



# NIVE

## Nederlandse vragenlijst voor eetgedrag

Tatjana van Strien

Handleiding



AMSTERDAM · BERN · FIRENZE · GÖTTINGEN · HELSINKI · KØBENHAVN · OXFORD · PARIS · PRAHA · STOCKHOLM · WIEN

HOGREFE



# NVE

## Nederlandse vragenlijst voor eetgedrag

### Handleiding

Tatjana van Strien

## Hogrefe en de Hollandse meesters



Jan Havickszoon Steen (1626-1679), geboren en gestorven te Leiden, is voornamelijk bekend geworden om zijn talrijke taferelen van het dagelijks, chaotisch huisleven. Ook dit *Vrolijke huisgezin* (1668) is zo'n typisch *huishouden van Jan Steen*. Er is van alles aan de gang, en iedereen lijkt te doen waar hij zin in heeft. Er wordt muziek gemaakt, gedronken en gegeten, en er lijkt weinig structuur te zijn. Welke emotionele, externe of lijngerichte eetmotieven spelen hier? Drinkt de man nog een slok omdat hij de chaos niet meer aankan, of omdat het glas toevallig voor zijn neus staat? En denkt de rondborstige dame aan de slanke lijn terwijl zij verlekkerd kijkt naar het brood en de ham die op de tafel staan?

Het – al dan niet – behouden van de controle over je gedrag is een thema dat vaker terugkeert in de schilderijen van Jan Steen. Het is niet helemaal duidelijk of hij zijn eigen gedrag wel zo goed onder controle had: hij schreef zich in aan de Universiteit van Leiden, maar dit had waarschijnlijk minder te maken met zijn intellectuele ambities dan met de bijbehorende privileges, zoals vrijstelling van de drankbelasting.

Vormgeving: Annelies Bast, Werktitel, Amsterdam

Redactie: Jacqueline Stam, Hogrefe Uitgevers, Amsterdam

© 2012, Tatjana van Strien

© 2015, Hogrefe Uitgevers, Amsterdam

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Artikelnummer: 5704402

# Voorwoord

Overgewicht is in onze westerse wereld hard op weg een volksziekte te worden. Tweederde van de Amerikanen is te zwaar en de helft daarvan is zelfs veel te zwaar. Ook in West-Europa stijgt het percentage mensen met overgewicht onrustbarend. Samen met kanker en hart- en vaatziekten staat obesitas bovenaan de lijst van de volksgezondheidsbedreigende factoren. Dikke mensen hebben meer medische klachten en hun persoonlijk welbevinden is lager. De behandeling lijkt simpel: minder eten, meer lichaamsbeweging en liefst beide. In de media worden telkens andere vermageringsdiëten en afslankkuren aangeprezen. Maar bij degenen die zich aan zo'n dieet of kuur onderwerpen, blijkt het succes zelden blijvend te zijn. Na een periode van lijnen zitten de moeizaam kwijtgeraakte kilo's er vaak in een mum van tijd weer aan: het zogeheten jojoën. Na vier jaar is bijna de helft van de mensen zwaarder dan vóór het dieet (Mann, Tomiyama, Wesling, Lew, Samuels & Chatman, 2007). Deze uitspraak van de Amerikaanse psychiater/onderzoeker Albert Stunkard over traditionele therapieën blijkt nog steeds geldig: 'Most obese persons will not stay in treatment of obesity. Of those who stay in treatment most will not lose weight, and of those who do lose weight, most will regain it' (Stunkard, 1958, p. 79).

Ook de tot dusver ontwikkelde psychologische vermageringstherapieën geven weinig redenen tot optimisme over langetermijneffecten. Bij op gedragstherapeutische principes gebaseerde therapieën houdt het gewichtsverlies weliswaar vaak wel een jaar stand, maar onderzoek naar de effecten op langere termijn geeft ook hier weinig reden tot optimisme. Ook hier is na vier jaar het gewicht van de meeste behandelde hoger dan vóór het vermageringsprogramma (Wilson & Brownell, 1980; Wilson, 1994). De resultaten van therapieën met een cognitieve component stemmen evenmin tot optimisme. Het verbaast dan ook niet, dat vele artsen en andere hulpverleners de moed hebben opgegeven en hun cliënten adviseren maar op te houden met lijnen en hun lot te accepteren. Toch is dit een voorbarige reactie. Het blijkt dat er in een aantal gevallen wel degelijk successen worden behaald, al zijn deze minder spectaculair dan de reclame voor afslankkuren ons wil doen geloven. Voorwaarde voor succes is het hebben van een duidelijk inzicht in de medische en psychologische achtergrond van de eetproblemen die bij de betrokkene tot het overgewicht hebben geleid.

