



Nederlands Eetstoornissen Register:
Het register voor eetstoornissen en eetproblemen



Nederlands Eetstoornissen Register: Het register voor eetstoornissen en eetproblemen

Rapportage vervolgmeting 2017



Nederlands Eetstoornissen Register:
Het register voor eetstoornissen en eetproblemen



Nederlands Eetstoornissen Register:
Het register voor eetstoornissen en eetproblemen

Voorwoord

Het Nederlands Eetstoornissen Register (NER) is opgericht door GGZ Rivierduinen Eetstoornissen Ursula in samenwerking met de Vrije Universiteit Amsterdam en vereniging rond eetstoornissen Weet. Met het NER willen we het lange termijn effect van het hebben van een eetstoornis of eetproblemen onderzoeken. De verwachting is dat de eetproblematiek gevolgen zal hebben op veel verschillende gebieden van functioneren. Er is daarom in de NER vragenlijsten niet alleen aandacht voor eetproblematiek maar ook voor lichaamsfuncties, mentale functies en beleving, kwaliteit van leven en sociaal-maatschappelijke participatie (bijvoorbeeld sociale contacten of werk).

In dit rapport vindt u de resultaten van 514 ingevulde vragenlijsten uit de eerste tijdelijke NER-meting, afgenomen tussen september en december 2017. Al deze 514 deelnemers hebben ook de startvragenlijst ingevuld tussen 2015 en 2017. Verschillende gebieden van functioneren zullen in dit rapport aan de orde komen. De indeling is als volgt: 1. Kenmerken van de deelnemers, 2. Eetproblematiek, 3. Lichamelijk functioneren, 4. Mentaal functioneren en 5. Sociaal-maatschappelijke participatie.

We willen alle mensen hartelijk bedanken die hebben deelgenomen of anderszins hebben meegewerkt aan dit onderzoek!

Dr. Ir. Rita Op 't Landt-Slof,
GGZ Rivierduinen Eetstoornissen Ursula, r.optlandt@rivierduinen.nl

Drs. Marlies Gish
GGZ Rivierduinen Eetstoornissen Ursula, m.gish@rivierduinen.nl

Prof. Dr. Eric van Furth
GGZ Rivierduinen Eetstoornissen Ursula, e.vanfurth@rivierduinen.nl

Drs. Marlies Wierda,
Vrije Universiteit Amsterdam, m.wierda@vu.nl

Dr. Sander Begeer,
Vrije Universiteit Amsterdam, s.begeer@vu.nl

Jésus de la Torre y Rivas,
Weet, vereniging rond eetstoornissen, info@weet.info



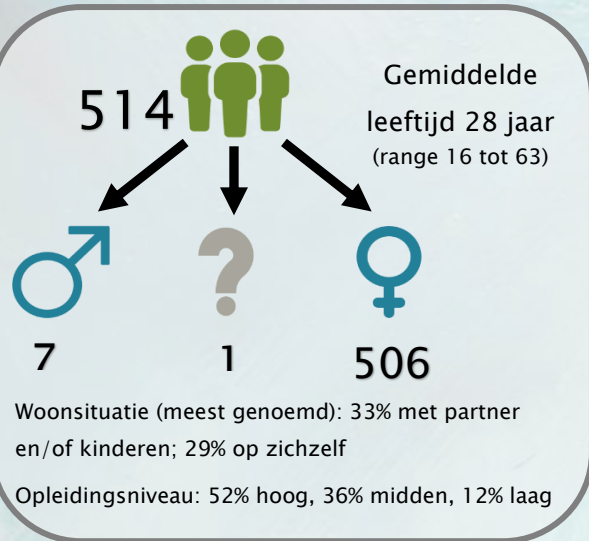
Nederlands Eetstoornissen Register:
Het register voor eetstoornissen en eetproblemen

Inhoudsopgave

Samenvatting	1	4 Mentaal functioneren	12
1 Kenmerken van de deelnemers	3	Comorbide psychische diagnoses	12
Leeftijd en geslacht	3	Autisme spectrum stoornis eigenschappen	12
Woonsituatie	4	Angst en sombere stemming	13
Broers en/of zussen	4	Zelfbeeld	13
Kinderen	4	Mentale kwaliteit van leven	14
Overige familieleden	4	Waardering leven	14
Functioneren gezin	5	5 Sociaal–maatschappelijke participatie	15
Opleiding	5	Burgerlijke staat	15
Regio	6	Sociale contacten	15
2 Eetproblematiek	7	Arbeid en dagbesteding	16
Huidige eetproblemen of eetproblematiek in het verleden	7	Ziekteverzuim	17
Eetstoornis symptomen	7	Bijdrage maatschappij	17
Huidige of laatst gestelde eetstoornis diagnose	8	6. Referenties	18
Behandeling	9		
3 Lichamelijk functioneren	10		
Lichamelijke klachten	10		
Fysieke kwaliteit van leven	10		
Waardering lichamelijke gezondheid	11		

