

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

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

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

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Van gokken en gamen tot facebook en food: alles een verslaving?

ANNEKE GOUDRIAAN, LAURA DEFUENTES-MERILLAS, ILSE NIJS &
TONY VAN ROOIJ

Samenvatting

In de afgelopen tien jaar is er toenemende belangstelling voor gedragsmatige verslavingen. Inmiddels is er op basis van de overlap in klinische kenmerken, neurobiologie, genetische kwetsbaarheid en effectiviteit van behandelingen internationale consensus dat problematisch gokken gezien kan worden als een gedragsverslaving. In dit artikel wordt naast problematisch gokken aandacht besteed aan excessief internetten, gamen en gebruik van sociale media, en wordt nagegaan of ook in deze gevallen gesproken kan worden van een gedragsverslaving. Tot slot wordt stilgestaan bij eetproblematiek en met name de eetbuistoornis: in hoeverre liggen hier ook mechanismen aan ten grondslag die vergelijkbaar zijn met de gedragsverslavingen? Achtergrond, nieuwe onderzoeksinzichten en evidentie wat betreft behandeling van deze stoornissen worden toegelicht.

Trefwoorden: gedragsverslaving, gokverslaving, eetbuistoornis, internet, overzichtsartikel

INLEIDING

Gedragsmatige verslavingen staan de laatste jaren erg in de belangstelling. Gokverslaving werd in 2013 als eerste gedragsmatige verslaving opgenomen in de DSM-5, onder de nieuwe categorie ‘middelgerelateerde en verslavingsstoornissen’ (DSM-5; American Psychiatric Association, 2014). Dit gebeurde op basis van onderzoek dat vooral in de voorafgaande tien tot vijftien jaar gedaan was. Vanwege overeenkomsten met stoornissen in middelengebruik wat betreft symptomen, etiologie, neurobiologie en behandeling, werd gokverslaving daarom ondergebracht bij middelgerelateerde en verslavingsstoornissen. Het opnemen van een eerste niet-middelengebonden

verslavingsstoornis in deze categorie is een belangrijke verschuiving in het denken en behandelen van gedragsmatige verslavingen. In recent onderzoek van andere gedragsmatige stoornissen, zoals overmatig gamen, staat ook vaak de vraag centraal in hoeverre de verslavende aspecten van deze activiteiten gedragsmatig en neurobiologisch overeenkomen met middelgerelateerde verslavingen (Kuss & Griffiths, 2012). In dit artikel worden het vóórkomen, nieuw onderzoek en behandelmogelijkheden gepresenteerd voor probleemgokken en excessieve videogaming. Ook wordt ingegaan op de vraag of er zoiets bestaat als een ‘sociale mediaverslaving’, en wordt ingegaan op de vraag of eetproblematiek en de eetbuistoornis gezien kunnen worden als verslaving – waarbij het bij eten strikt genomen wel gaat om inname van een ‘middel’, namelijk voedsel.

PATHOLOGISCH GOKKEN

.....

Definitie en prevalentie

.....

Problematisch gokken wordt gekenmerkt door verlies van controle over gokgedrag en het in grote mate beheerst worden door gokken, doordat er veel tijd en geld aan wordt besteed. Ook is kenmerkend dat gokgedrag een sterk negatieve invloed kan hebben op iemands werkleven (iemand gaat bijvoorbeeld gokken in plaats van naar zijn werk) of relaties (de gokker leent bij collega's, familie of vrienden geld, dat hij niet kan terugbetalen). De gokproblematiek kan door de schulden en de negatieve financiële gevolgen – ook lang na behandeling – grote invloed hebben op iemands leven. De meerderheid van de mensen die zich met problematisch gokken aanmelden bij de hulpverlening gokt op fruitautomaten (90%, zowel binnen als buiten casino's) of speelt casinospelen (30%). On- en offline pokeren zijn in de afgelopen jaren toegenomen als redenen voor aanmelding (Bieleman et al., 2011).

