



De Relatie tussen ARFID en Symptomen van Autisme

Merel Lieselotte Kooijnga

Masterthese – Klinische Psychologie

S4344804
Juli 2025
Vakgroep Psychologie
Rijksuniversiteit Groningen
Thesebegeleider: R. A. M. 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.

The Relationship between ARFID and Symptoms of Autism

Abstract

Avoidant and restrictive food intake disorder (ARFID) is a feeding and eating disorder in which people eat little or a poor variety of food, resulting in serious consequences (APA, 2022). ARFID has three subtypes, namely sensory sensitivity, lack of interest in food and eating and fear of the aversive consequences of eating. Literature shows that autism spectrum disorder (ASD) plays an important role in ARFID. In the current study, the relationships between ARFID and symptoms of ASD, between the three subtypes of ARFID and symptoms of ASD and between ARFID and specific symptoms of ASD were examined. First, it was found that children with ARFID scored significantly higher on average on symptoms of ASD than children and adolescents without ARFID. Second, it was found that ASD was significantly associated with the subtypes sensory sensitivity and lack of interest in food and eating of ARFID. Third, sensory sensitivity and fear of change were found to play a role in the relationship between ARFID and specific symptoms of ASD. This study contributes to further knowledge and understanding of the relationship between ARFID and symptoms of ASD, which offers useful implications for clinical practice, both for diagnosis and treatment.

Keywords: ARFID, ASD, children, adolescents, sensory sensitivity, fear of change

Samenvatting

Avoidant and restrictive food intake disorder (ARFID) is een voedings- en eetstoornis waarbij mensen weinig of weinig gevarieerd eten, wat resulteert in serieuze gevolgen (APA, 2022). ARFID heeft drie subtypen, namelijk sensorische gevoeligheid, gebrek aan interesse in voeding/eten en angst voor de aversieve gevolgen van eten. Literatuur suggereert dat autismespectrumstoornis (ASS) een belangrijke rol speelt bij ARFID. In de huidige studie werden de relaties onderzocht tussen ARFID en symptomen van ASS, tussen de drie subtypen van ARFID en symptomen van ASS en tussen ARFID en specifieke symptomen van ASS. Ten eerste is gevonden dat kinderen en jongeren met ARFID gemiddeld significant hoger scoren op symptomen van ASS dan kinderen en jongeren zonder ARFID. Ten tweede is gevonden dat symptomen van ASS significant samenhangen met de subtypen sensorische gevoeligheid en gebrek aan interesse in voeding en eten van ARFID. Ten derde werd gevonden dat vooral sensorische gevoeligheid en angst voor verandering een rol spelen in de relatie tussen ARFID en specifieke symptomen van ASS. Dit onderzoek draagt bij aan meer kennis over en inzicht in de relatie tussen ARFID en symptomen van ASS, wat nuttige implicaties biedt voor de klinische praktijk, zowel voor diagnostiek als voor behandeling.

Kernwoorden: ARFID, ASS, kinderen, jongeren, sensorische gevoeligheid, angst voor verandering

Introductie

Avoidant and restrictive food intake disorder (ARFID) is een relatief nieuwe voedings- en eetstoornis die in 2013 is opgenomen in de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition* (DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013), waarbij mensen weinig of weinig gevarieerd eten, met serieuze gevolgen. Er is sprake van tenminste één van de volgende vier criteria: (1) aanzienlijk gewichtsverlies of het niet bereiken van het verwachte gewicht of achterblijvende groei, (2) aanzienlijke voedingstekorten, (3) afhankelijkheid van sondevoeding of orale voedingssupplementen en/of (4) een duidelijke verstoring van het psychosociale functioneren, bijvoorbeeld door stress of sociale terugtrekking rondom eetmomenten. Bij ARFID kan er sprake zijn van voedselbeperking, waarbij er zeer weinig wordt gegeten, van voedselselectiviteit, waarbij er zeer weinig gevarieerd wordt gegeten of van een combinatie van beide (Kroes, 2021). Voedselvermijding of -beperking bij ARFID wordt niet gemotiveerd door de wens om af te vallen, zoals wel het geval is bij anorexia nervosa en boulimia nervosa (APA, 2013). Het is belangrijk om te beseffen dat ARFID niet hetzelfde is als kieskeurig eten; ARFID is onderscheidend in zijn hardnekkigheid en klinisch significante gevolgen (Thomas & Eddy, 2018). De eetproblemen gaan niet vanzelf over, de eetproblemen kunnen leiden tot medische complicaties zoals groeiachterstanden of hartproblemen en de mentale en sociale gevolgen van ARFID kunnen aanzienlijk zijn. Mensen met ARFID kunnen bijvoorbeeld te maken krijgen met een verminderd zelfbeeld, sociale terugtrekking en moeilijkheden op school of in hun werk.

ARFID komt zowel bij kinderen als bij volwassenen voor, maar wordt vaker vastgesteld bij kinderen (Dunford & Thomas, 2024). In een non-klinische steekproef van jongeren lag de prevalentie van ARFID, op basis van zelfrapportage en ouderrapportage, tussen de 0,3% en 15,5% (Chua et al., 2020). In een non-klinische steekproef van

volwassenen varieerde de prevalentie van 0,3% tot 4,1%. ARFID komt ongeveer even vaak voor bij jongens/mannen als bij meisjes/vrouwen (Howard et al., 2023).

ARFID heeft drie subtypen (APA, 2022). Ten eerste het subtype waarbij er eetproblemen zijn door een gebrek aan interesse in eten en voeding. Er lijkt sprake te zijn van een biologische aanleg voor een laag homeostatisch eetlustniveau en/of mensen vinden voedsel minder hedonistisch bevredigend (Thomas & Eddy, 2018). Bij dit subtype voelen mensen weinig tot geen honger en mensen kijken niet uit naar eten. Gedragingen die hierdoor vaak optreden zijn het overslaan van maaltijden, onregelmatig eten of kleine hoeveelheden eten. Ten tweede het subtype waarbij er sprake is van eetproblemen door gevoeligheid voor de sensorische kenmerken van eten, waarbij mensen vaak gevoelig zijn voor de smaken en structuren van eten. Er lijkt sprake te zijn van een biologische aanleg die mensen gevoeliger maakt voor de zintuiglijke eigenschappen van voedsel (Thomas & Eddy, 2018). Hierdoor ervaren mensen met dit subtype sterkere of meer aversieve reacties op bepaalde smaken en texturen. Door deze biologische aanleg van sensorische gevoeligheid worden nieuwe voedingsmiddelen vermeden, vanuit de overtuiging dat deze toch niet lekker zullen zijn. Dit subtype wordt regelmatig gezien bij kinderen met autismespectrumstoornis, maar kan ook geïsoleerd bestaan (Mulken, 2019). Ten derde het subtype waarbij vermijding van eten gebaseerd is op angst voor vervelende gevolgen van eten, zoals angst voor pijn of angst om te slikken, stikken, kokhalzen of overgeven. Dit subtype ontstaat vaak na een vervelende ervaring in het verleden, zoals een ernstige verslikervaring. Volgens Thomas en Eddy (2018) is er in aanleg vaak sprake van een angstige persoonlijkheid en verhoogde gevoeligheid voor lichamelijke sensaties. Dit kan ertoe leiden dat na een traumatische eetervaring de angst voor voedsel of de angst om te eten snel verergert. Er kan een chronische, intense angst ontstaan waardoor het eten van (specifiek) voedsel wordt vermeden. De angst zorgt voor het overschatten van de kans dat het eten van (specifiek) voedsel zal leiden tot herhaling van de

traumatische ervaring. Hierdoor eten mensen in een ernstig geval soms alleen nog vloeibaar voedsel (Neimeijer, 2020).

ARFID is een complexe stoornis, waarbij biologische, genetische, psychologische en omgevingsfactoren elkaar beïnvloeden (Fonseca et al., 2024). Volgens het cognitief-gedragsmodel van Thomas en Eddy (2018) ontstaat ARFID door een biologische kwetsbaarheid, die (soms in combinatie met een negatieve eetervaring) zorgt voor negatieve gevoelens en verwachtingen over eten. Bij sommige mensen blijft de eetontwikkeling normaal, maar bij anderen leidt de biologische kwetsbaarheid tot vermijding van voedsel. Deze vermijding voorkomt dat negatieve verwachtingen, zoals angst om te stikken, worden bijgesteld. Zo blijft het probleem bestaan met gevolgen zoals ondergewicht en sociale terugtrekking. Deze effecten versterken op hun beurt het vermijdingsgedrag, want ondergewicht leidt bijvoorbeeld tot een verminderde eetlust en sociale terugtrekking zorgt onder andere voor het vermijden van sociale eetgelegenheden, waardoor kansen om positieve ervaringen met eten op te doen gemist worden. Er ontstaat een vicieuze cirkel, omdat negatieve verwachtingen niet bijgesteld worden en vermijding blijft plaatsvinden. Hoewel de oorsprong van ARFID volgens het model van Thomas en Eddy (2018) in onveranderbare factoren ligt, is het vermijdingsgedrag dat ARFID in stand houdt behandelbaar. Bij het in stand houden van ARFID lijken ook omgevingsfactoren een rol te spelen, zoals frustratie van de ouders tijdens het eten, het beperken van het voedselaanbod tot alleen de favoriete gerechten van het kind en het niet introduceren van nieuwe voedingsmiddelen of nieuwe manieren om eten te bereiden (Fonseca et al., 2024).

ARFID en ASS

Aangezien ARFID een relatief nieuwe diagnose is, is er nog veel onbekend over de oorzaken en in standhoudende factoren. In de klinische praktijk zijn verschillende factoren geïdentificeerd die verband lijken te houden met ARFID. Eén van de factoren die een

belangrijke rol lijkt te spelen bij ARFID, is autismespectrumstoornis (ASS; Casati et al., 2024; Crowley et al., 2020; Zhang et al., 2024). ARFID en ASS komen regelmatig samen voor, met een comorbiditeit variërend van 8-42% (Casati et al., 2024). Echter, kennis over de comorbiditeit tussen ARFID en ASS is nog schaars. ASS is een neurologische ontwikkelingsstoornis die wordt gekenmerkt door tekorten in sociale communicatie en interactie, evenals beperkte, repetitieve gedragspatronen, interesses of sensorische gevoeligheden (APA, 2022). Mensen met ASS ervaren moeilijkheden in wederkerige sociale interactie, het begrijpen en gebruiken van non-verbale communicatie en het ontwikkelen van relaties. Daarnaast is er sprake van repetitief gedrag, een sterke behoefte aan routines, intense of specifieke interesses en een verhoogde of verlaagde gevoeligheid voor sensorische prikkels. Verder vertoont 70% van de kinderen met ASS atypische eetgewoonten, tegenover 5% van de “gezonde” kinderen (Dickerson Mayes & Zickgraf, 2019). Atypische eetgewoonten die het meest voorkomen bij kinderen met ASS zijn beperkte voedselvoorkeuren en overgevoeligheid voor voedseltexturen, maar ook het eten van slechts één merk voedsel, voedsel in de wangzak stoppen zonder het door te slikken en pica komen voor.