Samenvatting

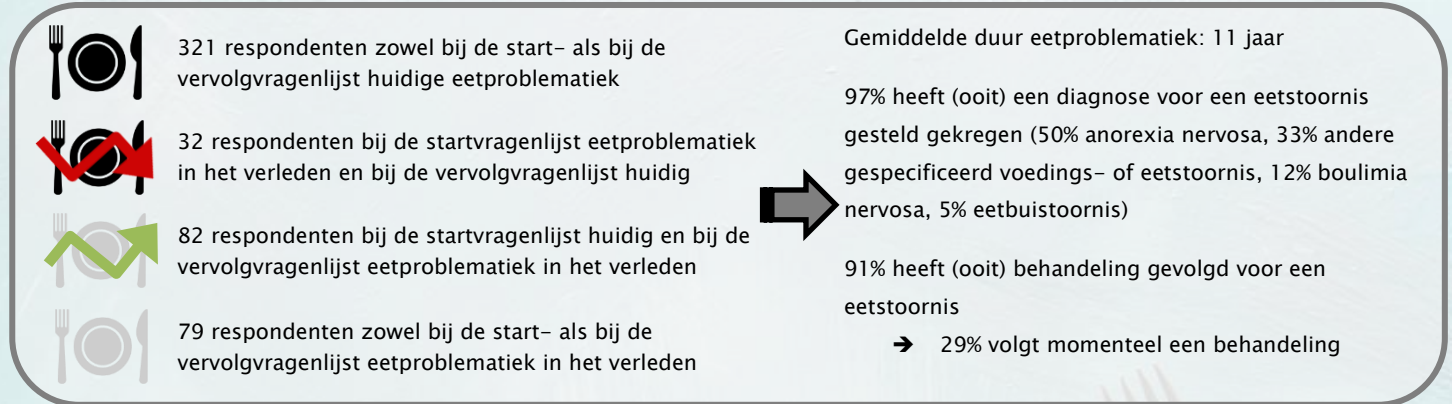
1. Kenmerken van de deelnemers



3. Lichamelijk functioneren



2. Eetproblematiek



4. Mentaal functioneren



5. Sociaal-maatschappelijke participatie





Nederlands Eetstoornissen Register:
Het register voor eetstoornissen en eetproblemen

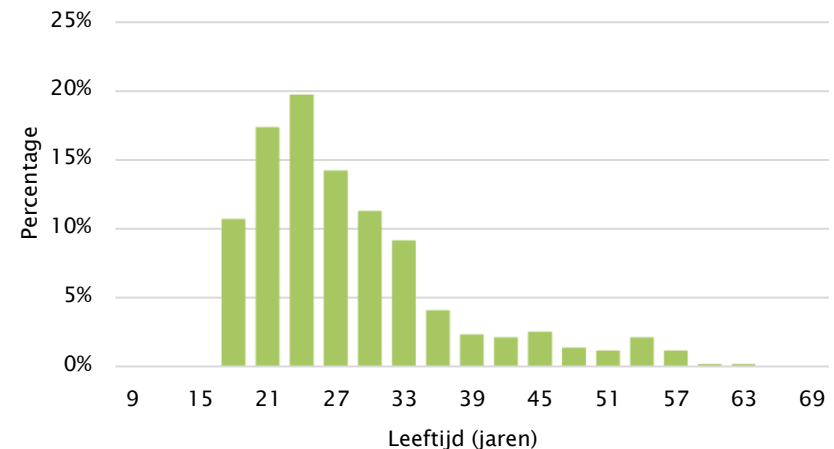
1 Kenmerken van de deelnemers

Leeftijd en geslacht



Figuur 1.1 Flowchart van de deelnemers.

In het najaar 2017 werden 916 personen (die eerder de startvragenlijst van het Nederlands Eetstoornissen Register (NER) hadden ingevuld) uitgenodigd voor de 1^e tijdelijke meting. 514 personen hebben deze vervolgmeting ook ingevuld; zeven mannen en 506 vrouwen (van één deelnemer is het geslacht onbekend). Deze groep vormt de basis voor de huidige rapportage. Gemiddeld zat er 22 maanden tussen het invullen van de twee vragenlijsten. De deelnemers waren gemiddeld 28 jaar oud; 3% (allemaal vrouw) was jonger dan 18 jaar (Figuur 1.1; Figuur 1.2).



Figuur 1.2 Verdeling van leeftijd van deelnemers vervolgvragenlijst

Woonsituatie

Aan de NER respondenten is gevraagd naar hun huidige woonsituatie. In Tabel 1.1 is te zien dat de meeste deelnemers met partner en/of kinderen, op zichzelf óf bij hun ouders/verzorgers wonen. Meer dan drie kwart (78%) van deze laatste groep woont bij beide ouders of verzorgers.

Tabel 1.1 Woonsituatie NER respondenten, meerdere antwoorden mogelijk

Woonsituatie	Percentage	Gemiddelde leeftijd (in jaren)	Minimaal – Maximaal
Partner en/of kinderen	33%	34	19 - 57
Op zichzelf	29%	31	19 - 63
Ouder(s)/verzorg(er)s	23%	21	16 - 29
Kamers/studentenhuis	16%	23	18 - 31
Woonvorm met begeleiding	4%	25	18 - 41
Totaal	n=511	28	16 - 63

Kenmerken van de deelnemers

Broers en/of zussen

Het merendeel, 473 NER respondenten, heeft broer(s) en/of zus(sen); gemiddeld hebben zij 2,0 broers en/of zussen. In de meeste gevallen (84%) zijn deze biologisch. Negenentachtig respondenten (17%) geven aan één of meerdere broer(s)/ zus(sen) te hebben met een (vermoedelijke) eetstoornis.

Kinderen

Van de huidige NER steekproef hebben 75 personen (15%) kinderen. De meesten (71 personen; 95%) hebben biologische kinderen. De overige 6% heeft stiefkinderen. Elf van de 75 personen met kinderen (15%) geven aan dat zij een kind/kinderen hebben met een (vermoedelijke) eetstoornis.

