

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online) tijdschriften van Boom uitgevers zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Auteursrecht ten aanzien van tekst- en datamining en machinelearning is nadrukkelijk voorbehouden.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bijvoorbeeld een (digitale) leeromgeving of een reader in het onderwijs (op grond van artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting Uitgeversorganisatie voor Onderwijslicenties (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-uvo.nl).

No part of this article may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher. No part of this publication may be reproduced in the context of text and data mining for any other purpose which is not expressly permitted by law without permission of the publisher.

Nederlandse vertaling van de Child Eating Disorder Examination (ChEDE)

Normen voor jeugdigen

► KLASKE GLASHOUWER, EVA VAN MALDEREN & LIEN GOOSSENS

Samenvatting De kinderversie van de Eating Disorder Examination (ChEDE) is een gestandaardiseerd instrument voor de diagnostiek van eetstoornissen bij jeugdigen. Onlangs is de Nederlandse vertaling van het ChEDE-interview aangepast volgens de DSM-5. Om te voorzien in Nederlandstalige normen voor de ChEDE namen we het interview af bij 171 jeugdigen in de klinische praktijk en de algemene populatie. Zoals verwacht, vonden we een duidelijk verschil tussen jeugdigen met en zonder een eetstoornis. We vonden geen significant verschil in algemene ernst tussen jeugdigen met een eetstoornis met kenmerken van anorexia nervosa (AN) en jeugdigen met een eetstoornis met kenmerken van eetbuien. In de huidige steekproef leken jeugdigen met AN gemiddeld meer eetstoornissymptomen te rapporteren dan in eerdere studies. Het feit dat de gegevens verzameld werden tijdens en na de COVID-19-pandemie zou deze ernstigere symptomen wellicht kunnen verklaren. We hopen dat deze normen zowel klinici als onderzoekers zullen helpen bij de interpretatie van testresultaten en diagnostiek.

TREFWOORDEN — *Eating Disorder Examination, ChEDE, jeugdigen, Nederlandstalige normen*

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- Het doel van dit artikel is om Nederlandstalige normen te ontwikkelen voor de Child Eating Disorder Examination, een gestandaardiseerd instrument voor de diagnostiek van eetstoornissen bij jeugdigen.
- De bevindingen zijn belangrijk voor zowel klinici als onderzoekers om testresultaten en diagnostiek van eetstoornissen te interpreteren.

Inleiding

69

Een goede en effectieve behandeling van een eetstoornis begint met grondige diagnostiek. Als onderdeel van het diagnostische proces¹ worden eetproblemen bij voorkeur onderzocht met behulp van (semi)gestructureerde interviews, afgenomen door getrainde clinici, aangezien verschillende belangrijke aspecten van eetstoornissen moeilijk te beoordelen zijn met vragenlijsten (Decaluwé & Braet, 2004; Fairburn & Beglin, 1994; Tanofsky-Kraff et al., 2003). Een vaak gebruikt gestandaardiseerd instrument voor de beoordeling van eetstoornissen is het Eating Disorder Examination Interview (EDE; Cooper & Fairburn, 1987; Fairburn et al., 2008). Voor jeugdigen vanaf 8 jaar is er een aangepaste versie ontwikkeld, de Child Eating Disorder Examination (ChEDE; Bryant-Waugh et al., 1996; Nederlandse vertaling: Decaluwé & Braet, 1999). Gedurende de laatste 25 jaar is de ChEDE een valide en betrouwbaar instrument gebleken voor het beoordelen van eetstoornissen bij jeugdigen. Het interview werd oorspronkelijk toegepast bij kinderen tussen 8 en 14 jaar oud (Bryant-Waugh et al., 1996; Watkins et al., 2005), maar is ook veelvuldig gebruikt bij jeugdigen tussen 12 en 19 jaar oud (zie bijvoorbeeld: Binford et al., 2005; Eddy et al., 2008; Goossens & Braet, 2010).

In lijn met de Engelse versie 17 voor volwassenen is de Nederlandse vertaling van het ChEDE-interview inmiddels aangepast (Glashouwer et al., 2019) om het interview geschikt te maken voor eetstoornisclassificaties volgens de DSM-5² (APA, 2013). In de DSM-5 wordt onderscheid gemaakt tussen de eetstoornisclassificaties anorexia nervosa, boulimia nervosa en eetbuistoornis. Daarnaast is er een restcategorie ‘anders gespecificeerde eetstoornis’, waar bijvoorbeeld atypische eetstoornissen onder vallen, eetstoornissen die net niet voldoen aan de criteria en specifieke syndromen, zoals het nachtelijk eetsyndroom (Elgersma & Jonker, 2020; Goossens, 2013). Naast eetstoornissen worden er in de DSM-5 ook voedingsstoornissen onderscheiden, de vermijdende/restrictieve voedselintakestoornis (ARFID), pica en ruminatiestoornis. Voor de diagnostiek van voedingsstoornissen is een apart diagnostisch instrument ontwikkeld, het Pica, ARFID en Rumination Disorder Interview (PARDI; Bryant-Waugh et al., 2019; Nederlandse vertaling: Neimeijer & Mulkens, 2018).

