vanskelige å forstå, støtende termer, upresise formuleringer osv.
Steg 6.	a) Teste reliabilitet b) Teste validitet c) Etablere normer	Ingen spesielle krav.	Test–retest-reliabilitet, indre reliabilitet, konstruktvaliditet, diskriminant validitet. Normer for både kliniske og ikke-kliniske populasjoner burde etableres.

Kvaliteten av en oversettelse avhenger av i hvor stor grad språklige og kulturelle nyanser tilpasses under oversettelsesprosessen. Forskere skiller mellom ulike typer ekvivalens i denne sammenhengen, blant annet lingvistisk ekvivalens, konseptuell ekvivalens og metrisk ekvivalens (Lonner & Ibrahim, 2008). Lingvistisk ekvivalens omhandler alle aspekter ved språket som benyttes i psykometriske instrumenter, og refererer til grad av språklig og kulturell likhet mellom den oversatte versjonen og den originale. En slik ekvivalens kan sikres gjennom en adekvat oversettelses- og tilbakeoversettelsesprosedyre, slik vi beskriver det nedenfor. Konseptuell ekvivalens gjenspeiler hvorvidt et konsept eller psykologisk konstrukt (f.eks. autonomi) gjenspeiler det samme meningsinnholdet mellom to kulturer og språk. Adjektiver for å beskrive mennesker, eller diagnostiske

kategorier, kan ikke alltid jevnføres mellom to språk og kulturer, og oversettelsen må derfor ta hensyn til dette. Metrisk ekvivalens refererer til i hvilken grad en skala, eller andre former for metriske mål, kan benyttes på tvers av kulturer. Dersom en skala utvikles i et gitt land, kan skalaen gjenspeile visse kulturelle referanser. Hvis instrumentet oversettes for bruk i en annen kultur, kan dette føre til at visse kulturelle referanser føres over til en kultur som ikke har de samme forutsetningene for å forstå disse. Andre former for ekvivalens eksisterer i litteraturen, og mange av disse konseptene har delvis overlappende meningsinnhold (se Behling & Law, 2000; Wahl & Hanestad, 2004 for andre omtaler av ulike typer ekvivalens).



*Det er viktig å tilpasse, snarere enn å kopiere, ord og konsepter fra
originalspråket til målspråket*

Det er viktig å tilpasse, snarere enn å kopiere, ord og konsepter fra originalspråket til målspråket, for å ta hensyn til kulturelle og lingvistiske nyanser som kan påvirke meningsinnholdet. Vår erfaring er at ordrette norske oversettelser av noen engelske termer er problematiske dersom kulturelle nyanser ignoreres. Innenfor vårt arbeid med instrumenter for spiseforstyrrelser har vi kommet over flere slike utfordringer. For eksempel kan ikke visse begreper relatert til spising, slik som «snacks», oversettes ordrett uten fare for misforståelser. I det engelske språket betyr «snacks» et mellommåltid, mens det på norsk gjenspeiler en type mat, f.eks. potetgull, sjokolade, nøtter osv. De engelske fagordene «binge-eating» og «overeating» utgjør også et problem for oversettere, da dette er fagord som ikke kan nyanseres på norsk. Det norske ordet «overspising» dekker begge de engelske begrepene «bingeeating» og «overeating», uten å skille mellom det begrepsmessige innholdet.

Oversettelsesarbeidet bør utføres av en ekspertgruppe bestående av personer med utfyllende ferdigheter (for eksempel oversettere, eksperter på fagfeltet etc.), og ikke av en enkelt person. Foruten å være tidsbesparende vil en ekspertgruppe kunne tilføre ferdigheter som overgår de en individuell oversetter har. Til tross for dette er mye av oversettelsesarbeidet på utredningsinstrumenter innenfor psykisk helsevern i Norge foretatt av én enkelt person. En ekspertgruppe er den foretrukne tilnærmingen for flere utenlandske organisasjoner, deriblant Verdens helseorganisasjon.

