



Ouderschap en ARFID: het verband tussen
ouderlijk gedrag en de ernst van de ARFID-
klachten bij kinderen met een ARFID-diagnose.

Elise Werink

Masterthese – Klinische Psychologie

s3995879
februari 2023
Vakgroep Psychologie
Rijksuniversiteit Groningen
Thesebegeleider: Renate Neimeijer

Een masterthese is een proeve van bekwaamheid voor studenten. De goedkeuring van de masterthese is het bewijs dat de student over voldoende onderzoeks- en rapportagevaardigheden beschikt om af te studeren, maar biedt geen garantie voor de kwaliteit van het onderzoek en de resultaten van het onderzoek als zodanig, en de masterthese is dan ook niet zonder meer geschikt om als academische bron te worden gebruikt om naar te verwijzen. Indien u meer wilt weten over het in deze masterthese besproken onderzoek en eventueel daarop gebaseerde publicaties, waarnaar u zou kunnen verwijzen, kunt u contact opnemen met de genoemde begeleider.

Abstract

ARFID is a relatively new feeding/eating disorder, first described in the DSM-5. It is characterized by avoidance or restriction of food intake. Little is known about the maintaining factors of ARFID. A potential factor is parental behaviour, as this has been found to be associated with children's eating behaviour. The current study investigates the relationship of ARFID-severity with parental feeding style, parenting style and parental stress. An instrumental, emotional and both high and low controlling feeding style, as well as an inadequate parenting style and high parental stress were expected to be related to more severe ARFID symptoms, while an encouraging feeding style was expected to be related to less severe ARFID symptoms. Also, feeding style was expected to have a mediating role in the relationship between ARFID severity and parental stress or parenting style. Participants (N = 57) were children diagnosed with ARFID and their parents. They were recruited at Accare and SeysCentra during the intake-interview. Participants and/or their parents (depending on age) completed the PARDI interview and/or a questionnaire. A multiple regression analysis was used to determine whether parental behavior was associated with the severity of ARFID complaints. No significant effects were found for this relationship. The cause of these non-significant results may be due to the small sample with a small range. As a result, significant effects may have been missed. A recommendation for follow-up research is therefore to use a larger sample and also include a control group for a wider range.

Keywords: ARFID, Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder, eating disorder, eetstoornis, PFSQ, NOSI-K, PARDI, VSOG, ouderlijke voedingsstijl, feeding style, opvoedstijl, parenting style, ouderlijke stress, parental stress.

Samenvatting

ARFID is een relatief nieuwe voedings-/eetstoornis, voor het eerst beschreven in de DSM-5. Het wordt gekenmerkt door vermijding of restrictie van voedselinname. Er is nog weinig bekend over de instandhoudende factoren van ARFID. Een potentiële factor is ouderlijk gedrag, gezien eerder is beschreven dat dit een verband houdt met het eetgedrag van kinderen. In het huidige onderzoek wordt de relatie van ARFID-klachten met ouderlijke voedingsstijl, opvoedingsstijl en ouderlijke stress onderzocht. De verwachting was dat een controlerende (of juist gebrek aan controle), instrumentele en emotionele voedingsstijl, evenals een inadequaat opvoedstijl en hoge ouderlijke stress gerelateerd waren aan ernstigere ARFID-klachten. Van een aanmoedigende voedingsstijl werd verwacht dat het gerelateerd zou zijn aan minder ernstige ARFID-klachten. Ook werd verwacht dat voedingsstijl een mediërende rol heeft in de relatie tussen ARFID-ernst en ouderlijke stress of opvoedstijl. Participanten ($N = 57$) waren kinderen gediagnosticeerd met ARFID en hun ouders, geworven via Accare en SeysCentra. Afhankelijk van de leeftijd werd bij deelnemers en/of hun ouders de PARDI en vragenlijsten afgenomen. Met een multiële regressieanalyse is gekeken of ouderlijke gedragingen invloed hadden op de ernst van de ARFID-klachten. Er zijn geen significante effecten gevonden voor deze relatie. De oorzaak van deze niet-significante resultaten is mogelijk de kleine steekproef waarin weinig spreiding bestaat. Significante effecten zijn hierdoor mogelijk gemist. Een advies voor vervolgonderzoek is dan ook om hier verder onderzoek naar te doen met een grotere steekproef en daarin ook een controlegroep mee te nemen voor een grotere spreiding.

Trefwoorden: ARFID, Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder, eating disorder, eetstoornis, PFSQ, NOSI-K, PARDI, VSOG, ouderlijke voedingsstijl, feeding style, opvoedstijl, parenting style, ouderlijke stress, parental stress.

Ouderschap en ARFID: het verband tussen ouderlijk gedrag en de ernst van de ARFID-klachten bij kinderen met een ARFID-diagnose.

De meeste mensen zullen wel eens gehoord hebben van de eetstoornissen Anorexia Nervosa of Boulimia Nervosa, in de volksmond vaak afgekort tot Anorexia en Boulimia. ARFID (Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder) daarentegen is voor veel mensen minder bekend. ARFID is een relatief nieuwe voedings-/eetstoornis, voor het eerst beschreven in de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), die wordt gekenmerkt door vermijding of restrictie van voedingsinname. Het wordt geassocieerd met onder andere significant gewichtsverlies, aanzienlijke voedingstekorten, groeiachterstanden, afhankelijkheid van enterale voeding en interferentie met psychosociaal functioneren, in de afwezigheid van angst voor gewichtstoename of lichaamsbeeldproblematiek (American Psychiatric Association, 2022; Brown & Perrin, 2019). Er zijn drie subtypes van ARFID beschreven. Als eerste is er de groep patiënten die voedsel vermijdt vanwege een angst voor de aversieve gevolgen ervan, zoals pijn, stikken of overgeven (Mulkens, 2019). Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn wanneer de patiënt bang is dat een verslik- of stikervaring uit het verleden opnieuw zal gebeuren (Neimeijer, 2020). Als tweede de groep patiënten die voedsel vermijdt vanwege de sensorische eigenschappen hiervan (Mulkens, 2019). Deze kinderen zijn bijvoorbeeld gevoelig voor structuren en smaken (Neimeijer, 2020). Als laatste de groep patiënten die verminderde interesse in voeding heeft (Mulkens, 2019). Patiënten met dit subtype hebben een lagere beloningswaarde van eten en ze hebben een minder honger- en verzadigingsgevoel (Neimeijer, 2020). Hoe de voedings-/eetstoornis zich precies uit, kan per persoon erg verschillen. Het kan bijvoorbeeld gaan over een meisje van tien dat alleen maar gefrituurd voedsel wil eten en hierdoor overgewicht en gezondheidsproblemen heeft. Maar het kan ook gaan om een volwassen man die geen interesse heeft in eten en het daardoor vaak vergeet, waardoor hij te mager is.

Er is nog weinig bekend over de prevalentie, omdat het een relatief nieuwe diagnose is. Uit een Zwitsers onderzoek bleek dat 3% van de schoolkinderen voldoet aan de criteria voor ARFID (Kurz et al., 2015). ARFID komt vaker voor op jongere leeftijd dan eetstoornissen zoals Anorexia Nervosa of Boulimia Nervosa (Fisher et al., 2014), maar het kan op alle leeftijden voorkomen. De man/vrouw-verdeling is ongeveer gelijk en comorbide medische en/of psychiatrische symptomen komen relatief vaak voor bij personen met ARFID (Fisher et al., 2014). Zo is er een hoge comorbiditeit met angststoornissen en autisme (Ledford & Gast, 2006) en is er bij ongeveer een derde van de patiënten sprake van een gerelateerde medische conditie (Fisher et al., 2014).