De ChEDE kan niet alleen worden gebruikt voor het stellen van DSM-5-classificaties, maar geeft daarnaast ook een gedetailleerd en nauwkeurig

- 1 Hoe uitgebreid de diagnostiek wordt uitgevoerd is afhankelijk van de setting. Binnen Accare en Universitair Centrum Kind en Adolescent van Universiteit Gent (specialistische ggz) bestaat de diagnostiek van eetstoornissen naast de ChEDE standaard uit een algemene anamnese bij jeugdige en ouders, een ontwikkelings-anamnese bij ouders en een screenend systeemonderzoek.
- 2 Wat betreft eetstoornisclassificaties verschilt de DSM-5-TR niet in belangrijke mate van de DSM-5.

overzicht van de huidige eetstoornissymptomen. Bovendien geeft het interview inzicht in de ernst van de eetproblemen. Het interview draagt daarmee bij aan de accuraatheid en kwaliteit van de diagnostiek van eetproblemen. Tot nu toe is er in de bestaande literatuur beperkte informatie beschikbaar over ChEDE-normen voor eetstoornissen bij jeugdigen. Er zijn gegevens voorhanden uit internationale studies met wisselende steekproefgroottes (zie bijvoorbeeld: Binford et al., 2005; Bryant-Waugh et al., 1996; Couturier & Lock, 2006; Eddy et al., 2008; Frampton et al., 2011; Hilbert et al., 2013; Watkins, et al., 2005). Er zijn echter geen Nederlandstalige ChEDE-normen beschikbaar voor jeugdigen met een eetstoornis. Bovendien zijn er nog geen normen beschikbaar voor de DSM-5-versie van de ChEDE (ChEDE17). Daarom was het doel van dit artikel het ontwikkelen van Nederlandstalige normen voor de ChEDE17. We hebben de ChEDE17 afgenomen bij jeugdigen die behandeling zochten, evenals bij jeugdigen uit de algemene populatie.

..... Methode

Deelnemers en procedure De steekproef bestond uit 171 Nederlandstalige jeugdigen tussen 9 en 21 jaar oud (10,0% mannelijk, 89,9% vrouwelijk, 0,1% anders). Van de 101 deelnemers met een eetstoornis werd 94,2% verwezen voor behandeling naar de Accare-afdeling voor eetstoornissen in het noorden van Nederland en 3,0% naar een poliklinisch behandelingscentrum voor jeugdigen gevestigd aan de Universiteit Gent in België. Op basis van informatie uit de ChEDE voldeden deelnemers aan de DSM-5-criteria voor anorexia nervosa restrictief type (AN-R; $n = 27$), anorexia nervosa eetbuien/purgeren type (AN-BP; $n = 3$), atypische anorexia nervosa (AN-atyp; $n = 18$), boulimia nervosa (BN; $n = 10$), eetbuistoornis (BED; $n = 3$), andere gespecificeerde eetstoornis met kenmerken van AN-R (OSFED-AN-R; $n = 13$), andere gespecificeerde eetstoornis met kenmerken van AN-BP (OSFED-AN-BP; $n = 4$), andere gespecificeerde eetstoornis met kenmerken van BN (OSFED-BN; $n = 6$), andere gespecificeerde eetstoornis met kenmerken van BED (OSFED-BED; $n = 1$), of niet-gespecificeerde eetstoornis (USED; $n = 16$).

Van de 70 deelnemers zonder eetstoornis volgens de DSM-5 (geen-eetstoornis) werd 18,6% verwezen naar Accare (maar zij bleken niet te voldoen aan de DSM-5-criteria voor een eetstoornis) en werd 81,4% verzameld vanuit de algemene populatie als onderdeel van een PhD-project over eetproblemen (van Eva Van Malderen) waarbij geen sprake was van een hulpvraag in het kader van een eetstoornis. Van de 70 jongeren zonder eetstoornis volgens de DSM-5 vertoonden 56 geen kenmerken van een eetstoornis en vertoonden 14 deelnemers subklinische eetproblemen, die onvoldoende waren voor een classificatie volgens de DSM-5. Alle deelnemers – en hun ouders, als de deelnemer jonger was dan 16 jaar – hebben toestemming gegeven voor het gebruik van hun ChEDE-gegevens. Het onderzoek werd goedgekeurd door de Ethische Commissie Psychologie van de Rijksuniver-

siteit Groningen (PSY-1920-S-0458), de Ethische Commissie Psychologie van de Universiteit Gent (2017/05) en de Medisch Ethische Commissie van het Universitair Ziekenhuis Gent (2019/0801BC-05372).