Retningslinjene som benyttes av Verdens helseorganisasjon for oversettelse og tverrkulturell tilpasning av selvrapporteringsskjema involverer en oversettelses-tilbakeoversettelsesprosess, med følgende steg: (a) oversettelse til målspråket, (b) en ekspertgruppe identifiserer og løser eventuelle misforhold mellom eksisterende norske versjoner, (c) tilbakeoversettelse til originalspråket av en uavhengig oversetter, (d) ekspertgruppen avklarer uoverensstemmelser mellom den opprinnelige versjonen av instrumentet og den tilbakeoversatte versjonen i samråd med utviklerne av testen, og reviderer i forhold til dette, e) teste om denne versjonen er forståelig og håndterbar for målpopulasjonen, og f) teste instrumentet for reliabilitet og validitet, samt etablere normer. Nedenfor går vi igjennom hvert av disse punktene, og de er også oppsummert i tabell 1.

For den første oversettelsen bør oversetteren ha målspråket (norsk) som sitt morsmål, og være flytende i originalspråket (engelsk). Dersom det ikke allerede eksisterer flere versjoner av instrumentet, foretrekkes det at to oversettere arbeider uavhengig av hverandre for å produsere to versjoner av instrumentet. Det oppfordres til dette fordi oversettelsesarbeid involverer en stor grad av subjektiv skjønnsvurdering fra oversetternes side, og en slik fremgangsmåte hjelper ekspertgruppen å drøfte nyanser ved ulike oversettelser.

Deretter tilbakeoversettes instrumentet som en kvalitetssikring, med samme fokus på å oppnå ekvivalens mellom språkene som under den opprinnelige oversettelsen. En uavhengig

oversetter, som ikke har deltatt under tidligere drøftinger av den opprinnelige oversettelsen, bør foreta tilbakeoversettelsen. Denne oversetteren bør være flytende i målspråket (norsk), men ha originalspråket (engelsk) som morsmål. Misforhold mellom den tilbakeoversatte versjonen og den opprinnelige oversettelsen drøftes mellom medlemmene i ekspertgruppen, for så å produsere en endelig versjon av instrumentet. Utviklerne av instrumentet kan på dette tidspunktet gjerne kommentere tilbakeoversettelsen. Vi har selv erfaringer med en slik fremgangsmåte, og har på denne måten mottatt verdifulle kommentarer. Flere revurderinger og endringer kan være nødvendig før en akseptabel versjon er ferdig. Før instrumentet formelt benyttes, er det lurt å teste det på målpopulasjonen for å identifisere eventuelle problemer med oversettelsen, f.eks. ord som er vanskelige å forstå, upresise formuleringer eller støtende termer. Med mindre spesielle omstendigheter foreligger, skal man alltid søke godkjenning om å oversette instrumentet fra utviklerne av det.



Normer

Normer for psykometrisk instrumenter kan variere på tvers av land som følge av kulturelle ulikheter. Det burde derfor etableres norske normer i både kliniske og ikke-kliniske populasjoner for instrumentet, for å gi en kulturell kontekst som testskårene kan bli tolket ut fra. Dette vil være viktig for bruk av instrumentet i både klinisk og forskningsrelatert praksis.

Dersom et instrument skal benyttes til forskningsformål, er det nødvendig å teste reliabiliteten og validiteten til instrumentet. Reliabilitet reflekterer grad av målesikkerhet, eller målefeil, og eksisterer i mange ulike former. Det kan for eksempel gjenspeile instrumentets evne til å oppnå samme svar ved gjentatte målinger (testretest-reliabilitet), eller ved målinger gjort av ulike personer (inter-raterreliabilitet). Validitet er en betegnelse på hvorvidt instrumentet måler det den har til hensikt å måle. Som med reliabilitet finnes det flere former for validitet, blant annet: innholdsvaliditet, kriterievaliditet og begrepsvaliditet. I forskningssammenheng anbefales det å teste både reliabilitet og validitet, for å forsikre seg om at instrumentet har holdbare psykometriske egenskaper.

