

KLEINE ETERS, GROTE ANGSTEN:

DE MODERERENDE ROL VAN TEMPERAMENT EN GESLACHT IN DE
RELATIE TUSSEN OUDERLIJKE EMOTIEREGULATIE EN
VOEDSELNEOFIE BIJ JONGE KINDEREN

Aantal woorden: 14.738

Rani Masureel

Studentennummer: 01703918

Promotor(en): Prof. Dr. Sandra Verbeken

Masterproef voorgelegd voor het behalen van graad master in de Klinische Psychologie

Academiejaar: 2023 – 2024

Abstract

Inleiding. Hoewel voedselneofobie een veelvoorkomend probleem is in de normale eetontwikkeling, is er ondanks de hoge percentages (40%-60%) nog te weinig evidentie over hoe dit zich specifiek manifesteert bij jonge kinderen. Bovendien richt bestaand onderzoek zich voornamelijk op het identificeren van ouderfactoren en/of kindfactoren die bijdragen aan de ontwikkeling van voedselneofobie, terwijl de interactie tussen beide onderbelicht blijft. Deze lacune vormt dan ook de essentie van deze masterproef, waarin de wisselwerking tussen de ouderlijke maladaptieve emotieregulatiestrategie Negatief Denken en kindfactoren zoals geslacht en temperamentstrek Negatief Affect in relatie tot voedselneofobie wordt onderzocht. Gezien er een gemeenschappelijk element zijnde 'angst' bestaat tussen Negatief Denken, Negatief Affect en voedselneofobie, streeft deze studie ernaar een dieper inzicht te verkrijgen in hoe deze ouderlijke en kindgerelateerde factoren onderling verweven zijn en elkaar beïnvloeden in de ontwikkeling van voedselneofobie bij jonge kinderen.

Methode. Uit de algemene populatie werd een steekproef van 99 ouders van kinderen tussen de 2 en 8 jaar gerekruteerd ($M = 34.97, SD = 4.58$). De ouders dienden een vragenlijst in te vullen op een eerste meetmoment (T1) en vervolgens, 6 maanden later, op een tweede meetmoment (T2). Deze vragenlijst peilde naar de angstige maladaptieve emotieregulatie bij de ouder (FEEL-E), het temperament van het kind (CBQ) en naar voedselneofobie bij het kind (CFNS).

Resultaten. Bij de analyse van onze studie konden we geen significante verbanden vinden voor de moderators Negatief Affect (T1) en het geslacht van het kind op de relatie tussen Negatief Denken bij de ouder (T1) en voedselneofobie bij het kind (T2). Eveneens vonden we geen significant verband tussen Negatief Denken bij de ouder (T1) en de ontwikkeling van voedselneofobie bij het kind (T2), alsook geen significant verband tussen het geslacht van het kind en de ontwikkeling van voedselneofobie (T2). Er konden geen hoofd- en interactie-effecten worden vastgesteld.

Discussie. Hoewel de verkregen resultaten geen significante verbanden konden aantonen, kunnen ze toch dienen als stimulans voor toekomstig onderzoek naar voedselneofobie bij jonge kinderen. Hierbij is het belangrijk om zowel ouderlijke factoren als kindfactoren en hun interacties in overweging te nemen.

Dankwoord

Deze masterproef is absoluut een van de hoogtepunten in mijn opleiding tot klinisch psycholoog en ik wil graag mijn oprechte dank betuigen aan allen die mij hebben gesteund en geholpen bij het afronden ervan.

Allereerst wil ik mijn promotor Prof. Dr. Sandra Verbeken en mijn begeleidster Juliette Taquet bedanken. Dankzij hun ondersteuning en vertrouwen kreeg ik de vrijheid om mijn onderzoek uit te voeren en mijn eigen koers te bepalen binnen de beschikbare data. Hun input, begeleiding en constructieve feedback waren van onschatbare waarde en hebben mij geholpen om deze masterproef tot een succesvol einde te brengen.

Daarnaast gaat mijn oprechte dank uit naar mijn ouders en vrienden, die gedurende de afgelopen 5 jaar onvoorwaardelijk aan mijn zijde stonden, zowel tijdens de hoogtepunten als de uitdagende momenten. Hun steun, geruststellende woorden en geloof in mij hebben me keer op keer de kracht gegeven om door te zetten. Ik koester immense dankbaarheid voor de mogelijkheid die mijn ouders mij hebben geschonken om mijn studie voort te zetten en voor het vertrouwen dat zij altijd in mij hebben gehad.

Tenslotte wil ik ook alle ouders bedanken die hebben deelgenomen aan het gezamenlijk onderzoek en kostbare tijd hebben vrijgemaakt om hieraan bij te dragen. Zonder hun bereidwilligheid en toewijding zou dit onderzoek niet mogelijk geweest zijn.

Rani Masureel, Brakel, mei 2024

Inhoudstafel

Probleemstelling	5
Inleiding	7
Normale eetontwikkeling.....	7
Voedselneofobie VS selectief eetgedrag.....	8
Definitie	8
Prevalentie	9
Gevolgen voedselneofobie	10
Vermijdende/restrictieve voedselinnamestoornis.....	11
Definitie	11
Prevalentie	12
Etiologie van voedselneofobie	12
De rol van kindfactoren.....	13
Temperament.....	13
Definitie.....	13
Het psychobiologische model van Rothbart.....	13
Geslacht	14
Definitie.....	15
De rol van ouderfactoren.....	15
Emotieregulatie	16
Definitie.....	16
Rol ouder-kindinteracties	18
Ouderlijke overdracht van angst op het kind	19
Ouderlijke overdracht van emotieregulatie op kind aan de hand van het Tripartite model (Morris et al., 2007) en het temperament van het kind	20
Interactie tussen maladaptieve emotieregulatie ouder en temperament kind op voedselneofobie.....	21
Interactie tussen maladaptieve emotieregulatie ouder en geslacht kind op voedselneofobie	22
Tekorten eerder onderzoek	23
Onderzoeksvragen en hypothesen	25
Onderzoeksvraag 1.....	25
Onderzoeksvraag 2.....	26
Methode	28
Participanten	28
Procedure.....	28
Meetinstrumenten	29

FEEL-E : angstige maladaptieve emotieregulatiestrategieën bij ouder	30
CBQ : Temperament bij kind.....	30
CFNS : Voedselneofobie bij kind	31
Data-analyse	31
Resultaten	33
Preliminare analyses.....	33
Effectieve analyses.....	34
Onderzoeksvraag 1.....	34
Onderzoeksvraag 2.....	35
Discussie	38
Bespreking resultaten.....	38
Sterktes en beperkingen onderzoek	42
Sterktes	42
Beperkingen.....	44
Implicaties voor toekomstig onderzoek.....	45
Implicaties voor praktijk	47
Conclusie	48
Referenties	49
Bijlagen	70
Bijlage 1: het psychobiologische model van Rothbart	70
Bijlage 2: overzicht angstige maladaptieve emotieregulatiestrategieën	70

Probleemstelling

Voeding speelt een cruciale rol in ons dagelijks leven, omdat het ons lichaam voorziet van essentiële voedingsstoffen en energiebronnen. Voor jonge kinderen is het van groot belang om een adequaat voedingspatroon te handhaven, omdat dit hun cognitieve, emotionele, sociale ontwikkeling, en fysieke gezondheid positief beïnvloedt (Bryant-Waugh, 2019). Echter ervaren de meeste kinderen tijdens de normale eetontwikkeling voedselneofobie, wat resulteert in een neiging tot kieskeurigheid in hun voedingskeuzes (Taylor & Emmett, 2019). Dit kan spanningen aan de eettafel veroorzaken voor ouders (wright et al.), wat een negatieve impact heeft op de ouder-kindrelatie (Taylor & Emmett, 2019). Hoewel bestaande studies hebben aangetoond dat zowel ouderlijke als kinderlijke factoren de ontwikkeling van voedselneofobie beïnvloeden (Cole et al., 2017), en dat ouders en kinderen samen een rol spelen in het eetgedrag (Fries et al., 2017), is er tot nu toe geen onderzoek verricht naar de interactie tussen maladaptieve emotieregulatiestrategieën van de ouder en temperamentskenmerken van het kind op voedselneofobie. Veel studies hebben de samenhang tussen emotieregulatie en temperament bij selectief eetgedrag (Kidwell et al., 2017; Zohar et al., 2019; Tauriello et al., 2023) en obesitas (Mackey, 2017; Favieri et al., 2021; Tauriello et al., 2023) binnen dezelfde persoon, zowel bij kinderen (Sousa et al., 2023) als volwassenen (Barros et al., 2015) aangetoond. Echter het verband tussen Negatief Denken bij de ouder en Negatief Affect bij het kind op voedselneofobie is nog niet onderzocht. Het is belangrijk om deze variabelen tussen ouder en kind te onderzoeken, aangezien ouders een cruciale rol spelen bij de eetontwikkeling van hun kind (Cole et al., 2017). Daarnaast is er minder bekend over het neofobisch gedrag bij jonge kinderen. Het is belangrijk om dit te onderzoeken, aangezien voedselneofobie het meest voorkomt tussen 2 en 6 jaar (De Oliveira Torres et al., 2021). Gezien voedselneofobie een vorm van angst is (Łoboś & Januszewicz, 2019), en meisjes vatbaarder zijn voor angstige emoties (Veijalainen et al., 2019), werd de interactie tussen Negatief Denken bij de ouder en het geslacht van het kind op voedselneofobie bij het kind nog niet eerder onderzocht. Toch is het belangrijk om na te gaan of er verschillen zijn tussen jongens en meisjes, zodat ouders hun aanpak beter kunnen afstemmen op die van hun kind. Tenslotte kan langdurige voedselneofobie ook een aantal negatieve gevolgen met zich meedragen zowel fysiek (zoals vitaminetekorten, bloedarmoede, osteoporose) als psychosociaal (zoals sociale isolatie, depressieve symptomen) (Goossens & Moens, 2017). Het kan zelfs leiden tot de vermijdende/restrictieve voedselinnamestoornis (Dovey, 2018). Daarom is het belangrijk

om deze verbanden te onderzoeken voor vroegtijdige detectie en om ouders bewuster te maken van dit gedrag. Dit stelt ouders in staat hun kinderen beter te begeleiden en bij aanhoudende voedselneofobie passende interventies toe te passen die voldoen aan de behoeften van zowel het kind als de ouders.

In deze masterproef wordt er onderzoek uitgevoerd naar de factoren die voedselneofobie bij kinderen tussen 2 en 8 jaar kunnen verklaren. Specifiek wordt de invloed van de maladaptieve emotieregulatiestrategie Negatief Denken bij de ouder onderzocht in relatie tot de ontwikkeling van voedselneofobie bij het kind. Onze studie bekijkt tevens of het temperamentskenmerk Negatief Affect van het kind een modererend effect heeft op de relatie tussen de maladaptieve emotieregulatiestrategie Negatief Denken bij de ouder en voedselneofobie bij het kind. Daarnaast wordt aandacht besteed aan het geslacht van het kind, waarbij wordt onderzocht hoe dit het verband beïnvloedt tussen de maladaptieve emotieregulatiestrategie Negatief Denken bij de ouder en de ontwikkeling van voedselneofobie bij het kind. Tenslotte wordt er gekeken naar mogelijke verschillen in de mate van voedselneofobie tussen jongens en meisjes.

Inleiding

Deze masterproef onderzoekt het vermijgend eetgedrag bij kleuters en lagere schoolkinderen van 2 tot 8 jaar, met een specifieke focus op voedselneofobie. Eerst bekijken we de normale eetontwikkeling van jonge kinderen. Vervolgens gaan we dieper in op voedselneofobie, de gevolgen ervan en hoe het kan evolueren naar een mogelijke eetstoornis, met name de vermijdende/restrictieve voedselinnamestoornis. Verder bespreken we de etiologie van eetproblemen, waarbij we zowel kindfactoren, ouderfactoren als ouder-kindinteracties in beschouwing nemen. In deze scriptie onderzoeken we specifiek voor de kindfactoren het temperamentskenmerk Negatief Affect en het geslacht van het kind, en voor de ouderfactoren de maladaptieve emotieregulatiestrategie Negatief Denken. Door deze factoren te bestuderen, trachten we inzicht te verwerven in de complexe dynamiek van ouder-kindinteracties en hoe deze bijdragen aan het vermijgend eetgedrag gerelateerd aan voedselneofobie.

Normale eetontwikkeling

Er wordt veel aandacht besteed aan de motorische-, taal-, emotionele- en sociale ontwikkeling van kinderen. Hierbij vormt ook de eetontwikkeling een cruciaal onderdeel van het ontwikkelingsproces en is deze onlosmakelijk verbonden met de andere domeinen (Goossens & Moens, 2017). Bovendien doorlopen kinderen ook verschillende ontwikkelingstaken gedurende hun leven, gekenmerkt als uitdagingen die leeftijds- en fasegebonden zijn, maar ook als normaal worden beschouwd binnen het ontwikkelingsproces (Roisman et al., 2004). De ontwikkelingstaken waar jonge kinderen voor staan, zijn nauw verbonden met de voedselvoorkeuren die ze ontwikkelen. In dit leerproces speelt ook de context een cruciale rol bij het vormen van hun eetpatroon (Taylor & Emmett, 2019). De eetontwikkeling verloopt bovendien volgens verschillende fases (Bosch & Moens, 2014).

Tijdens de eerste 6 maanden worden baby's voornamelijk gevoed met moedermelk. Dit stelt hen bloot aan verschillende smaken, afhankelijk van de voeding die de moeder heeft genuttigd, en draagt bij aan een gemakkelijkere acceptatie van nieuwe smaken (Shim et al., 2011). Gedurende deze fase leert de baby in eerste instantie over te schakelen van zuiver vloeibare voeding naar een combinatie van vloeibare en vaste voeding. Dit betekent dat bij deze overgangen het kind voor de uitdaging komt te staan om nieuwe smaken te leren

aanvaardden (Grevesse et al., 2020).

Tijdens de volgende fase van de eetontwikkeling, tussen de 18 maanden en 2 jaar, treedt er voedselneofobie op, waarbij kinderen terughoudend zijn om nieuw voedsel te proeven en moeite hebben met het accepteren van nieuwe smaken (Łoboś & Januszewicz, 2019). Deze terughoudendheid wordt deels verklaard door het proces van familiarisatie, waarbij bekend voedsel de voorkeur geniet boven het onbekende. Hierdoor verkiezen baby's melk boven andere nieuwe voedingsmiddelen en worden alle smaken hiermee vergeleken (Birch & Doub, 2014). Ook heerst er bij kinderen een voorliefde voor alles wat zoet smaakt (Ventura & Menella, 2011). Dit mede doordat onze smaakpapillen zo geëvolueerd zijn om de calorierijke voedingsmiddelen die zoet smaken en de mineraalrijke voedingsmiddelen die zout smaken te detecteren en te verkiezen boven potentieel giftige voedingsmiddelen die bitter smaken (Mennella & Bobowski, 2015). We hebben dus de neiging om onbekende producten te gaan vermijden als een vorm van bescherming tegen al dan niet giftig voedsel (Łoboś & Januszewicz, 2019). Deze aangeboren voorkeur was vroeger bepalend voor de overleving van de soort en situeert zich nog altijd in ons brein (Breslin, 2013). Hoewel dit past binnen een typisch verloop van de eetontwikkeling en bij veel kinderen overwaait, kan het tegelijk de grootste psychologische barrière in de ontwikkeling naar een gevarieerd en gezond eetpatroon vormen en moet men hiervoor alert zijn (Bosch & Moens, 2014). Bovendien kan er tijdens deze fase naast voedselneofobie ook selectief eetgedrag ontstaan (Dovey et al., 2008). Deze termen worden vaak door elkaar gehaald en als synoniemen behandeld. Toch is het van belang ze niet te verwarren.

Voedselneofobie VS selectief eetgedrag

Definitie. In het review artikel van Dovey et al. (2008) wordt voedselneofobie als een enigszins apart begrip beschouwd ten opzichte van selectief eetgedrag. Ze erkennen dat de twee begrippen verband houden met elkaar en beide te maken hebben met de afwijzing of acceptatie van voedsel. Dit werd ook bevestigd in het onderzoek van Brown et al. (2016) waarbij voedselneofobie vaak beschouwd wordt als een specifiek onderdeel van selectief eetgedrag. Dit wordt geconceptualiseerd op basis van een spectrum van gedragingen, waarbij bijna alle kinderen tot op zekere hoogte last hebben van selectief eetgedrag of van voedselneofobie. Desalniettemin is het van belang om deze twee termen van elkaar te onderscheiden, aangezien er ook een aantal verschillen optreden.

Bij voedselneofobie is er sprake van een aanhoudende onwil om nieuw voedsel te proberen, onbekende producten te proeven en moeite om nieuwe geïntroduceerde smaken te

accepteren. Vaak gaat dit gepaard met een aanhoudende terughoudendheid en soms zelfs angst om nieuw voedsel te proeven. Dit kan te wijten zijn aan een gebrek aan openheid om andere dan voorheen aangeleerde smaken, texturen en/of kleuren van voeding te accepteren. Ook kan het voorkomen bij eerder gegeten producten, die er als nieuw uitzien wanneer ze in een andere dan gebruikelijke vorm worden aangeboden (Łoboś & Januszewicz, 2019). Bij selectief eetgedrag gaat het over het eten van een zeer beperkt aantal voedingsmiddelen, gepaard met een onwil om nieuwe smaken te proberen (Fernandez et al., 2018). Hierbij is er ook een belangrijk verschil tussen voedselneofobie en selectief eetgedrag in de manier waarop deze gedragingen kunnen worden benaderd. Bij voedselneofobie ontstaat er een angst voor nieuwe voedingsmiddelen. Om deze angst te verminderen, kunnen ouders hun kind herhaaldelijk aan het onaangename voedsel blootstellen, waardoor het vertrouwen geleidelijk aan toeneemt (Łoboś & Januszewicz, 2019). Jonge kinderen moeten misschien wel 15 keer een nieuw voedingsmiddel proberen voordat ze het leren accepteren als onderdeel van hun normaal dieet (Brown et al., 2016). Dit verschilt van selectief eetgedrag, waarbij niet alleen nieuw voedsel wordt afgewezen, maar ook reeds bekende en geaccepteerde producten. Bij kinderen met selectief eetgedrag is zowel het aanbod van voedsel als de hoeveelheid voedsel die in het algemeen wordt geconsumeerd veel beperkter dan bij kinderen met neofobisch gedrag (Pelchat & Pliner, 1995). Hierdoor heeft herhaaldelijke blootstelling bij selectief eetgedrag minder effect.

Prevalentie. Voedselneofobie kent zijn piek tussen de leeftijd van 2 tot 6 jaar (Łoboś & Januszewicz, 2019) en wordt bij 40%-60% van de kinderen waargenomen (Brown et al., 2016). Vanwege de beperkte kennis over dit eetgedrag herkennen veel ouders het niet bij hun kinderen, wat de mogelijkheid versterkt dat de prevalentie van voedselneofobie zelfs groter is dan de gegevens in de literatuur aangeven. Bovendien zijn er momenteel ook geen consistente resultaten over of dit vaker voorkomt bij jongens of meisjes. De invloed van het geslacht van het kind op voedselneofobie wordt uitgebreider besproken in het gedeelte over kindfactoren, aangezien dit een van de variabelen is die we onderzoeken. Desalniettemin kunnen we wel stellen dat voedselneofobie eigen is aan de normale eetontwikkeling, gezien de hoge percentages (Taylor & Emmett, 2019).

Als we kijken naar selectief eetgedrag, zien we dat ook dit een veelvoorkomend fenomeen is in de vroege kinderjaren (Cole et al., 2017). De piekprevalentie situeert zich rond de leeftijd van drie jaar (Taylor & Emmett, 2019), vooral bij kleuters, met percentages variërend tussen de 14% en 50%, en minder in de latere kinderjaren, met percentages variërend van 7% tot 27% (Van Tine et al., 2017). Bovendien wijst onderzoek erop dat

selectief eetgedrag vaker voorkomt bij jongens dan bij meisjes (Nicholls et al., 2001). Echter, is het belangrijk om voorzichtig te zijn, gezien de inconsistentie van resultaten in de literatuur.

Gevolgen voedselneofobie

Niettegenstaande voedselneofobie onderdeel vormt van de normale eetontwikkeling, is het van groot belang om de gevolgen van langdurig voedselweigeringsgedrag bij kinderen in overweging te nemen. Eerdere onderzoeken hebben aangetoond dat onbehandelde eetproblemen bij jonge kinderen kunnen voortduren tot latere leeftijd (Ammaniti et al., 2012) en negatieve gevolgen kunnen hebben voor de groei en ontwikkeling.

Ten eerste consumeren kinderen met voedselneofobie doorgaans minder groenten en fruit (Galloway et al., 2003; Cooke et al., 2003; Rusell en Worseley, 2008) en vlees (Cooke et al., 2003). In een studie van Helland et al. (2017) werd geconstateerd dat voedselneofobie negatief geassocieerd wordt met de inname van bessen, vis, fruit en groenten, m.a.w. dat er minder van gegeten werd bij peuters van 2 jaar. Tevens werd dit aangetoond binnen een grootschalige studie naar het eetgedrag bij Britse kinderen van 2-6 jaar, waarbij de frequentie van fruit-en groenteconsumptie sterk negatief gerelateerd was aan voedselneofobie bij kinderen (Cook et al., 2004). Deze negatieve relatie gold ook voor de consumptie van vlees en vis, maar niet voor zetmeelhoudende voedingsmiddelen of zoete of vette snacks (Cooke et al., 2003). Dit is belangrijk omdat het minder eten van deze producten kan leiden tot tekorten aan voedingsstoffen zoals vitamine E, vitamine C, zink en ijzer (Paeratakul et al., 2003; Taylor et al., 2016). Ernstige tekorten aan voedingsstoffen kunnen worden gekoppeld aan verschillende gezondheidsproblemen, zoals een verzwakt immuunsysteem (Burton & Traber, 1990; Hemilla, 2003), bloedarmoede en verminderde cognitieve functies (Black, 1998; Saloojee & Pettifor, 2001).