Ook is er nog weinig bekend over de instandhoudende factoren van ARFID. Een van de potentiële factoren is ouderlijk gedrag, gezien eerder is beschreven dat dit een verband houdt met het eetgedrag van kinderen (Scaglioni, 2018). In de huidige studie wordt deze relatie onderzocht. Meer specifiek wordt er naar voedingsstijl, ouderlijke stress en opvoedingsstijl gekeken.

Voedingsstijl

Wat betreft voedingsstijl kan er onderscheid gemaakt worden tussen verschillende ouderlijke voedingsstijlen. In dit onderzoek is het volgende onderscheid gemaakt: een instrumentele voedingsstijl, een controlerende voedingsstijl, een aanmoedigende voedingsstijl en een emotionele voedingsstijl. Dit onderscheid is gebaseerd op de Parental Feeding Style Questionnaire (PFSQ) (Wardle et al., 2002; Sleddens et al., 2010).

Een instrumentele voedingsstijl is het gebruiken van voedsel als beloning of straf. Uit een onderzoek bij 359 Nederlandse moeders van kinderen tussen de 4 en 12 jaar oud, bleek dat 29.5% wel eens eten als beloning gebruikt en 18.1% gebruikt het wel eens als straf (Raaijmakers et al., 2014). Straffen of belonen met eten is op de lange termijn contraproductief en kan resulteren in consumptie van minder fruit en groenten en een groter

risico op onder- of overgewicht (Kerzner et al., 2015). Ook uit onderzoek van Lo et al. (2015), die de PFSQ hebben afgenomen bij 4553 kleuters, bleek dat instrumenteel voeden gerelateerd was aan inadequate consumptie van fruit, groente en ontbijt en dat het gecorreleerd was met inname van calorierijk voedsel.

De emotionele voedingsstijl is het gebruik van voedsel bij emotionele stress bij kinderen, om zijn of haar emoties te reguleren (Raaijmakers et al., 2014). Van de Nederlandse moeders zegt 18.9% wel eens eten te geven met een emotioneel doel, zoals het geruststellen van hun kind (Raaijmakers et al., 2014). Net als een instrumentele voedingsstijl, bleek ook een emotionele voedingsstijl gerelateerd aan inadequate consumptie van fruit, groente en ontbijt en gecorreleerd met inname van calorierijk voedsel (Lo et al., 2015).

Een aanmoedigende voedingsstijl is het aanmoedigen van interesse in voedsel en van het eten van verschillende voedingsproducten. Dit kan bijvoorbeeld door het complimenteren na het eten of het kind aan te moedigen iets nieuws te proberen. Een aanmoedigende voedingsstijl is gerelateerd aan meer consumptie van groente, fruit en ontbijt (Lo et al., 2015) en zou een beschermende factor kunnen zijn voor *picky eating* (Ellis et al., 2018), dat volgens Ellis et al. (2018) een belangrijke associatie heeft met ARFID. De afwezigheid van aanmoediging tijdens etenstijd is juist geassocieerd met het niet willen consumeren of proberen van onbekend voedsel (Torres et al., 2018).

Bij een controlerende voedingsstijl gaat het over controle uitoefenen over het eten van het kind. Mag het kind zelf kiezen wat en wanneer hij eet of wordt alles voor het kind besloten rondom eten? Controlerende voeders komen relatief vaak voor: ongeveer de helft van de moeders en een nog grotere groep vaders (Kerzner et al., 2015). Ze gaan niet uit van het kinds hongergevoel, maar van wat zij vinden dat een kind hoort te eten op een bepaald moment. Ze kunnen het kind dan bijvoorbeeld opleggen om iets te eten en ze te straffen als ze dit niet doen, of juist ongepast belonen als ze het wel doen. Dit kan eerst effectief lijken, maar

op den duur blijkt dit juist contraproductief (Kerzner et al., 2015). Het kan resulteren in consumptie van minder fruit en groenten en een risico op onder- of overgewicht. Uit een systematische review van Torres et al. (2021) bleek dat onder andere dat het opleggen van druk op het kind om te eten geassocieerd is met het weigeren van het consumeren of proberen van onbekend voedsel. Ook is gevonden dat een grotere druk van ouders op het kind om te eten geassocieerd is met *picky eating* op latere leeftijd (Ellis et al., 2018). Er is ook bewijs dat kinderen die hoog scoorden op de 'Pressure to eat'-schaal van de CFQ (Child Feeding Questionnaire) een lagere totale inname van calorieën hadden. Ze kregen minder calorieën binnen via brood, snacks, fruit en groente en ze aten langzamer (Warkentin et al., 2020). Eveneens werd gevonden dat een hoge score op de controle-schaal van de eerdergenoemde PFSQ werd geassocieerd met minder fruit- en groente inname. Aan de andere kant zijn er ook bewijzen dat een lage controle niet altijd goed is. Zo beschreven Kerzner et al. (2016) naast de controlerende voeder ook de toegeeflijke voeder. Deze voeders hebben de neiging om het kind te voeden wat en wanneer het kind vraagt, ook als het bijvoorbeeld speciaal bereid moet worden voor het kind. Het kind heeft hier dan zelf hoge controle wat betreft eten. De voeders denken dat ze er goed aan doen door naar de behoeften van het kind te luisteren, maar er worden geen grenzen gesteld. Dit kan leiden tot lagere consumptie van gezonde voeding met belangrijke voedingsstoffen en een buiten proportie hoge consumptie van vette voedingsmiddelen. Dit kan de kans op overgewicht vergroten. Lo et al. (2015) vonden dat controle over eten zorgde voor meer consumptie van onder andere fruit, groente en ontbijt, en minder inname van calorierijk voedsel. Deze resultaten impliceren dat een hele lage controle van ouders rondom eten ook niet altijd goed is. Wardle et al. (2002) schreven ook dat enige controle waarschijnlijk een essentieel deel is van het sturen van een kinds dieet.

Ouderlijke stress

Er is steeds meer bewijs dat ook ouderlijke stress een significante rol heeft in het eetgedrag van kinderen (Jang et al., 2021). Ouderlijke stress is de perceptie van de ouder over stress wat betreft de ervaren ouderschapsrol (Jang et al. (2021). Het kan invloed hebben op gezondheidsgedragingen van kinderen, zoals beweging en dieet, en is gerelateerd aan obesitas bij kinderen (Jang et al., 2019). Bovendien is er bewijs dat voedingspraktijken van ouders beïnvloed kunnen worden door ouderlijke stress (Gouveia et al., 2019). Ouders die hogere levels van ouderlijke stress ervaren gebruiken meer controlerende voedingsstijlen en geven kinderen minder gezond eten (Berge et al., 2017; Gouveia et al., 2019). Voedingsstijl heeft dus mogelijk een mediërend effect op de relatie tussen ouderlijke stress en eetgedrag van kinderen.