Til dags dato har vårt team oversatt flere intervjuer og selvrapporteringsskjema for spiseforstyrrelser, fra engelsk til norsk. Psykometriske egenskaper for flere av disse norske versjonene har blitt publisert i internasjonale tidsskrifter, og en oppsummering av disse instrumentene er å finne i tabell 2.

Tabell 2. Oversikt over psykometriske instrumenter som er oversatt av teamet ved RASP, med tilhørende norske normer og psykometriske data.

Eating Disorder Examination (EDE; Fairburn, Cooper, & O'Connor, 2008)	Semistrukturert intervju som måler kjernesymptomer på spiseforstyrrelse i løpet av de siste 28 dagene.	Ja	Ja	N = 58 kvinner (ikke-klinisk) Gjennomsnittlig alder = 25.8 (5.5) år Spennvidde alder = 19–41 Gjennomsnittlig BMI = 22.8 (4.5) Global skåre = 0.76 (0.96) Restriksjon = 0.81 (1.07) Bekymring spising = 0.28 (0.71)	Cronbachs alpha Restriksjon = .76 Bekymring spising = .83 Bekymring kroppsform = .90 Bekymring vekt = .84 Inter-rater reliabilitet Subskalaene, rs = .70 til .97	Reas, Wisting, Kapstad, & Lask (2011)
---	--	----	----	--	--	---------------------------------------

Tabell 2. Oversikt over psykometriske instrumenter som er oversatt av teamet ved RASP, med tilhørende norske normer og psykometriske data.

				Bekymring kropppsform = 1.01 (1.13) Bekymring vekt = 0.95 (1.26)		
Child Eating Disorder Examination (ChEDE; Bryant- Waugh, Cooper Peter J., Taylor, & Lask, 1996)	Semistrukturert intervju som måler kjernesymptomer på spiseforstyrrelse i løpet av de siste 28 dagene. Tilpasset for bruk med barn og ungdom.	Ja	Ja	N = 15 kvinner (ikke-klinisk) Gjennomsnitt alder = ikke oppgitt Spennvidde alder = 8– 16 år Gjennomsnitt BMI = ikke oppgitt Restriksjon = 0.09 (0.31) Bekymring spising = 0.13 (0.52) Bekymring kropppsform = 0.46 (0.63) Bekymring vekt = 0.56 (0.69)	Cronbachs alpha Restriksjon = .83 Bekymring spising = .81 Bekymring kropppsform = .95 Bekymring vekt = .81 Inter-rater reliabilitet Individuelle spørsmål, rs = .91 til 1.0	Frampton, Wisting, Øverås, Midtsund, Lask (2011)
Eating Disorder Examination- Questionnaire (EDE-Q; Fairburn & Beglin, 2008)	Selvrappoterings basert på EDE- intervjuet. Måler kjernesymptomer på spiseforstyrrelse i løpet av de siste 28 dagene.	Ja	Ja	N = 670 kvinner (ikke- klinisk) Gjennomsnittlig alder = 24.8 (6.9) år Spennvidde alder = 18–66 Gjennomsnitt BMI: 22.3 (3.4) Global skåre = 1.42 (1.07) Restriksjon = 1.44 (1.23) Bekymring spising = 0.63 (0.88) Bekymring kropppsform = 2.00 (1.42) Bekymring vekt = 1.63 (1.36)	Cronbachs alpha Global EDE-Q = .94 Restriksjon = .75 Bekymring spising = .78 Bekymring kropppsform = .90 Bekymring vekt = .81 Test-retest reliabilitet (1 uke) Global EDE- Q, rs = .93 Subskalaene, rs = .82 til .91	Rø, Reas, and Lask (2010)
Clinical Impairment Assessment	Et selvrappoterings på 16 spørsmål,	Ja	Ja	N = 438 kvinner (ikke- klinisk)	Cronbachs alpha Global CIA = .94	Reas, Rø, Kapstad, Lask (2010)

Tabell 2. Oversikt over psykometriske instrumenter som er oversatt av teamet ved RASP, med tilhørende norske normer og psykometriske data.