Uit recent prevalentieonderzoek blijkt dat zo'n 87% van de Nederlandse bevolking ooit heeft gegokt (Bieleman et al., 2011). Aan de andere kant blijkt maar een relatief klein aantal van hen problemen met gokken te hebben gehad. Net als bij ander gedrag dat in principe tot een verslaving kan leiden, zoals alcoholgebruik, ontwikkelt maar een klein deel van de mensen die gokken daadwerkelijk gokproblematiek. De *lifetime*-prevalentie – het vóórkomen van gokproblemen in één bepaalde periode in het leven – was 1%, terwijl de jaarprevalentie op 20 duizend probleemgokkers en 90 duizend risicospelers werd geschat (Bieleman et al., 2011). Dit is redelijk vergelijkbaar met de prevalentie van problematisch gokken in landen als Zweden (Volberg, Abbott, Ronnberg, & Munck, 2001) en iets hoger dan de prevalentie van het ernstiger profiel van pathologisch gokken (0,42%) in de Verenigde Staten (Petry, Stinson, & Grant, 2005).

Het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (<http://www.sivz.nl/nl/ladis/kerncijfers>), dat jaarlijks de actuele inzichten rapporteert over de ontwikkeling van de hulpvraag binnen de verslavingszorg, laat zien dat in 2013 de hulpvraag van cliënten met gokproblemen voor het derde opeenvolgende jaar daalde. Wat betreft de klinische kenmerken van cliënten met een gokverslaving zijn mannen oververtegenwoordigd (86%). Ook werklozen en alloctonen hebben een grotere kans gokverslaafd te zijn (Bieleman et al., 2011; Goudriaan & DeFuentes-Merillas, 2012). Uit internationaal onderzoek blijkt verder dat vooral adolescenten en jongvolwassenen vaker gokproblemen hebben dan op basis van de demografische samenstelling te verwachten is. In het Nederlandse prevalentieonderzoek werden zeer ruime leeftijdscategorieën gebruikt (18-35), waardoor dit patroon waarschijnlijk niet gevonden kon worden.

Onderzoek naar problematisch gokken: inzichten en ontwikkelingen

Hieronder worden de belangrijkste biologische, psychologische en sociale factoren beschreven die van invloed zijn bij het ontstaan van een gokverslaving. Het is daarbij belangrijk om in het achterhoofd te houden dat deze factoren niet los van elkaar functioneren, maar ook onderling verbonden zijn en interacties met elkaar kunnen aangaan.

Biologische factoren — Biologische factoren zijn belangrijk als verklaring voor problematisch gokken. Zo blijkt uit tweelingenonderzoek dat 62% van de variantie voor de diagnose pathologisch gokken wordt verklaard door gedeelde genetische factoren, wat een vergelijkbaar percentage is als bij middelenafhankelijkheid gevonden wordt. Bepaalde boodschapperstoffen in het brein, waarvan de hoeveelheid genetisch bepaald wordt, komen meer voor bij problematische gokkers dan bij gezonde controlepersonen. Verder zijn er in beeldvormende hersenstudies (functionele MRI-studies) aanwijzingen gevonden voor afwijkingen in het verwerken van signalen die gerelateerd zijn aan gokken, de zogenaamde ‘gok-cues’ (dit wil zeggen dat er een grotere reactie in beloningsgebieden wordt gevonden bij het zien van gokfoto’s of -films) en een verminderd vermogen het eigen gedrag te remmen. Dit laatste verschijnsel geldt zowel in het algemeen, maar ook specifiek voor gokgedrag. Een verminderd vermogen om eigen gedrag te remmen is een voorspeller voor het later ontstaan van gokproblematiek, terwijl grotere cue-reactiviteit, zoals gemeten door hogere reactiviteit van beloningsgebieden in het brein bij het kijken naar gokfoto’s, te maken lijkt te hebben met de ernst van de gokproblematiek, en eerder het gevolg lijkt van gokproblematiek (voor een overzicht van recent onderzoek, zie: Goudriaan, Yücel, & van Holst, 2014).