Opvoedstijl

Als laatste kan opvoedingsstijl invloed hebben op het eetgedrag van kinderen. Opvoedingsstijl gaat over de overtuigingen, attitudes en gedragingen van ouders en kan worden ingedeeld in twee dimensies: warmte en controle (Baumrind, 1971; Lopez et al., 2018). Baumrind (1971) heeft 3 ouderschapsstijlen geïdentificeerd: *permissive* (toegeeflijk), *authoritarian* (autoritair) en *authoritative* (autoritatief). De autoritaire ouderschapsstijl wordt gekenmerkt door strikte handhaving van regels met weinig aanmoediging voor autonomie van het kind. Ouders met deze ouderschapsstijl zijn minder warm, acceptierend en betrokken. De toegeeflijke ouderschapsstijl wordt gekenmerkt door veel toegeeflijkheid en weinig structurele sturing naar het kind. Er worden weinig grenzen gesteld en deze ouders zijn erg betrokken en acceptierend. Een autoritatieve ouder geeft wel structureel sturing, maar neemt daarbij de behoeften van het kind ook mee. Deze ouders stellen dus wel regels en grenzen, maar zijn ook acceptierend, warm en betrokken. (Baumrind, 1971; Lopez et al., 2018). Deze laatste ouderschapsstijl is gerelateerd aan een hogere mate van fruitconsumptie (Kremers et al., 2003; Goodman et al., 2020) en wordt geassocieerd met gezondere dieet-

gedragingen (Zahra et al., 2014). Ook wordt een autoritatieve opvoedingsstijl geassocieerd met meer gezonde voedingspraktijken van ouders dan bij een autoritaire of toegelijke opvoedstijl (Goodman et al., 2020). Ze gebruiken bijvoorbeeld niet-voedingsbeloningen, zoals stickers, om het kind aan te moedigen bij het eten (Roberts et al., 2018). Verder bleken autoritatieve moeders meer structuur te bieden tijdens etenstijd, wat gerelateerd is aan een hogere kwaliteit dieet van kinderen (gemeten met de HEI-2010, dat de mate waarin iemand voldoet aan de *Dietary Guidelines for Americans* evalueert) (Lopez et al., 2018). Daarentegen lieten toegelijke en autoritaire moeders juist minder structuur tijdens de maaltijden zien, wat een lagere kwaliteit dieet bij kinderen voorspelt. Dit zijn wel allemaal indirecte effecten, waarbij structuur als mediator diende. Er werden geen directe significante effecten gevonden tussen opvoedstijlen en dieet, maar mogelijk is voedingsstijl dus wel een mediërende factor.

In dit onderzoek is de Verkorte Schaal voor Ouderlijk Gedrag (VSOG) (Van Leeuwen et al., 2018) gebruikt. Hierin wordt verschil gemaakt tussen een inadequate en een adequate opvoedingsstijl. De inadequate opvoedingsstijl wordt gekenmerkt door een lage score op positieve betrokkenheid en regels aanleren en een hoge score op materieel belonen, straffen en fysieke straffen. Een adequate opvoedingsstijl wordt gekenmerkt door hoge positieve betrokkenheid en regels aanleren en een lage score op materieel belonen, straffen en fysieke straffen. Deze adequate opvoedingsstijl komt het meest overeen met een autoritatieve opvoedstijl.

Huidige onderzoek

Ouderlijke stress, opvoedingsstijl en voedingsstijl hebben dus een verband met het eetgedrag van kinderen. In het huidige onderzoek zal er worden gekeken naar de invloed van deze verschillende ouderlijke gedragingen op de ernst van de ARFID-symptomen die de ARFID-patiënten en hun ouders rapporteren. Meer kennis over de invloed van verschillende ouderlijke gedragingen op ARFID zal toekomstige behandel- en preventieve interventies

kunnen verbeteren. De onderzoeksvraag van dit onderzoek is: Wat is het verband tussen het ouderlijk (op)voedingsgedrag en de ernst van de ARFID-klachten bij kinderen met een ARFID-diagnose?

De volgende hypothesen zullen worden getest in het onderzoek:

H1: De ernst van de ARFID-klachten is hoger bij kinderen van ouders die hoog scoren op ouderlijke stress dan bij kinderen van ouders die laag scoren op ouderlijke stress.

H2: De relatie tussen ouderlijke stress en de ernst van de ARFID-klachten wordt gemedieerd door voedingsstijl.

H3: De ernst van de ARFID-klachten is hoger bij kinderen van ouders met een meer inadequate opvoedstijl dan bij kinderen van ouders met een meer adequate opvoedstijl.

H4: De relatie tussen opvoedstijl en de ernst van de ARFID-klachten wordt gemedieerd door voedingsstijl.

H5: De ernst van de ARFID-klachten is hoger bij kinderen van ouders die heel hoog of juist heel laag scoren op controlerend voeden.

H6: De ernst van de ARFID-klachten is hoger bij kinderen van ouders die hoog scoren op instrumenteel voeden dan bij kinderen van ouders die laag scoren op instrumenteel voeden.

H7: De ernst van de ARFID-klachten is hoger bij kinderen van ouders die hoog scoren op emotioneel voeden dan bij kinderen van ouders die laag scoren op emotioneel voeden.

H8: De ernst van de ARFID-klachten is lager bij kinderen van ouders die hoog scoren op aanmoedigend voeden dan bij kinderen van ouders die laag scoren op aanmoedigend voeden.

Methode

Participanten.

De klinische groep ($N = 57$) betreft ARFID-patiënten (en hun ouders) van Accare en SeysCentra tussen de 2 en de 19 jaar oud ($M = 9.55$, $SD = 4.27$). Van de 56 patiënten waarvan het geslacht bekend is, zijn er 35 van het mannelijke geslacht en 21 van het vrouwelijke

geslacht. Aan de ouders is na de intake gevraagd of ze wilden deelnemen aan wetenschappelijk onderzoek dat uitgevoerd wordt door de Rijksuniversiteit Groningen en Maastricht University. De exclusiecriteria waren het niet spreken van de Nederlandse taal en een verwacht IQ onder de 80.

Materialen.

PARDI

Om de belangrijkste kenmerken van de voedselinnamestoornis ARFID te onderzoeken is de Nederlandse vertaling van de PARDI (*The Pica, ARFID and Rumination Disorder Interview*) gebruikt (Bryant-Waugh et al., 2019; Nederlandse vertaling door Neimeijer & Mulkens, 2021). Dit is een semigestructureerd, multi-informanten klinisch interview dat gebruikt kan worden voor het onderzoeken en diagnosticeren van ARFID, Pica en Ruminatiestoornis volgens DSM-5 criteria. Ook geeft het ernstscores voor deze stoornissen en subschaal-scores voor de drie ARIFD-subtypen. De PARDI werd afgenomen bij de ouders en/of het kind, afhankelijk van de leeftijd van het kind. Er zijn vier versies beschikbaar: Ouder/Verzorger 2-3, Ouder/Verzorger 4+, Zelf 8-13 en Zelf 14+. Welke versie werd afgenomen was afhankelijk van de leeftijd van het kind. Inhoudelijk zijn de versies hetzelfde, maar de vraagstelling is afgestemd op de respondent. Voor dit onderzoek zal alleen gekeken worden naar de ernst-items van het ARFID-gedeelte. Dit zijn items 29a-e, 30, 32, 33, 34, 35, 40, 41, 42, 43, 46, 47, 48. Voorbeelden van items zijn: ‘Heeft uw kind in de afgelopen maand steeds precies hetzelfde gegeten tijdens maaltijden of tussendoortjes (bijvoorbeeld steeds hetzelfde merk van bepaald eten of steeds dezelfde smaak eten)?’ (30) of ‘Hebben de eetproblemen van uw kind invloed op de andere gezinsleden op belangrijke anderen en het dagelijkse gezinsleven?’ (40). Alle ernst-items konden gescoord worden aan de hand van een 6-puntsschaal.