Bovendien consumeren kinderen met neofobisch gedrag minder voedingsvezels dan hun leeftijdsgenoten (Kwon et al., 2017), wat kan leiden tot spijsverteringsproblemen zoals constipatie (Bosaeus, 2004). Door dit eenzijdige eetpatroon kan er voedselmonotomie optreden, met als gevolg een gebrek aan variatie in voeding en beperkingen in de inname van noodzakelijke voedingsstoffen voor het behoud van de lichaamshomeostase (De Oliveira Torres et al., 2021). Dit betekent echt niet dat deze kinderen vaker onder- of overgewicht zullen hebben. In een recent systematisch overzicht werd er aangetoond dat zes van de zeven studies geen significante associaties vond tussen voedselneofobie en

gewicht (Brown et al., 2016). Eén studie toonde echter een positief verband aan tussen voedselneofobie en gewicht bij jonge kinderen van 2 tot 6 jaar, waarbij kinderen met overgewicht of obesitas meer kans hadden om neofobisch te zijn (Jacobi et al., 2003).

Desalniettemin kan langdurige voedselneofobie bij sommige kinderen zich verder ontwikkelen tot een eetstoornis (Micali et al., 2011), met name de vermijdende/restrictieve voedselinnamestoornis of *Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder* (ARFID) (Dovey, 2018). Het is daarom essentieel om in onderstaande paragraaf dieper in te gaan op ARFID.

Vermijdende/restrictieve voedselinnamestoornis

Voedings- en eetstoornissen manifesteren zich door een aanhoudende verstoring van eetgedrag, wat leidt tot veranderingen in de voedselconsumptie of opname, met aanzienlijke schade aan zowel de fysieke gezondheid als het psychosociale functioneren. Deze stoornissen omvatten diverse aspecten zoals verstoord eetgedrag, gedachten, gevoelens, evenals psychosociale en fysieke problemen (American Psychological Association, 2014). Binnen de DSM-5 worden zes stoornissen beschreven onder de categorie 'Voedings- en eetstoornissen': pica, ruminatiestoornis, vermijdende/restrictieve voedselinnamestoornis, anorexia nervosa, bulimia nervosa en de eetbuistoornis. Aangezien voedselneofobie zich op een continuüm bevindt met de vermijdende/restrictieve voedselinnamestoornis (ARFID) (Dovey, 2018; Łoboś & Januszewicz, 2019), is het belangrijk om de definitie en prevalentie van ARFID in onderstaande alinea te belichten.

Definitie. De DSM-5 definieert de vermijdende/restrictieve voedselinname stoornis, ook bekend als *Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder* (ARFID), als een eet- of voedingsstoornis waarbij herhaaldelijk niet wordt voldaan aan de noodzakelijke voedings- en of energiebehoeften. Kenmerken van ARFID omvatten onder andere een duidelijk gebrek aan interesse in eten of voedsel, specifieke sensorische kenmerken (zoals overgevoeligheid voor het uiterlijk, de kleur, geur, textuur, temperatuur of smaak van bepaalde voedingsmiddelen) die worden vermeden, of zorgen over de onaangename gevolgen van het eten ervan. Het wordt geassocieerd met significant gewichtsverlies, voedingstekorten, afhankelijkheid van sondevoeding of voedingssupplementen, en/of een duidelijke verstoring van het psychosociaal functioneren. Deze stoornis kan niet worden verklaard door voedselontoegankelijkheid of culturele gebruiken. Bovendien komt het niet gelijktijdig voor met anorexia en bulimia nervosa, en er is geen verstoring in de lichaamsbeleving of het gewichtsbesef. Het kan evenmin worden toegeschreven aan een medische aandoening of

een andere mentale stoornis (*American Psychological Association*, 2014). Personen met ARFID kunnen ondergewicht, normaal gewicht of overgewicht hebben, waarbij dit bij kinderen een negatieve invloed heeft op de groeiontwikkeling (Bryant-Waugh, 2019).

Prevalentie. De prevalentie van ARFID is grotendeels onbekend, maar wordt geschat tussen 0,5 en 5% bij kinderen als volwassenen (Kennedy et al., 2023). ARFID kan op elke leeftijd in de levensloop ontstaan (King et al., 2015; Tsai et al., 2016), hoewel het meestal begint in de kindertijd of adolescentie (Murray et al., 2020; Bourne et al., 2020). Bovendien komt ARFID even vaak voor bij vrouwen als bij mannen (Kurz et al., 2014; Hilbert et al., 2020, Chua et al., 2020; Dinkler et al., 2022).

Etiologie van voedselneofobie

Het mechanisme achter het ontstaan van voedselneofobie is nog niet volledig begrepen. Om een dieper inzicht te verkrijgen in de oorsprong van vermijdend eetgedrag, waaronder voedselneofobie, is het essentieel om eerst te kijken naar de constitutionele, genetische, of biologische kenmerken van het kind, zoals erfelijkheid en temperament. Vervolgens dienen we onze aandacht te richten op de sociale, psychologische en gedragsmatige aspecten van het kind en de omgeving, waaronder de rol van de ouders, ouder-kindrelaties, de gezinsomgeving, en tot slot de bredere contextsfactoren zoals maatschappelijke en culturele invloeden (Russell & Russell, 2018).

Voedselvoorkeuren gedurende de peuter-en kleuterjaren ontwikkelen zich verder in relatie tot de sociale context (Taylor & Emmett, 2019). Ouders spelen hierin een cruciale rol, aangezien hun keuzes over wanneer, waar en hoeveel er wordt gegeten bepalend zijn voor de eetervaring van hun kind (Ventura & Birch, 2008). Echter kunnen er problemen aan de eettafel ontstaan waardoor ouders druk uitoefenen op het kind om voldoende te eten (Harris et al., 2018; Taylor & Emmett, 2019). Hierdoor kunnen ze het honger- en verzadigingsgevoel van hun kind ondermijnen.

Hoewel al deze factoren een rol spelen bij het verklaren van eetproblemen, zal deze masterproef zich specifiek richten op de huidige evidentie met betrekking tot de invloed van het temperament en het geslacht van het kind, evenals de maladaptieve emotieregulatiestrategieën van de ouder op het ontstaan van voedselneofobie.

De rol van kindfactoren

Er zijn enkele aspecten bij het kind zelf die als risicofactoren kunnen worden beschouwd voor het al dan niet ontwikkelen van eetproblemen. In deze masterproef beperken we ons tot het onderzoeken van het temperament van het kind aan de hand van het psychobiologische model van Rothbart (1994) en de rol die geslacht speelt bij het ontstaan van voedselneofobie.

Temperament

Definitie. Temperament wordt gedefinieerd als ‘vroeg opkomende basisdisposities op het gebied van activiteit, affectiviteit, aandacht, zelfbeheersing en regulatie. Deze disposities zijn het product van complexe interacties tussen genetische, biologische en omgevingsfactoren’ (Shiner et al., 2012). Uit onderzoek is gebleken dat temperamentverschillen zich al vroeg in de eerste levensjaren manifesteren en kunnen verklaren waarom baby’s en kinderen verschillend reageren op dezelfde stimuli (Goldsmith et al., 1987). Hoewel alle mensen de neiging hebben om enigszins op hun hoede te zijn voor onbekend voedsel, al dan niet vanwege het potentieel gevaar voor vergiftiging (Hladik et al., 2002), bestaan er aanzienlijke verschillen in de mate van neofobische reacties (Cooke, 2018). In de literatuur werd reeds vastgesteld dat kinderen die de neiging hebben zich terug te trekken bij onbekende stimuli, gemeenschappelijke eigenschappen vertonen van angst, verlegenheid en timide gedrag (Kagan, 1991), wat resulteert in meer neofobische reacties ten aanzien van nieuw voedsel (Pliner & Loewen, 1997). We kunnen dus stellen dat de temperamentstrekken van het kind een grote invloed hebben op hun eetpatronen (Haycraft et al., 2011).

Om in deze masterproef de temperamentstrek Negatief Affect bij het kind op de ontwikkeling van voedselneofobie te bestuderen, zullen we gebruik maken van het model van Rothbart (2006). In bijlage 1 wordt het psychobiologische model van Rothbart uitgebreider besproken.

Het psychobiologische model van Rothbart

Rothbart (2006) beschrijft temperament als individuele verschillen in reactiviteit en regulatie, waarbij deze verschillen relatief zijn. Dit betekent dat ouders kunnen verwachten

dat hun kind op vergelijkbare wijze zal reageren in verschillende situaties. Echter, het woord 'relatief' impliceert dat deze kenmerken wel degelijk kunnen variëren gedurende de kindertijd. Deze variatie kan optreden door de rijping van biologische systemen, de opkomst van andere temperamentdimensies zoals gedragsregulatie, en de invloed van de omgeving, met name de ouders (Rothbart, 2012).

Tijdens hun factoranalyses ontdekten Rothbart & Bates (2006) dat de structuur van temperament bij elke leeftijdsgroep kan worden bepaald door ten minste drie brede dimensies: Negatief Affect, Surgency en Effortful Control. De primaire focus van deze masterproef ligt op de eerste factor, Negatief Affect. Deze dimensie verwijst naar de algemene tendens om negatieve emoties te ervaren, waarbij kinderen geneigd zijn om verdrietig, angstig, prikkelbaar of gefrustreerd te reageren op situaties, en moeite hebben om opnieuw tot rust komen na momenten van hevige opwindning. De tweede factor, Surgency, verwijst naar de mate van energie, motorische activiteiten, het uiten van positieve emoties en het plezier beleven aan intense activiteiten. De laatste factor, Effortful Control, omvat de individuele verschillen in het richten en vasthouden van aandacht bij taken en het inhiberen van gedrag (De Pauw, 2015).

Uit onderzoek is gebleken dat van de drie onderzochte temperamentsdimensies, Negatief Affect het meest consistent gerelateerd is aan eetgedrag (Haycraft et al., 2011). Negatief Affect voorspelde na verloop van tijd meer emotioneel eten (zowel te veel als te weinig), selectiever eetgedrag en trager eten. Emotionele stress kan ertoe leiden dat mensen meer gaat eten, vooral degenen die hebben geleerd dat eten helpt bij het kalmeren van negatieve emoties (Kaplan & Kaplan, 1957). Echter, de meest natuurlijke reactie van ons lichaam op stress is het onderdrukken van het hongergevoel door de darmactiviteit te verminderen (Hearton et al, 1991; Van Strien & Ouwens, 2007). Hierdoor kan Negatief Affect zowel leiden tot te veel als te weinig eten. Aangezien angst mensen terughoudender maakt om nieuwe voedingsmiddelen te proberen (Pliner et al., 1993) en Negatief Affect wordt gekenmerkt door angst, kan dit verklaren waarom kinderen met een hoog niveau van Negatief Affect meer kans hebben om voedselneofobie te ontwikkelen (Steinsbeek et al., 2020).

Geslacht

Geslacht is ook een belangrijke factor die bijdraagt tot de individuele variabiliteit in de ontwikkeling van voedselvermijdingsgedrag, maar de impact ervan op het eetgedrag van jonge kinderen is minder duidelijk. Bestaand onderzoek richt zich voornamelijk op

geslachtsverschillen bij adolescenten en hun eetgedrag, vanwege de fysiologische veranderingen en de sociaal-culturele druk die tijdens deze ontwikkelingsperiode worden ervaren. Eerder werd gedacht dat er voorafgaand aan de adolescentie slechts minimale invloeden waren van geslacht op eetgedrag (Keller et al., 2019). Omwille van de vele veranderingen op fysiek, psychologisch en sociaal vlak in de adolescentie (Collins et al., 2009; Steinberg, 2005). Desondanks zoals reeds werd beschreven in de normale eetontwikkeling maken kinderen ook vele veranderingen.

Definitie. Voor de definiëring van geslacht wordt er in het Engels een onderscheid gemaakt tussen de term '*gender*' en '*sex*'. *Sex* verwijst naar de biologische verschillen tussen mannen en vrouwen (het zichtbare verschil in genitaliën en gerelateerde verschil in voortplantingsfunctie). *Gender* is meer een kwestie van cultuur en verwijst naar de sociale indeling in 'mannelijk' en 'vrouwelijk' (Oakley, 1985). Om te voorkomen dat we in deze masterproef moeten wisselen tussen de termen '*sex*' en '*gender*', zullen we gebruik maken van 'geslacht' als een gecombineerde term die niet alleen biologische, maar ook psychologische en sociale invloeden omvat (Keller et al., 2019). In de onderzoeksliteratuur is eerder vastgesteld dat eetstoornissen acht keer vaker voorkomen bij vrouwen dan bij mannen (Hammerle et al., 2016). Echter als we kijken naar de prevalentie bij eetproblemen, en specifiek bij voedselneofobie vinden we inconsistente resultaten. Sommige studies suggereren dat de neofobische eigenschap meer uitgesproken is bij mannen (Koivisto & Sjödn, 1996; Marcelino et al., 2001), terwijl andere studies juist wijzen op een hogere prevalentie bij vrouwen (Ramezani en Roeder, 1995) en weer andere studies geen verschillen vinden (Nordin et al., 2004). Bovendien onderzochten Çınar et al. (2022) ook de mate van voedselneofobie met betrekking tot groenten en vlees, en mogelijke verschillen tussen mannen en vrouwen. In lijn met eerdere bevindingen waren vrouwen en mannen in gelijke mate groentenneofobisch, maar waren vrouwen wel meer vleesneofobisch dan mannen (Çınar et al., 2021; Perone et al., 2021).

Het is echter belangrijk op te merken dat deze onderzoeken zich hebben gericht op voedselneofobie bij adolescenten en volwassenen, en niet bij (jonge) kinderen, waardoor er geen wetenschappelijke evidentie is over dit onderwerp binnen deze leeftijdsgroep.

De rol van ouderfactoren

Ouders beïnvloeden het eetgedrag van hun kinderen op verschillende manieren, waaronder het controleren van de beschikbaarheid en toegankelijkheid van voedsel in huis en het

modelleren van voedselgerelateerd gedrag. Ook algemene opvoedingsstijlen (Kremers, Brug, de Vries, & Engels, 2003; Rhee, Lumeng, Appugliese, Kaciroti, & Bradley, 2006) en specifieke voedingsgerelateerde praktijken (Birch & Fisher, 2000; Birch, Fisher, & Davison, 2003) zijn hierin doorslaggevend. Opvoeding kan veeleisend, uitdagend en emotioneel belastend zijn, waardoor ouders stressgevoeliger en prikkelbaarder kunnen worden en bijgevolg meer ontvankelijk zijn voor negatieve gevoelens. Ze worden regelmatig geconfronteerd met de complexe taak om kalm te blijven in het bijzijn van hun kind, helpen bij de emotieregulatie van hun kind, proberen problemen op te lossen en/of grenzen te stellen (Rutherford, Wallace, Laurent, & Mayes, 2015). Als ouders hierbij zelf al kampen met stress (bijvoorbeeld psychische problemen, relatieproblemen, financiële of werkgerelateerde problemen), kunnen hun eigen emoties de overhand nemen waardoor het moeilijk wordt om kalm en emotioneel ondersteunend te reageren op hun kind. Wanneer ouders zich onvoldoende bewust zijn van hun eigen emoties of die van anderen, heeft dit een invloed op hoe ze omgaan met stress en bijgevolg op de manier waarop ze hun kinderen benaderen. Dit kan leiden tot escalatie van negatieve emoties (Harris et al., 2018), wat op zijn beurt kan resulteren in een toename van voedselweigeringsgedrag bij hun kinderen (Wolstenholme et al., 2020).

In onderstaande alinea zal er toegelicht worden wat emotieregulatie is en welke strategieën ouders kunnen hanteren tijdens het eetmoment. Echter binnen deze scriptie zijn we enkel geïnteresseerd in de invloed van de ouderlijke maladaptieve emotieregulatiestrategie Negatief Denken op de relatie met voedselneofobie bij het kind en zullen we deze uitgebreider bespreken.

Emotieregulatie

Definitie. Emotieregulatie wordt gedefinieerd als het monitoren, in stand houden en aanpassen van emotionele reacties door zowel intrinsieke als extrinsieke processen (Thompson, 1994). Deze definitie omvat verschillende kenmerken van het emotieregulatieproces. In eerste instantie, kan emotieregulatie zowel emotionele arousal (of opwindings) in stand houden en versterken alsook het inhiberen of onderdrukken (Masters, 1991). Ten tweede impliceert het niet alleen zelf aangeleerde emotionele strategieën, maar is er ook een verscheidenheid aan externe invloeden waarmee emoties worden gereguleerd. Dit komt doordat een aanzienlijke hoeveelheid van de emotieregulatie plaatsvindt door tussenkomst van anderen (Saarni, 1999). Tot slot zijn er bepaalde aspecten

van emotieregulatie die de intensiteit van de ervaren emoties onderdrukken (of versterken), die instaan bij het vertragen (of versnellen) van het herstel ervan, die een rol kunnen spelen bij de persistentie ervan in de loop van de tijd, die helpen bij het verminderen (of vergroten) van de emotionele reikwijdte en die andere kwalitatieve kenmerken van emotioneel reageren kunnen beïnvloeden (Thompson, 1994). Bij emotieregulatie kunnen er zowel adaptieve als maladaptieve strategieën worden gehanteerd (Gross, 1998). In deze masterproef zullen we ons echter richten op maladaptieve emotieregulatiestrategieën, met een specifieke focus op strategieën die angst oproepen. Reden daarvoor is omdat deze masterproef samen met een doctoraatstudie werd afgenomen, waarbij dezelfde vragenlijst werd gehanteerd en waarbij enkel emotieregulatiestrategieën gerelateerd aan angst bij de ouder werden bevraagd.

Bij angstige maladaptieve emotieregulatiestrategieën denk we onder andere aan zich terugtrekken, zelfdevaluatie, opgeven, rumineren, negatief denken en anderen de schuld geven. Ze worden als maladaptief beschouwd omdat de emotionele reactie niet verandert en omdat de voordelen op korte termijn niet opwegen tegen de nadelen op lange termijn (Jeffries et al., 2016). In onderstaande sectie zullen we enkel Negatief Denken bij de ouder als maladaptieve emotieregulatie toelichten aangezien deze de kern van de masterproef vormt. Een overzicht van de andere angstige maladaptieve emotieregulatiestrategieën bij de ouder kan u terugvinden in Bijlage 2.

De maladaptieve emotieregulatiestrategie Negatief Denken verwijst naar catastrofale gedachten, namelijk het idee dat wat je hebt meegemaakt onoverkomelijk is (Janzen, 2015). In deze masterproef is Negatief Denken bij de ouder gekozen omdat uit verschillende onderzoeken blijkt dat deze strategie niet alleen een rol speelt bij diverse psychopathologieën, waaronder angststoornissen (Mennin et al. 2007; Salters-Pedneault et al. 2006; Werner et al., 2011), depressie (Ehring et al., 2011) en eetstoornissen (Evers et al. 2010; Nolen-Hoeksema et al., 2007), maar ook een belangrijke invloed heeft op het eetproces tussen ouder en kind.

Uit verschillende studies blijkt dat de voedselvoorkeuren van kinderen worden beïnvloed door de gevoelens van hun ouders. Ouders die zich competentier voelen over hun invloed op de voedselvoorkeuren van hun kind, hebben meer vertrouwen in hun vermogen om met het eetgedrag van hun kind om te gaan, bijvoorbeeld bij de afwijzing van voedsel (Russell en Worsley, 2013). Dit werd ook bevestigd in de studie van Bugental en Happaney (2019),

waarin werd aangetoond dat wanneer ouders het gevoel hebben dat ze in staat zijn om de voedselvoorkeuren van hun kind in samenspraak met hen te bepalen, dit leidt tot positievere uitkomsten in het eetgedrag van hun kind. Het creëren van een positieve emotionele context rond voeding is dan ook een cruciale strategie om de voedselbenadering bij kinderen te verbeteren (Young Kyung et al., 2022), terwijl het ervaren van negatieve emoties, zoals bezorgdheid en angst bij ouders, geassocieerd wordt met een toename van voedselweigeringsgedrag bij kinderen (Wolstenholme et al., 2020).

Gezien ouderlijke emoties een rol spelen bij het eetgedrag van het kind, is er voor zover wij weten nog geen studie uitgevoerd die expliciet gericht is op de maladaptieve emotieregulatiestrategieën van ouders in relatie tot voedselneofobie bij kinderen.

Binnen de bestaande literatuur is echter wel al evidentie gevonden voor het verband tussen de maladaptieve emotieregulatiestrategie Negatief Denken en eetstoornissen binnen een individu (Palmieri et al., 2021), maar is er nog niet onderzocht hoe Negatief Denken bij de ouder samenhangt met voedselneofobie bij het kind. Aangezien de voedingsreactiviteit van ouders een weergave is van hun emotionele reactiviteit (Fernandes et al. 2021) en de sociaal-emotionele aanpassingen van kinderen ontstaan binnen emotioneel beladen ouder-kindrelaties (Zimmer-Gembeck et al., 2021), kan worden gesteld dat emotionele ouderprocessen geassocieerd zijn met voedselweigeringsgedrag. Op basis van deze bevindingen vermoeden we dat Negatief Denken van de ouder een rol speelt bij voedselneofobie bij het kind.

In de onderstaande paragraaf zullen we dieper ingaan op de ouder-kind interacties tijdens het voedingsproces bij kinderen.

Rol ouder-kindinteracties

Voeding is een dynamisch proces dat wordt beïnvloed door de capaciteiten en kenmerken van zowel de ouder als het kind. De voedingsrelatie, die verwijst naar alle interacties tussen ouder en kind tijdens het voedingsproces, speelt hierbij een cruciale rol. Wanneer het kind aangeeft dat het gevoed wil worden, reageert de ouder hierop, variërend van positief, negatief tot helemaal geen reactie. Deze reactie van de ouder heeft op zijn beurt een impact op het gedrag van het kind tijdens het eetproces (Satter, 1990).

Om een dieper inzicht te verkrijgen in hoe de ouderlijke emotieregulatie en het temperament van het kind elkaar beïnvloeden, zullen we eerst de overdracht van angst via

ouder op kind onder de loep nemen. Vervolgens lichten we het tripartite model van Morris (2007) toelichten, dat de complexe dynamiek van ouder-kind interacties en emotieregulatie verklaart. Daarna onderzoeken we de interactie tussen de maladaptieve emotieregulatiestrategie Negatief Denken bij de ouder en de temperamentstrek Negatief Affect bij het kind, en hoe deze van invloed kunnen zijn op voedselneofobie bij het kind. Ten slotte bestuderen we ook de rol van de maladaptieve emotieregulatiestrategie Negatief Denken bij de ouder in combinatie met het geslacht van het kind en de impact daarvan op voedselneofobie.