Mensen met ASS verwerken sensorische prikkels vaak op een andere manier dan mensen zonder ASS (APA, 2022; Calisan Kinter et al., 2023; Chistol et al., 2017; Zhang et al., 2024). Mogelijk is er sprake van een biologische sensorische gevoeligheid bij mensen met ASS, zoals beschreven in het model van Thomas en Eddy (2018). Voedsel bevat veel sensorische eigenschappen, zoals geur, smaak, textuur en temperatuur waardoor er bij personen met sensorische verwerkingsproblemen een verhoogde kans is op voedselafwijzing (Calisan Kinter et al., 2023). De sensorische gevoeligheden bij kinderen met ASS kunnen een belangrijke rol spelen in het ontstaan en voortbestaan van eetproblemen, waaronder ARFID. Uit recent onderzoek van Zhang et al. (2024) blijkt dat de relatie tussen symptomen van ASS

en ARFID-gerelateerd eetgedrag deels wordt gemedieerd door de manier waarop sensorische prikkels worden verwerkt. Dit betekent dat mensen met ASS-symptomen vaker problemen hebben met het verwerken van sensorische prikkels, wat ertoe kan leiden dat ze selectiever of meer vermijgend gaan eten (wat ARFID kenmerkt). Sensorische prikkelverwerking verklaart dus deels waarom symptomen van ASS samenhangen met ARFID-eetgedrag. Bovendien toont onderzoek van Calisan Kinter et al. (2023) aan dat een combinatie van sensorische gevoeligheden en autistische kenmerken een negatieve invloed kan hebben op de kwaliteit van leven van kinderen met ASS én ARFID. Deze bevindingen benadrukken het belang van onderzoek naar de complexe relatie tussen ASS, sensorische verwerking en eetstoornissen zoals ARFID.

Verder gaat ASS gepaard met een sterke behoefte aan routines en afkeer voor verandering, waardoor rigide en selectieve voedselconsumptie kan ontstaan (Crowley et al., 2020). Volgens meerdere onderzoeken kunnen kinderen met ASS tijdens maaltijden veranderings-resistent gedrag vertonen, zoals aandringen op dezelfde voedingsmiddelen of het volgen van een rigide maaltijdstructuur (Crowley et al., 2020; Heifert et al., 2016; Sharp et al., 2018). Dit sluit aan bij de bevindingen van Zickgraf et al. (2020), die aantoonen dat niet alleen sensorische gevoeligheid maar ook cognitieve rigiditeit een onafhankelijke voorspeller is van selectief eetgedrag. Dit gold zowel voor mensen met als zonder ASS of angststoornissen. Volgens Koomar et al. (2021) spelen bij personen met ASS repetitieve gedragspatronen en sensorische gevoeligheden een grotere rol bij het ontstaan en in standhouden van ARFID dan angst om te stikken. Dit maakt het aannemelijk dat angst voor en weerstand tegen verandering een rol spelen in het ontstaan en/of in standhouden van ARFID, omdat het een symptoom van beide stoornissen is.

Het kan lastig zijn om ARFID en ASS van elkaar te onderscheiden vanwege overlappende symptomen (Sader et al., 2025). Dit kan ervoor zorgen dat individuen met ASS

onterecht een ARFID-diagnose krijgen of dat juist bij individuen met ASS de ARFID-diagnose wordt gemist. Voor de diagnose ARFID is het belangrijk dat de eetproblemen niet volledig verklaard kunnen worden door een andere medische of psychiatrische aandoening, zoals ASS (APA, 2022). Dit betekent dat als de eetproblemen bij iemand met ASS ernstiger zijn dan verwacht op basis van hun ASS-diagnose en leiden tot significante gezondheidsproblemen of psychosociale beperkingen, een aanvullende diagnose van ARFID overwogen moet worden. Dovey et al. (2019) onderzochten de verschillen en overeenkomsten tussen ARFID, ASS en *picky eating*. Kinderen met ARFID vertoonden significant lagere voedselresponsiviteit, wat inhoudt dat kinderen minder reageren op eten, ook op hun favoriete eten. Dit onderscheidde ARFID van ASS en *picky eating*. Deze bevindingen benadrukken het belang van zorgvuldige diagnostiek. Beter inzicht in de relatie tussen ARFID en ASS kan helpen om diagnostiek te verbeteren en om beter onderscheid te kunnen maken tussen eetproblemen gerelateerd aan ASS en eetproblemen als gevolg van ARFID.

Beter inzicht in de relatie tussen ARFID en ASS kan mogelijk ook helpen om behandeling van ARFID te verbeteren. Voor de behandeling van ARFID bij mensen met ASS is mogelijk enige aanpassing nodig (Howard et al., 2023). De NICE-richtlijnen beschreven richtlijnen voor de toepassing van cognitieve gedragstherapie voor angst bij individuen met ASS (National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2014). De aanpassingen omvatten onder andere training in emotieherkenning, betrokkenheid van ouders/verzorgers ter ondersteuning en het zo veel mogelijk betrekken van speciale interesses bij de therapie. Volgens Howard et al. (2023) zijn deze aanpassingen ook van toepassing op cognitieve gedragstherapie voor ARFID bij individuen met ASS.

Huidige Studie

Het doel van deze studie is het onderzoeken van de relatie tussen ARFID en symptomen van ASS bij kinderen en jongeren onder de achttien jaar, waarbij specifiek

gekeken wordt naar de relatie tussen ARFID en sensorische gevoeligheid en de relatie tussen ARFID en angst voor verandering.

De eerste onderzoeksvraag luidt: is er in het algemeen een associatie tussen ARFID en symptomen van ASS? Er zijn aanwijzingen dat symptomen van ASS samenhangen met ARFID (Casati et al., 2024; Crowley et al., 2020; Zhang et al., 2024). De verwachting is dat kinderen en jongeren met een hoge mate van symptomen van ASS volgens de *Social Responsiveness Scale* (SRS; Constantino & Gruber, 2005) meer ARFID-symptomen zullen hebben volgens het *Pica, ARFID, and Rumination Disorder Interview* (PARDI; Bryant-Waugh et al., 2018; Nederlandse vertaling door Neimeijer & Mulkens, 2021).

De tweede onderzoeksvraag luidt: in welke mate hangen algemene symptomen van ASS samen met de drie subtypen van ARFID? De verwachting is dat het ARFID-subtype sensorische gevoeligheid volgens de PARDI het hoogst zal correleren met algemene symptomen van ASS volgens de SRS. Deze verwachting is gebaseerd op de bevinding dat mensen met ASS sensorische prikkels vaak anders verwerken dan mensen zonder ASS, wat kan leiden tot voedselafwijzing (APA, 2022; Calisan Kinter et al., 2023; Chistol et al., 2017; Zhang et al., 2024).

De derde onderzoeksvraag luidt: in welke mate hangen specifieke symptomen van ASS samen met ARFID? Voor de specifieke symptomen van ASS wordt gekeken naar de vijf subschalen van de SRS: Sociaal bewustzijn, Sociale cognitie, Sociale communicatie, Sociale motivatie en Autistische preoccupaties. Ook wordt gekeken naar sensorische gevoeligheid volgens de *Short Sensory Profile* (SSP; Dunn, 1999) en angst voor verandering volgens de Vragenlijst voor Inventarisatie van Sociaal gedrag van Kinderen (VISK; Hartman et al., 2007). De verwachting is dat de subschaal Autistische preoccupaties van de SRS, sensorische gevoeligheid volgens de SSP en Angst voor verandering volgens de VISK het sterkst zullen samenhangen met ARFID volgens de PARDI. Deze verwachting is gebaseerd op eerdere

studies die aantonen dat sensorische gevoeligheid en rigiditeit samenhangen met selectief eetgedrag (Calisan Kinter et al., 2023; Crowley et al., 2020; Koomar et al., 2021; Zhang et al., 2024).

Methode

Participanten

De data van de huidige studie betreft kinderen/jongeren tot 18 jaar met de diagnose ARFID en een controlegroep van kinderen/jongeren tot 18 jaar zonder de diagnose ARFID. Deze data zijn verzameld door behandelcentra Accare in Groningen en Seyscentra in Maastricht.

In totaal hebben 62 kinderen/jongeren de vragenlijsten ingevuld. Dit betreft 31 kinderen/jongeren met ARFID en 31 kinderen/jongeren zonder ARFID. Hiervan ontbraken bij negen participanten de antwoorden op de SRS, SSP en VISK, waardoor deze participanten zijn verwijderd uit de dataset. Verder waren er twee participanten waarbij slechts een klein deel van de PARDI was ingevuld en twee participanten waarbij de SRS deels was ingevuld en de VISK niet was ingevuld. Ook deze vier personen werden verwijderd uit de dataset. Dit leverde een uiteindelijke steekproef op van 49, waarvan 27 kinderen/jongeren met de diagnose ARFID en 22 kinderen/jongeren zonder de diagnose ARFID. De dataset bestond uit 28 jongens en 21 meisjes. De gemiddelde leeftijd van de participanten was 8 jaar ($SD = 4.224$, $min = 2$, $max = 17$). Wanneer de antwoorden op de PARDI verkregen via het kind en via een ouder beide volledig beschikbaar waren, is ervoor gekozen om de antwoorden van het kind te gebruiken. Deze keuze is gemaakt omdat ARFID observeerbaar eetgedrag omvat, maar ook interne motivaties om wel/niet te eten (Bryant-Waugh et al., 2018). Wanneer de data van de PARDI verkregen via het kind onvolledig was, werd beoordeeld of de data verkregen via de ouder wel volledig was. In de meeste gevallen was dit het geval en werd de data van de ouder gebruikt. In slechts één geval ontbraken bij de kind-versie meerdere antwoorden en bij de

ouder-versie ontbrak één antwoord. In dit geval is ervoor gekozen om het antwoord van het kind op die specifieke vraag te gebruiken en de overige antwoorden van de ouder te gebruiken.