NOSI-K

De NOSI-K (Nijmeegse Ouderlijke Stress Index verKort) (Brock et al., 1992) is een verkorte versie van de NOSI (Nijmeegse Ouderlijke Stress Index) is gebruikt om de stress die de ouders ervaren over de opvoeding van hun kind te meten. Het bestaat uit 10 subschalen: Competentie, Hechting, Depressie, Gezondheid, Aanpassing, Stemming, Afleidbaarheid, Veeleisendheid, Positieve Bekrachtiging en Acceptatie. De NOSI-K bestaat uit 25 items die beantwoord kunnen worden door middel van een 6-puntsschaal, van ‘helemaal mee oneens’ tot ‘helemaal mee eens’. Voorbeelden van items zijn: ‘De laatste tijd vind ik het erg moeilijk om beslissingen te nemen ten aanzien van mijn kind’ (subschaal Depressie), ‘Ik heb vaak het gevoel dat ik de dingen niet zo goed aan kan’ (subschaal Competentie) en ‘Vaak begrijp ik mijn kind niet’ (subschaal Hechting). De test-hertest betrouwbaarheid ligt tussen de .92 en .95 (De Brock et al., 1992). De NOSI-K werd ingevuld door de ouders.

PFSQ

De Nederlandse vertaling van de PFSQ (Parental Feeding Style Questionnaire) (Wardle et al., 2002; Nederlandse vertaling door Sleddens et al., 2010) is afgenomen bij ouders om hun voedingsstijl te bepalen. Het bestaat uit 26 items die onderverdeeld kunnen worden in vier subschalen: een instrumentele voedingsstijl (‘Om ervoor te zorgen dat mijn kind zich gedraagt, beloof ik hem/haar iets te eten’), een controlerende voedingsstijl (‘Ik beslis hoeveel tussendoortjes mijn kind mag hebben’), een aanmoedigende voedingsstijl (‘Ik moedig mijn kind aan om uit te kijken naar de maaltijd’) en een emotionele voedingsstijl (‘Ik geef mijn kind iets te eten om zich beter te laten voelen als hij/zij zich zorgen maakt’) (Wardle et al., 2002). De antwoorden kunnen worden aangegeven op een 5-puntsschaal, waarbij 1 staat voor ‘Nooit’ en 5 voor ‘Altijd’. Alle schalen hebben een Cronbachs alfacoefficiënt van $>.60$, wat erop wijst dat de schalen betrouwbaar zijn (Sleddens et al., 2010). De PFSQ werd ingevuld door de ouders.

VSOG

Om de opvoedingsstijl/ouderlijk gedrag te meten is de VSOG (Verkorte Schaal voor Ouderlijk Gedrag) gebruikt. De VSOG bestaat uit 25 items die gecategoriseerd kunnen worden in vijf subschalen: Positieve betrokkenheid, Regels aanleren, Materieel belonen, Straffen en Fysiek straffen (Van Leeuwen et al., 2018). Voorbeelden van items zijn: ‘Als mijn kind iets wil vertellen, maak ik tijd om ernaar te luisteren’ (Positieve betrokkenheid), ‘Ik leer mijn kind om beleefd te zijn op school’ (Regels aanleren), ‘Ik laat mijn kind iets kopen als hij/zij iets goed gedaan heeft’ (Materieel belonen), ‘Als mijn kind iets doet dat niet mag, geef ik hem/haar straf’ (Straffen) en ‘Ik geef mijn kind een pak rammel als hij/zij ongehoorzaam is’ (Fysiek straffen). De antwoorden kunnen worden aangegeven op een 5-puntsschaal, waarbij 1 staat voor ‘De uitspraak geldt (bijna) nooit’ en 5 staat voor ‘De uitspraak geldt (bijna) altijd’. De VSOG werd ingevuld door de ouders.

Procedure.

Het verzamelen van gegevens uit de patiëntenpopulatie is gestart in September 2019 en afgerond in Juni 2022. Nadat de kinderen/jongeren en hun ouders na de intake hadden aangegeven mee te willen doen, kreeg elke deelnemer een unieke code, die later in het sleutelbestand gekoppeld werd aan de persoonlijke gegevens. Wanneer aan de proefpersoon een code is toegekend, is een e-mail met daarin de informatiebrief over het onderzoek en het toestemmingsformulier naar deze persoon gestuurd. Zodra het toestemmingsformulier ondertekend binnen was, werden de gegevens van de PARDI opgevraagd. De PARDI is afgenomen als onderdeel van de reguliere diagnostiek tijdens de intake bij Accare of SeysCentra en deze gegevens worden in het huidige onderzoek gebruikt. Daarnaast werd er een mail gestuurd met daarin een link naar de Qualtrics-vragenlijsten. De vragenlijst had voor de kinderen een duur van ongeveer 20 minuten en voor de ouder(s) een duur van ongeveer 45 minuten.

Als aanvulling van dit onderzoek is er naast het analyseren van de data ook data verzameld voor de controlegroep, zodat in toekomstig onderzoek deze data vergeleken kan worden met de huidige data. Deze data zijn in het huidige onderzoek niet gebruikt.

Analyse

Om de invloed van ouderlijk gedrag op de ernst van de ARFID-symptomen te bepalen, zal er een multiële regressieanalyse worden uitgevoerd in ISB SPSS Statistics 27. De ernst-score van de PARDI zal hierbij steeds de afhankelijke variabele zijn. Deze ernst-scores zijn berekend door de score van alle relevante ernst-items bij elkaar op te tellen en te delen door het aantal ernst-items dat gescoord is. Dit aantal gescoorde items kan wat verschillen per kind, omdat een aantal van deze vragen niet van toepassing zouden kunnen zijn voor het betreffende kind, bijvoorbeeld als dit kind volledige sondevoeding krijgt. Bij de participanten waarvan er zowel een ouder ernst-score als een kind-ernst score beschikbaar is, zal er naar de gemiddelde ernst-score worden gekeken. Indien er alleen een ouder ernst-score beschikbaar is, zal deze worden gebruikt. Bij participanten waarvan er alleen een kind ernst-score beschikbaar is, zal daarnaar gekeken worden. Voor de eerste hypothese zal de totaalscore van de NOSI-K als onafhankelijke variabele gebruikt worden. Voor de derde hypothese zijn de gemiddelde schaal-scores van de VSOG gebruikt als onafhankelijke variabele. Deze zijn berekend door de totaalscore van de persoon op de schaal te delen door het aantal vragen waaruit de schaal bestaat. Aan de hand van de resultaten van deze schaal-scores wordt gekeken naar de invloed van adequate en inadequate opvoedstijlen. Voor de zesde, zevende en laatste hypothese zijn de gemiddelde schaal-scores van de PFSQ gebruikt als onafhankelijke variabele. Ook deze zijn berekend door de totaalscore van de persoon op de schaal te delen door het aantal vragen waaruit de schaal bestaat.

Voor de tweede en de vierde hypothesen zal er een hiërarchische regressieanalyse worden gedaan waarbij de subschalen van voedingsstijl als mediator zijn toegevoegd aan de

regressieanalyse tussen de subschalen van opvoedstijl en ARFID-ernst, om te bepalen of ouderlijke voedingsstijl een mediërend effect heeft op de relatie tussen opvoedstijl van de ouder en eetgedrag van het kind.