Ouderlijke overdracht van angst op het kind

Gezien het feit dat we in deze masterproef uitsluitend de maladaptieve emotieregulatiestrategieën die angst oproepen bij de ouders onderzoeken, en voedselneofobie een vorm van angst is (Łoboś & Januszewicz, 2019), is het cruciaal om dit verband eerst te bekijken. Uit onderzoek is gebleken dat ouders een grote invloed hebben op het overdragen van hun eigen angst(en) op hun kinderen (Ewing et al., 2019). Enerzijds kan er sprake zijn van een erfelijke of genetische factor, waarbij 50% van de variatie in angstverschijnselen bij kinderen wordt verklaard. Anderzijds spelen familieprocessen ook een belangrijke rol (Eley & Gregory, 2004). De sociale leertheorie van Bandura (1986) biedt een verklaring voor deze overdracht. Volgens deze theorie kunnen kinderen angst of vermijding aanleren door hun ouders te observeren. Ouders kunnen ook verbale informatie over hun eigen angst delen, waardoor ze die rechtstreeks overbrengen op het kind. Daarnaast kunnen kinderen zien hoe hun ouders de copingstrategie 'vermijding' toepassen wanneer ze worden geconfronteerd met een angstopwekkende stimulus. Bovendien kunnen ouders het angstige of vermijdende gedrag van hun kinderen ondersteunen, versterken en/of belonen (Fisak & Grills-Taquechel, 2007).

Eerder onderzoek bevestigde dat angstsymptomen en maladaptieve emotieregulatiestrategieën vaak samen voorkomen en elkaar dynamisch in stand houden bij zowel ouders als kinderen. Dit is te wijten aan de complexe interactie van verschillende familiale en kindfactoren die elkaar wederzijds beïnvloeden, waardoor de maladaptieve emotieregulatiestrategieën van de ouders een negatieve invloed kunnen hebben op de angstsymptomen van kinderen en omgekeerd (Ginsburg et al., 2004).

Naast het doorgeven van hun angsten, hebben ouders ook invloed op de emotieregulatie van hun kinderen.

Ouderlijke overdracht van emotieregulatie op kind aan de hand van het Tripartite model (Morris et al., 2007) en het temperament van het kind

Uit bestaande literatuur is gebleken dat emotieregulatie nauw verbonden is met temperament (Eisenberg & Morris, 2002; Goldsmith & Davidson, 2004). Rothbart en Sheese (2007) suggereren zelfs dat temperament en emotieregulatie moeilijk van elkaar te onderscheiden zijn en dus niet noodzakelijk als afzonderlijke constructen kunnen worden beschouwd. Emotieregulatie kan daarom beschouwd worden als het product van temperamentale predisposities en socialisatieprocessen, zoals interacties met familie en leeftijdsgenoten, in het kader van het bereiken van doelen in verschillende situaties (Yap et al., 2007). Men kan aannemen dat een kind met een sterk temperament en slechte inhibitie intenser zal reageren en meer moeite zal hebben om zijn doelstellingen te bereiken. Daarentegen zal een kind met een sterk temperament maar goede inhibitie beter in staat zijn om strategieën te gebruiken die hun emotionele reacties helpen beheersen (Zalewski et al., 2011).

De bestaande bevindingen tonen aan dat er een verband bestaat tussen emotieregulatie en temperament binnen eenzelfde individu, zowel bij kinderen (Sousa et al., 2023) als bij volwassenen (Barros et al., 2015). Echter is dit verband nog niet onderzocht tussen twee individuen, namelijk de maladaptieve emotieregulatie bij ouders en het temperament van het kind. Het model van Morris zou mogelijks een verklaring kunnen bieden voor de samenhang tussen de maladaptieve emotieregulatiestrategie Negatief Denken bij ouders en de temperamentstrek Negatief Affect bij kinderen.

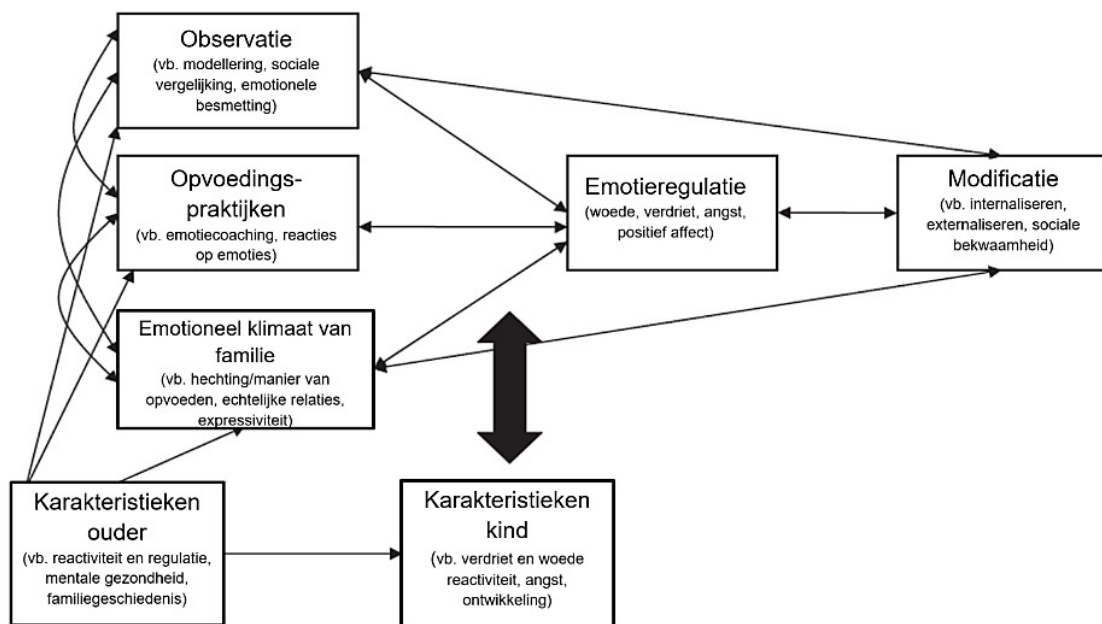
Het tripartite model van Morris et al. (2007) onderzoekt de ontwikkeling van emotieregulatie door middel van ouder-kind interacties. Het model identificeert drie cruciale componenten (zie Figuur 1): (1) Kinderen leren emotieregulatie door de observatie van de emotionele reacties en interacties van hun ouders, waarbij ze de emotionele expressies, copingstrategieën en regulatiemechanismen van hun ouders leren imiteren en internaliseren (Parke, 1994). (2) Ouderlijke opvoedingsvaardigheden, zoals sensitiviteit en ondersteuning, spelen een essentiële rol bij het aanleren van emotieregulatievaardigheden bij kinderen. De manier waarop ouders reageren op de emoties van hun kinderen beïnvloedt rechtstreeks hoe kinderen hun emoties leren reguleren (Morris et al., 2007). (3) Het emotionele klimaat binnen het gezin, inclusief de hechtingsrelaties en opvoedingsstijlen, heeft een aanzienlijke impact op de ontwikkeling van emotieregulatie bij

kinderen (Morris et al., 2007). Belangrijk hierbij is de continue wisselwerking tussen ouder- en kindfactoren (Thompson, 2014).

Het model impliceert ook dat ouders maladaptieve emotieregulatiestrategieën kunnen doorgeven aan hun kinderen als ze die zelf hebben ontwikkeld. Dit kan resulteren in de ontwikkeling van een moeilijker temperament bij het kind, aangezien emotieregulatie en temperament nauw met elkaar verbonden zijn. Gezien het vermogen om emoties te reguleren al in de kindertijd begint en zich gedurende de hele levensduur verder ontwikkelt (Keil et al., 2017), zijn ouder-kind interacties van cruciaal belang voor dit proces.

Figuur 1

Het Tripartite model van Morris et al. (2007)



Interactie tussen maladaptieve emotieregulatie ouder en temperament kind op voedselneofobie

Om de link tussen de maladaptieve emotieregulatiestrategie Negatief Denken bij ouders en het temperamenttrek Negatief Affect van kinderen op voedselneofobie te onderzoeken, moeten we de bestaande literatuur over ouder-kind interacties en hun invloed op het eetgedrag van kinderen bestuderen. Hoewel er geen expliciete studies zijn die deze specifieke interactie onderzoeken, suggereren indirecte aanwijzingen dat Negatief Denken bij ouders en Negatief Affect bij kinderen een invloed hebben op voedselneofobie.

In het onderzoek van Steinbeek et al. (2017) werd aangetoond dat het temperament van kinderen de relatie tussen emotioneel voeden (steun, zorg en aandacht) door ouders en emotioneel eten door het kind op latere leeftijd beïnvloedt. Zo bleek dat Negatief Affect bij 4-jarige kinderen geassocieerd is met een verhoogd risico op emotioneel voeden door ouders op 6- en 8 jarige leeftijd, en met emotioneel eten bij kinderen op 10- jarige leeftijd. Een omgekeerde relatie werd ook gevonden, waarbij Negatief Affect op 4-jarige leeftijd was geassocieerd met een verhoogd risico op emotioneel eten bij het kind op 6- en 8-jarige leeftijd, evenals emotioneel voeden door de ouder op 10-jarige leeftijd (Steinsbeek et al., 2017). Dit suggereert dat Negatief Affect een modererende rol speelt in de relatie tussen ouderlijke emoties en het eetgedrag van het kind. Daarnaast werd in een andere studie van Holley et al. (2020) onderzocht of positieve voedingspraktijken van moeders gerelateerd zijn aan het eetgedrag van kinderen en hoe deze relaties worden gemodereerd door het temperament van kinderen. Hun bevindingen toonden aan dat positieve voedingspraktijken leiden tot meer plezier in eten en minder kieskeurigheid bij kinderen, vooral bij kinderen die socialer en minder verlegen zijn.

Deze studies benadrukken het belang van een diepgaander begrip van ouder-kind interacties met betrekking tot voedselneofobie bij kinderen. Ze laten zien dat ouderlijke factoren nauw samenhangen met kinderlijke factoren in het eetgedrag van kinderen. Ondanks dat deze onderzoeken aantonen dat het temperament van kinderen een modererende invloed heeft op zowel emotioneel voeden door ouders als emotioneel eten bij het kind, en ook op de relatie tussen ouderlijke voedingspraktijken en kieskeurig eetgedrag bij kinderen, is er voor zover wij weten nog geen onderzoek uitgevoerd dat specifiek kijkt naar hoe het temperament van het kind de relatie beïnvloedt tussen de maladaptieve emotieregulatiestrategieën van ouders en voedselneofobie bij het kind, met inbegrip van de invloed van Negatief Denken bij de ouder en Negatief Affect bij het kind op voedselneofobie bij het kind.

Interactie tussen maladaptieve emotieregulatie ouder en geslacht kind op voedselneofobie

Om de relatie tussen de maladaptieve emotieregulatiestrategie Negatief Denken bij ouders en het geslacht van het kind in verband met voedselneofobie te onderzoeken, is het cruciaal om eerst na te gaan of er verschillen zijn in hoe ouders emoties uiten ten opzichte van hun zoon of dochter.

Uit bestaande literatuur blijkt dat er inderdaad verschillen zijn. Bijvoorbeeld, in het onderzoek van Chaplin en Aldao (2013) werden significante maar zeer kleine genderverschillen gevonden. Hieruit bleek dat meisjes meer positieve emoties ($g = -.08$) en internaliserende emoties, zoals verdriet, angst en sympathie ($g = -.10$) vertoonden, terwijl jongens meer externaliserende emoties waaronder boosheid ($g = .09$), vertoonden. Ook in de studie van Veijalainen et al. (2019) werd vastgesteld dat meisjes vaker neutrale, rustige of vredige emotionele expressies vertoonden, terwijl jongens meer verrassings-, nieuwsgierigheids-, boosheids- of frustratiegerelateerde emoties uitten. Deze verschillende emotionele uitingen bij jongens en meisjes worden beïnvloed door de verschillende reacties van ouders. Ouders spelen een rol in het socialiseren van hun kinderen om emoties uit te drukken die overeenkomen met genderrollen (Eisenberg et al., 1998; Parke, 1994). Tot op heden hebben we geen onderzoeken gevonden die specifiek hebben gekeken hoe het geslacht van het kind van invloed kan zijn op de relatie tussen Negatief Denken bij de ouder en voedselneofobie bij het kind.

Tekorten eerder onderzoek

Er is al uitgebreid onderzoek gedaan naar de ontwikkeling van eetproblemen bij kinderen en adolescenten (Dovey et al., 2008). Ook is aangetoond dat ouders invloed hebben op het overdragen van hun eigen angsten (Ewing et al., 2019) en emotieregulatie op hun kinderen (Morris et al., 2007). Desondanks zijn tijdens de literatuurstudie enkele tekortkomingen aan het licht gekomen in de bestaande onderzoeken.

Allereerst hebben verschillende studies geïllustreerd welke ouder- en kinderfactoren, en hun interacties, een rol kunnen spelen bij voedselneofobie bij kinderen (Cole et al., 2017). Hierbij werd vooral evidentie gevonden voor voedingsstrategieën (Russell et al., 2015; Kutbi et al., 2019; Ayoughi et al., 2021) en voedingspraktijken (Kaar et al., 2016; Nicklaus & Monnery-Patris, 2018; Holley et al., 2020) als ouderlijke factoren, en de temperamentstrek Negatief Affect als kindfactor, op de ontwikkeling van voedselneofobie (Haycraft et al., 2011). Desalniettemin is er nog geen bewijs gevonden met betrekking tot de relatie tussen specifieke ouderlijke (mal)adaptieve emotieregulatiestrategieën en temperamentstrekken van het kind op voedselneofobie. Wel toont de studie van Steinsbeek et al. (2017) aan dat de temperamentstrek Negatief Affect bij het kind de invloed van ouderlijke emoties op het emotionele eetgedrag van het kind kan beïnvloeden. Echter werd dit nog niet onderzocht in de context van voedselneofobie bij het kind.

Ten tweede is er meer onderzoek gedaan naar de relatie tussen emotieregulatie en temperament bij selectief eetgedrag (Kidwell et al., 2017; Zohar et al., 2019; Tauriello et al., 2023) en obesitas (Mackey, 2017; Favieri et al., 2021; Tauriello et al., 2023) binnen dezelfde persoon, zowel bij kinderen (Sousa et al., 2023) als volwassenen (Barros et al., 2015). Maar is het verband tussen Negatief Denken bij de ouder en Negatief Affect bij het kind op voedselneofobie werd nog niet onderzocht. Aangezien onderzoeken hebben aangetoond dat de ouder-kind interactie tijdens het voedingsproces belangrijk is (Fries et al., 2017), is het cruciaal om te onderzoeken of er een verband bestaat tussen deze variabelen zowel bij ouder als kind op voedselneofobie.

Ten derde bleek het moeilijker te zijn om onderzoek te vinden dat zich specifiek richtte op voedselneofobie. Vaak worden in de bestaande literatuur verschillende eetproblemen samengevoegd, zoals selectief eetgedrag en kieskeurig eten (*of picky eating*), wat resulteert in veel overlap in hoe deze termen worden beschreven. Hierdoor worden ze vaak geclassificeerd onder dezelfde noemer van eetproblematiek (Johnson et al., 2018), wat de betrouwbaarheid en validiteit van de bevindingen ondermijnt. Zoals eerder beschreven, bestaan er echter wel degelijk verschillen tussen deze concepten, wat aangeeft dat ze apart moeten worden onderzocht om betrouwbare en valide resultaten te verkrijgen.

Ten slotte richt de bestaande literatuur over geslachtsverschillen in eetgedrag zich vooral op adolescenten, vanwege de fysiologische veranderingen en sociaal-culturele druk tijdens deze ontwikkelingsperiode (Keller et al., 2019), en is onderzoek beperkter bij jonge kinderen. Bij het onderzoeken van geslachtsverschillen in voedselneofobie bij kinderen vinden we weinig samenhangende resultaten. Sommige studies suggereren dat voedselneofobie meer uitgesproken is bij jongens (Koivisto & Sjödén, 1996; Marcelino et al., 2001), terwijl andere studies dit meer bij meisjes constateren (Ramezani & Roeder, 1995), en andere studies juist geen verschillen vinden (Nordin et al., 2004). Bovendien zijn deze resultaten gebaseerd op oudere studies, waardoor het niet alleen ontbreekt aan consistente maar ook aan meer recente bevindingen. Gezien de piek van voedselneofobie vooral tussen de 2 en 6 jaar voorkomt, is het cruciaal om meer onderzoek te doen naar geslachtsverschillen bij jonge kinderen. Dit kan leiden tot een beter begrip van de ontwikkeling van voedselneofobie en hoe deze verschillen tussen jongens en meisjes in vroege levensfasen tot stand komen.

In deze masterproef worden twee centrale onderzoeksvragen onderzocht. Deze worden opgesplitst in vijf hypothesen. Bovendien maakt deze studie gebruik van een longitudinaal design, waarbij het mogelijk is om de variabelen Negatief Denken bij de ouder en Negatief

Affect bij het kind op het eerste meetmoment te onderzoeken in relatie tot voedselneofobie bij het kind op het tweede meetmoment.

Onderzoeksvragen en hypothesen

Onderzoeksvraag 1: Heeft het temperament van het kind een modererende invloed op het verband tussen ouderlijke maladaptieve emotieregulatie en voedselneofobie bij het kind?

De volgende hypothesen worden verondersteld:

H1: Negatief Denken bij de ouder (T1) hangt positief samen met voedselneofobie bij het kind (T2).

H2: Negatief Affect bij het kind (T1) hangt positief samen met voedselneofobie bij het kind (T2).

H3: Negatief Affect bij het kind (T1) versterkt de positieve relatie tussen Negatief Denken bij de ouder (T1) en voedselneofobie bij het kind (T2).

In Figuur 2 wordt een visuele weergave gegeven van het moderatiemodel.

Eerdere studies hebben aangetoond dat voedselweigeringsgedrag sterk gekoppeld is aan emotionaliteit en angst bij zowel kinderen als ouders (Zickgraf & Elkins, 2018; Zohar et al., 2019). Kinderen vertonen meer voedselweigeringsgedrag wanneer ze meer negatieve emoties ervaren van hun ouders, zoals bezorgdheid en angst (Wolstenholme et al., 2020), en zijn daardoor terughoudender ten aanzien van nieuw voedsel (Plinet et al., 1993). Hoewel deze studie zich richtte op negatieve emoties bij ouders en niet op maladaptieve emotieregulatiestrategieën bij ouders, verwachten we toch op basis van deze bevindingen een positief verband te vinden tussen de maladaptieve emotieregulatiestrategie Negatief Denken bij de ouder en voedselneofobie bij het kind, gezien negatieve emoties en maladaptieve emotieregulatie aan elkaar gerelateerd zijn.

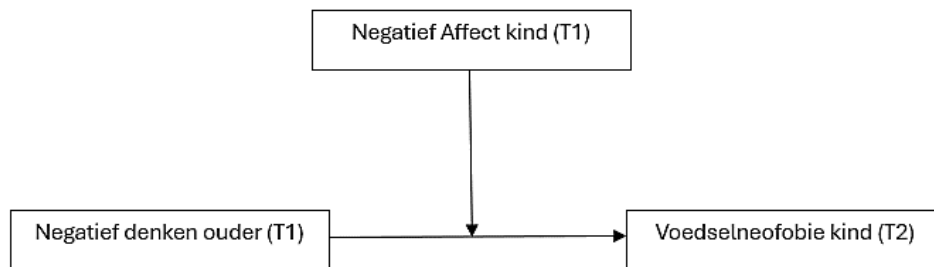
Als tweede voorspellen we op basis van de bestaande literatuur dat kinderen met hogere niveaus van de temperamentstrek Negatief Affect een grotere kans hebben om voedselneofobie te ontwikkelen wanneer ze worden geconfronteerd met iets nieuws (Moding & Stifter, 2016).

Voor de laatste hypothese, die het moderatie-effect tussen Negatief Denken bij de ouder en Negatief Affect bij het kind op voedselneofobie onderzoekt, is het waarschijnlijk dat Negatief Affect het verband tussen Negatief Denken bij de ouder en voedselneofobie bij het kind zal versterken. Hoewel er geen direct bewijs is in de bestaande literatuur, vermoeden we dat

deze hypothese gerechtvaardigd is vanwege de gedeelde elementen van angst tussen Negatief Denken, Negatief Affect en voedselneofobie. Aangezien we weten dat ouders hun angsten en emotieregulatiestrategieën doorgeven aan hun kinderen (Morris et al., 2007; Ewing et al., 2019), en gezien het feit dat emotieregulatie voortkomt uit temperamentale aanleg (Yap et al., 2007), gaan we ervan uit dat deze hypothese geldig is.

Figuur 2

Moderatie-effect temperament kind



Noot. (T1) = tijdstip één; (T2) = tijdstip twee

Onderzoeksvraag 2: Heeft het geslacht van het kind een modererende invloed op de relatie tussen ouderlijke maladaptieve emotieregulatie en voedselneofobie bij het kind?

De volgende hypothesen worden verondersteld:

H1: Er zullen meer meisjes voedselneofobie ervaren dan jongens.

H2: Geslacht van het kind (zoon of dochter) versterkt het positieve verband tussen Negatief Denken bij de ouder (T1) en voedselneofobie bij het kind (T2).

In Figuur 3 wordt een visuele weergave gegeven van het moderatiemodel.

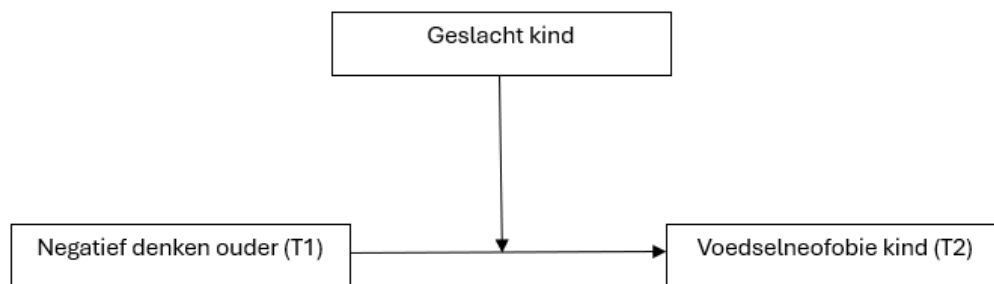
Ondanks dat de huidige literatuur inconsistente resultaten laat zien met betrekking tot de relatie tussen geslacht en voedselneofobie, voorspellen we toch dat meisjes meer kans hebben om voedselneofobie te ontwikkelen dan jongens. Omdat voedselneofobie wordt gekenmerkt door angst (Łoboś & Januszewicz, 2019), en angstige emoties vaker voorkomen bij vrouwen (McLean et al., 2011), lijkt het redelijk om aan te nemen dat meisjes gevoeliger zullen zijn voor voedselneofobie dan jongens.