Dat overgewicht in de afgelopen decennia een bijna epidemische omvang heeft aangenomen, kan niet liggen aan lichamelijke factoren alleen. Er zijn inderdaad mensen die genetisch gedisponeerd zijn tot een groter lichaamsgewicht en ook bij sommige ziekten kan de hoeveelheid vetweefsel aanzienlijk toenemen. Maar dit zijn door de tijd heen betrekkelijk constante factoren. De eigenlijke oorzaak moet worden gezocht in het toegenomen gebrek aan beweging en vooral in veranderingen in onze eetgewoonten. Voor een deel gaat het hierbij om een algemeen patroon van overconsumptie, maar er zijn ook belangrijke persoonlijke verschillen. Sommige mensen eten continu te veel, anderen beheersen zich een tijd maar slaan dan weer door. Dit laatste kan het gevolg zijn van een te grote verleiding van de vele voedselprikkels die op ons afkomen, maar ook van dieper liggende psychologische factoren. Voorwaarde voor het met succes op lange termijn bestrijden van overgewicht is het hebben van inzicht in de van persoon tot persoon verschillende oorzaken van overeten (Brownell & Wadden, 1991).

De *Nederlandse vragenlijst voor Eetgedrag* (NVE) beoogt een bijdrage te leveren aan de hiervoor noodzakelijke individueel gerichte diagnostiek. Na uitgebreid vooronderzoek in de eerste helft van de jaren tachtig is de NVE in 1986 gepubliceerd als meetinstrument voor eetgedrag en als handvat voor de diagnostiek van verschillende soorten eetproblemen. In 2012 is een nieuwe handleiding verschenen, die grotendeels gelijk was aan de oorspronkelijke handleiding. Deze verschilden op enkele punten: de vele normgroepen uit 2005 waren teruggebracht tot twee normgroepen: volwassenen en jongeren (beide TNO normsteekproeven). De TNO normgroep is gebaseerd op een

in 2006 en 2009 door TNO verzamelde representatieve steekproef van Nederlandse volwassenen (21-70 jaar). De scholieren normsteekproef is gebaseerd op een in 2003 verzamelde – voor Nederland representatieve – steekproef van Nederlandse adolescenten (12-15 jaar).

De huidige handleiding (2015) is een uitbreiding op de handleiding uit 2012. Een extra normgroep van jongeren tussen 15 en 20 jaar maakt dat de NVE nu representatieve Nederlandse normen heeft voor jongens en meisjes, en mannen en vrouwen van 12 tot 70 jaar, onderverdeeld in vier leeftijdscategorieën.

De NVE is bedoeld voor (huis)artsen, POH-GGZ, diëtisten, schoolartsen en psychologen als instrument voor de bepaling van de persoonlijk meestbelovende behandeling van cliënten met een eet- en/of gewichtsprobleem ('therapie op maat'). Op die manier kan de cliënt gericht doorverwezen, behandeld of begeleid worden. Ook binnen het wetenschappelijk onderzoek is de NVE een veelgebruikt instrument.

Uiteraard gaat mijn dank uit naar iedereen die heeft bijgedragen aan de totstandkoming van de eerste en tweede versie van de NVE. Daarnaast betuig ik mijn dank aan Ilse Engwirda voor het mogelijk maken van deze nieuwe druk van de NVE bij Hogrefe Uitgevers, en het mogelijk maken verzamelen van representatieve Nederlandse normgegevens bij adolescenten van 15 tot 20 jaar. Ook Jacqueline Stam, verantwoordelijk voor de genoemde dataverzameling en de redactie van deze handleiding, wil ik hier graag bedanken.