Voor de vijfde hypothese zal eerst aan de hand van een visuele inspectie van het scatterplot gekeken worden wat de relatie tussen controle en ARFID-ernst is. Daarna zal bepaald worden welk verband het meest passend is en zal de sterkte van dit verband worden berekend.

Voor de analyses zal er een standaardcriterium van $p \leq .05$ gehanteerd worden. Er is een sensitiviteitsanalyse uitgevoerd via G*Power (Faul et al., 2007). Op basis van de steekproefgrootte ($N = 57$) zou dit onderzoek bij een *alpha* van .05 en een *power* van 0.80 gevoelig zijn voor een effectgrootte van $f^2 = 0.878$.

Resultaten

Van de in totaal 57 participanten was het mogelijk om van 35 deelnemers (61,4%) een uiteindelijke ernst-score te berekenen. Van deze 35 uiteindelijke ernst-scores waren er 5 (14,3%) gebaseerd op het gemiddelde van de ernst-score van kind en ouder samen, 11 (31,4%) gebaseerd op alleen ernst-score van het kind en 19 (54,3%) gebaseerd op alleen de ernst-score van de ouder. De participanten waarvan geen ernst-score beschikbaar was, zijn eruit gefilterd voor de volgende analyse. Van deze 35 participanten hebben 30 ouders de vragenlijst hebben ingevuld. Voor elke onafhankelijke variabele konden dus 30 totaalscores berekend worden. Echter zijn er bij de schaal Positieve Betrokkenheid van de VSOG 29 totaalscores berekend in plaats van 30 zoals bij de andere schalen. Dit komt omdat één participant een vraag (vraag 20: 'Als mijn kind en ik een meningsverschil hebben, praat ik dat uit en zoek ik een oplossing, samen met mijn kind') niet had ingevuld die hoorde bij deze schaal. Voor deze participant is de gemiddelde schaalscore dus niet berekend en is deze in de

uiteindelijke multipale regressieanalyse ook niet meegenomen. In tabel 1 zijn de beschrijvende statistieken beschreven.

Tabel 1

Beschrijvende statistiek van de gebruikte onafhankelijke en afhankelijke variabelen

Variabele	Minimum	Maximum	Gemiddelde (<i>M</i>)	Standaarddeviatie (<i>SD</i>)
ARFID ernst-score	1.59	4.94	2.72	0.76
NOSI-K totaalscore (ouderlijke stress)	30.00	97.00	61.67	19.46
PFSQ emotioneel voeden	1.00	3.50	1.56	0.73
PFSQ instrumenteel voeden	1.00	3.75	1.52	0.74
PFSQ aanmoedigen	2.88	5.00	3.83	0.64
PFSQ controle	2.30	4.80	3.66	0.70
VSOG fysiek straffen	1.00	1.80	1.05	0.81
VSOG straffen	1.00	5.00	2.88	1.06
VSOG regels aanleren	1.40	5.00	4.07	0.50
VSOG materieel belonen	1.33	4.67	2.93	0.79
VSOG positieve betrokkenheid	2.75	5.00	4.07	0.50

Assumpties

Voordat de analyse is uitgevoerd, is er eerst gekeken of het de data voldoet aan de een aantal assumpties. In de eerste instantie voldeed de data niet aan alle assumpties. Er is daarom een *square root* transformatie gedaan. De onafhankelijke variabelen hebben lineaire relaties met de afhankelijke variabele, dus aan de assumptie lineariteit is voldaan. Ook aan collineariteit is voldaan, net als aan de assumpties onafhankelijke observaties en de assumptie

normaliteit. Het is niet perfect symmetrisch verdeeld, maar wel voldoende normaal. Voor homoscedasticiteit geldt ook dat dit niet helemaal perfect is. Het is dus wel belangrijk dat de volgende resultaten met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

Uiteindelijke analyse

De resultaten van de regressieanalyse, $F(10, 28) = 0.642$, $p = .760$, $R^2 = .263$, indiceren dat de onafhankelijke variabelen 26.3% van de variantie van de afhankelijke variabele verklaren. Dit is niet significant.

De eerste hypothese was dat de ernst van de ARFID-klachten hoger is bij kinderen van ouders die hoog scoren op ouderlijke stress dan bij kinderen van ouders die laag scoren op ouderlijke stress. Er is gevonden dat ouderlijke stress ARFID-ernst niet significant voorspelde, $\beta = -.096$, $p = .735$. De eerste hypothese is dus niet bevestigd. Voor de tweede hypothese is gekeken of voedingsstijl mogelijk een mediërende factor is in de relatie tussen ouderlijke stress en ARFID-ernst. Bij het toevoegen van de voedingsstijlen in de regressieanalyse tussen ouderlijke stress en de ARFID ernst-score bleek de relatie niet significant, $F(5, 29) = 1.045$, $p = .415$, $R^2 = .179$. De invloed van een controlerende voedingsstijl op de relatie lijkt met $\beta = .275$, $p = .116$ groter dan de invloed van aanmoediging, $\beta = .143$, $p = .523$, emotioneel voeden, $\beta = -.197$, $p = .550$, of instrumenteel voeden, $\beta = .229$, $p = .514$. Echter zijn ze geen van allen significant en kan de tweede hypothese dus niet worden bevestigd.

De derde hypothese was dat de ernst van de ARFID-klachten hoger is bij kinderen van ouders met een meer inadequate opvoedstijl dan bij kinderen van ouders met een meer adequate opvoedstijl. Hiervoor is eerst gekeken wat de relatie was tussen de gemiddelde schaal-scores van de VSOG en de ernst van de ARFID-klachten. Voor zowel fysiek straffen, $\beta = -.025$, $p = .962$, straffen, $\beta = -.294$, $p = .287$, materieel belonen, $\beta = -.274$, $p = .345$, positieve betrokkenheid, $\beta = .070$, $p = .834$, en regels aanleren, $\beta = -.212$, $p = .481$, was de

relatie met ARFID-ernst niet significant. Doordat deze resultaten niet significant zijn kan er geen conclusie worden getrokken over de invloed van een adequate of inadequate voedingsstijl en kan de tweede hypothese dus ook niet worden bevestigd.

De vierde hypothese was dat de relatie tussen opvoedstijl en de ernst van de ARFID-klachten gemedieerd zou worden door voedingsstijl. Bij het toevoegen van de PFSQ-subschalen (voedingsstijl) als mediator in de relatie tussen de subschalen van de VSOG (opvoedstijl) en ARFID-ernst, werd geen significante relatie gevonden, namelijk $F(9,28) = .735, p = .673, R^2 = .258$. De derde hypothese wordt dus ook niet bevestigd.

De vijfde hypothese was dat de ernst van de ARFID-klachten hoger zou zijn bij kinderen van ouders met een hele hoge of juist een hele lage controle over eten. Echter kan deze hypothese niet worden bevestigd op basis van visuele inspectie (zie figuur 1). Op basis van visuele inspectie van de LOESS-lijn is een lineair verband het meest passend. Het lineaire verband was echter niet significant wanneer controle in de multiële regressieanalyse werd meegenomen, namelijk $\beta = .135, p = .573$.