Om na te gaan of dochters het verband tussen Negatief Denken bij de ouder en voedselneofobie versterken, kunnen we beroep doen op de huidige literatuur. Bestaande theorieën, zoals de emotieregulatietheorie van Morris et al. (2007) en de sociale leertheorie van Bandura (1977), hebben al verklaard dat kinderen onbewust leren van de emotionele

kenmerken en interacties van hun ouders over hoe ze met hun eigen emoties kunnen omgaan (Denham et al., 1997). Bovendien worden kinderen door hun ouders gesocialiseerd om emoties uit te drukken die overeenkomen met traditionele genderrollen (Eisenberg et al., 1998; Parke, 1994). Hieruit is gebleken dat meisjes meer geneigd zijn tot angstige emoties dan jongens. Gezien zowel Negatief Denken als voedselneofobie op angst is gebaseerd en meisjes hier vatbaarder voor zijn, kunnen we veronderstellen dat zij een significantere invloed zullen hebben op het verband tussen Negatief Denken bij de ouder en voedselneofobie.

Figuur 3

Moderatie-effect geslacht kind



Noot. (T1) = tijdstip één; (T2) = tijdstip twee

Methode

Participanten

Voor deze masterproef namen 108 ouders deel, waarvan 9 ouders werden uitgesloten vanwege inconsistenties in het invullen van de gegevens over hun kind op beide meetmomenten. Hierdoor bestaat de uiteindelijke steekproef uit 99 ouders van kinderen tussen de twee en acht jaar ($M = 34.97$, $SD = 4.58$). Binnen deze groep namen 86 moeders (86,9%) en 13 vaders (13,1%) actief deel aan het onderzoek, zowel bij het eerste als bij het tweede meetmoment. Meer informatie over de demografische variabelen wordt gepresenteerd in Tabel 1.

Procedure

De werving van de deelnemers gebeurde middels het verspreiden van informatieve folders op diverse sociale mediaplatforms (waaronder; Facebook, Instagram en LinkedIn), via e-mails naar directeurs van kleuter- en lagere scholen, via het professioneel netwerk van mijn ouders en via mond-tot-mondreclame in zowel België als Nederland. Geïnteresseerde deelnemers konden zich aanmelden door contact op te nemen met de onderzoeker via e-mail met de mededeling 'ik heb interesse'. Vervolgens ontvingen zij per e-mail een online link naar een beveiligde online Qualtrics-vragenlijst, voorzien van een unieke code om de gegevens gepseudoniseerd te verwerken. Wanneer ouders op de link klikten, werden ze doorverwezen naar deze vragenlijst, waarbij eerst een geïnformeerd toestemmingsformulier werd gepresenteerd. Hierin stond gedetailleerde informatie over het doel en de procedure van de studie. Aan het einde van dit formulier kregen de deelnemers de keuze om hun toestemming te geven door middel van de opties 'akkoord' of 'niet akkoord'. Wanneer deelnemers geen toestemming gaven en de optie 'niet akkoord' aanklikten, werden zij doorgestuurd naar het einde van de vragenlijst. Wanneer deelnemers toestemming gaven door de optie 'akkoord' aan te klikken, kregen zij toegang tot de vragenlijst. Bij aanvang vulden de deelnemers demografische vragen in, gevolgd door een reeks vragenlijsten die peilden naar kindvariabelen (eetgedrag en sociaal-emotioneel welzijn) en oudervariabelen (ouderlijke opvoedingsvaardigheden en emotioneel welzijn), in willekeurige volgorde. Als blijk van waardering ontvingen de deelnemers na het voltooien van de online vragenlijst een waardebon ter waarde van €5. Gezien het een longitudinaal onderzoek betrof, ontvingen de ouders na zes maanden opnieuw een e-mail van de onderzoeker met een link naar dezelfde Qualtrics-vragenlijst, vergezeld van een persoonlijke code, om deze voor een tweede keer in te vullen. Als dank ontvingen de

deelnemers opnieuw een waardebon ter waarde van 5 euro voor hun deelname. Dit onderzoek werd vooraf goedgekeurd door de ethische commissie van de Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen van de Universiteit Gent.

Tabel 1

Demografische variabelen van de deelnemers

Variabelen (N = 99)	Gemiddelde (SD) of N (%)
Leeftijd ouder (jaar)	34.9 (4.6)
Geslacht ouder	
Vrouwen	86 (86.9%)
Mannen	13 (13.1%)
Betrokkenheid ouder bij opvoeding	
Zeer hoge betrokkenheid	26 (26.3%)
Hoge betrokkenheid	71 (71.7%)
Gemiddelde betrokkenheid	2 (2.0%)
Opleidingsniveau ouder	
Middelbaar onderwijs niet afgemaakt	2 (2.0%)
Middelbaar onderwijs afgemaakt	11 (11.1%)
Hogeschool afgemaakt (korte type: 3 of 4 jaar)	34 (34.3%)
Hogeschool afgemaakt (lange type: 4 of 5 jaar)	7 (7.1%)
Universiteit afgemaakt	45 (45.5%)
Leeftijd kind	4.1 (1.7)
Geslacht kind	
Meisje	50 (50.5%)
Jongen	49 (49.5%)

Meetinstrumenten

Om de bovenstaande onderzoeksvragen te beantwoorden, hebben we gebruik gemaakt van volgende vragenlijsten: ten eerste de *Fragenbogen Zur Erhebung der Emotionsregulation bei Erwachsenen* (FEEL-E), ten tweede de *Children's Behavior Questionnaire* (CBQ) en ten derde de *Child Food Neophobia Scale* (CFNS.) In Tabel 2 is een overzicht te vinden van deze vragenlijsten en bijbehorende schalen. Deze werden afgenomen bij de ouder op twee verschillende meetmomenten, waarbij de onderzochte variabelen op beide meetmomenten werden gemeten. Een uitzondering geldt echter voor de variabele Negatief Affect bij het kind, waarbij enkel de gegevens van het eerste meetmoment (T1) zijn gebruikt, aangezien deze alleen op dat tijdstip zijn verzameld. Dit komt doordat we vermoeden dat het

temperament van het kind gedurende de 6 maanden tussen de metingen niet significant is veranderd.

FEEL-E : angstige maladaptieve emotieregulatiestrategieën bij ouder

De *Fragenbogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Erwachsenen* (FEEL-E; Grob & Horowitz, 2014; Nederlandse aanpassing door Punt, 2015), is een zelfrapporteringsvragenlijst met 72 items die de emotieregulatie bij volwassenen meet wanneer zij gevoelens van verdriet, angst en woede ervaren. Voor elke emotie worden 24 vragen gepresenteerd, waarbij 6 adaptieve en 6 maladaptieve emotieregulatiestrategieën worden beoordeeld. Voor deze masterproef hebben ouders de subschaal voor maladaptieve emotieregulatie ingevuld. Meer specifiek omvat deze subschaal 12 items die peilen naar 6 maladaptieve strategieën bij het ervaren van gevoelens van angst: terugtrekking, zelfevaluatie, opgeven, piekeren, negatief denken en anderen de schuld geven. De huidige studie focust zich op de maladaptieve strategie Negatief Denken (bijvoorbeeld: 'ik denk dat wat ik heb meegemaakt het ergste is dat iemand kan overkomen'). Elk item werd beoordeeld aan de hand van een 5-punts Likertschaal (1 = 'bijna nooit' tot 5 = 'bijna altijd'). Hogere scores geven een groter gebruik van maladaptieve emotieregulatiestrategieën aan. De FEEL-E toonde voldoende betrouwbaarheid en validiteit aan (Grob & Horowitz, 2014), met een aanvaardbare Cronbach's alpha van .64 op tijdstip één en een sterkere cronbach's alpha van .74 op tijdstip twee (Cortina, 1993).

CBQ : Temperament bij kind

Voor het meten van temperament van het kind, hebben de ouders de *Children's Behavior Questionnaire* (CBQ; Rothbart et al., 2001) ingevuld. Deze vragenlijst onderzoekt de reacties van het kind op bepaalde situaties in de afgelopen zes maanden. De CBQ bestaat uit 36 items die worden beoordeeld aan de hand van een 8-punt Likertschaal, variërend van (1 = 'helemaal niet van toepassing' tot 7 = 'helemaal van toepassing'), met een extra optie 'X = 'nooit in die situatie gezien'. De vragenlijst omvat drie subschalen, waaronder Negatief Affect, Surgency en Effortful Control. Voor de huidige studie werd een verkorte Nederlandstalige versie van de CBQ gebruikt, bestaande uit 12 items, uitsluitend voor de subschaal Negatief Affect (bijvoorbeeld: 'Als hij/zij boos is, duurt het meestal tien minuten of langer'). De verkorte versie van de CBQ bleek voldoende betrouwbaarheid en validiteit te tonen

(Putnam & Rothbart, 2006; Najarpourian et al., 2017), met een aanvaardbare Cronbach's alpha van .72 (Cortina, 1993).

CFNS : Voedselneofobie bij kind

De *Child Food Neophobia Scale* (CFNS; Pliner, 1994) is een vragenlijst met 10-items die door ouders wordt ingevuld en de voedselneofobie van kinderen beoordeelt (bijvoorbeeld: 'mijn kind is kieskeurig op wat hij/zij eet'). Ouders geven hun antwoorden op deze stellingen aan de hand van een 7-punt Likertschaal (1 = 'sterk mee oneens' tot '7 = sterk mee eens'). Hogere scores duiden op hogere niveaus van voedselneofobie bij het kind. Voor deze masterproef werd een Nederlandse 6-item versie van de CFNS gebruikt, die beter geschikt was voor de leeftijdsgroep van onze steekproef, namelijk kinderen van 2 tot 8 jaar (Cooke et al., 2003; Cooke et al., 2004). Deze aangepaste CFNS bleek valide en betrouwbaar te zijn (Pliner & Hobden, 1992), met een sterke Cronbach's alpha van .94 zowel op tijdstip één als op tijdstip twee (Cortina, 1993).

Tabel 2

Meetvariabelen, vragenlijsten en (sub)schalen

Meetvariabele	Vragenlijst	(sub)schaal
Angstige maladaptieve emotieregulatiestrategie bij ouder	FEEL-E	Negatief Denken
Temperament bij kind	CBQ	Negatief Affect
Voedselneofobie bij kind	CFNS	Voedselneofobie

Data-analyse

De analyses werden uitgevoerd met behulp van IBM SPSS versie 29 om de verschillende onderzoeksvragen te beantwoorden. Allereerst werden de descriptieve statistieken van de variabelen onderzocht. Vervolgens werden alle benodigde items gehercodeerd om de subschalen te kunnen berekenen. Daaropvolgend werden deze schalen getoetst aan de hand van Cronbach's Alpha, waarvoor een cut-off waarde geldt van $\alpha > .70$ (Cortina, 1993). De onafhankelijk variabele Negatief Denken bij de ouder (T1) evenals de moderatoren Negatief Affect bij het kind (T1) en geslacht van het kind zijn gecentreerd als voorbereiding op de

lineaire regressieanalyses. Daarna werd er op de gecentreerde variabelen een bivariate analyse uitgevoerd om de onderlinge correlaties tussen de studievariabelen te onderzoeken, waarbij een p-waarde van $< .05$ als significant werd beschouwd. Bovendien werd ook een univariate ANCOVA-analyse uitgevoerd om te onderzoeken of de controlevariabelen (geslacht van het kind, leeftijd van het kind en de ouder, voedselneofobie van het kind op tijdstip één en Negatief Denken van de ouder op tijdstip twee) een potentieel effect kunnen hebben op het resultaat van het onderzoek. Hieruit werd zowel de leeftijd van het kind als voedselneofobie van het kind (T1) als controlevariabele beschouwd gezien deze significant samenhangt met de afhankelijke variabele, namelijk voedselneofobie van het kind (T2).

Om de eerste onderzoeksvraag en de drie hypothesen te beantwoorden, werd een lineaire regressieanalyse uitgevoerd, waarbij Z-scores werden gebruikt om de ruwe scores van verschillende variabelen te standaardiseren. Tijdens de analyse werd gekeken naar de invloed van de controlevariabelen, voedselneofobie van het kind (T1) en leeftijd van het kind (T1), evenals het hoofdeffect van Negatief Denken bij de ouder (T1) en Negatief Affect bij het kind (T1), op voedselneofobie bij het kind (T2). Hierbij werd ook gekeken naar de moderator Negatief Affect bij het kind (T1) of deze een versterkend effect heeft op de relatie tussen Negatief Denken bij de ouder (T1) en voedselneofobie bij het kind (T2).

Voor het beantwoorden van de tweede onderzoeksvraag werd voor hypothese één gekeken naar het aantal jongens en meisjes binnen de steekproef met voedselneofobie, waarbij dit aantal werd omgezet in percentages om vast te stellen wie het meeste voedselneofobie had binnen onze steekproef. Vervolgens werd er voor de tweede hypothese opnieuw een lineaire regressieanalyse uitgevoerd. Allereerst werd gekeken naar het hoofdeffect van Negatief Denken bij de ouder (T1) en het geslacht van het kind op voedselneofobie bij het kind (T2). Om dit te onderzoeken werd eerst voor de variabele geslacht een Dummy-variabele aangemaakt waarbij jongens als referentiecategorie werd ingesteld. Tot slot werd er gekeken naar de moderator geslacht van het kind om vast te stellen of deze een versterkend effect heeft op de relatie tussen Negatief Denken bij de ouder (T1) en voedselneofobie bij het kind (T2).

Resultaten

Preliminare analyses

Bij het analyseren van de correlaties tussen de verschillende studievariabelen (Tabel 3), vinden we allereerst een significante positieve relatie tussen de leeftijd van het kind (2 tot 8 jaar) en voedselneofobie op zowel tijdstip één ($r = .215, p < .05$) als tijdstip twee ($r = .198, p < .05$). Bovendien zien we ook een significante positieve relatie tussen de leeftijd van het kind en Negatief Affect bij het kind ($r = .379, p < .01$). Verder observeren we een significant positief verband tussen voedselneofobie bij het kind op tijdstip één en op tijdstip twee ($r = .852, p < .01$). Daarnaast is er een significant positief verband tussen voedselneofobie op tijdstip één en Negatief Affect bij het kind ($r = .253, p < .05$). Echter is dit verband niet terug te vinden voor voedselneofobie op tijdstip twee. Tot slot hebben we een significant positief verband gevonden tussen de emotieregulatiestrategie Negatief Denken bij de ouder op tijdstip één en op tijdstip twee ($r = .333, p < .01$).

Voorafgaand aan de effectieve analyses hebben we eerst onderzocht welke controlevariabelen een significante invloed hebben op de uitkomstvariabele. Om dit te bepalen, hebben we zowel op basis de eerder uitgevoerde bivariate analyses als het uitvoeren van een univariate ANCOVA-analyse gekeken naar welke controlevariabelen significant samenhangen met voedselneofobie bij het kind (T2). In deze analyse werd voedselneofobie op tijdstip twee als afhankelijke variabele beschouwd, met de volgende covariaten: geslacht (kind), leeftijd op tijdstip één en twee (kind en ouder), voedselneofobie op tijdstip één en Negatief Denken bij de ouder op tijdstip twee. Op basis van de bivariate analyse vonden we dat de leeftijd van het kind sterk correleerde met voedselneofobie van het kind (T2), waardoor we deze als controlevariabele zullen opnemen. Ook uit de resultaten van de ANCOVA-analyse kwam naar voren dat een andere controlevariabele, namelijk voedselneofobie van het kind (T1) significant positief samenhangt met de afhankelijke variabele, voedselneofobie bij het kind (T2) ($\beta = .84, p < .01$). Daarom zullen we zowel de controlevariabelen leeftijd van het kind als voedselneofobie bij het kind (T1) gebruiken voor de effectieve analyses.

Tabel 3*Pearson correlaties tussen studiev variabelen, leeftijd en geslacht van kind en ouder.*

Variabelen	1	2	3	4	5	6
1. Leeftijd kind	1					
2. Voedselneofobie kind (T1)	.215*	1				
3. Voedselneofobie kind (T2)	.198*	.852**	1			
4. Negatief Affect kind	.379**	.253*	.194	1		
5. Negatief Denken ouder (T1)	-.043	-.055	-.002	.040	1	
6. Negatief Denken ouder (T2)	.007	.000	.012	-.018	.333**	1

*Noot. De waarden uit het bovenste deel van de tabel vertegenwoordigen de Pearson-correlaties; T1 = tijdstip één; T2 = tijdstip twee; *, $P < 0.05$ en **, $P < 0.01$*

Effectieve analyses

Onderzoeksvraag 1: Heeft het temperament van het kind een modererende invloed op het verband tussen ouderlijke maladaptieve emotieregulatie en voedselneofobie bij het kind?

Om de drie hypothesen te onderzoeken, is er een lineaire regressieanalyse verricht. De resultaten worden gepresenteerd in Tabel 4.

In de eerste stap is gecontroleerd in hoeverre het model met de controlevariabelen invloed heeft op de afhankelijke variabele en hoeveel van de variantie deze verklaart. Vervolgens is in een tweede stap het hoofdeffect van de maladaptieve emotieregulatiestrategie Negatief Denken bij de ouder op tijdstip één (T1) en het hoofdeffect van de moderator Negatief Affect bij het kind op tijdstip één (T1) onderzocht op voedselneofobie bij het kind op tijdstip twee (T2). Tot slot is gekeken naar het interactie-effect van Negatief Denken bij de ouder (T1) en Negatief Affect bij het kind (T1) op voedselneofobie bij het kind (T2).

Uit de regressieanalyse blijkt dat de controlevariabelen voedselneofobie bij het kind (T1) een sterke positieve en significante samenhang vertoont met voedselneofobie bij het kind (T2) ($\beta = .85$, $p < .001$), maar dat de leeftijd van het kind geen significante bijdrage levert ($\beta = .02$, $p = .78$). Bovendien draagt dit model significant bij aan het verklaren van voedselneofobie bij het kind (T2) ($R^2 = .73$; $F = 127.51$, $p < .001$), aangezien het 73% van de variantie verklaart. Vervolgens wordt het interactie-effect tussen Negatief Denken bij de ouder (T1) en Negatief Affect bij het kind (T1) onderzocht. Binnen dit model vinden we geen significant verband voor de predictoren Negatief Denken bij de ouder (T1) ($\beta = -.29$, $p = .26$)

en Negatief Affect bij het kind (T1) ($\beta = -.22$, $p = .14$) alsook voor de interactie tussen Negatief Denken bij ouder (T1) en Negatief Affect bij kind (T1) ($\beta = .40$, $p = .18$). Hierdoor kunnen we concluderen dat er zowel geen hoofd- als interactie-effect bestaat. Bovendien lijkt het interactiemodel ook geen bijdrage te leveren aan de variantie bovenop het controlemodel ($R^2 = .01$; $F = 1.79$; $p = .18$).

Tabel 4

Resultaten onderzoeksvraag 1

Voedselneofobie kind (T2)	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>p</i>	R-square	F-Change
Model 1					.73	127.51
Voedselneofobie (T1)	.87	.06	.85	< .001***		
Leeftijd kind	.05	.19	.02	.78		
Model 2					.00	.55
Voedselneofobie (T1)	.88	.06	.86	< .001***		
Leeftijd kind	.10	.21	.03	.62		
Negatief Denken ouder (T1)	.17	.19	.05	.38		
Negatief Affect (T1)	-.02	.03	-.04	.54		
Model 3					.01	1.79
Voedselneofobie (T1)	.89	.06	.87	< .001***		
Leeftijd kind	.12	.20	.03	.61		
Negatief Denken ouder (T1)	-1.06	.94	-.29	.26		
Negatief Affect kind (T1)	-.11	.08	-.22	.14		
Negatief Denken ouder (T1) : Negatief Affect kind (T1)	.03	.02	.40	.18		

*Noot. B = ongestandaardiseerde bèta; SE B = standaardfout voor ongestandaardiseerde bèta; β = gestandaardiseerde bèta; interactie-effect = Negatief Denken ouder (T1) : Negatief Affect kind (T1); *** $p < .001$*

Onderzoeksvraag 2: Heeft het geslacht van het kind een modererende invloed op de relatie tussen ouderlijke maladaptieve emotieregulatie en voedselneofobie bij het kind?

Om de eerste hypothese te onderzoeken, werd het percentage jongens en meisjes dat voedselneofobie (T2) vertoont, geanalyseerd.

Uit de analyse van deze gegevens is gebleken dat meisjes een licht hogere score behalen op voedselneofobie in vergelijking met jongens. Van de 99 deelnemers in de steekproef scoort 49.6% van de jongens op voedselneofobie (T2), terwijl dit percentage bij meisjes iets hoger ligt, namelijk 50.4%. Deze resultaten worden weergegeven in Tabel 5.

Tabel 5

Voedselneofobie bij kinderen (T2): Percentage jongens en meisjes

	Jongens (n = 49) %	Meisjes (n = 50) %
Voedselneofobie kind (T2)	49.6	50.4

Vervolgens werden er een lineaire regressieanalyse uitgevoerd om hypothese twee te onderzoeken. Hierbij werd gekeken naar het hoofdeffect van de maladaptieve emotieregulatiestrategie Negatief Denken bij de ouder (T1) en het hoofdeffect van de moderator geslacht van het kind op voedselneofobie bij het kind (T2). Daarna werd het interactie-effect van Negatief Denken bij de ouder (T1) en het geslacht van het kind op voedselneofobie bij het kind (T2) onderzocht. De resultaten van de analyses worden gepresenteerd in Tabel 6.

Uit de eerste regressieanalyse blijkt opnieuw dat de controlevariabele voedselneofobie bij het kind (T1) significant samenhangt met voedselneofobie bij het kind (T2) ($\beta = .85$, $p < .001$), maar dat er geen significant verband is tussen leeftijd van het kind op voedselneofobie bij het kind (T2) ($\beta = .02$, $p = .78$). Het controlemodel verklaart 73% van de variantie. Vervolgens wordt het interactie-effect tussen Negatief Denken bij de ouder (T1) en het geslacht van het kind onderzocht. Binnen dit model wordt geen significant verband gevonden voor de predictoren Negatief Denken bij de ouder (T1) ($\beta = .05$, $p = .52$) en geslacht van het kind ($\beta = -.02$, $p = .91$). Ook de interactie tussen deze twee variabelen is niet significant ($\beta = -.02$, $p = .88$), waardoor we kunnen concluderen dat er zowel geen hoofd- als interactie-effect bestaat. Bovendien blijkt het interactiemodel geen significante bijdrage te leveren aan de verklaring van voedselneofobie bij het kind (T2) ($R^2 = .00$; $F = .03$; $p = .88$).