Materialen

Pica, ARFID, and Rumination Disorder Interview

In deze studie is gebruik gemaakt van de Nederlandse vertaling van het *Pica, ARFID and Rumination Disorder Interview* (PARDI; Bryant-Waugh et al., 2018; Nederlandse vertaling door Neimeijer & Mulken, 2021) om symptomen van ARFID te meten. De PARDI is een semigestructureerd, multi-informanten klinisch interview voor het onderzoeken en diagnosticeren van PICA, ARFID en/of ruminatiestoornis volgens DSM-5 criteria. De PARDI geeft ernstscores voor de drie stoornissen en subschaal scores voor de drie subtypen van ARFID (sensorische gevoeligheid, gebrek aan interesse in voeding en eten en zorgen over aversieve gevolgen). De PARDI bestaat uit 100 vragen, maar aan de hand van de screeningsvragen wordt bepaald of alle vragen daadwerkelijk gesteld worden. De afnameduur van de PARDI betreft 45 tot 60 minuten. De PARDI is geschikt voor kinderen vanaf twee jaar, adolescenten en volwassenen. Er zijn vier versies beschikbaar, namelijk: Ouder/Verzorger 2-3, Ouder/Verzorger 4+, Zelf 8-13, Zelf 14+. De inhoud van alle versies is hetzelfde, enkel de vraagstelling is aangepast op de leeftijd van de respondent. Vragen uit de PARDI dienen met ja/nee beantwoord te worden of gescoord te worden op een schaal van nul tot zes.

Voorbeeldvragen zijn: “Heb je wel eens ervaring gehad waarin je dacht dat je zou gaan stikken waardoor je voorzichtiger bent geworden met eten?” (ja/nee) en “Hoe vaak heb je in de afgelopen maand een goede eetlust gehad?” (0 is goede eetlust bij alle maaltijden en 6 is slechte eetlust bij alle maaltijden). De interviewer bepaalt op basis van het antwoord van de respondent welke score wordt toegekend aan het item.

Voor de Engelse versie van de PARDI geldt dat de interne consistentie van de totale ARFID ernstschaal en van de drie subtypen goed is, Cronbach's alfa gaat van 0.77 tot 0.89 (Bryant-Waugh et al., 2018). Cohen's kappa voor het stellen van de ARFID-diagnose is 0.75, wat een substantiële overeenstemming tussen verschillende beoordelaars aangeeft (McHugh, 2012). In de huidige steekproef was de interne consistentie van de totale ARFID ernstschaal uitstekend, met een Cronbach's alfa van .972. Voor de subschaal Sensorische gevoeligheid was de interne consistentie uitstekend met een Cronbach's alfa van .918 en voor de subschaal Gebrek aan interesse in voedsel en eten was de interne consistentie ook uitstekend met een Cronbach's alfa van .940. Voor de subschaal Zorgen over aversieve gevolgen van eten was de interne consistentie twijfelachtig, met een Cronbach's alfa van .671.

Social Responsiveness Scale

Om symptomen van ASS te meten, is gebruik gemaakt van de *Social Responsiveness Scale* (SRS; Constantino & Gruber, 2005). De SRS is een beoordelingsschaal die de ernst van autistische symptomen meet als kwalitatieve eigenschappen. Het kan gebruikt worden bij kinderen met gediagnosticeerde ASS en bij kinderen uit de algemene bevolking. De SRS kan ingevuld worden door een ouder of andere informant en het invullen duurt vijftien minuten. De SRS geeft een totaalscore voor autistische sociale beperkingen, waarbij hogere totaalscores duiden op een grotere ernst van de sociale beperkingen. Ook geeft de SRS vijf subschaalscores, namelijk: Sociaal bewustzijn, Sociale cognitie, Sociale communicatie, Sociale motivatie en Autistische preoccupaties. Sociaal bewustzijn omvat de vaardigheid om sociale signalen op te merken. Sociale cognitie is het vermogen om sociale signalen te interpreteren en te begrijpen. Sociale communicatie omvat expressieve sociale communicatie, oftewel de manier waarop iemand zich uitdrukt in sociale interacties. Sociale motivatie is de mate waarin iemand gemotiveerd is om sociaal contact aan te gaan. Autistische preoccupaties omvat stereotiep gedrag, rigide gedragspatronen en zeer beperkte interesses die kenmerkend

zijn voor ASS. Een voorbeeld van een item is: “Gedraagt zich op een sociaal ongepaste manier”. De items worden beantwoord op een 4-punts Likertschaal van 0 (nooit waar) tot 3 (altijd waar).

De interne consistentie van de SRS blijkt volgens meerdere onderzoeken uitstekend, met waarden van Cronbach’s alfa tussen de 0.94-0.97 (Bölte et al., 2011; Constantino et al., 2000). In de huidige steekproef was de interne consistentie van de totale SRS ook uitstekend met een Cronbach’s alfa van .949. Voor de subschalen Sociale communicatie en Sociale motivatie was de interne consistentie goed, met voor beide een Cronbach’s alfa van .897. Voor de subschalen Sociale cognitie ($\alpha = .773$) en Autistische preoccupaties ($\alpha = .718$) was de interne consistentie acceptabel. Voor de subschaal Sociaal bewustzijn was de interne consistentie slecht in de huidige steekproef, met een Cronbach’s alfa van .597. De test-hertest betrouwbaarheid van de SRS is goed volgens onderzoek van Constantino et al. (2000), met een correlatie van 0.88.

Short Sensory Profile

Om sensorische gevoeligheid te meten, is gebruik gemaakt van de *Short Sensory Profile* (SSP; Dunn, 1999). De SSP is een verkorte versie van de *Dunn’s Sensory Profile Career Questionnaire* (SP). De SP is oorspronkelijk ontwikkeld om kinderen met problemen in de sensorische verwerking te identificeren. De SSP bevat 38 items verdeeld over zeven subschalen, namelijk tactiele gevoeligheid, smaak-/geurgevoeligheid, bewegingsgevoeligheid, ondergevoeligheid/zoekt prikkels, auditieve filtering, lage energie/zwakke spierspanning en visuele/auditieve gevoeligheid. De totaalscore en de scores op elke subschaal kunnen gebruikt worden om het niveau van sensorische afwijking van kinderen te classificeren. Voorbeelden van items zijn: “Reageert emotioneel of agressief op aanraking” (tactiele sensitiviteit) en “Eet alleen bepaalde smaken” (smaak-/geurgevoeligheid). De items worden beantwoord op een 5-

punts Likertschaal van 1 (altijd) tot 5 (nooit). Lage scores wijzen op meer sensorische problemen en hoge scores wijzen op minder sensorische problemen.

De interne consistentie van de subschalen is goed, met waarden van Cronbach's alfa tussen 0.82-0.89 (Williams et al., 2018). In het huidige onderzoek bleek de interne consistentie uitstekend te zijn, met een Cronbach's alfa van .925. De composietbetrouwbaarheid van de SSP is 0.96 volgens Williams et al. (2018), wat betekent dat 96% van de variantie in de totaalscore van de SSP verklaard kan worden door algemene groepsfactoren van het model.

Vragenlijst voor Inventarisatie van Sociaal gedrag van Kinderen

Om angst voor verandering te meten, is de subschaal Angst voor de verandering van de Vragenlijst voor Inventarisatie van Sociaal gedrag van Kinderen (VISK; Hartman et al., 2007) gebruikt. De VISK is ontwikkeld om sociaal probleemgedrag te meten bij kinderen van vier tot en met achttien jaar met pervasieve ontwikkelingsstoornissen. De VISK wordt ingevuld door ouders of verzorgers en de afname duurt ongeveer tien minuten. De vragen worden gescoord op een 3-puntsschaal van 0 (gedrag komt niet voor) tot 2 (gedrag komt vaak voor). Een voorbeelditem van de VISK is: "Raakt in paniek van nieuwe situaties of bij veranderingen". De subschaal angst voor veranderingen bestaat uit drie items.

Voor informatie over betrouwbaarheid van de VISK is gekeken naar de Engelse versie, *The Children's Social Behavior Questionnaire* (CSBQ; Hartman et al., 2006). De interne consistentie van de subschaal *fear of and resistance to changes* van de CSBQ is goed, met een Cronbach's alfa van 0.85. Ook in de huidige steekproef was de interne consistentie van de subschaal angst voor verandering goed, met een Cronbach's alfa van 0.83. De test-hertest betrouwbaarheid van de subschaal *Fear of and resistance to changes* is hoog, met een correlatie van 0.83 (Hartman et al., 2006).

Procedure

Participanten zijn verzameld door behandelcentra Accare in Groningen en Seyscentra in Maastricht. Wanneer iemand voldeed aan de criteria van ARFID (vastgesteld met behulp van de PARDI), werd tijdens het adviesgesprek gevraagd of de patiënt en/of diens ouders wilden deelnemen aan het onderzoek. Daarbij werd uitgelegd dat het onderzoek bedoeld was om ARFID beter te begrijpen en dat deelname geheel vrijwillig was en geen invloed zou hebben op de verdere behandeling. Bij interesse ontvingen de patiënt en/of de ouders een informatiebrief. Deelname kon plaatsvinden na het ondertekenen van een toestemmingsformulier. Voor kinderen onder de 12 jaar was toestemming van een ouder voldoende. Bij kinderen tussen de 12 en 16 jaar was toestemming vereist van zowel het kind als van de ouder. Voor jongeren ouder dan 16 jaar was alleen de toestemming van het kind nodig. Na het verkrijgen van toestemming werden de gegevens uit de afgenomen PARDI gebruikt en konden de deelnemers via Qualtrics online aanvullende vragenlijsten invullen.

Data-analyse

De data zijn geanalyseerd met SPSS Statistics (Versie 29). De beschrijvende statistieken van de gebruikte data zijn te vinden in Tabel A1 Bijlage A. Ten eerste is getoetst of de data normaal verdeeld zijn met behulp van de Shapiro-Wilk test. De nulhypothese bij de Shapiro-Wilk test is dat de data is normaal verdeeld is. Wanneer de Shapiro-Wilk test significant is, wijken de data af van een normale verdeling. Alle variabelen, op de subschaal Sociaal bewustzijn van de SRS na, waren niet-significant verdeeld (Tabel A2 in Bijlage A).

Om de eerste onderzoeksvraag te beantwoorden, of er een verschil is in symptomen van ASS tussen kinderen en jongeren met en zonder ARFID, werd een onafhankelijke T-toets uitgevoerd. Er werd gekozen voor een onafhankelijke T-toets, omdat hiermee de gemiddelde scores op symptomen van ASS vergeleken kunnen worden van de groep kinderen/jongeren met ARFID en de groep kinderen/jongeren zonder ARFID. Er werd onderzocht of kinderen/jongeren met een ARFID-diagnose gemiddeld hogere SRS-scores hebben dan

kinderen/jongeren zonder ARFID. Met Levene's test werd gecontroleerd op de homogeniteit van varianties. De assumptie van gelijke varianties werd getoetst en bleek geschonden, $F = 13.33$, $p < .001$. Daarom werd de rij "*Equal variances not assumed*" geïnterpreteerd. Een andere assumptie van de T-toets, is een normale verdeling van de data. Deze assumptie is geschonden, maar omdat de steekproef groter is dan 30 geldt de centrale limietstelling en mag aangenomen worden dat de steekproefgemiddelden normaal verdeeld zijn (Kwak & Kim, 2017). Daardoor kon de onafhankelijke T-toets toch toegepast worden.