(CIA; Bohn et al., 2008)	som måler alvorlighetsgrad av psykososial svekkelse som følge av spiseforstyrrelse			Gjennomsnittlig alder = 24.8 (6.8) år Spennvidde alder = 18–65 Gjennomsnittlig BMI = 22.5 (3.4) CIA global = 6.4 (7.5) Personlig svekkelse = 4.1 (4.1) Sosial svekkelse = 1.1 (1.2) Kognitiv svekkelse = 1.2 (2.1)	Test–retest-reliabilitet (1 uke) Global CIA, rs = .94 ICC = .98	
Body Checking Questionnaire (BCQ; Reas, Whisenhunt, Netemeyer, & Williamson, 2002)	Et selvrappoterings spørsmål som måler ritualistisk sjekking av vekt og kroppsform.	Ja	Ja	N = 183 kvinner (ikke-klinisk) Gjennomsnittlig alder = 23.6 (5.6) Spennvidde alder = 18–53 Gjennomsnittlig BMI = 21.9 (2.2) Gjennomsnitt total BCQ = 45.6 (13.3)	Cronbachs alpha Total BCQ = .92 Test–retest-reliabilitet (1 uke) Total BCQ, rs = .87	Reas, von Soest, Lask (2009)

I tillegg til instrumentene i tabellen har vi oversatt og tilbakeoversatt følgende selvrappoteringskjemaer: «Body Shape Questionnaire» (short-form BSQ-14; Evans & Dolan, 1993), «the Pros and Cons of Anorexia Nervosa» (P-CAN; Serpell, Teasdale, Troop, & Treasure, 2004), og «the Child Obsessive-Compulsive Inventory» (CHOCI; Shafran et al., 2003). Studier for å etablere normer og undersøke psykometriske egenskaper ved disse instrumentene er underveis. Ytterligere detaljer om resultatene fra disse studiene vil bli gjort tilgjengelige i fremtiden. Alle instrumentene og deres skåringsprosedyrer er tilgjengelige på RASP s hjemmeside (www.rasp.no), samt referanser til relevant litteratur. Alle instrumentene på vår hjemmeside er godkjent av utviklerne til fri bruk i Norge.

Lisens

Mange av instrumentene er lisensbaserte og kan formelt kun brukes etter avtale med forlaget som har lisensrettighetene til testene. Oversettelser av slike instrumenter må da skje i nært samarbeid med rettighetsinnehaverne. Vi foreslår at nasjonale myndigheter oppretter avtaler om fri bruk med rettighetsinnehaverne til noen av de mest brukte psykometriske testene, for eksempel «Symptom Check List 90 Revised», og «Becks Depression Inventory II». Slik kan vi forhindre at hver institusjon må inngå separate avtaler, og man kan oppnå en kvantumsrabatt på bruk av testen.

Avslutning



Mangel på adekvat oversettelse av instrumenter er et problem i psykisk helsevern i Norge. Det er derfor behov for en bedre ordning hvor godkjente oversatte instrumenter og deres psykometriske egenskaper gjøres tilgjengelig på Internett. Fagmiljøer som har oversatt instrumenter i tråd med de prosedyrer som er beskrevet i denne artikkelen, bør gjøre disse tilgjengelige, enten gjennom allerede eksisterende ordninger, eller eventuelt gjennom nye ordninger som måtte komme i fremtiden. På denne måten kan vi forhindre at det foreligger flere oversatte norske versjoner av ett instrument, og samtidig sikre kvaliteten på instrumentene som brukes i klinisk og forskningsrelatert praksis.