Overige familieleden



Wat betreft de overige familieleden, gaven 221 personen (43%) aan één of meerdere familieleden te hebben met nu of in het verleden een (vermoedelijke) eetstoornis.

Functioneren gezin

Er is gevraagd naar het functioneren van het gezin waarin de deelnemer is opgegroeid (bijvoorbeeld over steun, vertrouwen en uiting van gevoelens). De score op deze vragen loopt uiteen van 1 'gezond functioneren' tot 4 'ongezond functioneren'. De gemiddelde score op deze vragen tezamen was 2,4; er werd meer 'ongezond' dan 'gezond' functioneren gerapporteerd.

Respondenten met huidige eetproblematiek gaven vaker aan dat het functioneren van het gezin ongezond was dan respondenten met eetproblematiek in het verleden (Tabel 1.2). Dit zou een gevolg kunnen zijn van de eetproblematiek, die niet alleen een grote impact heeft op de persoon zelf maar ook op het gezin en het functioneren ervan

Tabel 1.2 Functioneren van het gezin

Eetproblematiek	Ongezond functioneren (score > 2)	Gezond functioneren (score ≤ 2)
 Huidig (n=353)	73%	27%
 Verleden (n=161)	58%	42%
Totaal (n=514)	69%	31%

Kenmerken van de deelnemers

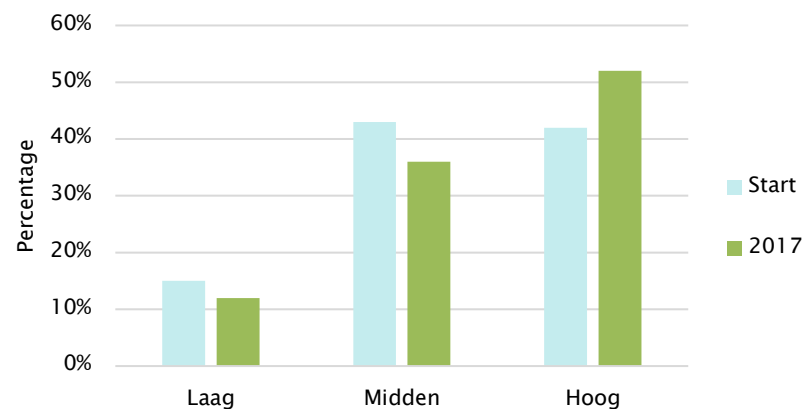
Opleiding

Huidige opleiding

211 van de NER deelnemers (41%) volgt op dit moment een opleiding. Bij de startvragenlijst waren dit 257 deelnemers (50%). Bijna drie kwart (72%) van de deelnemers die een opleiding volgt studeert op het HBO of op de Universiteit.

Hoogst genoten opleiding

Een relatief grote groep heeft een hoog opleidingsniveau (52%). In vergelijking met de startvragenlijst is het aantal laag- en middelbaar opgeleiden gedaald en het aantal hoog opgeleiden gestegen (Figuur 1.3).



Figuur 1.3 Hoogst genoten opleiding ingedeeld in drie niveaus (Laag = Basis, VSO, PO, LBO, VMBO, MBO 1; Middelbaar = HAVO, VWO, MBO 2-4; Hoog = HBO en WO).

Regio

Bijna alle NER deelnemers kwamen uit Nederland (96%). De meeste deelnemers kwamen uit Zuid-Holland en Noord-Holland (respectievelijk 20% en 16%). Van de deelnemers uit het buitenland (4%) kwamen de meesten uit België (Tabel 1.3).

Tabel 1.3 Spreiding van deelnemers over de provincies

Provincie	Spreiding NER deelnemers 2017	Spreiding landelijke bevolking volgens CBS
Groningen	5%	4%
Friesland	3%	4%
Drenthe	1%	3%
Overijssel	7%	7%
Flevoland	1%	3%
Gelderland	14%	12%
Utrecht	11%	8%
Noord-Holland	16%	17%
Zuid-Holland	19%	21%
Zeeland	3%	2%
Noord Brabant	13%	15%
Limburg	4%	6%
Buitenland	4%	-
Totaal	n=509	

2 Eetproblematiek

Huidige eetproblemen of eetproblematiek in het verleden

De gemiddelde duur van de eetproblematiek was 11 jaar (0,5 – 50 jaar). Van de 514 NER deelnemers, gaven 403 personen bij de startmeting aan huidige eetproblematiek te ervaren. Dit waren er bij de vervolgvragenlijst nog 353. Wanneer we dit uitsplitsen (Figuur 2.1) zien we dat:



321 respondenten (62%) huidige eetproblematiek op beide tijdstippen rapporteerden



79 (15%) respondenten eetproblematiek in het verleden op beide tijdstippen rapporteerden