Een speciaal woord van dank gaat uit naar mijn vader, zelf ook psycholoog. Hij gaf mij bruikbare adviezen voor de opbouw van deze handleiding, met bijzondere aandacht voor de praktische gebruikers, dit in de lijn van zijn devies *Kennis en Communicatie*, dat ook als titel diende van zijn eerste boek. De NVE en deze handleiding draag ik op aan mijn vader.

Tatjana van Strien  
Nijmegen, januari 2015

# Inhoud

<b>1</b>	<b>Theoretische achtergrond</b>	<b>7</b>
1.1	Drie theorieën ter verklaring van overeten	7
1.2	De samenhang tussen de drie theorieën	9
1.3	Constructie van de NVE	9
1.4	Verschillen met de voorgaande uitgave van de NVE	11
<b>2</b>	<b>Afname en scoring</b>	<b>13</b>
2.1	Testmateriaal	13
2.2	Afname	13
2.3	Ruwe scores	13
2.4	Normscores	16
2.5	Beslisboom	17
2.6	Het eetdagboek	18
<b>3</b>	<b>Interpretatie en therapie</b>	<b>19</b>
3.1	Een hoge score op de schaal lijngericht eten	19
3.2	Een hoge score op de schaal emotioneel eten	20
3.3	Een hoge score op de schaal extern eten	21
<b>4</b>	<b>Normonderzoek</b>	<b>23</b>
4.1	Itemselectie	23
4.2	Normdata	24
<b>5</b>	<b>Psychometrische eigenschappen</b>	<b>27</b>
5.1	Interne betrouwbaarheid	27
5.2	Test-hertestbetrouwbaarheid en stabiliteit over meerdere jaren	29
5.2	Standaardmeetfout	31
5.4	Groepsverschillen	33
5.5	Allochtone groepen	34
<b>6</b>	<b>Begripsvaliditeit</b>	<b>37</b>
6.1	Dimensionaliteit van de scores	37
6.2	Constructvaliditeit	41
<b>7</b>	<b>Criteriumvaliditeit</b>	<b>47</b>
7.1	Predictieve validiteit van de NVE-schalen voor voedselconsumptie	47
7.2	Intermezzo: het criteriumprobleem bij lijngericht eten	48
7.3	Predictieve validiteit van de NVE-schalen voor gewichtsverandering en voedselconsumptie	49
7.4	Emotioneel eten: predictieve validiteit voor eten bij negatieve emotie	50
7.5	Emotioneel eten: predictieve validiteit voor gewichtsverandering bij negatieve levensgebeurtenissen	53

7.6	Extern eten: predictieve validiteit voor eten bij voedselprikkel	54
7.7	Jonge en oudere adolescenten	55
<b>8</b>	<b>Onderzoek: therapie, NVE in de wereld, en tijdsbeeld</b>	<b>59</b>
8.1	Werkt therapie op maat?	59
8.2	Breekpunten voor emotioneel eten in de beslisboom	60
8.3	De NVE in het buitenland	61
8.4	Tot slot: verschuivingen in de tijd	61
	<b>Referenties</b>	<b>63</b>
	 <b>Bijlagen</b>	
	<b>Bijlage A Test-hertestcorrelaties</b>	<b>69</b>
	<b>Bijlage B Allochtone jonge adolescenten</b>	<b>71</b>
	<b>Bijlage C Beslisboom</b>	<b>73</b>
	<b>Bijlage D Normtabellen</b>	<b>75</b>

# 1 Theoretische achtergrond

Dit hoofdstuk gaat in op de psychologische theorieën, en hun samenhang, die ten grondslag hebben gelegen aan de constructie van de NVE. Daarnaast wordt kort ingegaan op de verschillen tussen de vorige versie en deze vernieuwde versie van de NVE.