Voor de tweede onderzoeksvraag, in welke mate algemene symptomen van ASS samenhangen met de drie subtypen van ARFID, werd eerst gecontroleerd of er sprake was van een lineaire relatie tussen symptomen van ASS (SRS-totaalscore) en de drie subtypen van ARFID (PARDI-subschalen). Ook werd er gecontroleerd op uitschieters. In Bijlage B zijn de scatterplots van de relaties tussen symptomen van ASS (SRS totaal) en de drie subtypen van ARFID te zien. In Figuur B1, de scatterplot van de relatie tussen sensorische gevoeligheid en symptomen van ASS, lijkt een lichte stijgende lijn te zijn. Hogere scores op symptomen van ASS lijken geassocieerd met iets hogere scores op sensorische gevoeligheid. In Figuur B2, de scatterplot van de relatie tussen een gebrek aan interesse in eten en voedsel en symptomen van ASS is geen duidelijk lineair patroon te zien. De punten liggen wijd verspreid in alle richtingen. In Figuur B3, de scatterplot van angst voor aversieve gevolgen van eten en symptomen van ASS, is ook geen duidelijk lineair patroon te zien. Verder is rechtsboven in de scatterplot een uitschieter te zien, die mogelijk invloed heeft op de correlatie. Vervolgens werden de correlaties tussen de SRS-totaalscore en elk van de drie ARFID-subtypen volgens de PARDI berekend. Hiermee werd vergeleken hoe sterk de drie subtypes van ARFID samenhangen met symptomen van ASS. Om te controleren voor de uitschieter, werden de correlaties met en zonder de uitschieter in de data worden berekend. De sterktes van de correlaties werden geformuleerd volgens de vuistregels van Cohen (1988). Als de correlatie

tussen de 0.1 en 0.3 ligt, is de correlatie laag. Als de correlatie tussen de 0.3 en 0.5 ligt, is de correlatie matig en vanaf een correlatie van 0.5 wordt de correlatie hoog genoemd.

Voor de derde onderzoeksvraag werd een meervoudige regressieanalyse uitgevoerd met de vijf subschalen van de SRS, sensorische gevoeligheid (SSP) en angst voor verandering (VISK) als voorspellers van ARFID-symptomen (PARDI). Er werd gekozen voor een meervoudige regressieanalyse, omdat hiermee onderzocht kan worden hoe meerdere voorspellers samenhangen met één afhankelijke variabele. De afhankelijke variabele was ARFID-symptomen en de onafhankelijke variabelen waren specifieke symptomen van ASS, namelijk: sociaal bewustzijn, sociale cognitie, sociale communicatie, sociale motivatie en autistische preoccupaties (subschalen SRS), sensorische gevoeligheid (SSP) en angst voor verandering (VISK). Om constante variantie van de residuen te controleren, werd een scatterplot van de gestandaardiseerde residuen tegen de gestandaardiseerde voorspelde waarden gebruikt (Figuur C1 in Bijlage C). Deze scatterplot suggereert dat de residuen niet gelijkmatig verspreid waren over het hele bereik van de voorspelde waarden, wat wijst op mogelijke schending van de homoscedasticiteit. Verder zijn de residuen iets rechtsscheef verdeeld (Figuur C2 in Bijlage C). Omdat de assumpties van de meervoudige regressieanalyse enigszins geschonden lijken, werden ook de Spearman correlaties van ARFID-ernst met de specifieke symptomen van ASS berekend (vijf subschalen van de SRS, sensorische gevoeligheid (SSP) en angst voor verandering (VISK)).

Resultaten

ARFID en Symptomen van ASS

De eerste onderzoeksvraag was of er in het algemeen een associatie is tussen ARFID en symptomen van ASS. Hiervoor werd een onafhankelijke T-toets uitgevoerd om te vergelijken of kinderen en jongeren met een ARFID-diagnose gemiddeld hogere scores op de SRS hebben dan kinderen en jongeren zonder ARFID. De onafhankelijke T-toets toonde aan

dat er een significant verschil was in symptomen van ASS (SRS totaal) tussen kinderen/jongeren met de diagnose ARFID en kinderen/jongeren zonder ARFID, $t(34.77) = 4.61$, $p < .001$. De gemiddelde score van kinderen/jongeren met de diagnose ARFID, $M = 117.44$, $SD = 27.57$, lag 26.58 punten hoger dan de gemiddelde score van kinderen/jongeren zonder ARFID, $M = 90.86$, $SD = 10.53$, 95% BHI (14.88, 38.28). De effectgrootte was 1.23, wat wijst op een sterk verschil tussen de twee groepen. Dit houdt in dat kinderen en jongeren met een ARFID-diagnose gemiddeld aanzienlijk hogere symptomen van ASS hebben dan kinderen en jongeren zonder ARFID-diagnose.

Subtypen van ARFID en Symptomen van ASS

De tweede onderzoeksvraag was in welke mate algemene symptomen van ASS samenhangen met de drie subtypen van ARFID. De correlaties van de SRS-totaalscore en elk van de drie ARFID-subtypen volgens de PARDI werden berekend, met en zonder de uitschieter in de data. Voor het overzicht zijn de correlaties tussen de getoetste variabelen weergegeven in Tabel 1.

Tabel 1

Correlaties van de SRS Totaal met de drie subschalen van de PARDI

Variabele	SRS Totaal (n = 49)	SRS Totaal (n = 48)
PARDI Sensorisch profiel	.538**	.509**
PARDI Interesse profiel	.349*	.337*
PARDI Zorgen profiel	.283*	.233

** $p < .01$

* $p < .05$

Ten eerste was er een significante, hoog positieve correlatie van het Sensorisch profiel van de PARDI met de SRS Totaal, $r_s(49) = .538$, $r_s(48) = .509$, $p < .001$. Meer symptomen van

ASS blijken samen te hangen met meer sensorisch-gerelateerde eetproblemen. Zoals verwacht werd het sterkste verband gevonden tussen symptomen van ASS en het subtype sensorische gevoeligheid van ARFID.

Ten tweede was er een significante, matig positieve correlatie van het Interesse profiel van de PARDI met de SRS Totaal, $r_s(49) = .349, p = 0.014$, $r_s(48) = .337, p = 0.019$. Meer symptomen van ASS blijken samen te hangen met minder interesse in eten, dus symptomen van ASS blijken dus ook samen te hangen met het subtype gebrek aan interesse in voedsel en eten van ARFID.

Ten derde was er een significante, laag positieve correlatie van het Zorgen profiel van de PARDI met de SRS Totaal $r_s(49) = .283, p < .049$. In dit verband was een uitschieter te zien (Bijlage B, Figuur B3). Wanneer de uitschieter werd verwijderd uit de data, bleek de correlatie van het Zorgen profiel van de PARDI met de SRS totaal lager en niet meer significant, $r_s(48) = .233, p < .111$. Hierdoor moet het verband tussen symptomen van ASS en eetproblemen door eetgerelateerde angst/zorgen voorzichtig geïnterpreteerd worden en kan niet met zekerheid gezegd worden dat deze variabelen samenhangen. Voor de correlaties van de SRS Totaal met het Sensorisch profiel van de PARDI en met het Interesse profiel van de PARDI had het verwijderen van de uitschieter weinig effect op de sterkte van de verbanden en op de significantie.

ARFID en Specifieke Symptomen van ASS

De derde onderzoeksvraag was in welke mate specifieke symptomen van ASS samenhangen met ARFID. Er werd een meervoudige regressieanalyse uitgevoerd met als afhankelijke variabele de ernst van ARFID-symptomen (PARDI) en als onafhankelijke variabelen de vijf subschalen van de SRS (Sociaal bewustzijn, Sociale cognitie, Sociale communicatie, Sociale motivatie en Autistische preoccupaties), sensorische gevoeligheid (SSP) en Angst voor verandering (VISK).

Het regressiemodel bleek significant, $F(7,41) = 2.24$, $p = .050$. Het model verklaarde 27.7% van de variantie in ARFID-symptomen, $R^2 = .277$, *adjusted* $R^2 = .153$. Het totale model is dus significant, maar alle individuele predictoren bleken niet-significant bij $\alpha = .05$. De resultaten van de individuele predictoren staan in Tabel 2.

Tabel 2

Resultaten meervoudige regressieanalyse individuele predictoren

Variabele	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>p</i>
SRS Sociaal bewustzijn	-.039	.069	-.097	.572
SRS Sociale cognitie	-.001	.065	-.005	.982
SRS Sociale communicatie	.039	.052	.266	.457
SRS Sociale motivatie	.003	.044	.015	.946
SRS Autistische preoccupaties	-.087	.080	-.259	.282
SSP Totaal	-.023	.014	-.367	.112
VISK Angst voor verandering	.190	.162	.230	.250

De sterkste (maar niet-significante) voorspeller voor ARFID-ernst was sensorische gevoeligheid (SSP Totaal), $B = -0.023$, $SE = 0.014$, $\beta = -.367$, $p = .112$. Minder sensorische gevoeligheid leek tegen de verwachting in samen te hangen met ernstigere ARFID-symptomen. Verder vertoonde angst voor verandering een relatief sterk, maar niet significant verband met ARFID-symptomen, $B = .190$, $SE = .162$, $\beta = .230$, $p = .250$. Mogelijk ervaren kinderen/jongeren met meer angst voor verandering meer symptomen van ARFID. Ook autistische preoccupaties vertoonde een relatief sterk, negatief verband met ARFID-ernst, $B = -.087$, $SE = .080$, $\beta = -.259$, $p = .282$. Een hogere mate van autistische preoccupaties leek licht samen te hangen met minder ARFID-symptomen.

Er zijn geen aanwijzingen voor ernstige multicollineariteit in het regressiemodel. Alle VIF-waarden waren ruim onder de 5 en zijn dus acceptabel (Bijlage D, Tabel D1), met

uitzondering van de VIF-waarde van de subschaal Sociale communicatie ($VIF = 7,107$).

Daardoor kan er van uit gegaan worden dat de predictoren onafhankelijk genoeg zijn om betrouwbare resultaten te geven.

Vervolgens werden de correlaties van symptomen van ARFID met de specifieke symptomen van ASS berekend. Voor het overzicht zijn de correlaties tussen de getoetste variabelen weergegeven in Tabel 3.