Samengevat kan gesteld worden dat genetische, neurocognitieve en neurobiologische factoren een kwetsbaarheid vormen voor het ontstaan van gok-

problematiek. Deze kwetsbaarheid, in combinatie met omgevingsfactoren, zoals de beschikbaarheid van verschillende mogelijkheden tot gokken, kan het ontstaan en voortduren van pathologisch gokken bevorderen (Goudriaan & DeFuentes-Merillas, 2012).

Psychologische factoren — Verschillende psychologische factoren zijn gerelateerd aan het ontstaan van gokproblematiek.

Uit epidemiologische onderzoeken blijkt dat pathologische gokkers aanzienlijk vaker psychische stoornissen en/of middelenproblematiek hebben in vergelijking met mensen zonder gokproblemen. Mensen met psychiatrische stoornissen hebben ongeveer zeventien keer meer kans om pathologisch gokken te ontwikkelen dan mensen zonder dergelijke stoornissen. Onder pathologische gokkers is de kans op het ontstaan van een stemmingsstoornis vier keer groter, de kans op ontstaan van een angststoornis drie keer groter, en de kans op ontstaan van een stoornis in middelengebruik vijf keer groter dan onder niet-pathologische gokkers (Shaffer & Martin, 2011).

Een aantal belangrijke psychologische mechanismen die een rol spelen bij de verslavende potentie van gokken zijn (1) de onregelmatige intermitterende bekrachtiging van winsten bij gokspelen, zoals fruitautomaten, maar ook bijvoorbeeld roulette, (2) de rol van verwachtingen (*near misses*) en (3) cognitieve illusies, zoals een bovenmatige aandacht voor winsten. Ook een aantal spelmechanismen zijn geassocieerd met een hogere verslavingspotentie: een kortere uitbetalingsinterval, zoals bij spelen op fruitautomaten en deelname aan casinospelen, blijkt sterk met gokproblematiek samen te hangen, terwijl gokactiviteiten waarbij een langere tijd ligt tussen inzet en uitkomst, zoals bij deelname aan loterijen, nauwelijks samenhangen met gokproblematiek. Andere factoren die zorgen voor een hogere verslavingspotentie bij gokken zijn inzet (hoe hoger, hoe verslavender) en de suggestie dat men zelf invloed heeft op de uitkomst van het kansspel (*illusion of control*), waardoor de suggestie gewekt wordt dat het gaat om behendigheid, in plaats van kans (Goudriaan & DeFuentes-Merillas, 2012).

Sociale factoren — Sociale factoren beïnvloeden zowel de deelname aan kansspelen als de kans op problematisch gokken. Mensen die dicht bij een casino wonen en mensen die in een achterstandswijk wonen hebben vaker gokproblemen (Goudriaan & DeFuentes-Merillas, 2012). Een grotere toegankelijkheid van gokgelegenheden hangt ook samen met een hogere kans op het ontwikkelen van gokproblematiek. De maatschappelijke discussie over het legaliseren van het online gokken op de Nederlandse markt (momenteel nog illegaal) en de mogelijke gevolgen daarvan voor het stijgen van het aantal mensen met gokproblematiek heeft legalisatie tot nu toe in de weg gestaan. Het ligt echter in de verwachting dat de Tweede Kamer zeer binnenkort hierover een wetsvoorstel beoordeelt (juni 2015). Hierbij wordt de redenering gevolgd dat het beter is een gereguleerd aanbod van kans-

spelen te hebben – waarbij er controle is op de aanbieders en bijvoorbeeld de winstkansen – tegenover de huidige situatie, waarin veel mensen deelnemen aan illegaal gokaanbod.

BEHANDELING VAN PROBLEMATISCH GOKKEN

.....

Wetenschappelijke evidentie

.....