## 1.1 Drie theorieën ter verklaring van overeten

Overeten kan verschillende oorzaken hebben: de een eet (te) veel bij gevoelens van depressie, eenzaamheid of verveling, de ander wanneer er veel en lekker eten is, een derde gaat zich juist te buiten in een lijnperiode wanneer honger het wint van de wil tot vermageren, of wanneer gewichtsvermindering door een of andere gebeurtenis opeens onbelangrijk wordt. Elk van deze drie typen eetgedrag heeft een eigen ontstaansgeschiedenis en elk ervan is tot de kern geworden van een psychologische theorie over ontstaan en handhaven van overgewicht: de psychosomatische theorie, de externaliteitstheorie en de theorie van lijngericht eetgedrag. Bij elk van de theorieën sluit een eigen behandelingswijze aan.

### De psychosomatische theorie

De psychosomatische theorie benadrukt de rol van *emoties* bij het ontstaan van overgewicht. De normale reactie op negatieve emoties of stress is het verliezen van eetlust. Stress roept namelijk dezelfde verzadigingsverschijnselen op als het opnemen van voedsel: de samentrekkingen van de maag houden op en het bloedsuikergehalte gaat omhoog. Negatieve emoties en stress leiden daarom meestal tot gewichtsverlies. Er zijn echter mensen die bij negatieve emoties juist meer gaan eten dan anders. Deze zogenaamde ‘emotionele eters’ hebben volgens de psychosomatische theorie niet goed geleerd hongerprikkels en door emoties veroorzaakte fysiologische prikkels van elkaar te onderscheiden. Doordat zij aan emoties gepaard gaande lichamelijke verschijnselen ten onrechte etiketteren als honger, hebben zij een grotere kans op overgewicht.

Bruch (1961, 1964, 1973), een van de bekendste vertegenwoordigers van de psychosomatische theorie, schrijft dit gebrek aan onderscheidingsvermogen toe aan vroege ouder-kindinteracties. Als ouders, in het bijzonder moeders, op systematische wijze de eigen behoeftes van het kind negeren, hetzij door verwaarlozing, hetzij door overprotectie, leert het kind niet af te gaan op de eigen impulsen en gevoelens. Gebrek aan onderscheidingsvermogen tussen gevoelens van honger en verzadiging, *alexithymia* (gevoelsblindheid), is dan een mogelijk aspect van een algemeen psychisch minder adequaat functioneren (zie ook Van Strien & Ouwens, 2007; Snoek, Engels, Janssens & Van Strien, 2007; Van Strien, Snoek, Van der Zwaluw & Engels, 2010).

Nader onderzoek (Slochower, 1983) heeft uitgewezen dat er een verschil bestaat tussen twee soorten emoties, die elk een eigen type eetgedrag als gevolg hebben: *diffuse emoties* (gevoelens van verveling of rusteloosheid, zonder inzicht in de aard van de emotie) en *duidelijk omschreven emoties*. Uit onderzoek bleek dat de meeste obese mensen vooral veel eten in situaties waarin diffuse emoties speelden. Ook in theoretisch opzicht is het interessant om beide soorten emoties van elkaar te onderscheiden, omdat dit licht kan werpen op alexithymia: het gebrek aan zicht op de precieze aard van de ervaren emoties, wat men ook wel omschrijft als *het niet bij je eigen gevoel kunnen komen*.

In de therapie aansluitend bij de psychosomatische theorie ligt de nadruk daarom niet zozeer op de gewichtsproblematiek zelf, maar meer op de psychische problemen: het vergroten van het inzicht in negatieve emoties, en het leren omgaan met negatieve emoties. De leidende gedachte is dat de neiging tot overeten wegvalt met het



oplossen van de psychische problemen, en dat er pas daarna ruimte komt om aandacht te besteden aan gewichtsvermindering.

### De externaliteitstheorie

Met de psychosomatische theorie heeft de externaliteitstheorie gemeen dat deze verband legt tussen overeten en een niet correct interpreteren van lichamelijke signalen. In tegenstelling tot de psychosomatische theorie schrijft de externaliteitstheorie overeten echter niet toe aan een gebrek aan onderscheidend vermogen tussen de fysiologische symptomen van emoties en die van honger of verzadiging, maar aan een algemene ontvankelijkheid voor externe prikkels. De gevoeligheid voor externe voedselprikkels, zoals de prikkelende geur en visuele aantrekkelijkheid van zich aanbiedend voedsel, is hiervan slechts een onderdeel. 'Externaliteit' wordt bij de mensen op wie dit van toepassing is, beschouwd als een persoonlijkheidskenmerk. Volgens de externaliteitstheorie hebben deze extern gerichte mensen een grotere kans om dik te worden omdat zij zich eerder dan anderen door sterke voedselprikkels uit de omgeving tot eten laten verleiden, zonder acht te slaan op hun werkelijke lichamelijke behoefte (Rodin, 1981). Bij de behandeling van overgewicht staat in deze visie een gedragstherapeutische benadering centraal, zoals in hoofdstuk 3 verder zal worden besproken.