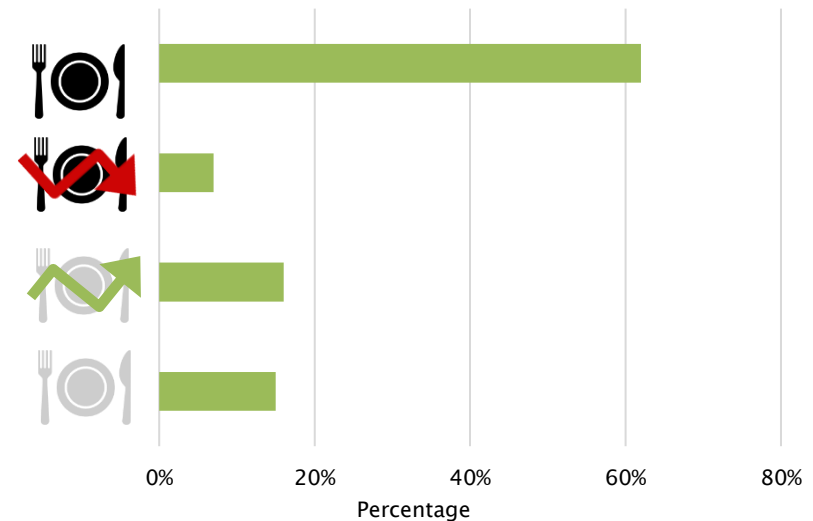


82 (16%) respondenten gingen van huidige eetproblematiek (start) naar eetproblematiek in het verleden (2017)



32 (6%) respondenten gingen van eetproblematiek in het verleden (start) naar huidige eetproblematiek (2017)

Eetproblematiek

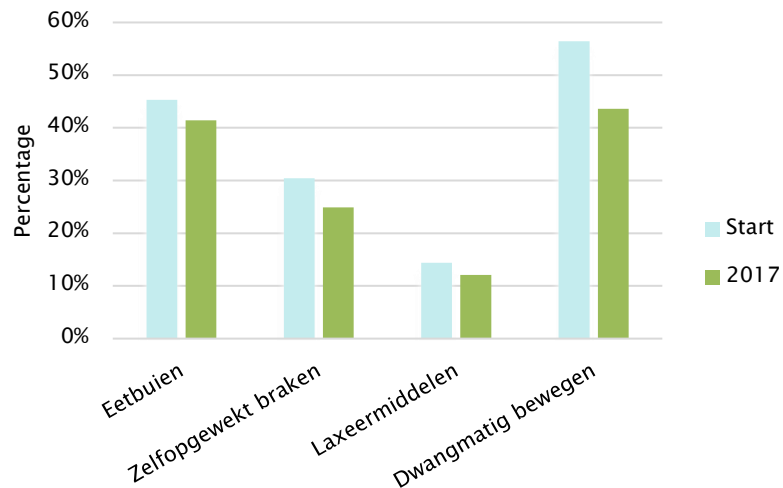


Figuur 2.1 Eetproblematiek (huidig en/of in verleden) in start- en vervolgvragenlijst

Eetstoornis symptomen

De Eating Disorder Examination Questionnaire is gebruikt om de eetproblematiek van de afgelopen 28 dagen in kaart te brengen. De score loopt in deze vragenlijst van 0 tot 6. De gemiddelde score onder de NER deelnemers was 2,9. Een score boven 2,17 wijst op de aanwezigheid van een eetstoornis. 63% van de NER deelnemers scoorde boven deze afkapwaarde.

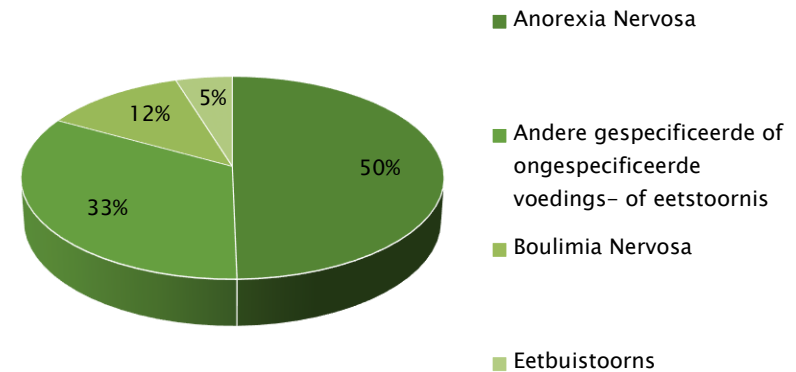
In Figuur 2.2 is weergegeven hoeveel respondenten eetbuien, zelfopgewekt braken, gebruik van laxeermiddelen en/of dwangmatig bewegen rapporteerden in de afgelopen 28 dagen. Ten opzichte van de startvragenlijst zijn alle percentages gedaald (eetbuien -4%; zelfopgewekt braken -5%; laxeermiddelengebruik -2%; en dwangmatig bewegen -13%).



Figuur 2.2 Eetproblematiek in de afgelopen 28 dagen

Huidige of laatst gestelde eetstoornis diagnose

Bij 477 NER respondenten is er (ooit) een eetstoornis diagnose gesteld. In Figuur 2.3 zijn de huidige of laatst gestelde eetstoornis diagnoses voor deze groep weergegeven. Anorexia Nervosa werd het meest genoemd.



Figuur 2.3 Huidige of laatst gestelde eetstoornisdiagnose (n=477)

Behandeling

Aantal, duur en leeftijd

467 van de 514 respondenten (91%) heeft ooit een behandeling gevolgd voor hun eetproblematiek, 148 respondenten (29%) volgen momenteel een behandeling. De personen die ooit een behandeling hebben gevolgd zijn gemiddeld 3,2 keer in behandeling geweest voor hun eetproblematiek. De gemiddelde duur van de behandelingen tezamen was 3,6 jaar. De gemiddelde leeftijd waarop de eerste behandeling plaatsvond was 20,3 jaar.

Behandelvormen

De meest genoemde behandelvormen, nu of in het verleden gevolgd, zijn ambulante behandeling (87%), dagbehandeling (48%) en klinische behandeling (48%).