In de afgelopen jaren was er een toename van gerandomiseerde gecontroleerde studies die de effectiviteit aantonen van cognitieve gedragstherapie voor de behandeling van gokproblematiek. In twee meta-analyses door Pallesen et al. (Pallesen, Mitssem, Kvale, Johnsen, & Molde, 2005; Pallesen et al., 2007) werd gevonden dat *psychologische* behandelingen, die voornamelijk bestonden uit cognitief-gedragmatige interventies, een grotere effectgrootte hadden dan farmacologische behandelingen, en dat farmacologische behandelingen effectiever zijn dan geen behandeling (*effect size* psychologische behandeling: 2,01; *effect size* farmacologische behandeling: 0,78; Pallesen et al., 2005). Bij de farmacologische behandelingen lijken met name naltrexon en nalmeleen (opioïde receptorantagonisten) effectief, terwijl van de antidepressiva alleen paroxetine effectief bleek, en het laatste middel in een Australische richtlijn alleen wordt aangeraden bij comorbide depressie of angstproblematiek (Problem Gambling Research and Treatment Centre, 2011).

In een recenter literatuuroverzicht werd door Stea en Hodgins (2011) onderzocht welke wetenschappelijke basis er was voor zeven verschillende behandelmethoden voor gokproblematiek. De effectiviteit van deze behandelmethoden werd geclassificeerd volgens de criteria van de American Psychological Association (APA), waarbij voor behandelingen in categorie I de sterkste evidentie is, en de evidentie terugloopt bij behandelingen in categorie II en III. Cognitieve gedragstherapie, en korte, motiverende en zelfgerichte behandelingen, werden beoordeeld als behandelingen in categorie I en II, maar ook farmacotherapie werd gerangschikt als behandeling in categorie I. Psychodynamische benaderingen en Anonieme-Gokkers-benaderingen werden als behandeling in categorie III gekwalificeerd. In een Cochrane Review naar de effectiviteit van psychologische interventies bij pathologisch gokken (Cowlshaw et al., 2012) wordt ook geconcludeerd dat van de psychologische interventies voor deze aandoening er de meest evidentie bestaat voor CGT, en dat individuele behandeling even effectief is als groepsbehandeling. Een Australische richtlijn voor de behandeling van gokproblematiek benadrukt ook de evidentie voor CGT, en in sommige gevallen voor naltrexon (Problem Gambling Research and Treatment Centre, 2011).

Beschrijving CGT-behandeling

.....

De behandeling van gokproblematiek lijkt in veel opzichten op de behandeling van middelenproblematiek. Voor een uitgebreide beschrijving van de cognitief gedragstherapeutische behandeling bij problematisch gokken verwijzen we naar bijvoorbeeld Schippers, Smeerdijk, en Merckx (2013). De behandelmethoden voor gokproblematiek worden daarom in dit bestek niet in detail besproken. *Evidence-based* cognitieve gedragsbehandeling van gokproblematiek zou in ieder geval de volgende onderdelen moeten bevatten:

- 1 Inzetten op de hulpvraag van de cliënt en zijn motivatie om zijn doel te bereiken.
- 2 Psycho-educatie over de aard en de kenmerken van pathologisch gokken.
- 3 Functieanalyse om zowel de uitlokkende als de in stand houdende factoren van het gokken in kaart brengen. Deze factoren bepalen voor een groot deel de behandelinterventies en de volgorde ervan (zoals zelfcontrolemechanismen leren, vaardigheden trainen, enzovoort).
- 4 De toepassing van gedragsexterne maatregelen (stimuluscontrole) om met gokken te stoppen of het onder controle te krijgen op de korte termijn. Deze maatregelen behelzen bijvoorbeeld het verminderen van de beschikbaarheid van geld, het zichzelf op een lijst laten zetten van personen met een toegangsverbod voor casino's of een gokhal, het inzetten van een filter bij online gokken en het overdragen van de financiën aan een belangrijke ander. Ook behoort hiertoe het vergroten van de belonende waarde van plezierige activiteiten (natuurlijke bekrachtigers) als alternatief voor de belonende waarde van gokken.
- 5 Het uitdagen van 'gokillusies' of irrationele gedachten (veranderen van gedachten).
- 6 Terugvalpreventie, gericht op het trainen van de patiënt om risicovolle situaties voor terugval, zoals sociale druk, negatieve emoties (bijvoorbeeld angst, depressie en woede) en interpersoonlijke conflicten, te identificeren, en het verstrekken van geschikte strategieën voor het omgaan met problematische situaties.