### De theorie van lijngericht eetgedrag

Volgens de theorie van lijngericht eetgedrag heeft iedere persoon een natuurlijk gewicht (*set-point*), dat door een homeostatisch regelmechanisme in stand wordt gehouden. Op pogingen tot verlaging van dit natuurlijke gewicht door te lijnen, reageert het lichaam met fysiologische defensiemechanismen, zoals verlaging van het basaal metabolisme ('het kacheltje gaat zuiniger branden'). Ook honger behoort tot deze natuurlijke verdedigingsmechanismen. Door de opgewekte honger ontstaat er een conflict tussen eetlust en voedselonthouding, tussen trek in eten en de wil om af te vallen. Wordt de cognitieve controle op het eetgedrag om een bepaalde reden doorbroken, dan geven lijners vaak toe aan hun eetlust en komt het bij sommigen zelfs tot eetbuien waarbij ze enorme hoeveelheden voedsel naar binnen werken.

Een dergelijke 'disinhibitie' kan optreden als gevolg van angst of depressie of door overmatig gebruik van alcohol, maar kan ook kunstmatig worden opgewekt. Dit gebeurde in de beroemd geworden milkshake-experimenten van Peter Herman en Deborah Mack (1975), waarvan de resultaten later door anderen, onder wie ikzelf (Van Strien, Cleven & Schippers, 2000), in grote lijnen zijn bevestigd. De onderzoekers nodigden hun proefdeelnemers, die van tevoren met behulp van een vragenlijst waren ingedeeld in lijners en niet-lijners, deel te nemen aan een zogenaamde 'smaaktest', waarbij drie soorten ijs moesten worden vergeleken. Voorafgaand aan de eigenlijke smaaktest kreeg een deel van de onderzochten een milkshake met een hoog caloriegehalte te drinken. Een andere deelgroep kreeg er zelfs twee. Een controlegroep bleef verstoken van deze *preload*. Daarna kregen de deelnemers de gelegenheid om, ter bepaling van hun voorkeur, zoveel ijs te eten als ze wilden. De te verwachten reactie zou zijn dat degenen die met een of twee milkshakes al een aardige portie calorieën hadden binnengekregen hun ijsgebruik zouden matigen. Bij de niet-lijnende proefpersonen was dit inderdaad het geval, maar juist bij de sterkst lijnende proefpersonen was er geen sprake meer van een dergelijk regulatief gedrag. Nu ze zich eenmaal hadden 'bezondigd' aan 'verboden' eten, sloegen alle stoppen door en gingen zij zich te buiten aan een overmatige consumptie (*counterregulatief* gedrag).

De aanhangers van de theorie van lijngericht eetgedrag (de zogenaamde *restraint*-theorie) redeneren dat het aan het lijnen inherente, voortdurend negeren van reële gevoelens van honger kan leiden tot een blijvend verlies aan contact met de eigen gevoelens van honger en verzadiging. Volgens de theorie van lijngericht eetgedrag is *het lijnen zelf* daarom een belangrijke oorzaak van overeten en overgewicht! Emotioneel eten en het zwichten voor externe voedselprikkels – de centrale factoren in de beide voorgaande theorieën – beschouwen zij als andere mogelijke varianten waarbij de cognitieve controle op het eigen eetgedrag bij lijners wordt doorbroken.