Tabel 3

Correlaties van de PARDI Ernst met specifieke symptomen van ASS

Variabele	PARDI Ernst
SRS Sociaal bewustzijn	.167
SRS Sociale cognitie	.436**
SRS Sociale communicatie	.417**
SRS Sociale motivatie	.366**
SRS Autistische preoccupaties	.280
SSP Totaal (sensorische gevoeligheid)	-.486**
VISK Angst voor verandering	.469**

** $p < .01$

Ten eerste was er een laag positieve correlatie van de subschaal Sociaal bewustzijn van de SRS met PARDI Ernst, $r_s(49) = .167$, $p = .253$. Dit verband is niet significant. Ten tweede was er een matig positieve correlatie van de subschaal Sociale cognitie van de SRS met PARDI Ernst, $r_s(49) = .436$, $p = .002$. Grotere problemen in sociale cognitie hangen samen met ernstigere symptomen van ARFID. Ook was er een matig positieve correlatie van de subschaal Sociale communicatie van de SRS met PARDI Ernst, $r_s(49) = .417$, $p = .003$. Meer problemen in sociale communicatie hangen samen met ernstigere symptomen van ARFID.

Daarnaast was er een matig positieve correlatie van de subschaal Sociale motivatie van de SRS met PARDI Ernst, $r_s(49) = .366, p = .010$. Verminderde motivatie tot sociaal contact hangt samen met ernstigere symptomen van ARFID. Verder was er een laag positieve correlatie van de subschaal Autistische preoccupaties met PARDI Ernst, $r_s(49) = .280, p = .051$. Dit verband is tegen de verwachting in niet significant bij $\alpha = .05$. Er werd een matig negatief verband gevonden tussen de SSP Totaal met de PARDI Ernst, $r_s(49) = -.486, p < .001$. Zoals verwacht hangen meer sensorische problemen samen met ernstigere symptomen van ARFID. Tot slot was er een matig positief verband tussen de subschaal Angst voor verandering van de VISK met PARDI Ernst, $r_s(49) = .469, p < .001$. Zoals verwacht hangt meer angst voor verandering samen met ernstigere symptomen van ARFID.

Discussie

Het doel van de huidige studie was het krijgen van meer inzicht in de relatie tussen ARFID en symptomen van ASS bij kinderen en jongeren. Om dit te bereiken is de associatie tussen ARFID en algemene symptomen van ASS onderzocht. Vervolgens is de relatie tussen symptomen van ASS en de drie subtypen van ARFID onderzocht. Tot slot is de relatie tussen ARFID en specifieke symptomen van ASS (sociaal bewustzijn, sociale cognitie, sociale communicatie, sociale motivatie, autistische preoccupaties, sensorische gevoeligheid en angst voor verandering) onderzocht.

ARFID en Symptomen van ASS

De eerste onderzoeksvraag was of er in het algemeen een associatie is tussen ARFID en symptomen van ASS. Zoals verwacht hebben kinderen en jongeren met ARFID gemiddeld aanzienlijk hogere symptomen van ASS dan kinderen en jongeren zonder ARFID. Deze bevinding komt overeen met bestaande literatuur (Casati et al., 2024; Crowley et al., 2020; Zhang et al., 2024). Omdat er een associatie werd gevonden tussen ARFID en algemene

symptomen van ASS, kon de relatie tussen ARFID en ASS verder onderzocht worden in de huidige steekproef.

Subtypen van ARFID en Symptomen van ASS

De tweede onderzoeksvraag was of algemene symptomen van ASS samenhangen met de drie subtypen van ARFID. Ten eerste bleek dat een hogere mate van symptomen van ASS samengaat met een hogere mate van sensorische gevoeligheid. Zoals verwacht was het verband tussen symptomen van ASS en het subtype sensorische gevoeligheid van ARFID het sterkst. Dit verband kan verklaard worden doordat kinderen met ASS sensorische prikkels anders verwerken, wat kan resulteren in voedselafwijzing (Calisan Kinter et al., 2023; Zhang et al., 2024; Chistol et al., 2017). Ten tweede bleek een hogere mate van symptomen van ASS samen te gaan met minder interesse in voeding en eten. Een mogelijke verklaring voor het verband tussen symptomen van ASS en verminderde interesse in voeding en eten, is een verminderde interoceptieve waarneming bij kinderen met ASS. Uit het onderzoek van Fiene & Brownlow (2015) bleek dat mensen met ASS een lager lichaamsbewustzijn hebben dan gezonde controles, waaronder minder bewustzijn van honger, dorst en verzadiging. Daarnaast neemt het hongergevoel verder af door langdurig weinig te eten (Howard et al., 2023). Minder honger- en verzadigingsgevoelens zijn kenmerkend voor het subtype gebrek aan interesse in voeding en eten van ARFID (Neimeijer, 2020). Ten derde bleek de samenhang tussen symptomen van ASS en eetproblemen gerelateerd aan eetgerelateerde zorgen/angst over aversieve gevolgen van eten laag. De significantie van dit verband bleek in de huidige steekproef met name te berusten op één uitschieter. Wanneer de uitschieter werd meegenomen in de data, werd er een significant verband gevonden tussen symptomen van ASS en eetproblemen door eetgerelateerde zorgen/angst over de aversieve gevolgen van eten. Het verwijderen van de uitschieter uit de dataset had als gevolg dat het verband niet meer significant was. Er zijn geen aanwijzingen dat de uitschieter is ontstaan als gevolg van een

meetfout. Omdat de significantie van het verband met name gedragen wordt door één meting, moet het verband voorzichtig geïnterpreteerd worden. Het is mogelijk dat de gevonden relatie tussen symptomen van ASS en angst voor aversieve gevolgen van eten op toeval berust, waardoor niet met zekerheid gesteld kan worden dat deze variabelen samenhangen. Een mogelijke verklaring voor het vinden van een verband tussen ASS en eetproblemen door eetgerelateerde zorgen/angst, is dat angst regelmatig voorkomt bij kinderen met ASS (White et al., 2009). Volgens White et al. (2009) vormt angst een kerncomponent van veel gedragingen bij ASS, onder andere van vermijdingsgedrag.

De subtypen sensorische gevoeligheid en gebrek aan interesse in voeding en eten blijken dus beide samen te hangen met symptomen van ASS. Wanneer personen een diagnose van ASS hebben met daarbij comorbide ARFID, is het mogelijk dat ze aan beide subtypen voldoen. Zorgvuldige diagnostiek voor het diagnosticeren van ARFID inclusief de subtypen en comorbide ASS is belangrijk om behandeling goed af te stemmen op de individuele patiënt. Wanneer zowel het subtype sensorische gevoeligheid als het subtype gebrek aan interesse aanwezig zijn, moeten behandelaars meerdere interventies combineren. Sensorische gevoeligheid wordt aangepakt door herhaalde blootstelling aan nieuwe voedingsmiddelen met aandacht voor de sensorische kenmerken van de voedingsmiddelen (Thomas & Eddy, 2018). Gebrek aan interesse in voeding en eten wordt aangepakt door middel van blootstelling aan lichamelijke sensaties zoals een vol gevoel of misselijkheid, in combinatie met blootstelling aan favoriete voedingsmiddelen. De combinatie van meerdere methoden kan behandelingen langer en ingewikkelder maken. Daarnaast moet de behandeling eventueel ook aangepast worden om aan te sluiten op het individu met ASS, wat behandeling ook ingewikkelder kan maken.

ARFID en Specifieke Symptomen van ASS

De derde onderzoeksvraag was in welke mate specifieke symptomen van ASS samenhangen met ARFID. Uit de meervoudige regressieanalyse bleek een model met de vijf subschalen van de SRS, sensorische gevoeligheid (SSP) en angst voor verandering (VISK) als voorspellers van ARFID-symptomen (PARDI) significant. Het model met zeven voorspellers verklaarde 27.7% van de variantie in ARFID-symptomen. Dat is een relatief groot deel van de variantie, aangezien ARFID multifactorieel wordt bepaald waarbij biologische, genetische, psychologische en omgevingsfactoren elkaar beïnvloeden (Fonseca et al., 2024). Echter bleken alle individuele voorspellers niet significant te zijn. De belangrijkste voorspeller van ARFID bleek sensorische gevoeligheid, al was dit verband niet significant. Dat het sterkste verband werd gevonden tussen ARFID en sensorische gevoeligheid, komt overeen met de verwachtingen aangezien voedselvermijding vanwege sensorische gevoeligheid een subtype is van ARFID. Daarop volgden angst voor verandering en autistische preoccupaties. Maar autistische preoccupaties vertoonde tegen de verwachting in een negatief verband met ARFID-ernst, wat inhoudt dat meer autistische preoccupaties gepaard gaan met minder ernstige symptomen van ARFID. Het is mogelijk dat door het toevoegen van andere variabelen in de meervoudige regressieanalyse de richting van het verband werd veranderd als gevolg van een suppressor effect (Cohen et al., 2003). Bijvoorbeeld, autistische preoccupaties en angst voor verandering kunnen mogelijk veel overlap vertonen. Beide kunnen verbonden zijn met ARFID, maar beide kunnen ook duidelijk met elkaar verbonden zijn. In deze studie kan angst voor verandering functioneren als suppressor voor autistische preoccupaties, waardoor het unieke effect van rigiditeit op ARFID-symptomen negatief wordt (in plaats van positief zoals verwacht). In Tabel D2 in Bijlage D is te zien dat de predictoren uit de meervoudige regressieanalyse onderling relatief sterk verbonden zijn, wat het omgekeerde effect van autistische preoccupaties op ARFID-ernst kan verklaren.

Vervolgens werd een correlatieanalyse uitgevoerd. Sensorische gevoeligheid bleek het sterkste verband met ARFID-ernst te vertonen; meer sensorische gevoeligheid bleek samen te gaan met meer symptomen van ARFID. Ook angst voor verandering vertoonde volgens de verwachting een relatief sterk verband met ARFID-ernst. Tegen de verwachting in vertoonden sociale cognitie, sociale communicatie en sociale motivatie ook significante verbanden met ARFID-ernst. Meer problemen in sociale cognitie, sociale communicatie en sociale motivatie bleken dus samen te gaan met ernstigere symptomen van ARFID. Een verklaring voor de verbanden van ARFID met de sociale aspecten van ASS, is dat ARFID kan samenhangen met de geclusterde symptomen van ASS. ARFID hangt mogelijk niet samen met één of meerdere specifieke symptomen van ASS, maar met een combinatie van factoren, waaronder sociale componenten van ASS. Dit lijkt aan te sluiten op het biopsychosociale model van ARFID, dat stelt dat biologische kwetsbaarheden eetgedrag beïnvloeden en samengaan met psychologische en sociale factoren rondom eten (Howard et al., 2023). Het verband tussen ARFID en sociale componenten van ASS kan ook verklaard worden door vermijding van sociale eetmomenten. Doordat een dieet bij ARFID-patiënten zo beperkt is, vermijden ze vaak sociale eetmomenten (Thomas & Eddy, 2018). Het missen van sociale eetmomenten beperkt de gelegenheid om in aanraking te komen met nieuwe voedingsmiddelen, om onbekende smaken te leren kennen en waarderen. Daarnaast blijken kinderen met ASS vaker alleen te eten en kinderen met ASS rapporteren minder sociale motivatie om te eten (Adams, 2022). Verder bleken autistische preoccupaties tegen de verwachting in geen significant verband te vertonen met ARFID-ernst. Deze subschaal van de SRS bevat informatie over rigide gedragspatronen, maar ook over stereotiep gedrag en zeer beperkte interesses (Constantino & Gruber, 2005). Doordat de subschaal Autistische preoccupaties meer dan alleen rigiditeit bevat, is er sprake van ruis. Mogelijk hangen rigide gedragspatronen wel samen met ARFID, maar stereotiep gedrag en beperkte interesses niet waardoor er geen verband werd gevonden

tussen autistische preoccupaties en ARFID. Tot slot bleken meer problemen met sociaal bewustzijn niet samen te hangen met meer symptomen van ARFID.