Medicatie

Bijna één vijfde (17%) van de NER respondenten gebruikt op dit moment medicatie voor hun eetproblematiek. De meest gebruikte medicatie onder deze deelnemers zijn:






1. Serotonine heropname remmers (o.a. Cipramil en Prozac): 68%
2. Benzodiazepinen (o.a. Diazepam, Seresta en Temazepam): 28%
3. Atypische antipsychotica (o.a. Clozapine, Olanzapine, Risperidon en Quetiapine): 28%

3 Lichamelijk functioneren

Lichamelijke klachten

Eetproblemen gaan vaak samen met lichamelijke klachten. In de totale NER steekproef hebben 315 personen (61%) last van lichamelijke klachten. De vijf meeste genoemde lichamelijke klachten staan in Tabel 3.1 Vermoeidheid werd het meest genoemd.

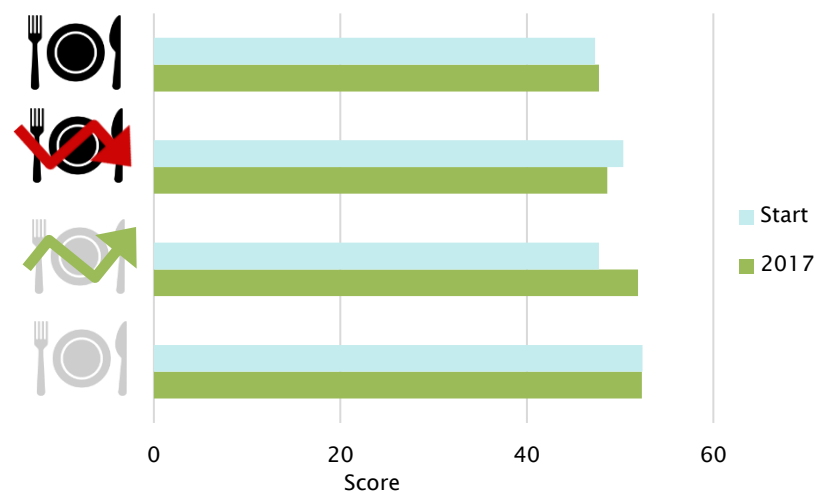
Tabel 3.1 Meest genoemde lichamelijke klachten

Meest genoemde lichamelijke klachten	Percentage
1. Vermoeidheid 	64%
2. Slaapproblemen 	56%
3. Maag-/darmklachten 	53%
4. Rug/nek/schouderklachten 	41%
5. Hoofdpijn/migraine 	32%
Totaal	n=315

Lichamelijk functioneren

Fysieke kwaliteit van leven

We hebben naar verschillen in fysieke kwaliteit van leven gekeken tussen de start- en de vervolgmeting in de vier uitgesplitste eetproblematiek groepen (zie pagina 7). Hoe hoger de score, hoe groter de fysieke kwaliteit van leven (een score van 50 is gemiddeld voor de algemene bevolking).



Figuur 3.1 Gemiddelde score voor fysieke kwaliteit van leven, onderverdeeld in vier groepen eetproblematiek; huidig/in verleden bij de start- en de vervolgmeting

In figuur 3.1 is te zien dat bij herstel van een eetstoornis (de respondenten die aangaven eetproblematiek in het verleden te hebben bij start en/of vervolgmeting) de fysieke kwaliteit van leven hoger was (gemiddelde score was bij herstel 52).

Waardering lichamelijke gezondheid

We hebben de deelnemers ook gevraagd naar de waardering van hun lichamelijke gezondheid op een schaal van 1 tot 10. Deelnemers die in het verleden eetproblematiek hebben ervaren waarderen hun lichamelijke gezondheid duidelijk hoger (7,4) dan mensen die op dit moment nog eetproblematiek ervaren (5,9; Tabel 3.2).

Tabel 3.2 Waardering lichamelijke gezondheid van 0 (slecht) tot 10 (heel goed)

Eetproblematiek	Waardering lichamelijke gezondheid	Minimaal – Maximaal
 Huidig (350)	5,9	0 – 9
 Verleden (n=161)	7,4	1 – 10
Totaal (511)	6,4	0 – 10

4 Mentaal functioneren

Comorbide psychische diagnoses

Bij bijna de helft van de deelnemers (48%) is er momenteel een diagnose gesteld voor een andere psychische stoornis naast de eetproblematiek. De meest voorkomende diagnose is een stemmingsstoornis (24%; Tabel 4.1). Eén op de vijf deelnemers (21%) had op het moment van de vervolgmeting één comorbide diagnose, 16% had twee comorbide diagnoses en 11% had drie of meer comorbide diagnoses.



Tabel 4.1 De vijf meest gestelde comorbide psychische stoornissen

Top 5 meest gestelde diagnose	Percentage
1. Stemmingsstoornis	24%
2. PTSS of trauma	19%
3. Persoonlijkheidsstoornis	18%
4. Angststoornis	9%
4. AD(H)D	9%
Totaal	n=514

Autisme spectrum stoornis eigenschappen

Met de AQ vragenlijst hebben we kenmerken die verband houden met autisme spectrum stoornissen uitgevraagd. Een totaalscore voor de aanwezigheid van autisme kenmerken, een score voor sociaal gedrag en een score voor detailgerichtheid werd berekend. Een hogere score betekent dat er meer kenmerken van autisme spectrum stoornissen aanwezig zijn.