Referanser

Referanseliste

- Behling, O. & Law, K. S. (2000). *Translating Questionnaires and other Research Instruments: Problems and Solutions*. Thousand Oaks, CA: Sage publications, Inc.
- Bohn, K., Doll, H. A., Cooper, Z., O'Connor, M., Palmer, R. L. & Fairburn, C. G. (2008). The measurement of impairment due to eating disorder psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1105–1110.
- Bryant-Waugh, R., Cooper Peter J., Taylor, C. L. & Lask, B. (1996). The use of the Eating Disorder Examination with children: A pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 391–397.
- Evans, C. & Dolan, B. (1993). Body shape questionnaire: Derivation of shortened «alternate forms». *International Journal of Eating Disorders*, 13, 315–321.
- Fairburn, C. G. & Beglin, S. J. (2008). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q 6.0). I C. G. Fairburn (red.), *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. & O'Connor, M. (2008). The Eating Disorder Examination. I C. G. Fairburn (red.), *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: Guilford Press.
- Frampton, I., Wisting, L., Øverås, M., Midtsund, M., & Lask, B. (2011). Reliability and validity of the Norwegian translation of the Child Eating Disorder Examination (ChEDE). *Scandinavian Journal of Psychology*, 52, 196–199.
- Götestam, K. G. & Agras, W. S. (1995). General population-based epidemiological study of eating disorders in Norway. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 119–126.
- Lambert, M. J. & Finch, A. E. (1999). The Outcome Questionnaire. I M. E. Maruish (red.), *The use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcomes Assessment (2nd ed.)* (s. 831–869). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Lonner, J. W. & Ibrahim, A. F. (2008). Appraisal and Assessment in Cross-Cultural Counseling. I B. P. Pedersen, G. J. Draguns, J. W. Lonner & E. J. Trimble (red.), *Counseling Across Cultures* (6th ed., s. 37–55). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Reas, D. L., Rø, Ø., Kapstad, H. & Lask, B. (2010). Psychometric properties of the Clinical Impairment Assessment: Norms for young adult women. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 72–76.
- Reas, D. L., von Soest, T. & Lask, B. (2009). Reliability and validity of the Norwegian version of the Body Checking Questionnaire. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46, 260–262.
- Reas, D. L., Whisenhunt, B. L., Netemeyer, R. & Williamson, D. A. (2002). Development of the Body Checking Questionnaire: A self-report measure of body checking behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 324–333.

- Reas, D. L., Wisting, L., Kapstad, H. & Lask, B. (2011). Convergent validity of the Eating Disorder Examination and the Eating Disorder Examination-Questionnaire among university women in Norway. *European Eating Disorders Review*, 19, 357–361.
- Rø, Ø., Reas, D. L. & Lask, B. (2010). Norms for the Eating Disorder Examination Questionnaire among female university students in Norway. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64, 428–432.
- Rosenvinge, J. H., Perry, J. A., Bjørgum, L., Bergersen, T. D., Silvera, D. H. & Holte, A. (2001). A new instrument measuring disturbed eating patterns in community populations: Development and initial validation of a five-item scale (EDS-5). *European Eating Disorders Review*, 9, 123–132.
- Serpell, L., Teasdale, J. D., Troop, N. A. & Treasure, J. (2004). The development of the P-CAN, a measure to operationalize the pros and cons of Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 416–433.
- Shafran, R., Frampton, I., Heyman, I., Reynolds, M., Teachman, B. & Rachman, S. (2003). The preliminary development of a new self-report measure for OCD in young people. *Journal of Adolescence*, 26, 137–142.
- Wahl, A. K. & Hanestad, B. R. (2004). *Måling av Livskvalitet i Klinisk Praksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
- World Health Organisation. (2011). Process of translation and adaptation of instruments. Retrieved October, 2011, from: www.who.int.