In het licht van de bevinding dat lijnen vaak samengaat met overeten, is het ook verklaarbaar dat zoveel lijners er moeite mee hebben op hun lagere lichaamsgewicht te blijven en uiteindelijk vaak juist in gewicht toenemen. Dit werpt ook licht op het ontstaan van boulimia: de eetbuien die boulimiapatiënten vertonen, zijn in veel opzichten analoog aan het juist beschreven overeten van de lijnende proefpersonen in het psychologische laboratorium. Mensen met boulimia melden dan ook vaak dat aan hun eerste eetbui een periode van streng lijnen voorafging. De theorie van lijngericht eetgedrag verschilt van de psychosomatische en de externaliteitstheorie dus hierin,

dat het lijnen hierbij wordt gezien als *oorzaak* van overgewicht, terwijl in de beide andere theorieën lijngericht eetgedrag eerder wordt beschouwd als een mogelijk *antwoord* op door emotioneel of extern eten veroorzaakt overgewicht.

Omdat de nadruk bij de theorie van lijngericht eetgedrag ligt op de kwetsbaarheid die juist lijners vertonen tegenover van binnen komende emotionele en van buiten komende 'oneigenlijke' prikkels tot eten, wordt in de behandeling het accent gelegd op het herontdekken van reële gevoelens van honger en verzadiging, en het leren accepteren van de eigen 'natuurlijke' gevoelens in het algemeen. Maar omdat de goede voornemens over het lijnen bij nieuwe lijnpogingen telkens weer wordt doorbroken, is het succes van lijnen vaak matig, wat veel behandelaars ertoe heeft gebracht hun cliënten aan te raden hun eigen lichaamsgewicht dan maar voor lief te nemen. Het middel (lijnen) is in hun ogen erger dan de kwaal.

## 1.2 De samenhang tussen de drie theorieën

Tot voor kort ging het meeste onderzoek naar eetproblemen en overgewicht uit van de juist besproken opvatting dat lijnen inderdaad de belangrijkste oorzaak is van eetproblemen. Hoewel deze theorie nog steeds veel aanhangers kent, zijn er in toenemende mate ook onderzoekers die aan de geldigheid daarvan voor *alle* lijners twijfelen. Bij de *milkshake-experimenten* van Herman en Mack, waarop de theorie van lijngericht eetgedrag is geïnspireerd, werd gebruikgemaakt van de zogenaamde *Restraint Scale* (RS). Maar in experimenten op mensen met een hoge score op sommige andere schalen, zoals de *Three Factor Eating Questionnaire* (TFEQ) van Stunkard en Messick (1985) en bij de daarmee vergelijkbare lijnschaal van onze eigen NVE, werd het disinhibitieve eetgedrag opmerkelijk genoeg niet aangetroffen. De reden hiervan ligt waarschijnlijk in psychometrische verschillen tussen deze, naar onze overtuiging zuiverder lijnschalen en de RS (zie Van Strien, Engels, Herman, Larsen & Van Leeuwe, 2007). De bevinding dat andere lijnschalen geen disinhibitie-effect opleveren, opent de mogelijkheid dat er wel degelijk lijners zijn die zich niet te buiten gaan aan overeten als hun zelfcontrole door de een of andere gebeurtenis wordt doorbroken en bij wie lijnen wel kans van slagen heeft.

Inderdaad werd in een aantal onderzoeken het bestaan aangetoond van een subgroep van lijners die het gewichtsverlies konden handhaven en die geen disinhibitief eetgedrag vertoonden. Hun aantal was soms zelfs groter dan het aantal lijners met deze neiging. Dit leidt tot de conclusie dat de populatie lijners uit twee subgroepen bestaat: een bij wie het lijnen, zoals blijkt uit hun gewichtsfluctuatie in het laatste jaar, weinig succesvol verliep en een bij wie het lijnen wel succesvol verliep. Als dit inderdaad zo is, komt het erop aan de hoopvolle gevallen op te sporen, bijvoorbeeld met behulp van een vragenlijst.

De *neiging tot disinhibitie* moet dus worden beschouwd als de doorslaggevende factor bij het bepalen of iemand tot de kansrijke of niet-kansrijke lijners behoort. Zoals we zagen, is emotioneel eten een van de manieren waarop disinhibitie zich kan uiten. Mensen eten dan als reactie op negatieve emoties zoals teleurstelling en verveling (zie de psychosomatische theorie). Disinhibitie kan ook leiden tot extern eten als reactie op externe voedselprikkels als geur, smaakvolle presentatie en gemakkelijke beschikbaarheid (externaliteitstheorie). Wanneer men dus rekening houdt met de mate waarin iemand lijngericht is en met de mate waarin iemand neigt tot disinhibitie, is het mogelijk te bepalen of deze persoon behoort tot de succesvolle of de niet-succesvolle lijners.