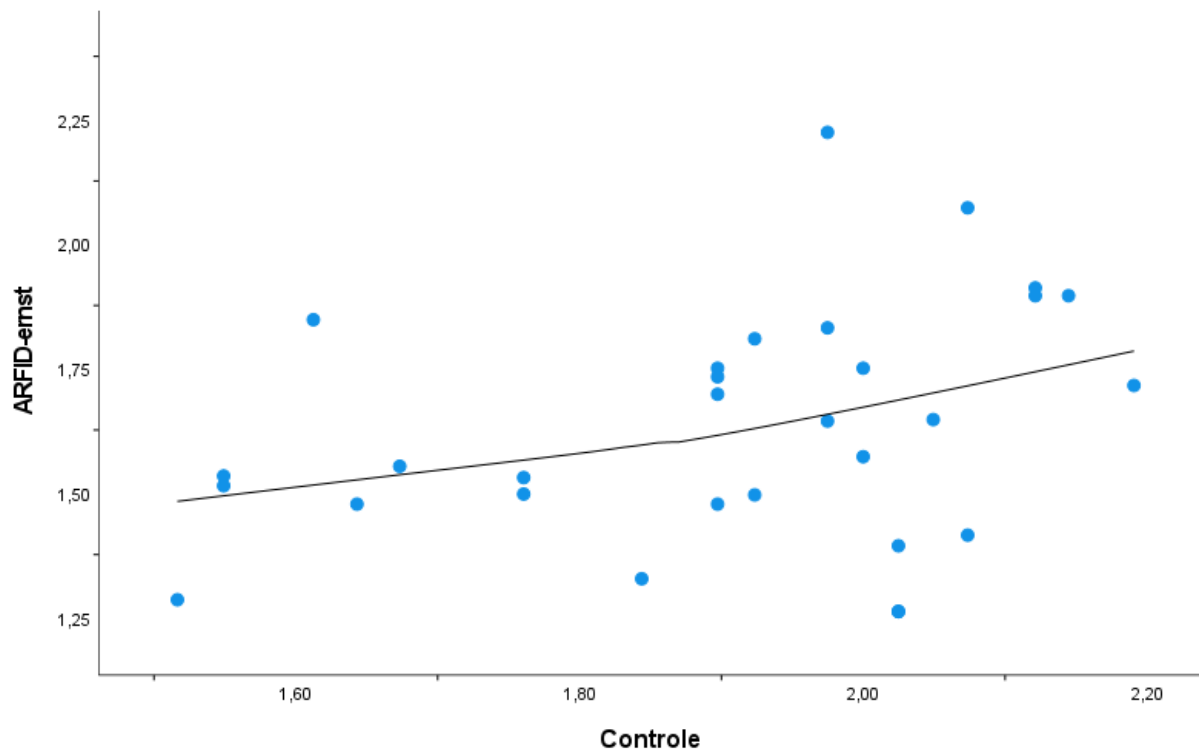
De zesde hypothese was dat de ernst van de ARFID-klachten hoger zou zijn bij kinderen van ouders die hoog scoren op instrumenteel voeden. Ook deze hypothese kan niet worden bevestigd omdat de resultaten niet significant zijn, $\beta = -.267, p = .509$.

De zevende hypothese was dat de ernst van de ARFID-klachten hoger zou zijn bij kinderen van ouders die hoog scoren op emotioneel voeden dan bij kinderen van ouders die laag scoren op emotioneel voeden. Deze hypothese kan niet bevestigd worden, omdat voor deze hypothese geen significante resultaten zijn gevonden, $\beta = -.087, p = .832$.

De laatste hypothese was dat de ernst van de ARFID-klachten lager zou zijn bij kinderen van ouders die hoog scoren op aanmoedigend voeden dan bij kinderen van ouders die laag scoren op aanmoedigend voeden. Ook voor deze hypothese zijn geen significante resultaten gevonden, $\beta = .176, p = .573$, waardoor deze niet bevestigd kan worden.

Figuur 1

Relatie ARFID-ernst en een controlerende voedingsstijl met LOESS-lijn.



Discussie

De onderzoeksvraag van het huidige onderzoek was: ‘Wat is het verband tussen het ouderlijk (op)voedingsgedrag en de ernst van de ARFID-klachten bij kinderen met een ARFID-diagnose?’ Geen enkel resultaat was significant en de hypothesen konden dus ook niet worden bevestigd.

De eerste hypothese, dat de ernst van de ARFID-klachten hoger is bij kinderen van ouders die hoog scoren op ouderlijke stress dan bij kinderen van ouders die laag scoren op ouderlijke stress, werd niet bevestigd door het huidige onderzoek. Deze hypothese was gebaseerd op de onderzoeken van Jang et al. (2019) en Jang et al. (2021), die aantoonde dat ouderlijke stress gezondheidsgebedragingen – waaronder dieet – van kinderen kunnen beïnvloeden. Ze namen in hun systematische review geen studies mee die zich ook focuste op stress of chronische condities bij kinderen. Het huidige onderzoek richtte zich echter op

kinderen met ARFID, waarbij stress bij kinderen en chronische condities hoogstwaarschijnlijk meer voorkomt. Ook zijn de onderzoeken van Jang et al. (2019) en Jang et al. (2020) in de Verenigde Staten uitgevoerd en het huidige onderzoek in Nederland. Volgens Nomaguchi en Milkie (2017) kunnen structurele en culturele factoren de variatie in ouderlijke spanning verklaren. Mogelijk zijn er in de Verenigde Staten andere factoren die bijdragen aan ouderlijke stress dan in Nederland, waardoor de invloed van ouderlijke stress op eetgedrag misschien ook anders is. Dat zou een reden kunnen zijn voor de verschillende resultaten. Voor de tweede hypothese is gekeken of de relatie tussen ouderlijke stress en ARFID-ernst gemedieerd wordt door voedingsstijl. Dit is gebaseerd op Gouveia et al. (2019), die stellen dat voedingspraktijken van ouders beïnvloed kunnen worden door ouderlijke stress. De relatie tussen ouderlijke stress en ARFID-ernst met voedingsstijl als mediator bleek ook niet significant. Volgens Berge et al. (2017) en Gouveia et al. (2019) zouden ouders met een hoge mate van ouderlijke stress meer controlerende voedingsstijlen gebruiken. Uit de resultaten lijkt het er wel op dat ouderlijke controle waarschijnlijk meer samenhang heeft met ARFID-ernst dan de andere voedingsstijlen, maar geen van allen had een significante invloed.

De derde hypothese, dat de ernst van de ARFID-klachten hoger is bij kinderen van ouders met een meer inadequate opvoedstijl dan bij kinderen van ouders met een meer adequate opvoedstijl, werd ook niet bevestigd. Omdat de relaties niet significant waren kon er niet gekeken worden naar welke schaalscores gerelateerd waren aan ernstigere ARFID-klachten en kon dus ook geen conclusie getrokken worden over de invloed van een adequate of inadequate opvoedstijl. Deze hypothese is gebaseerd op de onderzoeken van Goodman et al. (2020), Kremers et al. (2003) en Zahra et al. (2014). De vierde hypothese was dat de relatie tussen opvoedstijl en ARFID-ernst wordt gemedieerd door voedingsstijl. Uit de resultaten blijkt dat deze hypothese niet wordt bevestigd. Deze hypothese is gebaseerd op onderzoeken van Lopez et al. (2018), Roberts et al. (2018) en Goodman et al. (2020), waaruit blijkt dat

autoritatieve opvoedstijl geassocieerd is met meer gezonde voedingspraktijken en meer structuur tijdens de maaltijd dan bij autoritaire of toegeeflijke opvoedstijlen. De onderzoeken waarop hypothese drie en vier op gebaseerd zijn, kijken alle drie naar opvoedstijl volgens de indeling van Baumrind (1971): autoritair, autoritatief en toegeeflijk. Deze opvoedstijlen zijn gebaseerd op de mate van warmte en betrokkenheid. In het huidige onderzoek wordt opvoedstijl gezien als spectrum dat van inadequaaf naar adequaat verloopt en gebaseerd is op positieve betrokkenheid, regels aanleren, materieel belonen en (fysiek) straffen (Van Leeuwen et al., 2018). Deze verschillende indeling van opvoedstijl is dus ook gebaseerd op andere constructen. Dit is een mogelijke oorzaak van de niet overeenkomende resultaten.