71

Metingen ChEDE. De ChEDE bestaat uit 41 items die DSM-5-criteria voor eetstoornissen en andere eetstoornisgerelateerde symptomen en gedragingen meten.³ Een interviewer scoort de items op een zevenpunts likert-schaal, waarbij de frequentie of ernst van eetstoornissenmerken worden beoordeeld van 0 ('helemaal niet/geen dagen') tot 6 ('duidelijk/elke dag'). Op basis van 22 items kunnen vier gemiddelde subschaalscores worden berekend – Lijnen, Zorgen over eten, Zorgen over lichaamsvormen, en Zorgen over gewicht – plus een totaalscore, die wordt verkregen door de scores van de vier subschalen te middelen. De andere items zijn gericht op het uitvragen van DSM-5-criteria (bijvoorbeeld eetbuien en extreme gewichtscntrolemaatregelen) en op de beschrijvende diagnostiek (om bijvoorbeeld het huidige eetpatroon in kaart te brengen). Een hogere score op de schalen duidt op meer eetstoornissymptomen. De interne consistentie van de ChEDE in de huidige steekproef was goed (voor Lijnen was Cronbach's $\alpha = 0,83$, voor Zorgen over eten $\alpha = 0,78$, voor Zorgen over gewicht $\alpha = 0,85$ en voor Zorgen over lichaamsvormen $\alpha = 0,84$) en vergelijkbaar met de Engelstalige ChEDE (zie bijvoorbeeld: Frampton et al., 2011; Hilbert et al., 2013).

Vertaling. De Nederlandstalige ChEDE17 is een geautoriseerde vertaling (Glashouwer et al., 2019) gebaseerd op de Engelstalige EDE 17.0D voor volwassenen (Fairburn et al., 2014), waarbij de eerdere Nederlandstalige versie van de ChEDE (ChEDE12; Bryant-Waugh et al., 1996; Decaluwé & Braet, 1999) en de Engelstalige ChEDE 16.0D/C.1 (Bryant-Waugh & Watkins, 2012) als referentietekst dienden. Het vertalingsproces verliep als volgt: [1] de Nederlandstalige ChEDE12 en de Engelstalige EDE17.0D werden vergeleken en verschillen werden geïdentificeerd, [2] twee teams vertaalden onafhankelijk van elkaar de interviewtekst, [3] verschillen werden besproken en opgelost in een vergadering, en tot slot [4] werd de vertaling gecontroleerd door dr. Rachel Bryant-Waugh (die Nederlands beheerst). De Nederlandstalige ChEDE17 is vrij beschikbaar via <https://naeweb.nl/e-learning>.

DSM-5-classificatie. De ChEDE werd afgenomen door getrainde klinici (bij Accare waren die getraind door Klaske Glashouwer, bij de Universiteit Gent door Eva Van Malderen) of door getrainde masterstudenten (bij Universiteit Gent getraind door Eva Van Malderen). Om de DSM-5-classificatie zorgvuldig te bepalen, werd een geblindeerde classificatie door een aparte persoon op basis van uitsluitend de ChEDE-gegevens vergeleken met de classificatie die eerder door de klinici en masterstudenten was vastgesteld. In geval van discrepantie tussen beide classificaties heeft de eerste auteur

3 Voor een overzicht van de aanpassingen die zijn doorgevoerd van EDE12.0D naar EDE16.0D, en van EDE16.0D naar EDE 17.0D, verwijzen we naar de Engelstalige handleidingen (Fairburn et al., 2008, 2014).

(Klaske Glashouwer) het volledige diagnostische rapport doorgenomen om tot een beslissing te komen.

Body Mass Index (BMI). Voor een beschrijving van de steekproef en voor de DSM-classificatie werden bij de instelling waar de ChEDE werd afgenomen van iedere deelnemer gewicht en lengte gemeten met gevalideerde meetinstrumenten. Omdat de bodymassindex (BMI; gewicht/lengte²) bij kinderen aanzienlijk verandert met de leeftijd en afhangt van hun geslacht, werden aangepaste BMI-scores berekend ([werkelijk gewicht/percentiel 50 van gewicht voor lengte, leeftijd en geslacht (TNO, 2010)] X 100; vergelijk: Le Grange et al., 2012). Aangepaste BMI-scores tussen 85% en 120% worden beschouwd als een gezond gewicht, tussen 120% en 140% als overgewicht, en groter dan 140% als obesitas.