Tabel 6*Resultaten onderzoeksvraag 2*

Voedselneofobie kind (T2)	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>p</i>	R-square	F-Change
Model 1					.73	127.51
Voedselneofobie (T1)	.87	.06	.85	< .001***		
Leeftijd kind	.05	.19	.02	.78		
Model 2					.00	.55
Voedselneofobie (T1)	.87	.06	.85	< .001***		
Leeftijd kind	.06	.19	.02	.77		
Negatief Denken ouder (T1)	.16	.19	.04	.42		
Geslacht kind	-.40	.63	-.04	.52		
Model 3					.00	.03
Voedselneofobie (T1)	.87	.06	.85	< .001***		
Leeftijd kind	.06	.19	.02	.76		
Negatief Denken ouder (T1)	.19	.30	.05	.52		
Geslacht kind	-.17	1.57	-.02	.91		
Negatief Denken ouder (T1) : geslacht kind	-.06	.40	-.02	.88		

*Noot. B = ongestandaardiseerde bèta; SE B = standaardfout voor ongestandaardiseerde bèta; β = gestandaardiseerde bèta; interactie-effect = Negatief Denken ouder (T1) : geslacht kind ; *** p < .001*

Discussie

Voedselneofobie komt vaak voor bij jonge kinderen. Het maakt deel uit van de normale eetontwikkeling (Taylor & Emmett, 2019). Echter wanneer voedselneofobie aanhoudt, kan het evolueren naar de vermijdende/restrictieve voedselinnamestoornis (*American Psychological Association*, 2014; Łoboś & Januszewicz, 2019). Bovendien kan het negatieve gevolgen hebben voor zowel de medische als psychosociale gezondheid en de ontwikkeling van het kind (Bryant-Waugh, 2019). Ouders spelen dan ook een cruciale rol bij het eetgedrag van hun kind. Het is van belang dat ze een positief emotioneel klimaat creëren tijdens het voedingsproces omdat dit de acceptatie van (nieuw) voedsel bij kinderen verhoogt (Young Kyung et al., 2022), terwijl het ervaren van negatieve emoties bij de ouders, zoals bezorgdheid en angst juist meer geassocieerd wordt met voedselweigeringsgedrag bij kinderen (Wolstenholme et al., 2020).

Om voedselneofobie bij jonge kinderen beter te begrijpen, onderzocht deze masterproef mogelijke factoren die een rol kunnen spelen. Hierbij werd er gekeken naar de kindfactoren, waarbij vooral de temperamentstrek Negatief Affect en het geslacht van het kind werden beschouwd als beïnvloedende factoren. Daarnaast werd er ook rekening gehouden met mogelijke ouderlijke factoren, waaronder de angstige maladaptieve emotieregulatiestrategie Negatief Denken. Het doel van deze studie is uiteindelijk om te bepalen of er sprake is van interactie tussen deze ouder- en kindfactoren in de verklaring van voedselneofobie bij jonge kinderen van 2 tot 8 jaar.

Allereerst zullen de resultaten om de onderzoeksvragen te beantwoorden diepgaander worden besproken, waarbij wordt nagegaan of de opgestelde hypothesen al dan niet kunnen worden bevestigd. Vervolgens zullen de sterktes en beperkingen van dit onderzoek worden besproken, gevolgd door eventuele suggesties voor toekomstig onderzoek en implicaties voor de praktijk.

Bespreking resultaten

In deze masterproef werden de onderzochte variabelen op twee tijdstippen gemeten, behalve voor de variabele Negatief Affect bij het kind, die alleen werd gemeten op het eerste meetmoment. Tijdens de preliminaire analyses vonden we positieve correlaties tussen de variabelen voor beide tijdstippen. Allereerst zagen we een significante positieve correlatie

tussen voedselneofobie bij het kind op het eerste meetmoment (T1) en voedselneofobie bij het kind op het tweede meetmoment (T2). Dit wijst erop dat kinderen die aanvankelijk voedselneofobie vertonen, dit patroon waarschijnlijk zes maanden later zullen voortzetten. Daarnaast vonden we ook een significante positieve correlatie tussen Negatief Denken bij de ouder op het eerste meetmoment (T1) en Negatief Denken bij de ouder op het tweede meetmoment (T2). Dit suggereert dat hoe meer ouders negatief denken op tijdstip één, hoe meer ze negatief denken op tijdstip twee. Aangezien voedselneofobie bij het kind op het eerste meetmoment (T1) en de leeftijd van het kind sterk correleerden met de afhankelijke variabele in deze studie, namelijk voedselneofobie bij het kind op het tweede meetmoment (T2), werden deze als controlevariabelen gebruikt voor de effectieve analyses van de onderzoeksvragen.

In deze masterproef zijn twee onderzoeksvragen en vijf hypothesen geformuleerd om het bovenstaand objectief te bestuderen.

De eerste onderzoeksvraag luidt als volgt: Heeft het temperament van het kind een modererende invloed op het verband tussen ouderlijke maladaptieve emotieregulatie en voedselneofobie bij het kind. Bij de analyse bleek dat er geen statistisch significant verband kon worden gevonden voor deze interactie, waardoor we hier geen verdere uitspraken over kunnen doen. Vervolgens werden ook onze drie hypothesen onderzocht.

Als eerste werd er onderzocht of Negatief Denken bij de ouder (T1) positief correleert met voedselneofobie bij het kind (T2). Uit onze analyses konden we dit niet aantonen, aangezien er geen statistisch significant verband werd gevonden. Hierdoor moeten we deze hypothese verwerpen. Echter, in een studie van Palmieri et al. (2021) werd wel evidentie gevonden voor een verband tussen de maladaptieve emotieregulatiestrategie Negatief Denken maar bij eetstoornissen (Palmieri et al., 2021), en was deze samenhang binnen dezelfde persoon en niet tussen ouder en kind. Momenteel hebben we geen andere studies ter beschikking om dit verband aan te tonen, gezien Negatief Denken bij de ouder en voedselneofobie bij het kind nog niet eerder werd onderzocht. Een mogelijke verklaring voor het ontbreken van een significant verband binnen ons onderzoek zou kunnen zijn dat andere angstgerelateerde maladaptieve emotieregulatiestrategieën bij ouders mogelijk een sterkere invloed hebben op voedselneofobie dan Negatief Denken. Verdere studies zijn nodig om dit nader te onderzoeken en te verhelderen.

Bij het onderzoeken van de tweede hypothese, waarbij we veronderstelden dat er een positief verband zou worden gevonden tussen Negatief Affect bij het kind (T1) en voedselneofobie bij het kind (T2), vonden we wel een negatief verband, maar dit was niet

significant, waardoor we geen verdere uitspraken kunnen doen. Als gevolg moeten we de tweede hypothese verwerpen. Bij het raadplegen van de bestaande wetenschappelijke literatuur konden we weinig studies vinden die dit verband onderzoeken. Er is echter één studie van Moding & Stifter (2017) die wel degelijk een verband vond tussen Negatief Affect en voedselneofobie. In hun longitudinale onderzoek werden baby's op 6 maanden gemeten en vervolgens een tweede keer op 18 maanden. Hierbij vonden de onderzoekers dat hogere niveaus van Negatief Affect een grotere kans op voedselneofobie voorspelden wanneer kinderen worden blootgesteld aan nieuwe voedingsmiddelen, en dat dit patroon stabiel blijft. Dit betekent dat kinderen die op 6 maanden dit patroon ontwikkelen, dit ook nog steeds op 18 maanden vertonen. Wederom is de huidige literatuur beperkend doordat er nog geen onderzoek werd uitgevoerd naar het verband tussen Negatief Affect bij het kind en voedselneofobie bij kinderen van 2 tot 8 jaar, waardoor we niet goed weten of deze temperamentstrek een sterkere rol speelt bij baby's dan bij jonge kinderen. Toekomstig onderzoek zou hier meer uitsluitsel over moeten geven, zodat we Negatief Affect op voedselneofobie bij verschillende leeftijdscategorieën kunnen vergelijken en eventuele gelijkenissen en verschillen kunnen opmerken.

Tenslotte werd voor hypothese drie onderzocht of het temperamentskenmerk van Negatief Affect bij het kind (T1) de positieve relatie tussen het Negatieve Denken van de ouder (T1) en voedselneofobie bij het kind (T2) versterkt. Opnieuw hebben we echter geen statistisch significant verband gevonden voor deze interactie, waardoor we deze hypothese niet kunnen bevestigen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat we ons hebben moeten baseren op indirecte verbanden, waarbij aangezien de bestaande literatuur deze relatie nog niet heeft onderzocht. Onze hypothese was gebaseerd op het feit dat Negatief Denken, Negatief Affect en voedselneofobie allemaal een vorm van angst met zich meedraagt, en dat ouders een belangrijke rol hebben bij het doorgeven van hun angsten en emotieregulatiestrategieën aan hun kinderen (Morris et al., 2007; Ewing et al., 2019). Bovendien is bekend dat emotieregulatie samenhangt met temperament (Yap et al., 2007). Deze hypothese was echter gebaseerd op bevindingen die waren getoetst binnen eenzelfde persoon, namelijk ouder of kind, en niet op de relatie tussen beide. Dit zou een mogelijke verklaring zijn waarom we geen significante resultaten hebben verkregen.

Samenvattend kunnen we dus stellen dat de predictoren Negatief Denken bij de ouder en Negatief Affect bij het kind, eveneens als de interactie tussen beide, binnen deze studie geen significante bijdrage hebben geleverd aan het verklaren van voedselneofobie bij het kind.

In ons onderzoek hebben we naast de eerste onderzoeksvraag ook een tweede onderzoeksvraag gesteld, namelijk of het geslacht van het kind een modererende invloed heeft op de relatie tussen ouderlijke maladaptieve emotieregulatie en voedselneofobie bij het kind. Er werden opnieuw twee hypothesen onderzocht.

De eerste hypothese verwacht dat meisjes meer kans hebben om voedselneofobie te ontwikkelen dan jongens. Onze analyse van de descriptieve gegevens onthult dat in onze steekproef een iets hoger percentage meisjes (50.4%) voedselneofobie hebben ontwikkeld op tijdstip twee dan jongens (49.6%). Echter moeten we dit resultaat nuanceren gezien er 49 jongens en 50 meisjes deelnamen aan onze studie, waardoor de verschillen tussen beide verwaarloosbaar zijn. We kunnen bijgevolg onze hypothese niet bevestigen. Toch wordt deze bevinding ondersteund door eerdere studies waarin geen significante verschillen werden gevonden tussen jongens en meisjes op voedselneofobie (Nordin et al., 2004). Echter waren er ook studies die juist aangeven dat het meer voorkomt bij meisjes (Ramezani en Roeder, 1995) of juist meer bij jongens (Koivisto & Sjödén, 1996; Marcelino et al., 2001). Een eerste verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat onze steekproef niet groot genoeg was om verschillen tussen jongens en meisjes op te merken. Een tweede verklaring is dat verschillen tussen jongens en meisjes mogelijks meer uitgesproken zijn in bepaalde leeftijdscategorieën, zoals bij peuters of adolescenten, dan in andere leeftijdsgroepen. Echter ontbreekt het aan studies die dit onderwerp onderzoeken, waardoor deze veronderstellingen slechts speculatief zijn. Een laatste overweging is dat de bronnen met betrekking tot geslachtsverschillen in voedselneofobie wat gedateerd zijn, wat benadrukt dat recentere onderzoeken op dit gebied van belang zijn.

Tenslotte hebben we hypothese twee onderzocht om te bepalen of het geslacht van het kind als moderator fungeert bij het positieve verband tussen Negatief Denken bij de ouder (T1) en voedselneofobie bij het kind (T2). Uit onze analyse blijkt echter opnieuw dat er geen statistisch significant verband kon worden gevonden voor deze interactie met betrekking tot voedselneofobie bij het kind (T2). Daardoor kunnen we geen verdere uitspraken doen over of dit verband meer wordt beïnvloed door zonen of dochters binnen onze steekproef. Een mogelijke verklaring voor het ontbreken van een significant verband binnen onze studie voor de tweede hypothese kan te maken hebben met maatschappelijke veranderingen. Bestaande studies over de rol van geslacht bij voedselneofobie en de rol van ouders hierin, zijn voornamelijk gebaseerd op meer traditionele opvoedingsstrategieën. Het lijkt erop dat binnen onze studie de mate waarin jongens en meisjes zich conformeren aan traditionele genderrollen mogelijks minder invloed heeft gehad. Dit ondanks het feit dat de

bestaande literatuur suggereert dat meisjes over het algemeen meer angstgerelateerde emoties vertonen dan jongens (Eisenberg et al., 1998; Parke, 1994). Deze verschuiving kan worden toegeschreven aan evoluerende maatschappelijke opvattingen over genderrollen - en verwachtingen (Benson et al., 2019). Er wordt steeds meer de nadruk gelegd op het idee dat jongens ook hun emoties, inclusief angsten, mogen uiten (McQueen, 2017). Aangezien geslacht sociaal en cultureel geconstrueerd wordt (Butler, 1990; Fausto-Sterling, 2008), kan het dus veranderen naargelang de maatschappelijke ontwikkelingen.

In onze hedendaagse Westerse samenleving groeit ook het bewustzijn van 'gender-open opvoeden', waarbij ouders geen geslacht toekennen aan hun kind en het kind de ruimte krijgt om zijn eigen genderidentiteit te ontwikkelen (Rahilly, 2022). Binnen deze benadering worden jongens ook meer aangemoedigd om hun emoties te uiten, wat mogelijks bijdraagt aan de afname van traditionele genderrollen en verwachtingen. Dit toont aan dat voedselneofobie bij jongens en meisjes een complex fenomeen is, waarbij verschillende factoren een rol kunnen spelen. De verschillen in studies kunnen mogelijks verklaard worden door de veranderende sociale normen en de afnemende invloed van genderstereotypen in de samenleving.

Sterktes en beperkingen onderzoek

Sterktes

Deze masterproef vertoont verschillende sterke punten in vergelijking met eerdere studies over voedselneofobie.

Allereerst maakt deze studie gebruik van een longitudinaal design, waarbij het mogelijk is om de variabelen Negatief Denken bij de ouder en Negatief Affect bij het kind op het eerste meetmoment te onderzoeken in relatie tot voedselneofobie bij het kind op het tweede meetmoment. Op deze manier kunnen we de samenhang tussen variabelen op verschillende tijdstippen analyseren. Dit aspect werd tot nu toe nog niet uitgebreid longitudinaal onderzocht, waardoor onze studie een waardevolle bijdrage levert aan het onderzoeksveld. Een tweede sterkte binnen onze studie is de gerekruteerde doelgroep, namelijk ouders van jonge kinderen van 2 tot 8 jaar uit een niet-klinische populatie. Dit is van belang omdat voedselneofobie bij kinderen als een normaal onderdeel van de eetontwikkeling kan worden beschouwd (Taylor & Emmett, 2019).

Bovendien zijn in onze studie verschillende aspecten behandeld die in de huidige literatuur nog weinig onderzocht zijn. Vanuit de bestaande onderzoeken valt het op dat er nog niet

veel onderzoek specifiek naar voedselneofobie is uitgevoerd, en dat dit concept binnen de literatuur vaak verward wordt met andere eetproblemen, zoals selectief eetgedrag. In deze masterproef hebben we echter aangetoond dat deze twee eetproblemen belangrijke verschillen vertonen en daarom apart onderzocht dienen te worden. Tevens is er nog relatief weinig bekend over voedselneofobie bij (jonge) kinderen. De weinige onderzoeken die er zijn, richten zich voornamelijk op adolescenten en volwassenen, en minder op kinderen. Door ons in deze studie te focussen op jonge kinderen, hebben we een lacune in het onderzoeksveld kunnen aanpakken en meer inzicht verkregen in voedselneofobie bij deze leeftijdsgroep.

Een derde sterkte binnen onze studie is dat we hebben gekeken naar de relatie tussen ouderlijke emotieregulatiestrategieën en ontwikkeling van voedselneofobie bij het kind. Aangezien de invloed van ouderlijke maladaptieve emotieregulatiestrategieën op het ontwikkelen van voedselneofobie nog niet eerder is onderzocht kan onze studie een meerwaarde zijn. Hoewel er voor de emotieregulatiestrategie Negatief Denken bij de ouder geen significante verbanden konden worden aangetoond met voedselneofobie bij het kind, is het mogelijk dat dit wel het geval is voor andere strategieën en wellicht voor andere ouderlijke factoren. Het is van belang om nog meer inzicht te verkrijgen in de ouderlijke factoren die een invloed kunnen hebben op voedselneofobie, aangezien ouders wel degelijk een grote rol spelen in het eetgedrag van hun kinderen (Wolstenholme et al., 2020).

Een vierde sterkte van deze masterproef is dat het onderzoek naar Negatief denken bij de ouder en Negatief Affect bij het kind gecombineerd werd, aangezien de bestaande literatuur deze samenhang enkel binnen dezelfde persoon heeft onderzocht. Door deze interactie te bestuderen, konden we dieper ingaan op de dynamiek tussen ouders en kinderen met betrekking tot voedselneofobie. Bovendien namen er zowel moeders als vaders deel aan het onderzoek, waardoor we beide ouders konden betrekken in deze studie.

Een vijfde sterkte van onze studie is onze steekproefverdeling, aangezien deze gelijkmatig verdeeld is tussen het aantal jongens en meisjes die hebben deelgenomen aan de studie. Gezien we de variabele geslacht bij het kind hebben onderzocht, was dit van cruciaal belang om betrouwbare uitspraken hierover te kunnen doen.

Tot slot hebben we gebruik gemaakt van betrouwbare en gevalideerde meetinstrumenten, zoals de FEEL-E (Grob & Horowitz, 2014), de CBQ (Putnam & Rothbart, 2006; Najarpourian et al., 2017) en de CFNS (Pliner & Hobden, 1992). Deze instrumenten hebben voldoende betrouwbaarheid en validiteit aangetoond, waarbij de Cronbach's alfa van de items op beide meetmomenten aanvaardbaar was ($\alpha > .70$) (Cortina, 1993).

Beperkingen

Naast de positieve aspecten van ons onderzoek, zijn er ook enkele beperkingen.

Allereerst werd als sterke eigenschap van onze studie genoemd dat het een longitudinaal onderzoek betreft. Echter heeft dit onderzoeksontwerp het moeilijker gemaakt om een grotere steekproef te verkrijgen, aangezien ouders op twee verschillende momenten een vragenlijst dienden in te vullen. Hoewel het een longitudinaal design betrof, blijft het nog altijd moeilijk om een oorzakelijk verband vast te stellen. Bovendien werden de gegevens voor deze studie gebruikt door de afgenomen vragenlijst voor een doctoraatstudie waardoor de volledige vragenlijst, inclusief variabelen die binnen onze studie niet werden onderzocht, moesten worden afgenomen. Dit leidde tot een langere invultijd voor de deelnemers (ongeveer één uur), en ouders waren minder geneigd om deze voor een tweede keer in te vullen. Deze verminderde deelname kan de omvang en representativiteit van onze steekproef hebben beïnvloed. Hoewel we aanvankelijk 108 ouders hadden voor beide meetmomenten, konden de gegevens van 9 ouders niet worden gebruikt vanwege fouten bij het invullen van de vragenlijst op het tweede meetmoment, wat resulteerde in een uiteindelijke steekproef van 99 ouders.

Een tweede beperking betreft de vrijwillige aard van onze steekproefverzameling, wat mogelijk resulteerde in een vertekend beeld van de gehele populatie. Het is denkbaar dat ouders die vaker eetproblemen bij hun kinderen opmerken, eerder geneigd waren deel te nemen aan ons onderzoek, wat zou kunnen leiden tot een overschatting van het aantal kinderen met voedselneofobie in onze steekproef. Bovendien is het ook aannemelijk dat ouders die ernstige problemen ondervinden bij het eetgedrag van hun kind, niet hebben deelgenomen aan deze studie omdat dit te belastend zou zijn.

Verder was ons onderzoek beperkt tot het onderzoeken van één emotieregulatiestrategie bij de ouder, namelijk Negatief Denken, en één temperamentskenmerk bij het kind, namelijk Negatief Affect. Hoewel deze selectie gebaseerd was op evidentie uit de bestaande literatuur, is het mogelijk dat andere emotieregulatiestrategieën bij de ouder en temperamentskenmerken bij het kind ook van belang zijn voor de ontwikkeling van voedselneofobie. Het onderzoeken van een breder scala aan strategieën en kenmerken zou een meer uitgebreid inzicht kunnen bieden in dit complexe fenomeen. Hierbij aansluitend weten we uit onderzoek dat emotieregulatie afhankelijk is van de context (Morris et al., 2007), waardoor de vragenlijst FEEL-E mogelijks tekort schiet om dit bij de ouders na te gaan.

Ten vierde, werden de resultaten voor de temperamentskenmerken van het kind afgeleid van het psychobiologische model van Rothbart (1994), waarbij we specifiek hebben gekeken naar de temperamentstrek Negatief Affect als mogelijke invloed op voedselneofobie. Echter zou het verkennen van andere temperamentkenmerken in relatie tot voedselneofobie ook interessant kunnen zijn. In onze studie hebben we gebruik gemaakt van de verkorte Nederlandstalige versie van de CBQ (Putnam & Rothbart, 2006), waarbij het ontbreken van items met betrekking tot de trek Surgency in onze vragenlijst ons belemmerde om deze te kunnen onderzoeken. Naast de temperamentskenmerken van Rothbart & Bates (2006), zouden ook andere kenmerken kunnen worden onderzocht, waaronder de toenaderings-terugtrekkingsdimensie bij de ontwikkeling van voedselneofobie (Moding & Stifter, 2017). Gezien de wetenschappelijke evidentie aantoont dat deze van invloed kan zijn op voedselneofobie, zou het interessant zijn om deze dimensie te combineren met ouderlijke emotieregulatiestrategieën.

Tot slot moeten we opmerken dat onze gegevens uitsluitend afkomstig waren van zelfrapportage, wat kan leiden tot sociaal wenselijke antwoorden en mogelijke vertekeningen. Bovendien is de vragenlijst alleen afgenomen bij de ouder, wat de volledigheid van onze gegevens kan beïnvloeden. Toekomstig onderzoek zou kunnen profiteren van het combineren van vragenlijsten voor de ouders en experimentele of computertaken voor het kind, om een meer alomvattend begrip te krijgen van de relatie tussen ouderlijke en kindfactoren op het ontwikkelen van voedselneofobie bij jonge kinderen (multi-methode en multi-informant).

Implicaties voor toekomstig onderzoek

Naar aanleiding van de bevindingen en de genoemde beperkingen kunnen verschillende aanbevelingen worden gedaan voor toekomstig onderzoek.