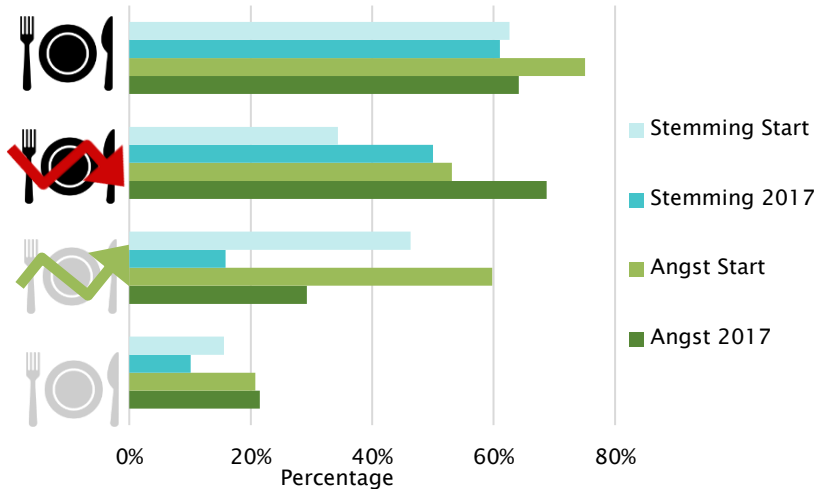
Tabel 4.2 Gemiddelde scores op de AQ vragenlijst

	Totaal score AQ	Sociaal gedrag	Detailgerichtheid
 Huidig (n=350)	65,3	48,0	10,3
 Verleden (n=159)	57,8	42,5	9,3
Totaal NER (n=509)	63,0	46,3	10,0
Vrouwen uit algemene bevolking [Hoekstra e.a., 2011] (n=739)	52,8	43,7	9,10

Deelnemers met huidige eetproblematiek rapporteerden meer autisme kenmerken dan deelnemers met eetproblematiek in het verleden (Tabel 4.2). De scores van de NER deelnemers waren hoger dan de scores van een steekproef bestaande uit 739 Nederlandse vrouwen uit de algemene bevolking.

Angst en sombere stemming

Angst- en stemmingsklachten werden in de vervolgmeting gerapporteerd door respectievelijk 52% en 45% van de deelnemers. Een verandering in eetproblematiek (tussen start- en vervolgmeting) hangt duidelijk samen met veranderingen in angst en een sombere stemming (Figuur 4.1). Herstel van eetproblematiek (van huidig naar verleden) gaat gepaard met een forse daling van angst- en stemmingsklachten, en andersom.



Figuur 4.1 Angst- en stemmingsklachten, onderverdeeld in vier groepen eetproblematiek; huidig/in verleden bij de start- en de vervolgmeting

Mentale functioneren

Zelfbeeld

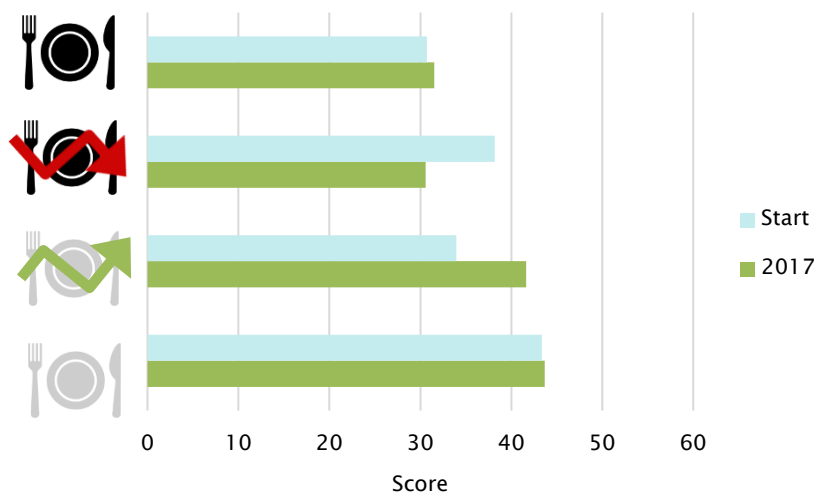
Mensen met een eetstoornis hebben vaak een lager zelfbeeld dan mensen zonder een eetstoornis. Dat blijkt ook uit de NER vervolgmeting. Ruim drie kwart (77%) van de deelnemers met huidige eetproblematiek heeft een laag zelfbeeld, bij de deelnemers met eetproblematiek in het verleden is dit één kwart (Tabel 4.3).

Tabel 4.3 Zelfbeeld bij mensen met huidige en eetproblematiek in het verleden

Zelfbeeld	Huidig (n=350)	Verleden (n=161)	Totaal (n=511)
Laag	77%	25%	61%
Normaal	21%	66%	35%
Hoog	1%	9%	4%

Mentale kwaliteit van leven

In de NER vragenlijst is ook gekeken naar de mentale kwaliteit van leven. Hoe hoger de score, hoe groter de mentale kwaliteit van leven. De gemiddelde score van de NER deelnemers bij de vervolgmeting was 35, wat lager is dan de gemiddelde score van 50 die voor de algemene bevolking geldt. De vergelijking tussen de start- en vervolgmeting (Figuur 4.2) laat duidelijk zien dat de mentale kwaliteit van leven verbeterd naarmate de eetproblematiek afneemt (van huidig naar verleden) en andersom.