Resultaten

Beschrijvende informatie Beschrijvende informatie voor jeugdigen met een eetstoornis en jeugdigen zonder een eetstoornis wordt gepresenteerd in tabel 1. De laatste groep is opgesplitst in twee brede diagnostische groepen: [1] jeugdigen met een eetstoornis met kenmerken van anorexia nervosa (bestaande uit AN-R, AN-BP, AN-atyp, OSFED-AN-R en OSFED-AN-BP), en [2] jeugdigen met een eetstoornis met kenmerken van eetbuien (bestaande uit BN, BED, OSFED-BN en OSFED-BED). Vanwege de kleine steekproefomvang presenteren we daarnaast alleen specifieke beschrijvende informatie voor de subgroepen AN-R en AN-atyp. Percentielen voor de drie grootste groepen – [1] jeugdigen zonder een eetstoornis, [2] jeugdigen met een eetstoornis, en [3] jeugdigen met een eetstoornis met kenmerken van anorexia nervosa (subgroep van jeugdigen met een eetstoornis) – worden gepresenteerd in tabel 2.

Groepsvergelijkingen We gebruikten onafhankelijke *t*-toetsen om de groepen met elkaar te vergelijken wat betreft de ernst van de eetstoornissymptomen (met $\alpha \leq 0,05$). Wanneer de Levene's test voor gelijkheid van varianties significant was, rapporteren we teststatistieken voor niet-veronderstelde gelijke varianties.

Jeugdigen zonder een eetstoornis scoorden gemiddeld significant lager op alle ChEDE-subschalen, alsmede op de globale ChEDE-score, dan jeugdigen met een eetstoornis (Lijnen: $t(166,85) = -16,78, p < 0,001, d = 2,51$; Zorgen over eten: $t(146,16) = -13,96, p < 0,001, d = 2,03$; Zorgen over gewicht: $t(166,24) = -12,05, p < 0,001, d = 1,79$; Zorgen over lichaamsvormen: $t(167,01) = -13,56, p < 0,001, d = 2,02$; Globale score: $t(159,59) = -17,08, p < 0,001, d = 2,52$). Jeugdigen met een eetstoornis met kenmerken van anorexia nervosa verschilden gemiddeld niet significant van jeugdigen met een eetstoornis met kenmerken van eetbuien (Lijnen: $t(83) = 0,23, p = 0,82, d = 0,06$; Zorgen over eten: $t(83) = -0,60, p = 0,55, d = 0,15$; Zorgen over gewicht: $t(43,92) = -1,13, p = 0,26, d = 0,26$; Zorgen over lichaamsvormen:

$t(83) = -0,36, p = 0,18, d = 0,36$; Globale score: $t(83) = -0,85, p = 0,40, d = 0,23$). Verder verschilden jeugdigen met AN-R gemiddeld niet significant van jeugdigen met atypische AN op de meeste subschalen, behalve op de subschaal Lijnen, waarop jeugdigen met atypische AN gemiddeld genomen hoger scoren (Lijnen: $t(43) = -2,13, p = 0,04, d = 0,64$; Zorgen over eten: $t(43) = -1,59, p = 0,12, d = 0,49$; Zorgen over gewicht: $t(43) = -1,96, p = 0,06, d = 0,61$; Zorgen over lichaamsvormen: $t(43) = -1,15, p = 0,26, d = 0,36$; Globale score: $t(43) = -2,01, p = 0,05, d = 0,62$). Samenvattend vonden we grote verschillen tussen jeugdigen met en die zonder een eetstoornis, maar vonden we nauwelijks verschillen tussen verschillende soorten eetstoornissen.

Tijdens de analyses bleek het percentage jongens in de groep zonder eetstoornis veel hoger te zijn (27,5%) dan in de groep met eetstoornis (2%); daarom presenteren we aparte beschrijvende informatie voor jongens en meisjes uit de groep zonder eetstoornis. Gemiddeld scoorden meisjes significant hoger dan jongens op Zorgen over eten ($t(64,62) = -2,72, p = 0,008, d = 0,58$), Zorgen over lichaamsvormen ($t(58,52) = -3,32, p = 0,002, d = 0,78$) en de Globale ChEDE-score ($t(50,19) = -2,52, p = 0,02, d = 0,62$), maar niet op de andere subschalen (Lijnen: $t(66) = -1,39, p = 0,17, d = 0,40$; Zorgen over gewicht: $t(67) = -0,76, p = 0,45, d = 0,20$). Meisjes lijken daarmee gemiddeld genomen wat meer eetstoornissymptomen te rapporteren dan jongens.