Allereerst is het van belang om verder onderzoek te verrichten naar andere ouderlijke emotieregulatiestrategieën en verschillende temperamentsfactoren bij kinderen met betrekking tot voedselneofobie, aangezien hier nog onvoldoende over bekend is. Hoewel onze studie geen significante verbanden heeft aangetoond tussen Negatief Denken bij ouders en Negatief Affect bij kinderen op voedselneofobie, sluit dit niet uit dat andere factoren mogelijk wel van invloed zijn.

Ten tweede zou toekomstig onderzoek zich kunnen richten op klinische populaties waar voedselneofobie bij kinderen niet meer binnen de normale eetontwikkeling valt. In deze populatie zouden de effecten van Negatief Denken bij ouders en Negatief Affect bij kinderen

op de ontwikkeling van voedselneofobie mogelijk sterker naar voren komen. Deze bevindingen zouden vervolgens kunnen worden vergeleken met onderzoek binnen een niet-klinische populatie om overeenkomsten en verschillen te kunnen identificeren.

Daarnaast kan het interessant zijn om te onderzoeken of er verschillen bestaan tussen moeders en vaders wat betreft Negatief Denken of andere emotieregulatiestrategieën, en of deze verschillen een invloed hebben op de ontwikkeling van voedselneofobie bij het kind. Hoewel onze studie de mogelijke verschillen tussen jongens en meisjes in relatie tot voedselneofobie heeft onderzocht, hebben we geen onderzoek gedaan naar eventuele verschillen tussen moeders en vaders in dit verband. Dit komt doordat er in onze steekproef meer moeders (86.9%) hebben deelgenomen dan vaders (13.1%). Gezien er nog weinig onderzoek is verricht naar de specifieke rol van vaders in de opvoeding en gezien de toenemende betrokkenheid van vaders bij de zorg voor hun kinderen in de hedendaagse samenleving, kan het voor toekomstige onderzoekers interessant zijn om hier meer aandacht aan te besteden. Het is opmerkelijk dat de bestaande literatuur zich nog steeds meer richt op moeders, terwijl vaders een steeds prominere rol spelen in het gezinsleven.

Verder is het aan te raden om niet alleen ouders te bevragen, maar ook de kinderen zelf en eventueel de leerkracht, om tegemoet te komen aan sociaal wenselijke antwoorden en informatie vanuit verschillende bronnen te verkrijgen (multi-informant). Leerkrachten kunnen waardevolle inzichten bieden, vooral gezien kinderen veel tijd op school doorbrengen en daar ook vaak blijven eten, waardoor vergelijkbare problemen als in de thuissituatie bij de ouders kunnen ontstaan. Daarnaast kan een combinatie van vragenlijstonderzoek met eventueel een experiment worden gebruikt om multi-methodisch deze verbanden te onderzoeken. Op deze manier kunnen de kinderen ook actief betrokken worden bij de studie, aangezien het immers over hen gaat.

Gezien de multiculturele samenleving is het ook relevant om te onderzoeken of voedselneofobie zich binnen andere culturen voordoet en hoe dit zich manifesteert, aangezien verschillende culturen vaak andere gebruiken en voedingsgewoonten hebben.

Tot slot zou het voor toekomstig onderzoek ook interessant zijn om ouders en kinderen gedurende een langere periode te volgen, vanaf de geboorte tot (jong)volwassenheid. Op deze manier krijgen onderzoekers een dieper inzicht in de langetermijneffecten van ouderlijke emotieregulatiestrategieën en kinderlijke temperamentsfactoren op de ontwikkeling van voedselneofobie. Bovendien kunnen er causale verbanden worden onderzocht en kunnen trajecten beter in kaart worden gebracht. Dit zou onderzoekers helpen zich te richten op het identificeren van effectieve interventies bij jonge kinderen met

voedselneofobie, met als doel het welzijn en de gezondheid van het kind te verbeteren, zowel thuis als op school.

Implicaties voor praktijk

Voedselneofobie, of de angst voor nieuwe voedingsmiddelen, blijft een bron van bezorgdheid onder ouders van jonge kinderen. Deze bezorgdheid is begrijpelijk gezien de mogelijke negatieve gevolgen voor de gezondheid en ontwikkeling van het kind. Daarom is het belangrijk om deze ouders en kinderen de juiste hulp te bieden en dit eetpatroon vroegtijdig te identificeren. In de academische wereld is de term 'voedselneofobie' al meer bekend dan in de volksmond, waardoor ouders zich vaak niet bewust zijn van dit patroon. Hierdoor raadplegen ze zorgverleners zoals kinderartsen, pediatrie voedingdeskundigen en kinderpsychologen, om te begrijpen wat er met hun kind aan de hand is. Gezien er nog niet veel bekend is over voedselneofobie bij jonge kinderen, zou het gewenst kunnen zijn om zorgverleners te trainen om deze kenmerken vroegtijdig bij kinderen te herkennen. Afhankelijk van of het kind zich nog in de fase bevindt waarin voedselneofobie als normaal wordt beschouwd, is het niet noodzakelijk om direct actie te ondernemen. In plaats daarvan kunnen ouders door middel van psycho-educatie worden geïnformeerd over de algemene eetontwikkeling van kinderen en de mogelijke voedingsproblemen. Als het gedrag echter aanhoudt, kunnen ouders en zorgverleners samen kijken naar gepersonaliseerde behandelplannen, regelmatige follow-up en ondersteuning om voedselneofobie aan te pakken.

Eén van de belangrijkste bevindingen op het gebied van interventies bij voedselneofobie in de literatuur is dat blootstelling (*exposure*) aan nieuwe smaken een effectieve interventie is gebleken om voedselneofobie te verminderen (Marcontell et al., 2003; Dial et al., 2019). Echter het soort blootstelling speelt een cruciale rol, waarbij aantrekkelijke nieuwe voedingsmiddelen effectiever zijn bij het verminderen van voedselneofobie dan blootstelling aan minder smakelijke opties (Loewen & Pliner, 1999). Dit benadrukt het belang van het creëren van positieve ervaringen met nieuwe voedingsmiddelen, zowel thuis als op scholen en kinderopvang, om kinderen aan te zetten tot het leren proeven van nieuwe voeding. Deze positieve ervaringen tijdens het eten kunnen vervolgens leiden tot een algemene bereidheid om andere nieuwe voedingsmiddelen te proeven (Pliner & Salvy, 2006).

Daarnaast is er ook wetenschappelijke evidentie voor sensorische educatieprogramma's. Deze programma's stimuleren kinderen om nieuwe voedingsmiddelen te proeven door hen

bewust te maken van de sensorische kenmerken van het voedsel, wat de nieuwsgierigheid naar nieuw voedsel opwekt. Onderzoek toont aan dat deze programma's kunnen leiden tot een grotere bereidheid van kinderen om nieuwe smaken te proeven en deze sneller te accepteren (Mustonen & Tuorila, 2010).

Een combinatie van deze interventies zou de effectiviteit kunnen verhogen bij het verminderen van voedselneofobie bij jonge kinderen.

Conclusie

Deze masterproef heeft vastgesteld dat er geen evidentie is gevonden voor de modererende invloed van het temperament van het kind op het verband tussen ouderlijke maladaptieve emotieregulatie en voedselneofobie bij het kind. Eveneens werd er geen significant verband gevonden voor de modererende invloed van het geslacht van het kind op de relatie tussen ouderlijke maladaptieve emotieregulatie en voedselneofobie bij het kind. Bijgevolg konden er geen hoofdeffecten en interactie-effecten worden gevonden. Desondanks het ontbreken van statistisch significante verbanden, hebben we diverse variabelen behandeld die in de huidige literatuur nog weinig werden onderzocht, en hebben we gebruik gemaakt van een longitudinaal onderzoeksdesign. Deze bevindingen dragen bij aan het begrip van de oorzaken, gevolgen en mogelijke interventies met betrekking tot voedselneofobie bij jonge kinderen tussen de 2 en 8 jaar, en bieden richting voor toekomstig onderzoek binnen dit domein.

Referenties

1. Addressi, E., Galloway, A. T., Visalberghi, E., & Birch, L. L. (2005). Specific social influences on the acceptance of novel foods in 2–5-year-old children. *Appetite*, *45*(3), 264–271. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2005.07.007>
2. American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)* (5th edition). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
3. Ammaniti, M., Lucarelli, L., Cimino, S., D'Olimpio, F., & Chatoor, I. (2011). Feeding disorders of infancy: A longitudinal study to middle childhood. *The International Journal Of Eating Disorders*, *45*(2), 272–280. <https://doi.org/10.1002/eat.20925>
4. Aparicio, E., Canals, J., Arija, V., De Henauw, S., & Michels, N. (2016). The role of emotion regulation in childhood obesity: implications for prevention and treatment. *Nutrition Research Reviews*, *29*(1), 17–29. <https://doi.org/10.1017/s0954422415000153>
5. Ayoughi, F., Handley, M., Garza, J., Amin, S., Volpe, R., & Lammert, A. (2021). Parental perspective and feeding practices effects on food neophobia in elementary school children in San Luis Obispo County. *Journal Of Sensory Studies*, *37*(1). <https://doi.org/10.1111/joss.12717>
6. Bąbik, K., Patro-Gołąb, B., Zalewski, B., Wojtyniak, K., Ostaszewski, P., & Horvath, A. (2021). Infant feeding practices and later parent-reported feeding difficulties: a systematic review. *Nutrition Reviews*, *79*(11), 1236–1258. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuaa135>
7. Barros, L., Goes, A. R., & Pereira, A. I. (2015). Parental self-regulation, emotional regulation and temperament: Implications for intervention. *Estudos de Psicologia*, *32*(2), 295–306. <https://doi.org/10.1590/0103-166x2015000200013>
8. Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
9. Benson, L., English, T., Conroy, D. E., Pincus, A. L., Gerstorf, D., & Ram, N. (2019). Age differences in emotion regulation strategy use, variability, and flexibility: An experience sampling approach. *Developmental Psychology*, *55*(9), 1951–1964. <https://doi.org/10.1037/dev0000727>

10. Birch, L. L., & Doub, A. E. (2014). Learning to eat: birth to age 2 y. *The American Journal Of Clinical Nutrition*, 99(3), 723S-728S. <https://doi.org/10.3945/ajcn.113.069047>
11. Birch, L. L., & Fisher, J. (2000). Mothers' child-feeding practices influence daughters' eating and weight. *The American Journal Of Clinical Nutrition*, 71(5), 1054–1061. <https://doi.org/10.1093/ajcn/71.5.1054>
12. Birch, L. L., Fisher, J., & Davison, K. K. (2003). Learning to overeat: maternal use of restrictive feeding practices promotes girls' eating in the absence of hunger. *The American Journal Of Clinical Nutrition*, 78(2), 215–220. <https://doi.org/10.1093/ajcn/78.2.215>
13. Black, M. M. (1998). Zinc deficiency and child development. *The American Journal Of Clinical Nutrition*, 68(2), 464S-469S. <https://doi.org/10.1093/ajcn/68.2.464s>
14. Bornstein, M. H., Hahn, C., Putnick, D. L., & Pearson, R. (2018). Stability of child temperament: Multiple moderation by child and mother characteristics. *British Journal Of Developmental Psychology*, 37(1), 51–67. <https://doi.org/10.1111/bjdp.12253>
15. Bosaeus, I. (2004). Fibre effects on intestinal functions (diarrhoea, constipation and irritable bowel syndrome). *Clinical Nutrition Supplements*, 1(2), 33–38. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2004.09.006>
16. Bourne, L., Bryant-Waugh, R., Cook, J., & Mandy, W. (2020). Avoidant/restrictive food intake disorder: A systematic scoping review of the current literature. *Psychiatry Research*, 288, 112961. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112961>
17. Bosch, J., & Moens, E. (2014). Vroege socialisatieproblemen. In P. Prins & C. Braet (Red.). *Handboek Klinische ontwikkelingspsychologie* (pp. 231-251). Houten: Bohn Stafleu van Loghem
18. Breslin, P. A. (2013). An Evolutionary Perspective on Food and Human Taste. *Current Biology*, 23(9), R409–R418. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2013.04.010>
19. Brody, L. R., & Hall, J. A. (2000). Gender, emotion, and expression. In M. Lewis & J. M. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions* (2nd ed., pp.338–349). New York: Guilford Press

20. Brown, C. L., Schaaf, E. B. V., Cohen, G. M., Irby, M. B., & Skelton, J. A. (2016). Association of Picky Eating and Food Neophobia with Weight: A Systematic Review. *Childhood Obesity, 12*(4), 247–262. <https://doi.org/10.1089/chi.2015.0189>
21. Bryant-Waugh, R. (2019). Feeding and Eating Disorders in Children. *Psychiatric Clinics Of North America, 42*(1), 157–167. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.005>
22. Burton, G. W., & Traber, M. G. (1990). Vitamin E: Antioxidant Activity, Biokinetics, and Bioavailability. *Annual Review Of Nutrition, 10*(1), 357–382. <https://doi.org/10.1146/annurev.nu.10.070190.002041>
23. D.B. Bugental, K. Happaney (2019) Parental attributions. M.H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting. Vol. 3. Being and becoming a parent (3rd ed.)*, Lawrence Erlbaum, Mahwah, NJ, US pp. 509-535
24. Chaplin, T. M., & Aldao, A. (2013). Gender differences in emotion expression in children: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 139*(4), 735–765. <https://doi.org/10.1037/a0030737>
25. Chaplin, T. M., Cole, P. M., & Zahn-Waxler, C. (2005). Parental Socialization of Emotion Expression: Gender Differences and Relations to Child Adjustment. *Emotion, 5*(1), 80–88. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.5.1.80>
26. Chua, S. N., Fitzsimmons-Craft, E. E., Austin, S. B., Wilfley, D. E., & Taylor, C. B. (2020). Estimated prevalence of eating disorders in Singapore. *The International Journal Of Eating Disorders/International Journal Of Eating Disorders, 54*(1), 7–18. <https://doi.org/10.1002/eat.23440>
27. Çinar, Ç., Karinen, A. J., Koebnick, C., & Sinha, R. (2011). Trends in meat consumption in the USA. *Public Health Nutrition, 14*, 575-583.
28. Cole, N., An, R., Lee, S. Y., & Donovan, S. M. (2017). Correlates of picky eating and food neophobia in young children: a systematic review and meta-analysis. *Nutrition Reviews, 75*(7), 516–532. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nux024>
29. Cole, P. M., Martin, S. E., & Dennis, T. A. (2004). Emotion Regulation as a Scientific Construct: Methodological Challenges and Directions for Child Development Research. *Child Development, 75*(2), 317–333. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00673.x>

30. Collins, W. A., Welsh, D. P., & Furman, W. (2009). Adolescent romantic relationships. *Annual Review Of Psychology*, 60(1), 631–652.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.60.110707.163459>
31. Cooke, L. (2018). Genetic and environmental influences on food neophobia. In *Elsevier eBooks* (pp. 237–254). <https://doi.org/10.1016/b978-0-08-101931-3.00012-4>
32. Cooke, L., Wardle, J., & Gibson, E. (2003). Relationship between parental report of food neophobia and everyday food consumption in 2–6-year-old children. *Appetite*, 41(2), 205–206. [https://doi.org/10.1016/s0195-6663\(03\)00048-5](https://doi.org/10.1016/s0195-6663(03)00048-5)
33. Cooke, L. J., Wardle, J., Gibson, E., Sapochnik, M., Sheiham, A., & Lawson, M. (2004). Demographic, familial and trait predictors of fruit and vegetable consumption by pre-school children. *Public Health Nutrition*, 7(2), 295–302.
<https://doi.org/10.1079/phn2003527>
34. Cooke, L., Wardle, J., Gibson, E., Sapochnik, M., Sheiham, A., & Lawson, M. (2004). Demographic, familial and trait predictors of fruit and vegetable consumption by pre-school children. *Public Health Nutrition*, 7(2), 295–302.
<https://doi.org/10.1079/phn2003527>
35. Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal Of Applied Psychology*, 78(1), 98–104.
<https://doi.org/10.1037/0021-9010.78.1.98>
36. Cowdrey, F. A., & Park, R. J. (2012). The role of experiential avoidance, rumination and mindfulness in eating disorders. *Eating Behaviors*, 13(2), 100–105.
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2012.01.001>
37. De Oliveira Torres, T., Gomes, D. R., & Mattos, M. P. (2021). FACTORS ASSOCIATED WITH FOOD NEOPHOBIA IN CHILDREN: SYSTEMATIC REVIEW. *Revista Paulista de Pediatria*, 39. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2021/39/2020089>
38. De Pauw, S. (2015). Temperaments- en persoonlijkheidsdiagnostiek in typische en atypische ontwikkeling. In G. Bosmans, I. Noens, P. Bijttebier, & L. Claes (eds.), *Diagnostiek bij kinderen, jongeren en gezinnen: ontwikkeling in context* (pp. 51-74). Leuven/Den Haag: Acco.

39. Denham, S. A., Mitchellcopeland, J., Strandberg, K., Auerbach, S., & Blair, K. (1997). Parental contributions to preschoolers' emotional competence: Direct and indirect effects. *Motivation & Emotion*, 21(1), 65–86.
40. Dial, L. A., Emley, E., Koerten, H. R., Waite, T. C., & Musher-Eizenman, D. R. (2019). A Mindfulness Intervention for Food Neophobia Among Preschoolers. *Early Childhood Education Journal*, 48(1), 117–126. <https://doi.org/10.1007/s10643-019-00962-4>
41. Dingemans, A. E., Danner, U. N., & Parks, M. (2017). Emotion Regulation in Binge Eating Disorder: A review. *Nutrients*, 9(11), 1274. <https://doi.org/10.3390/nu9111274>
42. Dinkler, L., Yasumitsu-Lovell, K., Eitoku, M., Fujieda, M., Suganuma, N., Hatakenaka, Y., Hadjikhani, N., Bryant-Waugh, R., Råstam, M., & Gillberg, C. (2022). Development of a parent-reported screening tool for avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID): Initial validation and prevalence in 4-7-year-old Japanese children. *Appetite*, 168, 105735. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105735>
43. Dovey, T. M., Staples, P., Gibson, E., & Halford, J. C. (2008). Food neophobia and 'picky/fussy' eating in children: A review. *Appetite*, 50(2–3), 181–193. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.09.009>
44. Dovey, T. M. (2018). Avoidant/restrictive food intake disorder. In Elsevier eBooks (pp. 329–349). <https://doi.org/10.1016/b978-0-08-101931-3.00016-1>
45. Ehring, T., Zetsche, U., Weidacker, K., Wahl, K., Schönfeld, S., & Ehlers, A. (2011). The Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ): Validation of a content-independent measure of repetitive negative thinking. *Journal Of Behavior Therapy And Experimental Psychiatry*, 42(2), 225–232. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.12.003>
46. Eisenberg, N., & Morris, A. S. (2003). Children's Emotion-Related Regulation. In *Advances in child development and behavior* (pp. 189–229). [https://doi.org/10.1016/s0065-2407\(02\)80042-8](https://doi.org/10.1016/s0065-2407(02)80042-8)
47. Eisenberg, N., Cumberland, A., & Spinrad, T. L. (1998). Parental socialization of emotion. *Psychological Inquiry*, 9, 241–273.
48. Eisenberg, N., Fabes, R. A., & Murphy, B. C. (1996). Parents' reactions to children's negative emotions: Relations to children's social competence and comforting behavior. *Child Development*, 67, 2227–2247.