In de relatie tussen ARFID en specifieke symptomen van ASS, lijken dus vooral sensorische gevoeligheid en angst voor verandering een belangrijke rol te spelen. In cognitieve gedragstherapie voor ARFID wordt al stil gestaan bij sensorische gevoeligheid als een patiënt dit subtype van ARFID heeft (Thomas & Eddy, 2018). Omdat de sensorische prikkelverwerking bij mensen met ASS anders verloopt (APA, 2022; Calisan Kinter et al., 2023; Chistol et al., 2017; Zhang et al., 2024), is het aan te bevelen om bij ARFID met comorbide ASS extra aandacht te besteden aan sensorische gevoeligheid, om behandeling effectief te maken. Ook kan extra aandacht voor angst voor verandering mogelijk nuttig zijn voor patiënten met ARFID en comorbide ASS.

Limitaties

Bij het interpreteren van de bevindingen van deze studie moet rekening gehouden worden met enkele limitaties. Ten eerste de betrouwbaarheid van het onderzoek. De relatief kleine steekproef van 49 kinderen/jongeren, verdeeld over twee groepen, had een negatieve invloed op de betrouwbaarheid. Door de relatief kleine steekproef is de statistische power van het onderzoek mogelijk laag. Dit betekent dat het onderzoek mogelijk onvoldoende gevoelig was om bestaande effecten met voldoende zekerheid aan te tonen (Ellis, 2022). Een ander mogelijk gevolg van lage power is dat de gevonden effectgroottes zijn overschat. In een vervolgonderzoek wordt een grotere steekproefomvang aanbevolen, zodat de kans op het vinden van effecten toeneemt en de stabiliteit van de bevindingen kan worden bevestigd. Ook de online afname van de SRS, SSP en VISK maakte het onderzoek minder betrouwbaar. Als participanten de vragen niet begrepen, was er geen mogelijkheid om verduidelijking te vragen. Daarnaast is er bij online vragenlijsten geen grip op de omstandigheden waaronder participanten de vragen beantwoorden. Als participanten bijvoorbeeld regelmatig worden

afgeleid tijdens het invullen van de vragenlijsten, kunnen ze fouten maken. Verder is er een vergrote kans op response bias en sociale wenselijkheid, of juist op het overdrijven van de symptomen. Echter, de kans op response bias, sociale wenselijkheid en het overdrijven van symptomen werd verkleind door de anonimiteit bij het invullen van de online vragenlijsten, wat van positieve invloed is op de betrouwbaarheid. Anonimiteit zorgt ervoor dat participanten vragen eerlijker durven te beantwoorden (Joinson, 1999). Een sterk punt is het gebruik van de PARDI; een interview door een professional om ARFID te diagnosticeren en om de ernst en het subtype van ARFID vast te stellen. Het gebruik van een interview door een professional zorgde voor meer controle over de omstandigheden, de mogelijkheid tot verduidelijking voor participanten als een vraag niet werd begrepen, het verkrijgen van meer gerichte en diepgaandere informatie, minder risico op oneerlijkheid en een professionele interpretatie. Het gebruik van de PARDI had daarmee een positieve invloed op de betrouwbaarheid van deze studie.

Ten tweede was er sprake van beperkte generaliseerbaarheid. De huidige studie is uitgevoerd bij kinderen en jongeren onder de achttien jaar, terwijl ARFID op alle leeftijden kan voorkomen. Omdat ARFID het meest voorkomt bij kinderen (Dunford & Thomas, 2024), is er in de huidige studie voor gekozen om kinderen tussen de twee en achttien jaar te onderzoeken. Echter zijn de resultaten hierdoor mogelijk beperkt generaliseerbaar naar volwassenen met ARFID. Om de generaliseerbaarheid naar volwassenen te verbeteren, zou een vervolgstudie zowel kinderen en volwassenen kunnen onderzoeken. Verder is in de huidige studie gekeken naar symptomen van ASS en niet naar de diagnose ASS. Hierdoor is de generaliseerbaarheid naar de klinische praktijk mogelijk beperkt. Om de relatie tussen ARFID en ASS beter te begrijpen en om resultaten toe te passen in de klinische praktijk, is het belangrijk om niet alleen naar symptomen van ASS te kijken, maar ook naar de diagnose ASS. Met een vervolgonderzoek is het interessant om te onderzoeken of individuen met ASS

gemiddeld hogere scores hebben op symptomen van ARFID volgens de PARDI dan gezonde controles. Ook zou het interessant zijn om mensen met ARFID in combinatie met ASS en mensen met ARFID zonder ASS te vergelijken. Er kan onderzocht worden of mensen met ARFID en comorbide ASS hoger scoren op de subtypen sensorische gevoeligheid en gebrek aan interesse in voeding en eten, zoals wordt verwacht op basis van de huidige studie.

Conclusie

Het doel van deze studie was het onderzoeken van de relatie tussen ARFID en symptomen van ASS bij kinderen en jongeren onder de achttien jaar, waarbij specifiek gekeken is naar de relatie tussen ARFID en sensorische gevoeligheid en de relatie tussen ARFID en angst voor verandering. Dit onderzoek bevestigt het verband tussen ARFID en ASS. Symptomen van ASS hangen samen met de subtypen sensorische gevoeligheid en gebrek aan interesse in voeding en eten van ARFID. Vanwege de comorbiditeit en duidelijke overlap tussen ARFID en ASS is het belangrijk om ASS mee te nemen in de diagnose van ARFID; wanneer ARFID gediagnosticeerd wordt, is het nuttig om te controleren of er sprake is van comorbide ASS. Indien er sprake is van ARFID met comorbide ASS, moet de behandeling van ARFID mogelijk aangepast worden om aan te sluiten op de ASS van de patiënt, om de behandeling effectiever te maken. In de relatie tussen ARFID en specifieke symptomen van ASS, lijken vooral sensorische gevoeligheid en angst voor verandering een belangrijke rol te spelen. Om behandeling van ARFID bij mensen met ASS effectiever te maken, is het aan te bevelen om extra aandacht te besteden aan sensorische gevoeligheid en angst voor verandering. Om het verband tussen ARFID en specifieke symptomen van ASS beter te begrijpen, moet meer onderzoek worden gedaan. Met het oog op het verbeteren van behandeling lijkt het nuttig om te onderzoeken of er variabelen zijn die de relatie tussen ARFID en ASS kunnen verklaren. Dit onderzoek draagt bij aan meer kennis over en inzicht in de relatie tussen ARFID en symptomen van ASS. Het onderzoek biedt implicaties voor

diagnostiek en aanknopingspunten om behandeling van ARFID en comorbide ASS effectiever te maken.

Referenties

- Adams, S. N. (2022). Feeding and Swallowing Issues in Autism Spectrum Disorders. *Neuropsychiatric Disease And Treatment, Volume 18*, 2311–2321. <https://doi.org/10.2147/ndt.s332523>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5*. American Psychiatric Association Publishing.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.
- Bölte, S., Westerwald, E., Holtmann, M., Freitag, C., & Poustka, F. (2011). Autistic Traits and Autism Spectrum Disorders: The Clinical Validity of Two Measures Presuming a Continuum of Social Communication Skills. *Journal Of Autism And Developmental Disorders, 41*(1), 66–72. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-1024-9>
- Bryant-Waugh, R., Micali, N., Cooke, L., Lawson, E. A., Eddy, K. T., & Thomas, J. J. (2018). 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>
- Calisan Kinter, R. C., Ozbaran, B., Kaleli, I. I., Kose, S., Bildik, T., & Ghaziuddin, M. (2023). The Sensory Profiles, Eating Behaviors, and Quality of Life of Children with Autism Spectrum Disorder and Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. *Psychiatric Quarterly, 95*(1), 85–106. <https://doi.org/10.1007/s11126-023-10063-6>
- Casati, L., Prodi, T., Vedani, A., Caruso, C., Gesi, C., & Dell’Osso, B. (2024). The Challenges of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder and Autism Spectrum Disorder Comorbidity: A Narrative Update of Course and Outcomes. *Current Treatment Options in Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s40501-024-00336-7>

- Chistol, L. T., Bandini, L. G., Must, A., Phillips, S., Cermak, S. A., & Curtin, C. (2017). Sensory Sensitivity and Food Selectivity in Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 48(2), 583–591. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3340-9>
- Chua, S. N., Fitzsimmons-Craft, E. E., Austin, S. B., Wilfley, D. E., & Taylor, C. B. (2020). Estimated prevalence of eating disorders in Singapore. *International Journal Of Eating Disorders*, 54(1), 7–18. <https://doi.org/10.1002/eat.23440>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associate.
- Cohen, J., Cohen, P., West, S. G., & Aiken, L. S. (2003). *Applied Multiple Regression/Correlation Analysis for the Behavioural Sciences* (3rd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- https://eli.johogo.com/Class/CCU/SEM/_Applied%20Multiple%20Regression-Correlation%20Analysis%20for%20the%20Behavioral%20Sciences_Cohen.pdf
- Constantino, J. N., & Gruber, C. P. (2005). *Social Responsiveness Scale (SRS) manual*. Psychological Services.
- Constantino, J. N., Przybeck, T., Friesen, D., & Todd, R. D. (2000). Reciprocal Social Behavior in Children With and Without Pervasive Developmental Disorders. *Journal Of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 21(1), 2–11. <https://doi.org/10.1097/00004703-200002000-00002>
- Crowley, J. G., Peterson, K. M., Fisher, W. W., & Piazza, C. C. (2020). Treating food selectivity as resistance to change in children with autism spectrum disorder. *Journal Of Applied Behavior Analysis*, 53(4), 2002–2023. <https://doi.org/10.1002/jaba.711>