Het voorgaande komt erop neer dat de drie hierboven besproken theorieën als onderling aanvullend kunnen worden gezien. In de resulterende overkoepelende theorie krijgt de in de restraint-theorie beklemtoonde disinhibitie een centrale plaats. Bij sommigen zijn het primair emotionele, bij andere externe prikkels die tot disinhibitie leiden. Voor de behandeling van een eetprobleem is het daarom niet alleen belangrijk te weten of de betrokkene een lijner is en hoe sterk de neiging tot disinhibitie is, maar ook hoe groot de neiging is om bij negatieve emoties of stress, dan wel onder invloed van externe eetprikkels, meer te eten dan bij afwezigheid hiervan.

## 1.3 Constructie van de NVE

De eerste versie van de Nederlandse vragenlijst voor eetgedrag (NVE; Van Strien, Frijters, Bergers & Defares, 1986a) is ontstaan in het kader van een door het Preventiefonds gesubsidieerd promotieonderzoek naar eetgedrag, persoonlijkheidskenmerken en overgewicht aan de Universiteit van Wageningen (Van Strien, 1986). Een Engelstalige versie, de *Dutch Eating Behaviour Questionnaire* (DEBQ), werd in hetzelfde jaar gepubliceerd als tijdschriftartikel

(Van Strien, Frijters, Bergers & Defares, 1986b). In 2002 verscheen er een officiële Engelstalige uitgave van de DEBQ met in de handleiding een update van het validatie-onderzoek uit 1986. De oude normen zijn daar aangevuld met nieuwe normen aan Nederlandse normgroepen. In de versie van de NVE die nu voor u ligt, is de normering opnieuw aangepast en geactualiseerd, alsmede aangevuld met normen voor jongeren tussen de 15 en 20 jaar. Bij de constructie van de NVE hebben de drie hiervoor besproken theorieën – de psychosomatische theorie, de externaliteitstheorie en de theorie van lijngericht eetgedrag – als basis gediend (Van Strien, 1986). Dit geldt niet alleen voor de theorie achter de vragenlijst, maar ook voor de selectie van de afzonderlijke vragen (*items*). Deze zijn namelijk ontleend aan vragenlijsten waarin telkens een type eetgedrag centraal staat. Elk van deze typen eetgedrag wordt gerepresenteerd door een eigen subschaal (lijngericht, emotioneel en extern eetgedrag). De optelsom van de scores op beide laatstgenoemde schalen geeft een indicatie voor de neiging tot disinhibitief eetgedrag in het algemeen, en daarmee ook van de kans op een succesvolle behandeling. De schaal voor emotioneel eetgedrag