49. Eley, T. C., & Gregory, A. M. (2004). Behavioral genetics. In T. L. Morris, & J. S. March (Eds.), *Anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 71–97). New York: Guilford
50. Ellis, L.K., & Rothbart, M.K. (2001, April). Revision of the Early Adolescent Temperament Questionnaire, Paper presented at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, Minneapolis, MN.
51. Equit, M., Pålmeke, M., Becker, N., Moritz, A., Becker, S., & Von Gontard, A. (2012). Eating problems in young children - a population-based study. *Acta Pædiatrica*, *102*(2), 149–155. <https://doi.org/10.1111/apa.12078>
52. Evans, D., & Rothbart, M. K. (2007). Developing a model for adult temperament. *Journal Of Research in Personality*, *41*(4), 868–888. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.11.002>
53. Evers, C., Stok, F. M., & De Ridder, D. T. D. (2010). Feeding Your Feelings: Emotion Regulation Strategies and Emotional Eating. *Personality & Social Psychology Bulletin*, *36*(6), 792–804. <https://doi.org/10.1177/0146167210371383>
54. Ewing, D. L., Pike, A., Dash, S., Hughes, Z., Thompson, E. J., Hazell, C. M., Ang, C. M., Kucuk, N., Laine, A., & Cartwright-Hatton, S. (2019). Helping parents to help children overcome fear: The influence of a short video tutorial. *British Journal Of Clinical Psychology*, *59*(1), 80–95. <https://doi.org/10.1111/bjc.12233>
55. Favieri, F., Marini, A., & Casagrande, M. (2021). Emotional Regulation and Overeating Behaviors in Children and Adolescents: A Systematic Review. *Behavioral Sciences*, *11*(1), 11. <https://doi.org/10.3390/bs11010011>
56. Fernandes, C., Santos, A. F., Fernandes, M., Santos, A. J., Bost, K., & Verissimo, M. (2021). Caregivers' Perceived Emotional and Feeding Responsiveness toward Preschool Children: Associations and Paths of Influence. *Nutrients*, *13*(4), 1334. <https://doi.org/10.3390/nu13041334>
57. Fernandez, C., DeJesus, J. M., Miller, A. L., Appugliese, D. P., Rosenblum, K. L., Lumeng, J. C., & Pesch, M. H. (2018). Selective eating behaviors in children: An observational validation of parental report measures. *Appetite*, *127*, 163–170. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.04.028>
58. Fisak, B., & Grills-Taquechel, A. E. (2007). Parental Modeling, Reinforcement, and Information Transfer: Risk Factors in the Development of Child Anxiety? *Clinical Child*

And Family Psychology Review, 10(3), 213–231. <https://doi.org/10.1007/s10567-007-0020-x>

59. Fries, L. R., Martin, N., & Van Der Horst, K. (2017). Parent-child mealtime interactions associated with toddlers' refusals of novel and familiar foods. *Physiology & Behavior*, 176, 93–100. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2017.03.001>
60. Fivush, R. (1998). Methodological challenges in the study of emotional socialization. *Psychological Inquiry*, 9, 281–283.
61. Gallagher, K. C. (2002). Does child temperament moderate the influence of parenting on adjustment? *Developmental Review*, 22(4), 623–643. [https://doi.org/10.1016/s0273-2297\(02\)00503-8](https://doi.org/10.1016/s0273-2297(02)00503-8)
62. Galloway, A. T., Lee, Y., & Birch, L. L. (2003). Predictors and consequences of food neophobia and pickiness in young girls. *Journal Of The American Dietetic Association*, 103(6), 692–698. <https://doi.org/10.1053/jada.2003.50134>
63. Ginsburg GS, Siqueland L, Masia-Warner C, Hedtke K (2004) Anxiety disorders in children: family matters. *Cognit Behav Pract* 11:28–43
64. Goldsmith, H. H., Buss, A. H., Plomin, R., Rothbart, M. K., Thomas, A., Chess, S., Hinde, R. A., & McCall, R. B. (1987). Roundtable: What is temperament? Four approaches. *Child Development*, 58(2), 505. <https://doi.org/10.2307/1130527>
65. Goldsmith, H. H., & Davidson, R. J. (2004). Disambiguating the Components of Emotion Regulation. *Child Development*, 75(2), 361–365. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00678.x>
66. Goldsmith, H. H., Lemery, K. S., & Essex, M. J. (2004). Temperament as a Liability Factor for Childhood Behavioral Disorders: The Concept of Liability. In *American Psychological Association eBooks* (pp. 19–39). <https://doi.org/10.1037/10684-002>
67. Goossens, L., & Moens, E. (2017). Eetproblemen bij kinderen en adolescenten.
68. Gottman, J. M., Katz, L. F., & Hooven, C. (1997). Meta-emotion: how families communicate emotionally. *Choice/Choice Reviews*, 35(01), 35–0607. <https://doi.org/10.5860/choice.35-0607>

69. Grevesse, P., Van Wingham, J., Franck, L., Dassy, M., Cormann, N., Charlie, D., & Hermans, D. (2020). Multidisciplinair team voor eetstoornissen bij jonge kinderen, dienst algemene kindergeneeskunde, Clin.univ. St-Luc, UCL, Brussel
70. Grob, A., & Horowitz, D. (2014). FEEL-E Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Erwachsenen: Manual. Bern: Verlag Hans Huber.
71. Gross, J. J. (1998). The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. *Review Of General Psychology*, 2(3), 271–299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
72. Hammerle, F., Huß, M., Ernst, V., & Bürger, A. (2016). Thinking dimensional: prevalence of DSM-5 early adolescent full syndrome, partial and subthreshold eating disorders in a cross-sectional survey in German schools. *BMJ Open*, 6(5), e010843. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010843>
73. Harris, H. A., Ria-Searle, B., Jansen, E., & Thorpe, K. (2018). What's the fuss about? Parent presentations of fussy eating to a parenting support helpline. *Public Health Nutrition*, 21(8), 1520–1528. <https://doi.org/10.1017/s1368980017004049>
74. Haycraft, E., Farrow, C., Meyer, C., Powell, F. C., & Blissett, J. (2011). Relationships between temperament and eating behaviours in young children. *Appetite*, 56(3), 689–692. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.02.005>
75. Heatherton, T. F., Herman, C. P., & Polivy, J. (1991). Effects of physical threat and ego threat on eating behavior. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 60(1), 138–143. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.1.138>
76. Helland, S. H., Bere, E., Bjørnarå, H. B., & Øverby, N. C. (2017). Food neophobia and its association with intake of fish and other selected foods in a Norwegian sample of toddlers: A cross-sectional study. *Appetite*, 114, 110–117. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.03.025>
77. Hemilä, H. (2003). Vitamin C, respiratory infections and the immune system. *Trends in Immunology*, 24(11), 579–580. <https://doi.org/10.1016/j.it.2003.09.004>
78. Hilbert, A., Zenger, M., Eichler, J., & Brähler, E. (2020). Psychometric evaluation of the Eating Disorders in Youth-Questionnaire when used in adults: Prevalence estimates for symptoms of avoidant/restrictive food intake disorder and population norms. *The*

- International Journal Of Eating Disorders/International Journal Of Eating Disorders, 54(3), 399–408. <https://doi.org/10.1002/eat.23424>
79. Hladik, C. M., Pasquet, P., & Simmen, B. (2002). New perspectives on taste and primate evolution: The dichotomy in gustatory coding for perception of beneficent versus noxious substances as supported by correlations among human thresholds. *American Journal Of Physical Anthropology*, 117(4), 342–348. <https://doi.org/10.1002/ajpa.10046>
80. Holley, C. E., Haycraft, E., & Farrow, C. (2020). Unpacking the relationships between positive feeding practices and children’s eating behaviours: The moderating role of child temperament. *Appetite*, 147, 104548. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104548>
81. Hughes, E. K., & Gullone, E. (2011). Emotion regulation moderates relationships between body image concerns and psychological symptomatology. *Body Image*, 8(3), 224–231. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2011.04.001>
82. Hyde, J. S., Mezulis, A. H., & Abramson, L. Y. (2008). The ABCs of depression: Integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *Psychological Review*, 115(2), 291–313. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.115.2.291>
83. Jacobi, C., Agras, W. S., Bryson, S., & Hammer, L. D. (2003). Behavioral Validation, Precursors, and Concomitants of Picky Eating in Childhood. *Journal Of The American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry*, 42(1), 76–84. <https://doi.org/10.1097/00004583-200301000-00013>
84. Jacobi, C., Schmitz, G., & Agras, W. S. (2008). Is picky eating an eating disorder? *The International Journal Of Eating Disorders/International Journal Of Eating Disorders*, 41(7), 626–634. <https://doi.org/10.1002/eat.20545>
85. Janzen, S. (2015). FEEL-E. Vragenlijst over emotieregulatie bij volwassenen. HTS Report. ID 4589-2. Zelfrapportage
86. Jeffries, E. R., McLeish, A. C., Kraemer, K. M., Avallone, K. M., & Fleming, J. B. (2015). The Role of Distress Tolerance in the Use of Specific Emotion Regulation Strategies. *Behavior Modification*, 40(3), 439–451. <https://doi.org/10.1177/0145445515619596>

87. Johnson, S. L., Moding, K. J., & Bellows, L. L. (2018). Children's Challenging Eating Behaviors: Picky Eating, Food Neophobia, and Food Selectivity. In Elsevier eBooks (pp. 73–92). <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-811716-3.00004-x>
88. Kaar, J. L., Shapiro, A. L., Fell, D. M., & Johnson, S. L. (2016). Parental feeding practices, food neophobia, and child food preferences: What combination of factors results in children eating a variety of foods? *Food Quality And Preference*, 50, 57–64. <https://doi.org/10.1016/j.foodqual.2016.01.006>
89. Kagan, J., & Snidman, N. (1991). Temperamental factors in human development. *American Psychologist*, 46(8), 856–862. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.46.8.856>
90. Kaplan, H., & Kaplan, H. S. (1957). THE PSYCHOSOMATIC CONCEPT OF OBESITY. *The Journal Of Nervous And Mental Disease*, 125(2), 181–201. <https://doi.org/10.1097/00005053-195704000-00004>
91. Keller, K. L., Kling, S. M., Fuchs, B., Pearce, A. L., Reigh, N. A., Masterson, T. D., & Hickok, K. (2019). A Biopsychosocial Model of Sex Differences in Children's Eating Behaviors. *Nutrients*, 11(3), 682. <https://doi.org/10.3390/nu11030682>
92. Kennedy, H. L., Hitchman, L. M., Pettie, M. A., Bulik, C. M., & Jordan, J. (2023). Avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID) in New Zealand and Australia: a scoping review. *Journal Of Eating Disorders*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00922-9>
93. Kidwell, K. M., Kozikowski, C., Roth, T., Lundahl, A., & Nelson, T. D. (2017). Concurrent and Longitudinal Associations Among Temperament, Parental Feeding Styles, and Selective Eating in a Preschool Sample. *Journal Of Pediatric Psychology*, 43(5), 572–583. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsx148>
94. Kim, Y. K., Di Martino, J. M., Nicholas, J. K., Rivera-Cancel, A., Wildes, J. E., Marcus, M. D., Sapiro, G., & Zucker, N. (2021). Parent strategies for expanding food variety: Reflections of 19,239 adults with symptoms of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. *The International Journal Of Eating Disorders*, 55(1), 108–119. <https://doi.org/10.1002/eat.23639>
95. King, L. A., Urbach, J. R., & Stewart, K. E. (2015). Illness anxiety and avoidant/restrictive food intake disorder: Cognitive-behavioral conceptualization and

- treatment. *Eating Behaviors*, 19, 106–109.
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.05.010>
96. Koivisto, U., & Sjódn, P. (1996). Food and General Neophobia in Swedish Families: Parent–Child Comparisons and Relationships with Serving Specific Foods. *Appetite*, 26(2), 107–118. <https://doi.org/10.1006/appe.1996.0009>
97. Kremers, S., Brug, J., De Vries, H., & Engels, R. C. M. E. (2003). Parenting style and adolescent fruit consumption. *Appetite*, 41(1), 43–50. [https://doi.org/10.1016/s0195-6663\(03\)00038-2](https://doi.org/10.1016/s0195-6663(03)00038-2)
98. Kutbi, H. A., Alhatmi, A. A., Alsulami, M. H., Alghamdi, S. S., Albagar, S. M., Mumena, W. A., & Mosli, R. H. (2019). Food neophobia and pickiness among children and associations with socioenvironmental and cognitive factors. *Appetite*, 142, 104373. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104373>
99. Kwon, K. M., Shim, J. E., Kang, M., & Paik, H. (2017). Association between Picky Eating Behaviors and Nutritional Status in Early Childhood: Performance of a Picky Eating Behavior Questionnaire. *Nutrients*, 9(5), 463. <https://doi.org/10.3390/nu9050463>
100. Lafraire, J., Rioux, C., Giboreau, A., & Picard, D. (2016). Food rejections in children: Cognitive and social/environmental factors involved in food neophobia and picky/fussy eating behavior. *Appetite*, 96, 347–357. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.09.008>
101. Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Engel, S. G., Gordon, K. H., Kaye, W. H., & Mitchell, J. E. (2015). Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A conceptual review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 40, 111–122. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.010>
102. Leehr, E. J., Krohmer, K., Schag, K., Dresler, T., Zipfel, S., & Giel, K. (2015). Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity - a systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews/Neuroscience And Biobehavioral Reviews*, 49, 125–134. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.12.008>
103. Linscheid Th.M., Budd, K.S. & Rasnake, L.K. (2003) Pediatric Feeding Problems. In: MC Roberts (Ed), (2003). *Handbook of Pediatric Psychology* (3rd edition, pp. 481-498). New York: The Guilford Press.

104. Łoboś, P., & Januszewicz, A. (2019). Food neophobia in children. *Pediatric Endocrinology, Diabetes And Metabolism*, 25(3), 150–154.
<https://doi.org/10.5114/pedm.2019.87711>
105. Loewen, R., & Pliner, P. (1999). Effects of Prior Exposure to Palatable and Unpalatable Novel Foods on Children's Willingness to Taste Other Novel Foods. *Appetite*, 32(3), 351–366. <https://doi.org/10.1006/appe.1998.0216>
106. Mackey, L. (2017). A temperament based perspective on eating behaviour and appetite in the overweight and obese. <https://doi.org/10.5204/thesis.eprints.103082>
107. Marcelino, A., Adam, A., Couronné, T., Köster, E., & Sieffermann, J. (2001). Internal and external determinants of eating initiation in humans. *Appetite*, 36(1), 9–14.
<https://doi.org/10.1006/appe.2000.0375>
108. Marcontell, D. K., Laster, A. E., & Johnson, J. (2003). Cognitive-behavioral treatment of food neophobia in adults. *Journal Of Anxiety Disorders*, 17(2), 243–251.
[https://doi.org/10.1016/s0887-6185\(01\)00090-1](https://doi.org/10.1016/s0887-6185(01)00090-1)
109. Masters, J. C. (1991). Strategies and mechanisms for the personal and social control of emotion. In *Cambridge University Press eBooks* (pp. 182–207).
<https://doi.org/10.1017/cbo9780511663963.010>
110. McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T., & Hofmann, S. (2011). Gender differences in anxiety disorders: Prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal Of Psychiatric Research*, 45(8), 1027–1035.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.03.006>
111. McQueen, F. (2017). Male emotionality: 'boys don't cry' versus 'it's good to talk'. *Norma*, 12(3–4), 205–219. <https://doi.org/10.1080/18902138.2017.1336877>
112. Mennella, J. A., & Bobowski, N. (2015). The sweetness and bitterness of childhood: Insights from basic research on taste preferences. *Physiology & Behavior*, 152, 502–507. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2015.05.015>
113. Mennella, J. A., & Trabulsi, J. (2012). Complementary Foods and Flavor Experiences: Setting the Foundation. *Annals Of Nutrition & Metabolism*, 60(Suppl. 2), 40–50. <https://doi.org/10.1159/000335337>

114. Mennin, D. S., Holaway, R. M., Fresco, D. M., Moore, M., & Heimberg, R. G. (2007). Delineating Components of Emotion and its Dysregulation in Anxiety and Mood Psychopathology. *Behavior Therapy*, *38*(3), 284–302.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.09.001>
115. Micali, N., Simonoff, E., Elberling, H., Rask, C. U., Olsen, E. M., & Skovgaard, A. M. (2011). Eating Patterns in a Population-Based Sample of Children Aged 5 to 7 Years: Association With Psychopathology and Parentally Perceived Impairment. *Journal Of Developmental And Behavioral Pediatrics/Journal Of Developmental & Behavioral Pediatrics*, *32*(8), 572–580. <https://doi.org/10.1097/dbp.0b013e31822bc7b7>
116. Mills, P. A., Newman, E., Cossar, J., & Murray, G. (2015). Emotional maltreatment and disordered eating in adolescents: Testing the mediating role of emotion regulation. *Child Abuse & Neglect*, *39*, 156–166.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.05.011>
117. Moding, K. J., & Stifter, C. A. (2016). Temperamental approach/withdrawal and food neophobia in early childhood: Concurrent and longitudinal associations. *Appetite*, *107*, 654–662. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.09.013>
118. Moding, K. J., & Stifter, C. A. (2017). Does Temperament Underlie Infant Novel Food Responses?: Continuity of Approach–Withdrawal From 6 to 18 Months. *Child Development*, *89*(4). <https://doi.org/10.1111/cdev.12902>
119. Morris, A. S., Houlberg, B. J., Criss, M. M., & Bosler, C. D. (2017). Family Context and Psychopathology. *John Wiley & Sons, Ltd eBooks*, 365–389.
<https://doi.org/10.1002/9781118554470.ch18>
120. Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S., & Robinson, L. R. (2007). The Role of the Family Context in the Development of Emotion Regulation. *Social Development*, *16*(2), 361–388. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00389.x>
121. Murray, H. B., Bailey, A. P., Keshishian, A. C., Silvernale, C. J., Staller, K., Eddy, K. T., Thomas, J. J., & Kuo, B. (2020). Prevalence and Characteristics of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder in Adult Neurogastroenterology Patients. *Clinical Gastroenterology And Hepatology*, *18*(9), 1995–2002.e1.
<https://doi.org/10.1016/j.cgh.2019.10.030>

122. Mustonen, S., & Tuorila, H. (2010). Sensory education decreases food neophobia score and encourages trying unfamiliar foods in 8–12-year-old children. *Food Quality And Preference*, 21(4), 353–360. <https://doi.org/10.1016/j.foodqual.2009.09.001>
123. Najarpourian, S., Samavi, S. A., & Asadi, N. (2017). Psychometric Properties of the Very Short Form of the Children’s Behavior Questionnaire (CBQ): Investigation of Temperament at 3 to 7 Years. *Quarterly Journal Of Child Mental Health*, 4(3), 165–175. <https://childmentalhealth.ir/article-1-300-en.html>
124. Nicholls, D., Christie, D., Randall, L., & Lask, B. (2001). Selective Eating: Symptom, Disorder or Normal Variant. *Clinical Child Psychology And Psychiatry*, 6(2), 257–270. <https://doi.org/10.1177/1359104501006002007>
125. Nicklaus, S., & Monnery-Patris, S. (2018). Food neophobia in children and its relationships with parental feeding practices/style. *Elsevier eBooks*, 255–286. <https://doi.org/10.1016/b978-0-08-101931-3.00013-6>
126. Nolen–Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal Of Abnormal Psychology*, 100(4), 569–582. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.100.4.569>
127. Nolen–Hoeksema, S., Stice, E., Wade, E., & Bohon, C. (2007). Reciprocal relations between rumination and bulimic, substance abuse, and depressive symptoms in female adolescents. *Journal Of Abnormal Psychology*, 116(1), 198–207. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.116.1.198>
128. Nordin, S., Broman, D. A., Garvill, J., & Nyroos, M. (2004). Gender differences in factors affecting rejection of food in healthy young Swedish adults. *Appetite*, 43(3), 295–301. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2004.07.002>
129. Oakley, P. A. (2015). *Sex, Gender and Society*. Ashgate Publishing, Ltd.
130. Okumuş, B., Dedeoğlu, B. B., & Shi, F. (2021). Gender and generation as antecedents of food neophobia and food neophilia. *Tourism Management Perspectives*, 37, 100773. <https://doi.org/10.1016/j.tmp.2020.100773>
131. Oldershaw, A., Lavender, T., Sallis, H. M., Ståhl, D., & Schmidt, U. (2015). Emotion generation and regulation in anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis of self-report data. *Clinical Psychology Review*, 39, 83–95. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.04.005>

132. Paeratakul, S., Ferdinand, D. P., Champagne, C. M., Ryan, D. H., & Bray, G. A. (2003). Fast-food consumption among US adults and children: Dietary and nutrient intake profile. *Journal Of The American Dietetic Association*, 103(10), 1332–1338. [https://doi.org/10.1016/s0002-8223\(03\)01086-1](https://doi.org/10.1016/s0002-8223(03)01086-1)
133. Palmieri, S., Mansueto, G., Scaini, S., Caselli, G., Sapuppo, W., Spada, M. M., Sassaroli, S., & Ruggiero, G. M. (2021). Repetitive Negative Thinking and Eating Disorders: A Meta-Analysis of the Role of Worry and Rumination. *Journal Of Clinical Medicine*, 10(11), 2448. <https://doi.org/10.3390/jcm10112448>
134. Parke, R. D. (1994). Progress, Paradigms, and Unresolved Problems: A Commentary on Recent Advances in Our Understanding of Children’s Emotions. *Merrill-palmer Quarterly*, 40(1), 157–169. <https://eric.ed.gov/?id=EJ478186>
135. Pelchat, M. L., & Pliner, P. (1995). “Try it. You’ll like it”. Effects of information on willingness to try novel foods. *Appetite*, 24(2), 153–165. [https://doi.org/10.1016/s0195-6663\(95\)99373-8](https://doi.org/10.1016/s0195-6663(95)99373-8)
136. Perone, P., Çınar, Ç., D’ursi, P., Durmuşoğlu, L. R., Lal, V., & Tybur, J. M. (2021). Examining the effect of hunger on responses to pathogen cues and novel foods. *Evolution And Human Behavior*, 42(4), 371–378. <https://doi.org/10.1016/j.evolhumbehav.2021.02.004>
137. Pliner, P., & Hobden, K. L. (1992). Development of a scale to measure the trait of food neophobia in humans. *Appetite*, 19(2), 105–120. [https://doi.org/10.1016/0195-6663\(92\)90014-w](https://doi.org/10.1016/0195-6663(92)90014-w)
138. Pliner, P. (1994). Development of measures of food neophobia in children. *Appetite*, 23, 147–163.
139. Pliner, P., & Loewen, E. R. (1997). Temperament and Food Neophobia in Children and their Mothers. *Appetite*, 28(3), 239–254. <https://doi.org/10.1006/appe.1996.0078>
140. Pliner, P., Salvy, S., Shepherd, R., & Raats, M. (2006). Food neophobia in humans. In *CABI eBooks* (pp. 75–92). <https://doi.org/10.1079/9780851990323.0075>
141. Powell, F. C., Farrow, C., & Meyer, C. (2011). Food avoidance in children. The influence of maternal feeding practices and behaviours. *Appetite*, 57(3), 683–692. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.08.011>

142. Punt, D. J. (2015). FEEL-E. Vragenlijst over emotieregulatie bij volwassenen. Amsterdam: Hogrefe.
143. Putnam, S. P., Gartstein, M. A., & Rothbart, M. K. (2006). Measurement of fine-grained aspects of toddler temperament: The Early Childhood Behavior Questionnaire. *Infant Behavior & Development*, *29*(3), 386–401. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2006.01.004>
144. Putnam, S. P., & Rothbart, M. K. (2006). Development of Short and Very Short Forms of the Children's Behavior Questionnaire. *Journal Of Personality Assessment*, *87*(1), 102–112. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8701_09
145. Radke-Yarrow, M., & Kochanska, G. (1990). Anger in young children. In N. L. Stein, B. Leventhal, & T. Trabasso (Eds.), *Psychological and biological approaches to emotion* (pp. 297–310). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
146. Rahilly, E. (2022). "Well Duh, That's How You Raise a Kid": Gender-Open Parenting in a (Non)Binary World. *LGBTQ+ Family*, *18*(3), 262–280. <https://doi.org/10.1080/27703371.2022.2089309>
147. Ramezani, C. A., & Roeder, C. (1995). Health Knowledge and Nutritional Adequacy of Female Heads of Households in the United States. *The Journal Of Consumer Affairs*, *29*(2), 381–402. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6606.1995.tb00053.x>
148. Rapee, R. M. (2002). The development and modification of temperamental risk for anxiety disorders: Prevention of a lifetime of anxiety?. *Biological Psychiatry* *52*: 947–957.
149. Rhee, K. E., Lumeng, J. C., Appugliese, D. P., Kaciroti, N., & Bradley, R. H. (2006). Parenting Styles and Overweight Status in First Grade. *Pediatrics*, *117*(6), 2047–2054. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2259>
150. Roisman, G. I., Masten, A. S., Coatsworth, J. D., & Tellegen, A. (2004). Salient and Emerging Developmental Tasks in the Transition to Adulthood. *Child Development*, *75*(1), 123–133. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00658.x>
151. Rotella, F., Fioravanti, G., Godini, L., Mannucci, E., Faravelli, C., & Ricca, V. (2015). Temperament and emotional eating: A crucial relationship in eating disorders. *Psychiatry Research*, *225*(3), 452–457. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.068>