Discussie

De ChEDE17 laat duidelijk hogere scores in eetstoornissymptomen zien bij jeugdigen met een eetstoornis dan bij jeugdigen zonder een eetstoornis. Bovendien vonden we dat wat betreft ernst van eetstoornissymptomen jeugdigen met een eetstoornis met kenmerken van AN gemiddeld genomen niet significant verschilden van jeugdigen met een eetstoornis met kenmerken van eetbuien. De huidige bevindingen verschillen van eerdere studies, waarin jeugdigen met AN minder eetstoornissymptomen rapporteerden dan jeugdigen met BN (Couturier & Lock, 2006). De gemiddelden van de AN-groepen in deze studie liggen inderdaad hoger dan die van jeugdigen met AN in eerdere studies (zie bijvoorbeeld: Binford et al., 2005; Couturier & Lock, 2006). Wel in lijn met de bestaande literatuur (Walsh et al., 2022) vonden we dat jeugdigen met atypische AN gemiddeld evenveel eetstoornissymptomen rapporteerden als jeugdigen met AN van het restrictieve type (AN-R). Op de subschaal Lijnen scoorden jeugdigen met atypische AN zelfs hoger dan jeugdigen met AN-R.

Vanwege de COVID-19-pandemie kan de ernst van eetstoornissymptomen in de AN-groepen in deze studie zijn verhoogd, aangezien de meeste gegevens van de klinische groepen werden verzameld tussen augustus 2020 en augustus 2022. Er zijn aanwijzingen dat met name jeugdigen na COVID hogere niveaus van eetstoornissymptomen rapporteren dan vóór de COVID-periode (zie bijvoorbeeld: Schreyer et al., 2022). Bovendien zijn de relatief lage scores in AN-groepen in eerdere studies wellicht te verklaren

Tabel 1 Gemiddelden en standaarddeviaties van de variabelen per groep

	Jeugdigen zonder ES			Jeugdigen met een ES (N = 101) ^c	
	Totale sample (N = 70) ^a	Meisjes (n = 50)	Jongens (n = 19)		
Leeftijd	14,09 (2,42)	14,59 (2,27)	12,79 (2,42)	15,31 (1,68)	
% Meisjes	72,5%			98,0%	
Aangepast BMI ^b	109,21 (20,22)	108,55 (16,62)	110,72 (28,33)	96,51 (20,88)	
L	0,54 (0,87)	0,64 (0,93)	0,32 (0,67)	3,45 (1,39)	
ZE	0,32 (0,57)	0,40 (0,65)	0,13 (0,19)	2,39 (1,32)	
ZG	0,80 (0,98)	0,86 (0,97)	0,66 (1,02)	3,20 (1,62)	
ZL	0,93 (1,01)	1,11 (1,08)	0,43 (0,59)	3,67 (1,63)	
Globale score	0,65 (0,66)	0,76 (0,71)	0,38 (0,46)	3,18 (1,25)	

Noten. AN-R = anorexia nervosa restrictieve type; AN-atyp = atypische anorexia nervosa; BMI = body-massindex; ES = eetstoornis; L = Lijnen; ZE = Zorgen over eten; ZG = Zorgen over gewicht; ZL = Zorgen over lichaamsvormen.

Tabel 2 Percentielen voor ChEDE-scores voor jeugdigen zonder een eetstoornis, jeugdigen met een eetstoornis, en jeugdigen met een eetstoornis met kenmerken van anorexia nervosa

Percentiel	Jeugdigen zonder een ES (N = 70)					Jeugdigen met een ES (N = 101)				
	Globaal	L	ZE	ZG	ZL	Globaal	L	ZE		
2	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,89	0,00	0,00		
16	0,05	0,00	0,00	0,00	0,00	1,75	2,40	1,00		
50	0,41	0,00	0,00	0,60	0,56	3,23	3,60	2,40		
84	1,48	1,36	0,60	1,60	1,88	4,62	4,80	4,00		
98	2,93	3,44	2,40	4,23	4,32	5,36	5,99	5,38		

Noot. AN = anorexia nervosa; ES = eetstoornis; L = Lijnen; ZE = Zorgen over eten; ZG = Zorgen over gewicht; ZL = Zorgen over lichaamsvormen.