- Dickerson Mayes, S., & Zickgraf, H. (2019). Atypical eating behaviors in children and adolescents with autism, ADHD, other disorders, and typical development. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 64, 76–83. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2019.04.002>
- Dovey, T. M., Kumari, V., & Blissett, J. (2019). Eating behaviour, behavioural problems and sensory profiles of children with avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID), autistic spectrum disorders or picky eating: Same or different? *European Psychiatry*, 61, 56–62. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.06.008>
- Dunford, A., & Thomas, J. J. (2024). Epidemiology of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. *Psychiatric Annals*, 54(2). <https://doi.org/10.3928/00485713-20240117-01>
- Dunn, W. (1999). *The Short Sensory Profile*. In *The Sensory Profile: User's manual* (pp. 49–73). San Antonio: Psychological Corporation.
- Ellis, R. J. (2022). Questionable Research Practices, Low Statistical Power, and Other Obstacles to Replicability: Why Preclinical Neuroscience Research Would Benefit from Registered Reports. *eNeuro*, 9(4), <https://doi.org/10.1523/eneuro.0017-22.2022>
- Fiene, L., & Brownlow, C. (2015). Investigating interoception and body awareness in adults with and without autism spectrum disorder. *Autism Research*, 8(6), 709–716. <https://doi.org/10.1002/aur.1486>
- Fonseca, N. K. O., Curtarelli, V. D., Bertoletti, J., Azevedo, K., Cardinal, T. M., Moreira, J. D., & Antunes, L. C. (2024). Avoidant restrictive food intake disorder: recent advances in neurobiology and treatment. *Journal Of Eating Disorders*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/s40337-024-01021-z>
- Hartman, C. A., Luteijn, E., Serra, M., & Minderaa, R. (2006). Refinement of the Children's Social Behavior Questionnaire (CSBQ): An Instrument that Describes the Diverse Problems Seen in Milder Forms of PDD. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 36(3), 325–342. <https://doi.org/10.1007/s10803-005-0072-z>

- Hartman, C. A., Luteijn, E., Serra, M., & Minderaa, R. B. (2007). Vragenlijst voor inventarisatie van sociaal gedrag bij Kinderen (VISK): handleiding. *Boom Uitgevers*.
- Heifert, T. A., Susi, A., Hisle-Gorman, E., Erdie-Lalena, C. R., Gorman, G., Min, S. B., & Nylund, C. M. (2016). Feeding disorders in children with autism spectrum disorders are associated with eosinophilic esophagitis. *Journal Of Pediatric Gastroenterology And Nutrition*, 63(4). <https://doi.org/10.1097/mpg.0000000000001282>
- Howard, M., Hembry, P., Rhind, C., Siddall, A., Uddin, M. F., & Bryant-Waugh, R. (2023). Cognitive behaviour therapy (CBT) as a psychological intervention in the treatment of ARFID for children and young people. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 16. <https://doi.org/10.1017/s1754470x22000629>
- Joinson, A. (1999). Social desirability, anonymity, and internet-based questionnaires. *Behavior Research Methods Instruments & Computers*, 31(3), 433–438. <https://doi.org/10.3758/bf03200723>
- Koomar, T., Thomas, T. R., Pottschmidt, N. R., Lutter, M., & Michaelson, J. J. (2021). Estimating the Prevalence and Genetic Risk Mechanisms of ARFID in a Large Autism Cohort. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.668297>
- Kroes, D. (2021). *Diana Kroes over ARFID bij kinderen en jongeren* (M. Ketelaars). VGCT. Geraadpleegd op 14 april 2025, van <https://kennisnet.vgct.nl/podcast-arfid/>
- Kwak, S. G., & Kim, J. H. (2017). Central limit theorem: the cornerstone of modern statistics. *Korean Journal Of Anesthesiology*, 70(2), 144. <https://doi.org/10.4097/kjae.2017.70.2.144>
- McHugh, M. L. (2012). Interrater reliability: the kappa statistic. *Biochemia Medica*, 276–282. <https://doi.org/10.11613/bm.2012.031>
- Mulkens, S. (2019). De Tanden in ARFID! *Gedragstherapie*, 52(3), 246–263.
- 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.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014). *Anxiety Disorders: Quality standard (QS53)* <https://www.nice.org.uk/guidance/qs53>
- Sader, M., Weston, A., Buchan, K., Kerr-Gaffney, J., Gillespie-Smith, K., Sharpe, H., & Duffy, F. (2025). The Co-Occurrence of Autism and Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID): A Prevalence-Based Meta-Analysis. *International Journal Of Eating Disorders*. <https://doi.org/10.1002/eat.24369>
- Sharp, W. G., Postorino, V., McCracken, C. E., Berry, R. C., Criado, K. K., Burrell, T. L., & Scahill, L. (2018). Dietary Intake, Nutrient Status, and Growth Parameters in Children with Autism Spectrum Disorder and Severe Food Selectivity: An Electronic Medical Record Review. *Journal Of The Academy Of Nutrition And Dietetics*, 118(10), 1943–1950. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2018.05.005>
- Thomas, J. J., & Eddy, K. T. (2018). Cognitive-behavioral therapy for avoidant/restrictive food intake disorder: children, adolescents, and adults. In *Cambridge University Press eBooks*. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1017/9781108233170>
- White, S. W., Oswald, D., Ollendick, T., & Scahill, L. (2009). Anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Clinical Psychology Review*, 29(3), 216–229. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.01.003>
- Williams, Z. J., Failla, M. D., Gotham, K. O., Woynaroski, T. G., & Cascio, C. (2018). Psychometric Evaluation of the Short Sensory Profile in Youth with Autism Spectrum Disorder. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 48(12), 4231–4249. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3678-7>

Zhang, S., Hu, R., & Zhao, S. (2024). Autistic traits and ARFID-associated eating behaviors in preschoolers: Mediating effects of sensory processing patterns. *Appetite*, 196, 107237. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2024.107237>

Zickgraf, H. F., Richard, E., Zucker, N. L., & Wallace, G. L. (2020). Rigidity and Sensory Sensitivity: Independent Contributions to Selective Eating in Children, Adolescents, and Young Adults. *Journal Of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 51(5), 675–687. <https://doi.org/10.1080/15374416.2020.1738236>

Bijlage A

Tabel A1

Beschrijvende Statistieken

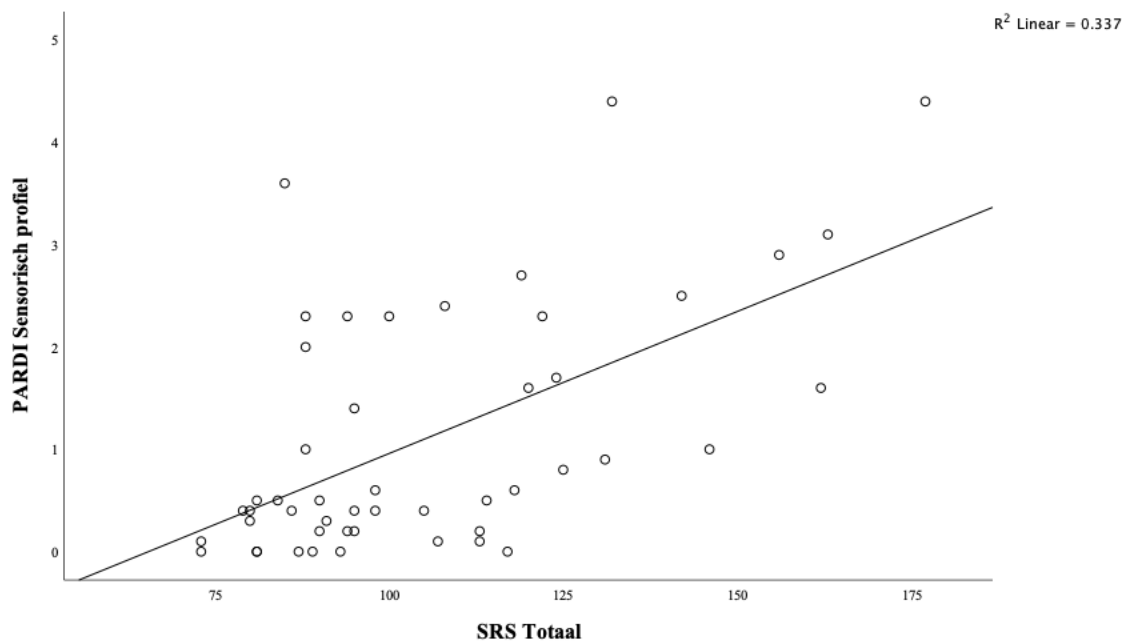
	N	Gemiddelde	Standaarddeviatie
PARDI Ernst	49	1.61	1.41
PARDI Sensorische profiel	49	1.11	1.20
PARDI Gebrek aan interesse profiel	49	1.81	1.42
PARDI Zorgen profiel	49	0.58	1.05
SRS Totaal	49	105.51	25.27
SRS Sociaal bewustzijn	49	15.00	3.45
SRS Sociale cognitie	49	18.63	5.06
SRS Sociale communicatie	49	32.53	9.63
SRS Sociale motivatie	49	19.04	6.91
SRS Autistische preoccupaties	49	19.00	4.17
SSP Totaal	49	160.69	22.09
VISK Angst voor verandering	49	4.84	1.71

Tabel A2*Shapiro-Wilk normaliteitstest*

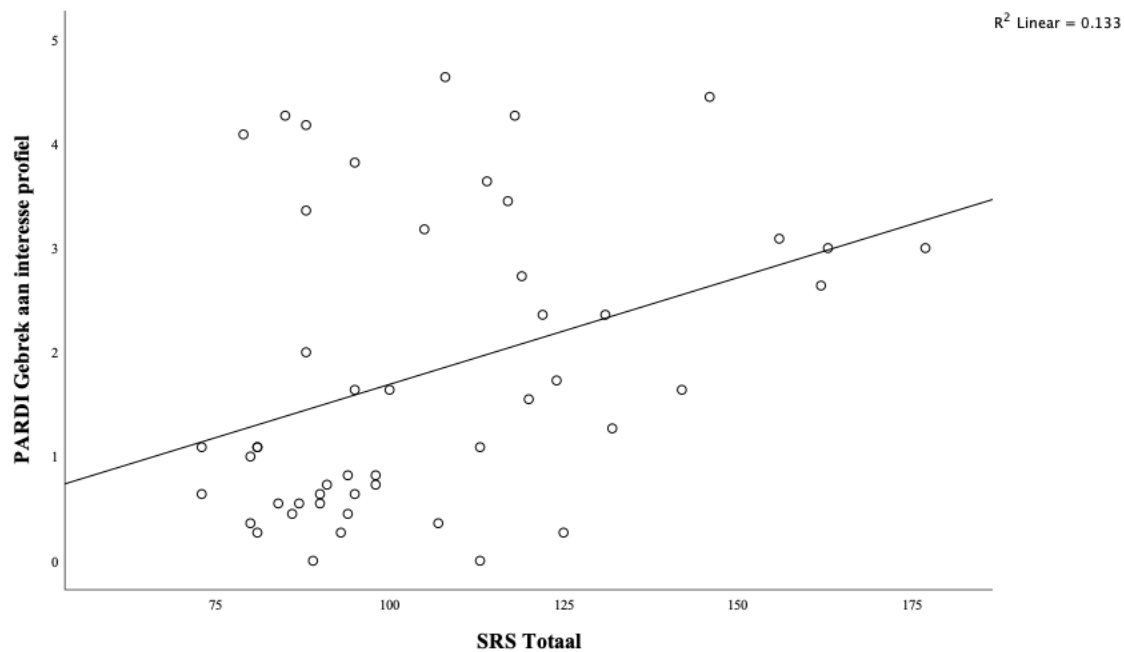
	Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.
PARDI Ernst	0.876	49	< .001
PARDI Sensorische profiel	0.829	49	< .001
PARDI Gebrek aan interesse profiel	0.895	49	<.001
PARDI Zorgen profiel	0.621	49	< .001
SRS Totaal	0.897	49	< .001
SRS Sociaal bewustzijn	0.959	49	.084
SRS Sociale cognitie	0.906	49	< .001
SRS Sociale communicatie	0.893	49	< .001
SRS Sociale motivatie	0.877	49	< .001
SRS Autistische preoccupaties	0.783	49	< .001
SSP Totaal	0.876	49	< .001
VISK Angst voor verandering	0.879	49	< .001