152. Rotella, F., Mannucci, E., Gemignani, S., Lazzeretti, L., Fioravanti, G., & Ricca, V. (2018). Emotional eating and temperamental traits in Eating Disorders: A dimensional approach. *Psychiatry Research*, *264*, 1–8.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.03.066>
153. Rothbart, M., & Bates, J. (2006). Temperament. In R. L. W. Damon, & N. Eisenberg (Vol.Eds.), *Handbook of child psychology, Sixth edition: Social, emotional, and personality development: Vol. 3*, (pp. 99–166). New York: Wiley
154. Rothbart, M. K., & Sheese, B. E. (2007). Temperament and emotion regulation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 331–350). New York: Guilford.
155. Rothbart, M. K. (2012). *Advances in temperament: History, concepts, and measures*. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7848230>
156. Rothbart, M. K., & Ahadi, S. A. (1994). Temperament and the development of personality. *Journal Of Abnormal Psychology*, *103*(1), 55–66.
<https://doi.org/10.1037/0021-843x.103.1.55>
157. Rothbart, M. K., Ahadi, S. A., Hershey, K. L., & Fisher, P. A. (2001). Investigations of Temperament at Three to Seven Years: The Children’s Behavior Questionnaire. *Child Development*, *72*(5), 1394–1408. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00355>
158. Russell, C. G., & Russell, A. (2018). Biological and Psychosocial Processes in the Development of Children’s Appetitive Traits: Insights from Developmental Theory and Research. *Nutrients*, *10*(6), 692. <https://doi.org/10.3390/nu10060692>
159. Russell, C. G., & Worsley, A. (2008). A Population-based Study of Preschoolers’ Food Neophobia and Its Associations with Food Preferences. *Journal Of Nutrition Education And Behavior*, *40*(1), 11–19. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2007.03.007>
160. Russell, C. G., & Worsley, A. (2013). Why don’t they like that? And can I do anything about it? The nature and correlates of parents’ attributions and self-efficacy beliefs about preschool children’s food preferences. *Appetite*, *66*, 34–43.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.02.020>
161. Russell, C. G., Worsley, A., & Campbell, K. J. (2015). Strategies used by parents to influence their children’s food preferences. *Appetite*, *90*, 123–130.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.02.038>

162. Rutherford, H. J. V., Wallace, N. S., Laurent, H. K., & Mayes, L. C. (2015). Emotion regulation in parenthood. *Developmental Review, 36*, 1–14.
<https://doi.org/10.1016/j.dr.2014.12.008>
163. Saloojee, H., & Pettifor, J. M. (2001). Iron deficiency and impaired child development. *BMJ. British Medical Journal, 323*(7326), 1377–1378.
<https://doi.org/10.1136/bmj.323.7326.1377>
164. Salters-Pedneault, K., Roemer, L., Tull, M. T., Rucker, L., & Mennin, D. S. (2006). Evidence of Broad Deficits in Emotion Regulation Associated with Chronic Worry and Generalized Anxiety Disorder. *Cognitive Therapy And Research, 30*(4), 469–480.
<https://doi.org/10.1007/s10608-006-9055-4>
165. Saarni, C. (1999). *The development of emotional competence*. Guilford Press.
166. Satter, E. (1990). The feeding relationship: Problems and interventions. *The Journal Of Pediatrics, 117*(2), S181–S189. [https://doi.org/10.1016/s0022-3476\(05\)80017-4](https://doi.org/10.1016/s0022-3476(05)80017-4)
167. Shim, J. E., Kim, J., & Mathai, R. A. (2011). Associations of Infant Feeding Practices and Picky Eating Behaviors of Preschool Children. *Journal Of The American Dietetic Association, 111*(9), 1363–1368. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2011.06.410>
168. Shields, S. A. (2002). *Speaking from the heart: Gender and the social meaning of emotion*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
169. Shiner, R. L., Buss, K. A., McClowry, S., Putnam, S. P., Saudino, K. J., & Zentner, M. (2012). What Is Temperament Now? Assessing Progress in Temperament Research on the Twenty-Fifth Anniversary of Goldsmith et al. (). *Child Development Perspectives, 6*(4), 436–444. <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2012.00254.x>
170. Simione, M., Loret, C., Révérend, B. L., Richburg, B., Del Valle, M., Adler, M., Moser, M., & Green, J. R. (2018). Differing structural properties of foods affect the development of mandibular control and muscle coordination in infants and young children. *Physiology & Behavior, 186*, 62–72.
<https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2018.01.009>
171. Skinner, K. D., Rojas, S. M., & Veilleux, J. C. (2016). Connecting Eating Pathology with Risk for Engaging in Suicidal Behavior: The Mediating Role of Experiential

- Avoidance. *Suicide & Life-threatening Behavior/Suicide And Life-threatening Behavior*, 47(1), 3–13. <https://doi.org/10.1111/sltb.12249>
172. Sousa, M., Peixoto, M. M., Cruz, O., & Cruz, S. (2023). The Relationship Between Temperament Characteristics and Emotion Regulation Abilities in Institutionalized and Noninstitutionalized Children. *Psychological Studies/Psychological Studies*, 68(3), 421–433. <https://doi.org/10.1007/s12646-023-00735-5>
 173. Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in Cognitive Sciences*, 9(2), 69–74. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2004.12.005>
 174. Steinsbekk, S., Bjørklund, O., Llewellyn, C., & Wichstrøm, L. (2020). Temperament as a predictor of eating behavior in middle childhood – A fixed effects approach. *Appetite*, 150, 104640. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104640>
 175. Stifter, C. A., & Moding, K. J. (2019). Temperament in obesity-related research: Concepts, challenges, and considerations for future research. *Appetite*, 141, 104308. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.05.039>
 176. Tauriello, S., Moding, K. J., Aronoff, N., Kubinieć, E., & Anzman-Frasca, S. (2023). Examining links between child temperament and feeding, eating, and weight outcomes: An updated systematic review of the literature. *Eating Behaviors*, 49, 101739. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2023.101739>
 177. Taylor, C. M., & Emmett, P. M. (2018). Picky eating in children: causes and consequences. *Proceedings Of The Nutrition Society*, 78(02), 161–169. <https://doi.org/10.1017/s0029665118002586>
 178. Taylor, C. M., Northstone, K., Wernimont, S. M., & Emmett, P. M. (2016). Macro- and micronutrient intakes in picky eaters: a cause for concern? *The American Journal Of Clinical Nutrition*, 104(6), 1647–1656. <https://doi.org/10.3945/ajcn.116.137356>
 179. Thompson, R. A. (2014). Socialization of emotion and emotion regulation in the family. In *Handbook of emotion regulation*, 2nd ed. The Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2013-44085-011>
 180. Tsai, K., Singh, D., & Pinkhasov, A. (2016). Pudendal nerve entrapment leading to avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID): A case report. *The International Journal Of Eating Disorders/International Journal Of Eating Disorders*, 50(1), 84–87. <https://doi.org/10.1002/eat.22601>

181. Thompson, R. A. (1994). Emotion Regulation: A Theme in Search of Definition. *Monographs Of The Society For Research in Child Development*, 59(2/3), 25.
<https://doi.org/10.2307/1166137>
182. Van Strien, T., & Ouwens, M. A. (2007). Effects of distress, alexithymia and impulsivity on eating. *Eating Behaviors*, 8(2), 251–257.
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2006.06.004>
183. Veijalainen, J., Reunamo, J., & Heikkilä, M. (2019). Early gender differences in emotional expressions and self-regulation in settings of early childhood education and care. *Early Child Development And Care*, 191(2), 173–186.
<https://doi.org/10.1080/03004430.2019.1611045>
184. Ventura, A. K., & Birch, L. L. (2008). Does parenting affect children's eating and weight status? *The International Journal Of Behavioural Nutrition And Physical Activity*, 5(1), 15. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-5-15>
185. Ventura, A. K., & Mennella, J. A. (2011). Innate and learned preferences for sweet taste during childhood. *Current Opinion in Clinical Nutrition And Metabolic Care*, 14(4), 379–384. <https://doi.org/10.1097/mco.0b013e328346df65>
186. Walden, T. A., & Smith, M. C. (1997). Emotion regulation. *Motivation and Emotion*, 21, 7–25.
187. Werner, K., Goldin, P. R., Ball, T. M., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2011). Assessing emotion regulation in social Anxiety Disorder: The Emotion Regulation Interview. *Journal Of Psychopathology And Behavioral Assessment*, 33(3), 346–354.
<https://doi.org/10.1007/s10862-011-9225-x>
188. Westwood, H., Kerr-Gaffney, J., Ståhl, D., & Tchanturia, K. (2017). Alexithymia in eating disorders: Systematic review and meta-analyses of studies using the Toronto Alexithymia Scale. *Journal Of Psychosomatic Research*, 99, 66–81.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.06.007>
189. Wolstenholme, H., Kelly, C., Hennessy, M., & Heary, C. (2020). Childhood fussy/picky eating behaviours: a systematic review and synthesis of qualitative studies. *The International Journal Of Behavioural Nutrition And Physical Activity*, 17(1).
<https://doi.org/10.1186/s12966-019-0899-x>

190. Wright, C., Parkinson, K., Shipton, D., & Drewett, R. (2007). How Do Toddler Eating Problems Relate to Their Eating Behavior, Food Preferences, and Growth? *Pediatrics*, *120*(4), e1069–e1075. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-2961>
191. Yap, M. B. H., Allen, N. B., & Sheeber, L. (2007). Using an Emotion Regulation Framework to Understand the Role of Temperament and Family Processes in Risk for Adolescent Depressive Disorders. *Clinical Child And Family Psychology Review*, *10*(2), 180–196. <https://doi.org/10.1007/s10567-006-0014-0>
192. Zalewski, M., Lengua, L. J., Wilson, A. C., Trancik, A., & Bazinet, A. (2011). Emotion Regulation Profiles, Temperament, and Adjustment Problems in Preadolescents. *Child Development*, *82*(3), 951–966. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2011.01575.x>
193. Zahn-Waxler, C. (2001). The development of empathy, guilt, and internalization of distress: Implications for gender differences in internalizing and externalizing problems. In R. Davidson (Ed.), *Anxiety, depression, and emotion: Wisconsin symposium on emotion, Vol. I* (pp. 222–265). New York: Oxford Press
194. Zickgraf, H. F., & Elkins, A. R. (2018). Sensory sensitivity mediates the relationship between anxiety and picky eating in children/ adolescents ages 8–17, and in college undergraduates: A replication and age-upward extension. *Appetite*, *128*, 333–339. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.06.023>
195. Zimmer-Gembeck, M. J., Rudolph, J., Kerin, J., & Bohadana-Brown, G. (2021). Parent emotional regulation: A meta-analytic review of its association with parenting and child adjustment. *International Journal Of Behavioral Development*, *46*(1), 63–82. <https://doi.org/10.1177/01650254211051086>
196. Zohar, A. H., Lev-Ari, L., & Bachner-Melman, R. (2019). Child and Maternal Correlates of Picky Eating in Young Children. *Psychology*, *10*(09), 1249–1261. <https://doi.org/10.4236/psych.2019.109080>
197. Zuckerman, M., Kolin, E. A., Price, L., & Zoob, I. (1964). Development of a sensation-seeking scale. *Journal Of Consulting Psychology*, *28*(6), 477–482. <https://doi.org/10.1037/h0040995>

Bijlagen

Bijlage 1: het psychobiologische model van Rothbart

In het model van Rothbart et al. (2006) kunnen we temperament beschrijven als individuele verschillen in reactiviteit en regulatie. Enerzijds gaat reactiviteit over de mate waarin neurale systemen geprikkeld worden. Rothbart (2012) duidt deze neurale systemen aan met de drie A's: Affect, Activiteit en Aandacht. (1) Het affectstelsel is de reactieve tendens om emoties te ervaren en uit te drukken. Binnen dit systeem wordt er een onderscheid gemaakt tussen het ervaren van positieve en negatieve emoties. (2) Het activiteitensysteem verwijst naar de motorische activiteit, zoals de snelheid, de mate en intensiteit van praten en bewegen. (3) Het aandachtssysteem verwijst naar alertheid en het vlug omschakelen van aandacht bij prikkeling. Anderzijds verwijst regulatie in het model van Rothbart naar de processen die de modulatie van deze automatische, onwillekeurige reactiviteit mogelijk maken. Dit model beschreef oorspronkelijk het temperament tijdens de eerste levensjaren, maar dit werd later uitgebreid naar oudere leeftijdsgroepen, zoals kleuters (Rothbart, Ahadi, Hershey, & Fisher, 2001), lagere school kinderen en adolescenten (Ellis & Rothbart, 2001), en sinds kort ook voor peuters (Putnam, Gartstein, & Rothbart, 2006) en volwassenen (Evans & Rothbart, 2007).

Bijlage 2: overzicht angstige maladaptieve emotieregulatiestrategieën

De maladaptieve strategie terugtrekken heeft betrekking op het feit dat je niet wilt dat anderen zien dat je bang bent. Bij zelfevaluatie verwijst men naar het denken, waarbij je ervan uitgaat dat het alleen jouw probleem is en de fout bij jezelf moet worden gelegd. De strategie opgeven heeft betrekking op het denken dat je niets kan doen om je angst te veranderen. Met rumineren wordt bedoeld dat men voortdurend blijft denken en piekeren waarom je je bang voelde en de gedachten die ermee gepaard gaan niet meer uit je hoofd kan krijgen. Met de strategie negatief denken verwijst men naar de catastrofale gedachten, namelijk het denken dat wat je hebt meegemaakt onoverkomelijk is. Tot slot heeft de strategie anderen de schuld geven betrekking op het denken dat de schuld voornamelijk bij de ander ligt (Janzen, 2015).

Titel Masterproef: Kleine eters, grote angsten: de modererende rol van temperament en geslacht in de relatie tussen ouderlijke emotieregulatie en voedselneofobie bij jonge kinderen

Naam student(e): Rani Masureel

Naam promotor: Prof. Dr. Sandra Verbeken

Studentennummer: 01703918

Naam begeleid(st)er: Juliette Taquet

Academiejaar: 2023 - 2024

Examenperiode: 1 2

Hieronder dient de student(e) aan te geven wat zijn/haar bijdrage is, alsook wat de bijdrage is van de begeleid(st)er, de promotor, of een derde persoon (bv. een andere student, in het geval van een geassocieerde Masterproef) in het tot stand komen van de onderzoeksvraag, de data-verzameling en de data-analyse.

Bijdrage door...	Onderzoeksvraag	Data-verzameling	Data-analyse
Student(e)	<p>In eerste instantie heb ik een grondige literatuurstudie uitgevoerd om meer te leren over eetproblemen bij jonge kinderen. Vervolgens heb ik zelf de vragenlijst ingevuld die bij de ouders werd afgenomen, om een beter inzicht te krijgen in welke variabelen ik kon kiezen om te onderzoeken voor mijn masterproef. Daarna heb ik een top 5 opgesteld van de variabelen die ik interessant vond en die naar mijn begeleidster doorgestuurd. Na haar feedback ben ik gericht op zoek gegaan naar wetenschappelijke artikels die meer informatie konden bieden over de gekozen variabelen, namelijk voedselneofobie, emotieregulatie en temperament. Dit stelde me in staat om de probleemstelling en onderzoeksvragen te bekomen.</p> <p>Naar aanleiding hiervan heb ik, op advies van mijn begeleidster, twee moderatiemodellen</p>	<p>Samen met een andere medestudente heb ik de dataverzameling uitgevoerd.</p> <p>Binnen mijn vrienden- en kennissenkring heb ik ouders proberen rekruteren om deel te nemen aan het onderzoek, en heb ik oproepen gelanceerd in verschillende groepen via verschillende sociale mediaplatforms (Facebook, Instagram en LinkedIn).</p> <p>Daarnaast heb ik mails gestuurd naar directeurs van verschillende lagere scholen om via hen de toestemming te verkrijgen voor het verspreiden van een folder en informatiebrief onder de ouders en de kinderen die op deze scholen zaten.</p> <p>Tevens heb ik verschillende gezondheidsverstrekkers gecontacteerd en het netwerk van mijn ouders aangesproken om zo veel mogelijk kandidaten te rekruteren voor het invullen van de vragenlijst of om de boodschap verder te verspreiden.</p>	<p>Ik kreeg de vrijheid om zelf mijn data-analysemethode te kiezen en heb besloten om met SPSS te werken.</p> <p>De opgekuiste dataset, aangeleverd door mijn begeleidster, heb ik nog verder diepgaand gescreend op onregelmatigheden en gefinetuned. Vervolgens heb ik de descriptieve analyses berekend.</p> <p>Daarnaast heb ik ook de Cronbach's alfa's berekend voor mijn variabelen op beide meetmomenten</p> <p>Om de variabelen te onderzoeken voerde ik binnen SPSS een Ancova-analyse uit om de controlevariabelen te identificeren die samenhangen met de afhankelijk variabele. Deze werden vervolgens meegenomen in de verdere analyses. Daarna werden verschillende lineaire regressieanalyses uitgevoerd om zowel hoofdeffecten als interactie-effecten te onderzoeken.</p>

	<p>uitgewerkt die een visuele weergave gaven van de variabelen die ik wilde onderzoeken en welke mogelijke verbanden daartussen kunnen zijn. Op basis van wetenschappelijke evidentie, kon ik hypothesen opstellen die ik uiteindelijk kon toetsen.</p> <p>Na de deadline heb ik de feedback die ik heb gekregen verwerkt.</p>	<p>Door zelf de vragenlijst in te vullen die bij de ouders werd afgenomen, en in combinatie met de samenvatting van de gebruikte meetinstrumenten die mijn begeleidster mij verleende, kreeg ik een beter inzicht in welke variabelen ik voor mijn masterproef kon gebruiken en welke meetinstrumenten hiervoor nodig waren. Specifiek, de FEEL-E voor emotieregulatie bij de ouder, de CBQ voor temperamentskenmerken bij het kind, en de CFNS voor voedselneofobie bij het kind.</p> <p>Dit stelde me in staat om doelgericht te zoeken naar de betrouwbaarheid en validiteit van de gebruikte meetinstrumenten in de wetenschappelijke literatuur, en deze uitgebreid te beschrijven.</p>	<p>Vervolgens heb ik beschreven welke verbanden statistisch significant waren en welke niet, en heb ik hiervoor mogelijke verklaringen gegeven. Tevens heb ik de sterktes en beperkingen van de studie aangekaart. Tot slot kwamen ook de implicaties voor toekomstig onderzoek en de praktijk aan bod.</p>
Promotor	<p>De promotor heeft de masterproef nagelezen op een vooraf vastgelegd intervisiemoment en feedback gegeven op de verschillende onderdelen, die ik tegen de einddeadline heb verwerkt.</p>	<p>De promotor heeft de masterproef nagelezen op een vooraf vastgelegd intervisiemoment en feedback gegeven op de verschillende onderdelen, die ik tegen de einddeadline heb verwerkt.</p>	<p>De promotor heeft de masterproef nagelezen op een vooraf vastgelegd intervisiemoment en feedback gegeven op de verschillende onderdelen, die ik tegen de einddeadline heb verwerkt.</p>
Begeleid(st)er	<p>Er werd eerst een teamvergadering gepland waarin ik uitleg kreeg over de probleemstelling en onderzoeksvragen, en hoe ik deze het beste kon aanpakken. Tijdens deze bijeenkomst stelde mijn begeleidster voor om op basis van variabelen die mij interesseerden een top 5 op te stellen, waaruit ik vervolgens kon kiezen om mijn onderzoeksvragen te formuleren. Daarnaast werd voorgesteld om de vragenlijst die bij de ouders</p>	<p>Aangezien mijn masterproef gebaseerd is op het doctoraatsonderzoek van mijn begeleidster, kon ik gebruik maken van de bestaande vragenlijsten om de variabelen die ik wilde onderzoeken te verkennen. Er werd een samenvatting doorgestuurd waarin een overzicht werd gegeven van de gebruikte vragenlijsten in het doctoraatsonderzoek, inclusief uitleg over de subschalen, items en de beoogde metingen.</p>	<p>Er werd een teamvergadering gepland om uitleg te geven over mijn dataset binnen SPSS.</p> <p>Mijn begeleidster heeft de ruwe dataset in eerste instantie opgekuist en de subschalen berekend voor de variabelen van mijn studie. Vervolgens heeft ze ook een overzicht gegeven van de analyses die in SPSS moeten worden uitgevoerd om mijn variabelen te onderzoeken.</p>

	<p>werd afgenomen eerst zelf in te vullen, om zo een beter inzicht te verkrijgen in de onderzochte variabelen en om inspiratie op te doen voor potentiële onderzoeksvragen.</p> <p>Vervolgens werd er een deadline vastgelegd voor de afronding van dit onderdeel, waarop achteraf feedback werd gegeven.</p>	<p>Voor de dataverzameling werd een teamvergadering gepland met de andere student om te bespreken hoe we zoveel mogelijk mensen konden rekruteren om deel te nemen aan het onderzoek.</p> <p>Ouders die geïnteresseerd waren om deel te nemen aan het onderzoek, konden een e-mail sturen naar mijn begeleidster en ontvingen vervolgens een unieke code om de vragenlijst in te vullen.</p>	<p>Tot slot werd een deadline vastgelegd waarop zij vervolgens feedback gaf.</p>
Derde persoon	/	<p>De dataverzameling verliep in samenwerking met een andere student, met als doel zoveel mogelijk ouders te rekruteren voor het onderzoek.</p>	/

Het tot stand komen van de onderzoeksvraag omvat, bijvoorbeeld:

- Het bedenken van de probleemstelling/onderzoeksvraag
- Het afbakenen en nauwkeurig formuleren van de probleemstelling/onderzoeksvraag
- Aantonen van het theoretisch, praktisch en/of methodologisch belang van de probleemstelling/onderzoeksvraag

De data-verzameling omvat, bijvoorbeeld:

- Selecteren en afbakenen van de steekproef en onderzoekssetting
- Adequaat beschrijven en verantwoorden van de steekproef en onderzoekssetting
- Keuze van gebruikte meetinstrumenten
- Operationalisatie van constructen
- Rekruteren van de deelnemers
- Bevragen/observeren van de deelnemers
- Inputten van de data

De data-analyse omvat, bijvoorbeeld:

- Keuze en omschrijving van analysemethode/analysetechnieken
- Uitvoeren van transformaties op ruwe data
- Effectieve data-analyses op 'opgekuiste' data
- Interpretieren van de resultaten
- Uitschrijven van de resultaten
- Onderzoeken en motiveren van de betrouwbaarheid van de bekomen resultaten

Handtekening student(e):

A handwritten signature in black ink, appearing to be a stylized name, possibly 'M. J. J. J.', written in a cursive style.

Handtekening promotor:

A handwritten signature in blue ink, clearly legible as 'Verbeke', written in a cursive style.