	Jeugdigen met een ES met kenmerken van AN (n = 65)	Jeugdigen met een ES met kenmerken van eetbuien (n = 20)	Jeugdigen met AN-R (n = 27) ^d	Jeugdigen met AN-atyp (n = 18) ^d
	14,95 (1,75)	16,25 (1,07)	15,37 (1,67)	14,67 (1,64)
	100,0%	90,0%	100,0%	100,0%
	86,72 (10,11)	123,75 (29,10)	77,99 (5,14)	97,52 (8,75)
	3,48 (1,31)	3,40 (1,45)	3,41 (1,14)	4,16 (1,19)
	2,34 (1,25)	2,54 (1,47)	2,26 (1,21)	2,80 (0,97)
	3,15 (1,69)	3,54 (1,21)	2,92 (1,71)	3,86 (1,34)
	3,54 (1,68)	4,10 (1,39)	3,57 (1,72)	4,11 (1,20)
	3,13 (1,28)	3,40 (1,09)	3,02 (1,19)	3,73 (1,03)

^a Een persoon identificeerde zich niet als mannelijk of vrouwelijk; ^b Aangepaste BMI-scores tussen 85% en 120% worden beschouwd als een gezond gewicht, tussen 120% en 140% als overgewicht, en groter dan 140% als obesitas; ^c De groep jeugdigen met een eetstoornis (N = 101) bestaat uit jeugdigen met een eetstoornis met kenmerken van AN (n = 65), jeugdigen met een eetstoornis met kenmerken van eetbuien (n = 20) en jeugdigen met een niet-gespecificeerde eetstoornis (n = 16); ^d Jeugdigen met AN-R en jeugdigen met AN-atyp zijn twee subgroepen die ook zijn meegenomen in de groep jeugdigen met een eetstoornis met kenmerken van AN.

			Jeugdigen met een ES met kenmerken van AN (N = 65)				
	ZG	ZL	Globaal	L	ZE	ZG	ZL
	0,00	0,38	0,46	0,26	0,00	0,00	0,12
	1,20	1,75	1,65	2,40	1,00	1,20	1,70
	3,40	3,88	3,12	3,60	2,40	3,40	3,75
	5,00	5,25	4,62	4,80	3,69	5,00	5,18
	5,80	6,00	5,20	6,00	5,02	5,80	7,24

door het gebruik van de EDE voor volwassenen (Binford et al., 2005) of door een subgroep van jeugdigen met AN die nul scoorden (Couturier & Lock, 2006). In de huidige studie hebben we geen jeugdigen met AN waargenomen die nul scoorden. Toch is het belangrijk dat klinici en onderzoekers die de ChEDE gebruiken er alert op zijn dat sommige jeugdigen mogelijk onderrapporteren, bijvoorbeeld vanwege ontkenning, gebrek aan inzicht of weerstand tegen behandeling. In deze gevallen is het extra belangrijk om aanvullende diagnostische informatie te verkrijgen van anderen (bijvoorbeeld ouders). Vanuit dit perspectief zou het interessant zijn om te onderzoeken of een extra ChEDE-oudercomponent de beoordeling van AN-symptomen bij jeugdigen kan verbeteren.

Tot nu toe waren er geen Nederlandstalige ChEDE-normgegevens beschikbaar voor jeugdigen met een eetstoornis, laat staan voor de DSM-5-versie van de ChEDE. Vanuit dat oogpunt vormt het huidige artikel een belangrijke aanvulling op de bestaande literatuur. Onze steekproefgrootte was geschikt voor een vergelijking tussen jeugdigen met en zonder eetstoornis (Piovesana & Senior, 2018). Echter, de steekproef was te klein voor betrouwbare analyses van de subgroepen. Met name de kleine steekproefgrootte van de groepen met eetbuien (BN, BED, AN-BP type) kan worden gezien als een beperking. Het relatief hoge percentage restrictieve eetstoornissen in de huidige studie is in lijn met prevalentiestudies die laten zien dat BN en BED zich typisch wat later ontwikkelen dan AN (Smink et al., 2012). Het zou er echter ook op kunnen wijzen dat eetstoornissen waar bij eetbuien centraal staan minder snel worden herkend en/of dat de betreffende jeugdigen minder snel worden doorgestuurd voor behandeling. Verder verschilde het percentage meisjes en jongens tussen de groepen met en zonder eetstoornis. Omdat meisjes op eetstoornissymptomen doorgaans hoger scoren dan jongens (zie bijvoorbeeld: Goossens & Braet, 2010), kan deze ongelijke sekseverdeling hebben geleid tot een lichte overschatting van de verschillen tussen de groepen met en zonder eetstoornis. In de beschrijvende informatie hebben we daarom naast de gegevens voor de totale groep zonder eetstoornis ook de gegevens voor meisjes en jongens nog eens apart weergegeven. Hieruit wordt duidelijk dat de jongens gemiddeld genomen wat jonger waren ($M = 12,8$) dan de meisjes ($M = 14,6$), wat kan hebben bijgedragen aan de gevonden groepsverschillen tussen jongens en meisjes zonder eetstoornis. Omdat de groep jongens bovendien relatief klein was ($n = 20$), zou het goed zijn om in de toekomst een grotere groep jongens te includeren die wat betreft leeftijd vergelijkbaar is met de groep meisjes, teneinde de betrouwbaarheid van de normgegevens te vergroten. Ten slotte bevonden zich in de steekproef relatief weinig jongere (9-10 jaar) en oudere deelnemers (20-21 jaar), waardoor deze gegevens mogelijk minder representatief zijn voor deze leeftijden.