De vijfde hypothese, dat de ARFID-klachten bij hoge of juist lage controle ernstiger zijn, is onder andere gebaseerd op de onderzoeken van Warkentin et al. (2020), Torres et al. (2021) en Kerzner et al. (2016). Met behulp van een scatterplot met een LOESS-lijn is gekeken naar de relatie tussen ARFID-ernst en een controlerende voedingsstijl. De hypothese is niet bevestigd in het huidige onderzoek, omdat de relatie op basis van visuele inspectie namelijk redelijk lineair was, wat niet verwacht werd. Als exploratief deel is deze lineaire relatie nog wel getoetst, maar de lineaire relatie bleek niet significant. Door de lage power van het onderzoek komen de resultaten mogelijk niet overeen met de literatuur.

De zesde en zevende hypothese, dat de ARFID-klachten ernstiger zijn bij kinderen van ouders die hoog scoren op instrumenteel voeden en dat ARFID-klachten ernstiger zijn bij kinderen van ouders die hoog scoren op emotioneel voeden, worden ook niet bevestigd. Deze hypothesen zijn gebaseerd op het onderzoek van Lo et al. (2015), waaruit bleek dat instrumenteel en emotioneel voeden volgens de PFSQ gerelateerd is aan een lagere fruit-, groente- en ontbijtconsumptie en een hogere inname van calorierijk voedsel bij kinderen. Dit onderzoek is uitgevoerd bij kinderen tussen de twee en vijf jaar uit Hong Kong. Daarbij was deze populatie ook niet gediagnosticeerd met een voedings- of eetstoornis, zoals bij de

huidige studie wel het geval was. De populaties verschillen dus erg, want een verklaring kan zijn voor de verschillende resultaten.

De laatste hypothese was dat de ARFID-klachten ernstiger waren bij kinderen van ouders die laag scoren op aanmoedigend voeden. Deze hypothese wordt ook niet bevestigd in het huidige onderzoek. De hypothese is gebaseerd op de onderzoeken van Lo et al. (2015), Ellis et al. (2018) en Torres et al. (2018), waarin beschreven wordt dat een aanmoedigende voedingsstijl gerelateerd is aan onder andere meer fruit- en groente consumptie en dat het een beschermende factor kan zijn voor *picky eating*. In deze onderzoeken werden echter veel grotere steekproeven gebruikt dan in het huidige onderzoek. De huidige kleine steekproef is dus mogelijk een reden van de verschillende resultaten.

Limitaties

Een grote limitatie van dit onderzoek is dat de uiteindelijke sample niet erg groot is, waardoor de statistische power laag is. Een implicatie hiervan voor dit onderzoek is dat er mogelijk geen significant effect gevonden wordt waar eigenlijk wel een effect aanwezig is (Button et al., 2013). Verder zijn de assumpties na transformatie voldoende ongeschonden geacht, maar desondanks was de homoscedasticiteit en normaliteit niet perfect. Dit komt mogelijk ook door de kleine steekproef. De resultaten van het onderzoek moeten dus met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Voor vervolgonderzoek is het aan te raden om te voorafgaand aan het onderzoek een power-analyse te doen, om te kijken welke steekproefgrootte nodig is om effecten te meten.

Een limitatie dat hierbij aansluit is dat van een deel van de participanten geen ARFID-ernstscore berekend is, omdat de gegevens hiervoor misten. Hierdoor is de steekproef waarover de analyse gedaan werd kleiner dan verwacht. Voor vervolgonderzoek zou dit verbeterd kunnen worden door bijvoorbeeld de behandelaars beter te instrueren voorafgaand aan het afnemen van de PARDI of te werken met een digitaal scoreformulier zodat melding

wordt gegeven als er gegevens missen. Ook zouden schaalscores voor mensen die niet alle items beantwoord hebben alsnog berekend kunnen worden met de items die wel zijn ingevuld.

Een derde limitatie is dat het onderzoek is uitgevoerd bij een groep met een beperkte spreiding. Alle participanten hebben de diagnose ARFID en zullen dus een hogere ernst-score hebben dan de algemene populatie. Dit maakt het aantonen van verbanden van ouderlijke gedragingen met ernst-score lastiger. Voor vervolgonderzoek is het aan te raden om de klinische groep te vergelijken met een controlegroep zonder ARFID-diagnose, waardoor de steekproef een bredere spreiding heeft en de relatie tussen ouderlijke gedragingen en eetgedragingen (en daarmee ARFID-klachten) beter te onderzoeken is.

Omdat het huidige onderzoek een cross-sectioneel onderzoek is, kunnen er geen causale verbanden aangetoond worden. Om te kijken of ouderlijk gedrag een causaal verband heeft met eetgedrag is het raadzaam om een experimenteel onderzoek uit te voeren waarin bijvoorbeeld ouderlijk gedrag beïnvloed wordt. Omdat het ook mogelijk is dat eetgedrag van kinderen invloed kan hebben op voedingsstijl, opvoedstijl en ouderlijke stress van ouders zou het bovendien ook nuttig zijn om de causale relatie in deze richting te onderzoeken.

De onderzoeksvraag beantwoorden is gezien de limitaties van het onderzoek lastig. Er kan niet veel worden afgeleid uit de resultaten. Wel is dit onderzoek een goed begin in het onderzoek naar ARFID en de oorzaken en instandhoudende factoren ervan, gezien hier nog weinig onderzoek naar gedaan is.

Referenties

- Alizadeh, S., Abu Talib, M. B., Abdullah, R. & Mansor, M. (2011). Relationship between Parenting Style and Children's Behavior Problems. *Asian Social Science*, 7(12).
<https://doi.org/10.5539/ass.v7n12p195>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology*, 4, 1–103. <https://doi.org/10.1037/h0030372>.
- Berge, J. M., Tate, A., Trofholz, A., Fertig, A. R., Miner, M., Crow, S., & Neumark-Sztainer, D. (2017). Momentary parental stress and food-related parenting practices. *Pediatrics*, 140(6). <https://doi.org/10.1542/peds.2017-2295>
- Brock, A.J.L.L. de, Vermulst, A.A., Gerris, J.R.M., & Abidin, R.R. (1992). Nijmeegse Ouderlijke Stress Index. Handleiding experimentele versie, NOSI- en NOSIK-formulieren en NOSI-sleutels. Amsterdam/Lisse: Swets en Zeitlinge
- Brown, C. L. & Perrin, E. M. (2019). Defining picky eating and its relationship to feeding behaviors and weight status. *Journal of Behavioral Medicine*, 43(4), 587–595.
<https://doi.org/10.1007/s10865-019-00081-w>
- Bryant-Waug, R., Micali, N., Cooke, L., Lawson, E. a., Eddy, K. T., & Thomas, J. J. (2019). Development of the Pica, ARFID, and Rumination Disorder Interview, a multi-informant, semi-structured interview of feeding disorders across the lifespan: A pilot study for ages 10-22. *International Journal of Eating Disorders*, 52(4), 378-387.
<https://doi.org/10.1002/eat.22958>