Bijlage B**Figuur B1**

Scatterplot van de relatie tussen sensorische gevoeligheid en symptomen van ASS

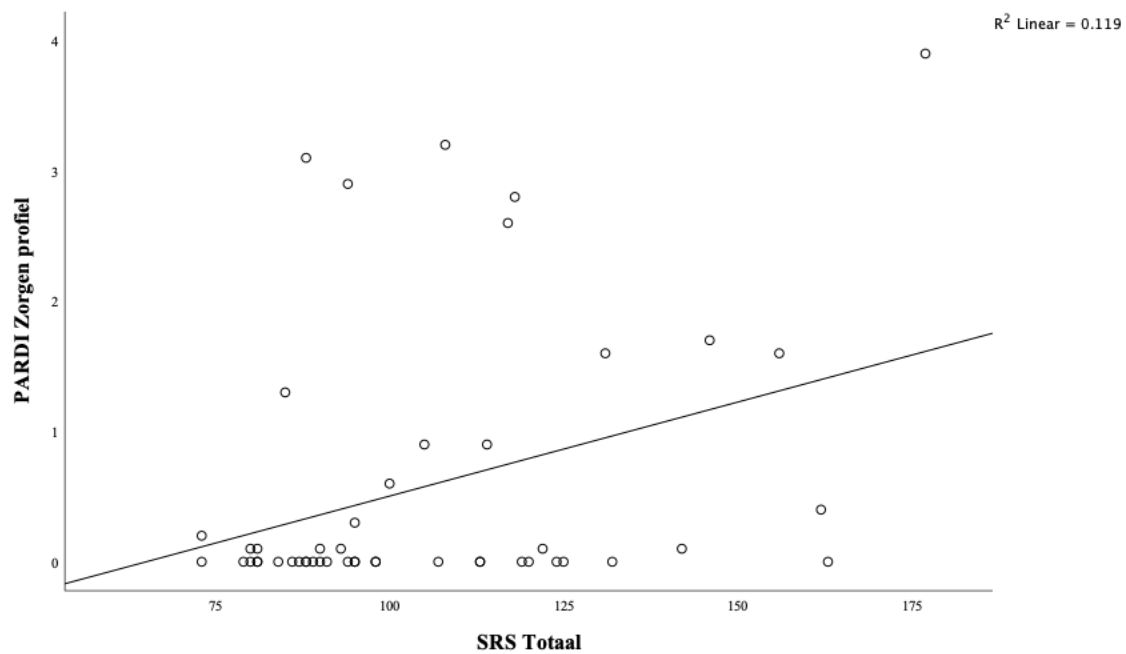
**Figuur B2**

Scatterplot van de relatie tussen gebrek aan interesse voor eten en symptomen van ASS



Figuur B3

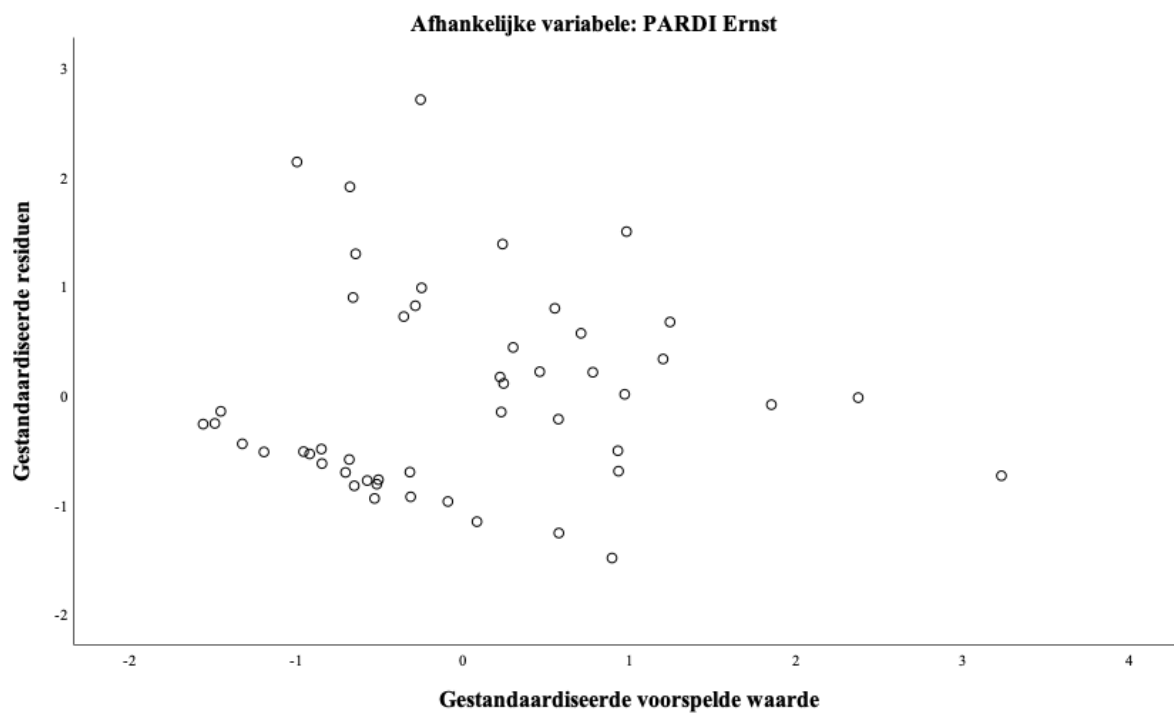
Scatterplot van de relatie tussen angst voor aversieve gevolgen van eten en symptomen van ASS



Bijlage C

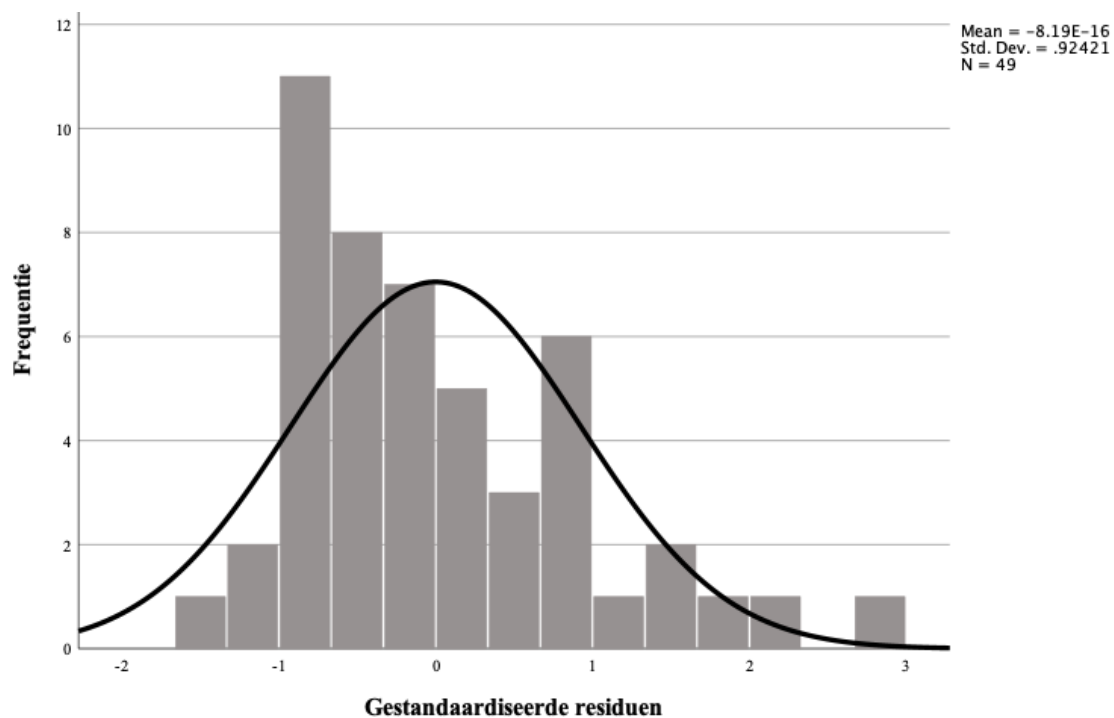
Figuur C1

Scatterplot van de residuen van ARFID Ernst en specifieke symptomen van ASS



Figuur C2

Histogram van de frequentieverdeling van de gestandaardiseerde residuen



Bijlage D

Tabel D1

Multicollineariteit van predictoren in meervoudige regressieanalyse

Variabele	VIF-waarde
SRS Sociaal bewustzijn	1.630
SRS Sociale cognitie	3.107
SRS Sociale communicatie	7.107
SRS Sociale motivatie	2.645
SRS Autistische preoccupaties	3.197
SSP Totaal	2.888
VISK Angst voor verandering	2.199

Tabel D2*Onderlinge Spearman correlaties van predictoren uit de meervoudige regressieanalyse*

	Sociaal Bewustzijn	Sociale Cognitie	Sociale communicatie	Sociale Motivatie	Autistische preoccupaties	Sensorische gevoeligheid	Angst voor verandering
Sociaal Bewustzijn	.	.432**	.578**	.279	.493**	-.527**	.277
Sociale Cognitie	.432**	.	.809**	.674**	.578**	-.593**	.626**
Sociale Communicatie	.578**	.809**	.	.723**	.688**	-.652**	.621**
Sociale Motivatie	.279	.674**	.723**	.	.349**	-.535**	.693**
Autistische Preoccupaties	.493**	.578**	.688**	.349**	.	-.514**	.497**
Sensorische gevoeligheid	-.527**	-.593**	-.652**	-.535**	-.514**	.	-.422**
Angst voor verandering	.277	.626**	.621**	.693**	.497**	-.422**	.