Klinische implicaties Tot nu toe is er in de literatuur slechts beperkte informatie beschikbaar over ChEDE-normen voor eetstoornissen bij jeugdigen, laat staan voor de DSM-5-versie van de ChEDE. Daarom was ons be-

langrijkste doel om actuele Nederlandstalige normen te bieden voor de ChEDE17, voor jeugdigen zowel met als zonder eetstoornissen. We hopen dat de normgegevens in de tabellen 1 en 2 zowel klinici als onderzoekers zullen helpen bij de interpretatie van testresultaten en diagnostiek.

We danken dr. Rachel Bryant-Waugh voor haar hulp en feedback bij het vertalen van het interview, Roosmarijn van der Veer voor haar hulp bij het vertalen van het interview en het opzetten van de dataverzameling van de studie, Thomas de Lang, Evelien Doornbos, Jolien De Coen en Juliette Taquet voor hun hulp bij de dataverzameling, en Eef Jütten voor haar hulp bij de dataverwerking. Ook willen we de therapeuten danken voor hun hulp bij de werving en de patiënten voor hun bereidheid om hun gegevens te gebruiken.

Klaske Glashouwer is werkzaam bij de Afdeling Klinische Psychologie en Experimentele Psychopathologie, Rijksuniversiteit Groningen, en bij de Afdeling Eetstoornissen, Accare Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Groningen.

Eva Van Malderen en **Lien Goossens** zijn verbonden aan de Afdeling Ontwikkelings-, Persoonlijkeids- en Sociale Psychologie, Universiteit Gent.

Correspondentieadres: Klaske Glashouwer, Rijksuniversiteit Groningen, Afdeling Klinische Psychologie en Experimentele Psychopathologie, Grote Kruisstraat 2/1, 9712 TS Groningen. E-mail: k.a.glashouwer@rug.nl

Summary

Dutch translation of the Child Eating Disorder Examination (ChEDE): Norms for youth

The child version of the Eating Disorder Examination (ChEDE) is a standardized instrument for diagnosing eating disorders in adolescents. Recently, the Dutch translation of the ChEDE interview has been adapted according to the DSM-5. To provide Dutch-language norms for the ChEDE, we administered the interview to 171 adolescents in clinical practice and the general population. As expected, we found a clear difference between adolescents with and without an eating disorder. We found no significant difference in overall severity between adolescents with an eating disorder characterized by features of anorexia nervosa (AN) and those with features of binge eating disorder. In the current sample, adolescents with AN appeared to report, on average, more eating disorder symptoms than in previous studies. Collecting data during and after the COVID-19 pandemic may possibly explain these more severe symptoms. We hope that these norms will help both clinicians and researchers in eating disorder diagnostics.

Keywords *Eating Disorder Examination, ChEDE, adolescents, Dutch norms*

Referenties

- | | |
|---|---|
| <p>American Psychiatric Association (APA). (2013). <i>Diagnostic and statistical manual of mental disorders</i> (5th ed.). American Psychiatric Publishing.</p> | <p>Binford, R. B., Le Grange, D., & Jellar, C. C. (2005). Eating Disorders Examination versus Eating Disorders Examination-Questionnaire in adolescents with full and partial-syndrome bulimia nervosa and anorexia nervosa. <i>International</i></p> |
|---|---|