- Button, K. S., Ioannidis, J. P. A., Mokrysz, C., Nosek, B. A., Flint, J., Robinson, E. S. J., & Munafò, M. R. (2013). Power failure: why small sample size undermines the reliability of neuroscience. *Nature Reviews Neuroscience*, 14(5), 365–376. <https://doi.org/10.1038/nrn3475>
- Ellis, J. M., Schenk, R. R., Galloway, A. T., Zickgraf, H. F., Webb, R. M. & Martz, D. M. (2018). A multidimensional approach to understanding the potential risk factors and covariates of adult picky eating. *Appetite*, 125, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.01.016>
- Fisher, M. M., Rosen, D. S., Ornstein, R. M., Mammel, K. A., Katzman, D. K., Rome, E. S., Callahan, S. T., Malizio, J., Kearny, S. & Walsh, B. T. (2014). Characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents: a “new disorder” in DSM-5. *Journal of Adolescent Health*, 55(1), 49-52. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/j.jadohealth.2013/11/013>
- Goodman, L. C., Roberts, L. T. & Musher-Eizenman, D. R. (2020). Mindful feeding: A pathway between parenting style and child eating behaviors. *Eating Behaviors*, 36, 101335. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2019.101335>
- Gouveia, M., Canavarro, M. & Moreira, H. (2019). How can mindful parenting be related to emotional eating and overeating in childhood and adolescence? The mediating role of parenting stress and parental child-feeding practices. *Appetite*, 138, 102–114. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.03.021>
- Jang, M., Brown, R. & Park, M. (2021). Mediating effect of the parent-child relationship on the association between parenting stress and children’s eating behaviors. *BMC Public Health*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12052-5>

- Jang, M., Owen, B., & Lauver, D. R. (2019). Different types of parental stress and childhood obesity: A systematic review of observational studies. *Obesity Reviews*, 20(12), 1740-1758. <https://doi.org/10.1111/obr.12930>
- Kerzner, B., Milano, K., MacLean, W. C., Berall, G., Stuart, S. & Chatoor, I. (2015). A Practical Approach to Classifying and Managing Feeding Difficulties. *Pediatrics*, 135(2), 344–353. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1630>
- Kremers, S. P. J., Brug, J., de Vries, H., & Engels, R. C. M. E. (2003). Parenting style and adolescent fruit consumption. *Appetite*, 41, 43–50. [https://doi.org/10.1016/S0195-6663\(03\)00038-2](https://doi.org/10.1016/S0195-6663(03)00038-2)
- Ledford, J. R., & Gast, D. L. (2006). Feeding problems in children with autism spectrum disorders: A review. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 21(3), 153-166. <https://doi.org/10.1177/10883576060210030401>
- Lo, K., Cheung, C., Lee, A., Tam, W. W. S. & Keung, V. (2015). Associations between Parental Feeding Styles and Childhood Eating Habits: A Survey of Hong Kong Pre-School Children. *PLOS ONE*, 10(4), e0124753. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0124753>
- Lopez, N. V., Schembre, S., Belcher, B. R., O'Connor, S., Maher, J. P., Arbel, R., ... & Dunton, G. F. (2018). Parenting styles, food-related parenting practices, and children's healthy eating: A mediation analysis to examine relationships between parenting and child diet. *Appetite*, 128, 205-213. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.06.021>
- Mulkens, S. (2019). De tanden in ARFID!. *Gedragstherapie*, 52(3), 246–263.
- Neece, C. L., Green, S. A. & Baker, B. L. (2012). Parenting Stress and Child Behavior Problems: A Transactional Relationship Across Time. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 117(1), 48–66. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-117.1.48>

- Neimeijer, R. (2020). ARFID EN LVB. *LVB Onderzoek & Praktijk*, 18(1), 6–11.
- Neimeijer, R.A.M. & Mulkens, S. (2021). *Het Pica, ARFID en Ruminatiestoornis Interview (PARDI). Nederlandse geautoriseerde vertaling (versie 2)*. Ongepubliceerd manuscript.
- Nomaguchi, K., & Milkie, M. A. (2017). Sociological perspectives on parenting stress: How social structure and culture shape parental strain and the well-being of parents and children. *Parental stress and early child development: Adaptive and maladaptive outcomes*. 47-73. https://doi.org/10.1007/978-3-319-55376-4_3
- Raaijmakers, L.G., Gevers, D.W., Teuscher, D. *et al.* Emotional and instrumental feeding practices of Dutch mothers regarding foods eaten between main meals. *BMC Public Health* 14, 171 (2014). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-171>
- Roberts, L., Marx, J. M., & Musher-Eizenman, D. R. (2018). Using food as a reward: An examination of parental reward practices. *Appetite*, 120, 318–326. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.09.024>
- Scaglioni, S., De Cosmi, V., Ciappolino, V., Parazzini, F., Brambilla, P., & Agostoni, C. (2018). Factors influencing children's eating behaviours. *Nutrients*, 10(6), 706. <https://doi.org/10.3390/nu10060706>
- Sleddens, E. F. C., Kremers, S. P. J., De Vries, N. K., & Thijs, C. (2010). Relationship between parental feeding styles and eating behaviours of Dutch children aged 6-7. *Appetite*, 54(1), 30-36. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/j.appet.2009.09.002>
- Sleddens, E. F. C., Kremers, S. P. J., De Vries, N. K., & Thijs, C. (2010). Engelse vragenlijst ook in Nederland toe te passen: Eetgedrag kinderen en rol ouders meetbaar. *Voeding nu*, 1/2. 25-28.

- Torres, T. D. O., Gomes, D. R. & Mattos, M. P. (2021). Factors associated with food neophobia in children: Systematic review. *Revista Paulista de Pediatria*, 39. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2021/39/2020089>
- Van Leeuwen, K., Vermulst, A., Kroes, G., De Meyer, R., & Veerman, J. W. (2018). *Verkorte Schaal voor Ouderlijk Gedrag (VSOG)*. Praktition. Geraadpleegd op 16 november 2022, van https://www.praktikon.nl/uploaded/vragenlijstenvsog/Handleiding_VSOG.pdf
- Wardle, J., Sanderson, S., Guthrie, C.A., Rapoport, L. & Piomin, R. (2002). Parental Feeding Style and the Inter-generational Transmission of Obesity Risk. *Obesity Research*, 10(6), 453-462. <https://doi.org/10.1038/oby.2002.63>
- Warkentin, S., Mais, L. A., Ranganath, K., Jansen, E. & Carnell, S. (2020). Controlling and less controlling feeding practices are differentially associated with child food intake and appetitive behaviors assessed in a school environment. *Pediatric Obesity*, 15(10). <https://doi.org/10.1111/ijpo.12714>
- Zahra J, Ford T, & Jodrell D. (2014). Cross-sectional survey of daily junk food consumption, irregular eating, mental and physical health and parenting style of British secondary school children. *Child: Care, Health and Development*, 40(4), 481–491. <https://doi.org/10.1111/cch.12068>