Figuur 4.2 Gemiddelde score voor mentale kwaliteit van leven, onderverdeeld in vier groepen eetproblematiek; huidig/in verleden bij de start- en de vervolgmeting

Mentale functioneren

Waardering leven

De NER respondenten is gevraagd hoe zij hun leven waarderen op een schaal van 0 tot 10. Het gemiddelde cijfer dat de respondenten gaven was een 5,8. Dit cijfer was hoger bij mensen die in het verleden eetproblematiek hebben ervaren (7,1) dan mensen met huidige eetproblematiek (5,2; Tabel 4.6).

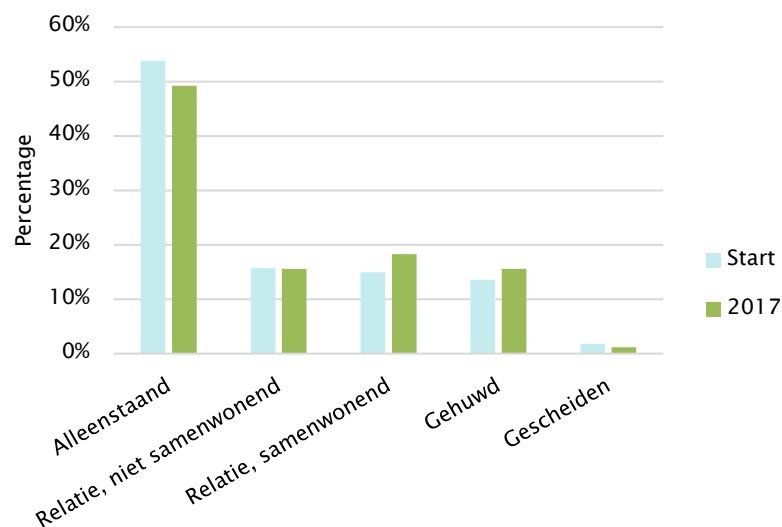
Tabel 4.6 Waardering van het leven van 0 (slecht) tot 10 (heel goed)

	Waardering leven	Minimum-Maximum
 Huidig (n=159)	5,2	0 - 9
 Verleden (n=347)	7,1	3 - 10
Totaal (n=506)	5,8	0 - 10

5 Sociaal-maatschappelijke participatie

Burgerlijke staat

Figuur 5.1 laat zien dat, ten opzichte van de startmeting, het percentage alleenstaanden met 5% is afgenomen bij de vervolgmeting, maar nog steeds de grootste groep is. Bij de vervolgmeting gaf 49% van de deelnemers aan een relatie te hebben (samenwonend, niet samenwonend of gehuwd), 51% was alleenstaand of gescheiden.



Figuur 5.1 Burgerlijke staat tijdens start- en vervolgmeting (n=514)

Slechts 8% van de NER deelnemers geeft aan nauwelijks sociale contacten te hebben. De meest genoemde sociale contacten zijn ouders (86%), vriendschappen met leeftijdsgenoten (82%) en broers/zussen (80%).

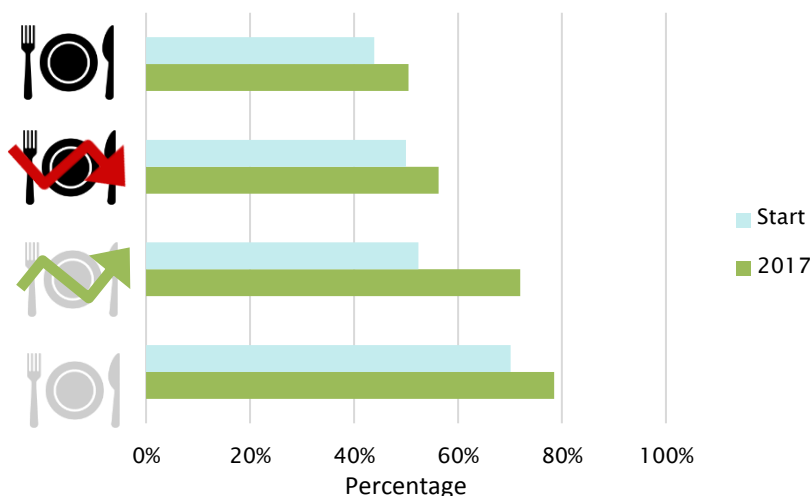
Tevredenheid

Meer dan de helft (59%) van het totaal aantal NER respondenten is tevreden over de huidige sociale contacten (Tabel 5.1), en zij waarderen hun sociale contacten met een 6,9 (op een schaal van 0 tot 10). Bij de deelnemers met eetproblematiek in het verleden ligt het percentage dat tevreden is en de waardering van de sociale contacten hoger dan bij deelnemers met huidige eetproblematiek.

Tabel 5.1 Tevredenheid en waardering sociale contacten

Sociale contacten	Huidig (n=347)	Verleden (n=160)	Totaal (n=507)
Ontevreden	22%	8%	17%
Neutraal	27%	17%	24%
Tevreden	51%	75%	59%
Waardering (0-10)	6,5	7,6	6,9

Wanneer we de gegevens van de startmeting met de vervolgmeting vergelijken, lijken de deelnemers in de vervolgmeting gemiddeld meer tevreden te zijn met hun sociale contacten dan bij de startmeting. De grootste stijging in tevredenheid was te zien bij deelnemers die bij de startmeting huidige eetproblematiek rapporteerden en bij de vervolgmeting eetproblematiek in het verleden (Figuur 5.2).