- Journal of Eating Disorders*, 37, 44-49. <https://doi.org/10.1002/eat.20062>
- Bryant-Waugh, R. J., Cooper, P. J., Taylor, C. L., & Lask, B. D. (1996). The use of the eating disorder examination with children: A pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 391-397. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199605\)19:4<391::AID-EAT6>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199605)19:4<391::AID-EAT6>3.0.CO;2-G)
- Bryant-Waugh, R., Micali, N., Cooke, L., Lawson, E., Eddy, T., Kamryn, J., & 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, 378-387. <https://doi.org/10.1002/eat.22958>
- Bryant-Waugh, R. J., & Watkins, B. (2012). *Child Eating Disorder Examination – Edition 16.0D/C.1. (authorized by C. Fairburn, Z. Cooper & M. O'Connor)*. Unpublished manuscript.
- Cooper, Z., & Fairburn, C. (1987). The Eating Disorders Examination: A semi-structured interview for the assessment of specific psychopathology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 1-8. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198701\)6:1<1::AID-EAT2260060102>3.0.CO;2-9](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198701)6:1<1::AID-EAT2260060102>3.0.CO;2-9)
- Couturier, J. L., & Lock, J. (2006). Do supplementary items on the Eating Disorder Examination improve the assessment of adolescents with anorexia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, 39, 426-433. <https://doi.org/10.1002/eat.20258>
- Decaluwé, V., & Braet, C. (1999). *Child Eating Disorder Examination – Questionnaire: Dutch translation and adaptation of the eating disorder examination (authored by C. Fairburn & S. Beglin)*. Unpublished manuscript.
- Decaluwé, V., & Braet, C. (2004). Assessment of eating disorder psychopathology in obese children and adolescents: Interview versus self-report questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 799-811. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.07.008>
- Eddy, K. T., Celio Doyle, A., Hoste, R. R., Herzog, D. B., & Le Grange, D. (2008). Eating disorder not otherwise specified in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 156-164. <https://doi.org/10.1097/chi.0bo13e31815cd9cf>
- Elgersma, H. J., & Jonker, N. C. (2020). Voedings- en eetstoornissen en obesitas bij kinderen en jongeren. *Kind en Adolescent*, 41, 337-341. <https://doi.org/10.1007/s12453-020-00243-7>
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363-337.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & O'Connor, M. E. (2008). Eating Disorder Examination (EDE 16.0D). In C. G. Fairburn (Ed.), *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 309-314). Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & O'Connor, M. E. (2014). *Eating Disorder Examination (EDE 17.0D)*. Unpublished manuscript.
- Frampton, I., Wisting, L., Øverås, M., Midtsund, M., & Lask, B. (2011). Reliability and validity of the Norwegian translation of the Child Eating Disorder Examination (ChEDE). *Scandinavian Journal of Psychology*, 52, 196-199. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2010.00833.x>
- Glashouwer, K. A., van der Veer, R. M. L., Van Malderen, E., & Goossens, L. (2019). *Authorized Dutch translation of the Child version of the Eating Disorder Examination 17.0*. <https://naeweb.nl/e-learning>
- Goossens, L. (2013). DSM-5 onder de loep: Eetstoornissen in de DSM-5. *Psychopraktijk*, 5, 28-29. <https://doi.org/10.1007/s13170-013-0041-8>
- Goossens, L., & Braet, C. (2010). Screening for eating pathology in the pediatric field. *International Journal of Pediatric Obesity*, 5, 483-490. <https://doi.org/10.3109/17477160903571995>
- Hilbert, A., Buerger, A., Hartmann, A. S., Spenner, K., Czaja, J., & Warschburger, P. (2013). Psychometric evaluation of the Eating Disorder Examination adapted for children. *European Eating Disorders Review*, 21, 330-339. <https://doi.org/10.1002/erv.2221>
- Le Grange, D., Doyle, P. M., Swanson, S. A., Ludwig, K., Glunz, C., & Kreipe, R. E.

- (2012). Calculation of expected body weight in adolescents with eating disorders. *Pediatrics*, 129, e438-e446. <http://doi.org/10.1542/peds.2011-1676>
- Neumeijer, R., & Mulken, S. (2018). *The Pica, ARFID en Rumination Disorder Interview (PARDI): Nederlandse geautoriseerde vertaling*. www.accare.nl/child-study-center/kennisdomein/e-learning-pardi
- Piovesana, A., & Senior, G. (2018). How small is big: Sample size and skewness. *Assessment*, 25, 793-800. <https://doi.org/10.1177/1073191116669784>
- Schreyer, C. C., Vanzhula, I. A., & Guarda, A. S. (2022). Evaluating the impact of COVID-19 on severity at admission and response to inpatient treatment for adult and adolescent patients with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 56, 182-191. <https://doi.org/10.1002/eat.23855>
- Smink, F. R., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14, 406-414. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>
- Tanofsky-Kraff, M., Morgan, C., Yanovski, S., Marmarosh, C., Wilfley, D., & Yanovski, J. (2003). Comparison of assessments of children's eating disordered behaviours by interview and questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 213-224. <https://doi.org/10.1002/eat.10128>
- TNO. (2010). *BMI-for-age charts*. www.tno.nl/nl/aandachtsgebieden/gezond-leven/prevention-work-health/gezond-enveilig-opgroeien/groeiendiagrammen-in-pdf-formaat
- Walsh, B. T., Hagan, K. E., & Lockwood, C. (2022). A systematic review comparing atypical anorexia nervosa and anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 56, 798-820. <https://doi.org/10.1002/eat.23856>
- Watkins, B., Frampton, I., Lask, B., & Bryant-Waugh, R. (2005). Reliability and validity of the child version of the Eating Disorder Examination: A preliminary investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 183-187. <https://doi.org/10.1002/eat.20165>