**Tabel 1.1** De items van de NVE

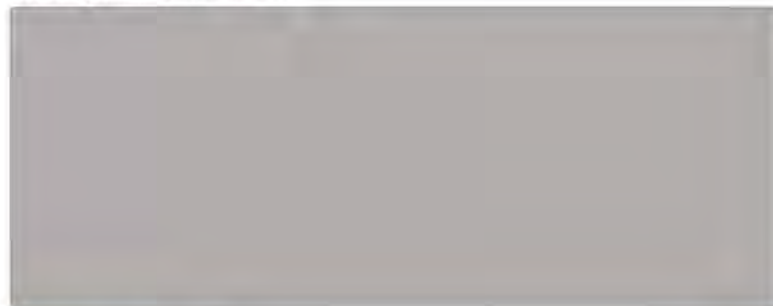
---

**Emotioneel eten**

*Diffuse emoties*



*Duidelijk omschreven emoties*



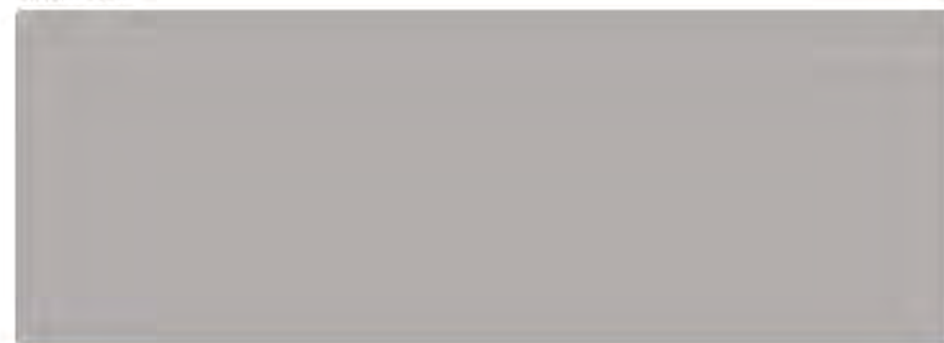
---

**Lijngericht eten**



---

**Extern eten**



kan op zijn beurt worden opgesplitst in een voor eten als antwoord op diffusie emoties, en een voor eten naar aanleiding van specifieke emoties. Bij de meeste op het materiaal uitgevoerde factoranalyses kwamen deze twee soorten emoties als afzonderlijke dimensies te voorschijn. Voor een specificatie van de instrumenten waaruit werd geput bij het samenstellen van de *itempool* verwijs ik naar de psychometrische verantwoording in hoofdstuk 4. Nadat de items in het Nederlands waren vertaald, heeft een reeks van proefafnames plaatsgevonden. Eerst met een lijst van niet minder dan honderd items en vervolgens – aan de hand van nader onderzoek – met lijsten waarin de verschillende soorten eetgedrag steeds pregnanter tot uitdrukking kwamen. Factoranalyses speelden bij deze aanscherping een belangrijke rol. De antwoorden konden worden gegeven op een vijf-puntsschaal: nooit (1), zelden (2), soms (3), vaak (4), en zeer vaak (5). Bij sommige vragen werd ook de mogelijkheid geboden ‘niet van toepassing’ aan te kruisen, maar omdat dit veel missende data opleverde, bleek dit achteraf gezien niet zo’n gelukkige beslissing (zie verder Van Strien, 2002b). In de nu voor u liggende versie treft u deze antwoordcategorie niet meer aan.

Als proefpersonen dienden vrouwen en mannen, deels met een normaal gewicht, deels met overgewicht. De uiteindelijke vragenlijst, bestaande uit 33 items, werd samengesteld op basis van een groep van meer dan duizend respondenten. Van de 33 items hadden er tien betrekking op *lijngericht* eetgedrag (de zogenaamde ‘lijnschaal’), tien op *extern* veroorzaakt eetgedrag en dertien op *emotioneel* eetgedrag. Vier daarvan hadden betrekking op eten bij diffuse emoties; de overige negen vragen gingen over duidelijk omschreven emoties. Op deze manier ontstonden er twee subschalen voor emotioneel eetgedrag: een voor eten bij *diffuse emoties*, met vier items, en een voor eten bij *duidelijk omschreven emoties*, met negen items. In tabel 1.1 worden de items van de NVE weergegeven per type eetgedrag.

#### 1.4 Verschillen met de voorgaande uitgave van de NVE

De huidige NVE verschilt twee opzichten van de voorgaande versie. In de eerste plaats is item 21 van richting veranderd; de hercodering is ongedaan gemaakt (*Kunt u van lekkere dingen afblijven* is nu *Vind u het moeilijk om van lekkere dingen af te blijven*).

De belangrijkste meerwaarde van deze versie is een aanvulling op de normgroepen. De NVE is nu genormeerd op vier representatieve Nederlandse steekproeven: 1) jonge adolescenten (12-14 jaar; 2003); 2) adolescenten (15-20 jaar; 2014); 3) jongvolwassenen (21-40 jaar, TNO; 2006); en 4) volwassenen (41-70 jaar, TNO; 2006 en 2009). Juist voor de latere tienerleeftijd, waarop eetproblemen niet zeer zelden tot uiting komen, is dus nu ook een normgroep beschikbaar.