Figuur 5.2 Percentage tevreden met sociale contacten, onderverdeeld in vier groepen eetproblematiek; huidig/in verleden bij de start- en de vervolgmeting

Sociaal-maatschappelijke participatie

Arbeid en dagbesteding

Er is gevraagd naar vormen van werk, dagbesteding of opleiding die deelnemers op dit moment hebben (meerdere antwoorden mogelijk). Per deelnemer hebben we de voornaamste dagbesteding (waar de meeste uur per week aan werd besteed) berekend (Tabel 5.4). De meesten hadden betaald werk of waren als zelfstandige werkzaam (43%).


Tabel 5.2 Voornaamste dagbesteding NER respondenten

	Percentage	Gemiddeld aantal uur per week	Minimaal-maximaal
Regulier betaald werk en/of als zelfstandige werkzaam	43%	27,9	1-70
Onderwijs, studie of stage	32%	34,1	1-80
Non-regulier werk: werk met behoud uitkering / sociale werkvoorziening / regeling begeleid werken / werk- /zorgboerderij	3%	12,7	1-28
Dagbehandeling psychiatrische instelling / Dagactiviteiten, dagverblijf	6%	23,7	1-168
Vrijwilligerswerk	5%	5,9	1-18
Huisman/huisvrouw	3%	38,1	1-168
Ziektewet / arbeidsongeschikt	4%	-	-
Geen structurele dagbesteding	4%	-	-
Totaal		n=495	

Ziekteverzuim

De NER deelnemers gaven aan dat ze in het afgelopen jaar gemiddeld 11,8 dagen door ziekte zijn weggebleven van hun werk, stage of opleiding (Tabel 5.3). Bij deelnemers met huidige eetproblematiek was dit hoger (14 dagen) dan bij degene met eetproblematiek in het verleden (7,5 dagen). Het gemiddeld aantal verzuimdagen in 2017 onder de vrouwelijke Nederlandse bevolking (leeftijd 15–65) was 7,6 (CBS). Het aantal verzuimdagen lijkt dus bij de NER deelnemers met huidige eetproblematiek hoger te liggen dan bij deze Nederlandse bevolkingsgroep, terwijl het ongeveer gelijk is aan de deelnemers die in het verleden eetproblematiek hebben ervaren.

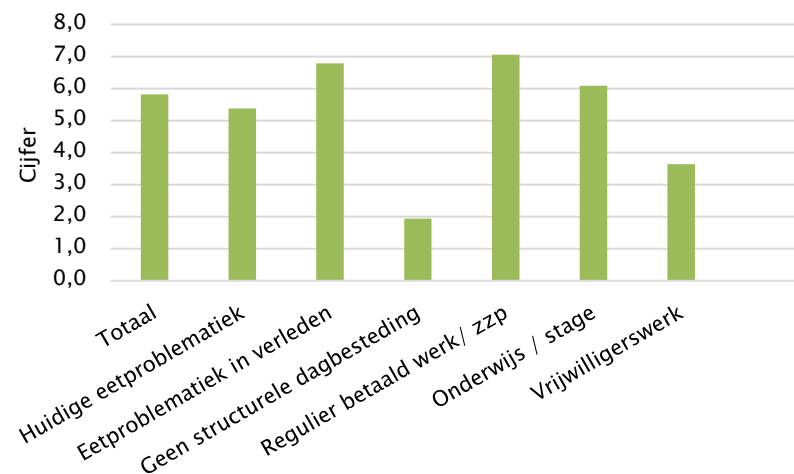
Tabel 5.3 Gemiddeld aantal dagen ziekteverzuim in de afgelopen 12 maanden

	Dagen verzuim	Minimaal – Maximaal
 Huidig (n=289)	14,0	0–93
 Verleden (n=148)	7,5	0–93
Totaal (n=437)	11,8	0–93

Sociaal-maatschappelijke participatie

Bijdrage maatschappij

Alle respondenten is gevraagd in hoeverre zij vinden dat zij succesvol zijn als het gaat om hun bijdrage aan de maatschappij. De gemiddelde score was 5,8 (range 1–10; Figuur 5.5). Deelnemers met huidige eetproblematiek gaven een lager cijfer (5,4) dan deelnemers met eetproblematiek in het verleden (6,8). De mensen die werkten (reguliere baan of als zelfstandige) vonden zichzelf het meest succesvol (7,1) en de mensen zonder structurele dagbesteding vonden zichzelf het minst succesvol (1,9) in hun bijdrage aan de maatschappij.



Figuur 5.5 Cijfer (1–10) voor bijdrage aan maatschappij

6. Referenties

- Aardoom, J. J., Dingemans, A. E., Slof Op't Landt, M. C., & van Furth, E. F. (2012). Norms and discriminative validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). *Eat Behav, 13*(4), 305–309.
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy, 9*(2), 171–180.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. (2008). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q 6.0). In C. G. Fairburn (Ed.), *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 309–313). New York: Guilford Press.
- Hoekstra, R. A., Vinkhuyzen, A. A., Wheelwright, S., Bartels, M., Boomsma, D. I., Baron-Cohen, S., . . . van der Sluis, S. (2011). The construction and validation of an abridged version of the autism-spectrum quotient (AQ-Short). *J Autism Dev Disord, 41*(5), 589–596.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., & Lowe, B. (2009). An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. *Psychosomatics, 50*(6), 613–621. doi:10.1176/appi.psy.50.6.613
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Referenties*
- Ware, J., Jr., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care, 34*(3), 220–233.