INTERNETVERSLAVING, GAMING EN SOCIALE MEDIA

.....

Definitie en prevalentie

.....

Bij problematisch (verslavend) internetgebruik gaat het om mensen die aangeven het soms best lastig vinden te stoppen met hun internetgebruik, terwijl ze door het vele internetgebruik toch enige problemen ondervinden.

We maken bij het bespreken van verslavend gedrag via internet onderscheid tussen enerzijds problematisch (verslavend) internetgebruik binnen de algemene bevolking en anderzijds verslaving, dat we reserveren voor cliënten die in behandeling zijn voor internetgebruik.

In Nederland lopen de prevalentieschattingen voor problematisch internetgebruik uiteen van zo'n 1% van de algemene bevolking (Meerkerk, van Rooij, Amadmoestar, & Schoenmakers, 2009) tot zo'n 5-6% onder jonge adolescenten. Onderzoek richt zich echter steeds vaker op meer specifieke vormen van problematisch internetgebruik, zoals gaming, gokken, erotica en sociale media. We besteden in dit artikel apart aandacht aan de twee gedragingen die exclusief gekoppeld zijn aan internetgebruik: (online) gamen en sociale media.

Problematisch gamegedrag: onderzoek onder de algemene bevolking

Verskillende onderzoeken laten zien dat gamen een versturende invloed kan hebben op school, werk en *real life*-contacten (Chappell, Eatough, Davies, & Griffiths, 2006). Wetenschappers zijn verdeeld over de vraag of men gamen een verslaving moet noemen. Sommige auteurs beargumenteren op klinische gronden dat een officiële diagnose voor gameverslaving mogelijk nodig is. Er zijn immers patiënten die controleverlies ervaren, niet kunnen minderen ondanks dat ze dit willen, en door het gamen in de problemen komen omdat ze sociale contacten, school of werk verwaarlozen (Block, 2008). Anderen beweren dat 'gameverslaving' vooralsnog meer gebaseerd is op paniekberichten uit de media dan op feiten. Uit een Nederlands onderzoek bij patiënten die zich met gameproblematiek hadden aangemeld voor behandeling binnen een verslavingszorginstelling kwam naar voren dat 94,5% man was, met een gemiddelde leeftijd van 25 jaar (DeFuentes-Merillas, Erp, Mil, & Dijkstra, 2012). Deze patiënten meldden zich voor gameproblematiek, waarbij iets minder dan een kwart van hen (24%) uitsluitend leed aan gameverslaving, terwijl de andere 76% naast gameverslaving andere comorbide psychiatrische stoornissen had, zoals depressie, een autismespectrumstoornis, andere verslavingsproblematiek of ADHD (DeFuentes-Merillas, van Mil & de Hart, 2015). Het lijkt erop dat het klinische beeld van gameverslaafden die hulp zoeken dus ernstiger is dan in de algemene bevolking wordt gezien, en dat het in vergelijking met andere groepen cliënten in de verslavingszorg gaat om jongere, mannelijke cliënten, van wie een groter deel comorbide psychiatrische problematiek heeft.

De twee schalen die in Nederland in omloop zijn voor het meten van problematisch gamegebruik in de algemene bevolking zijn de Videogame Addiction Test (VAT; van Rooij, Schoenmakers, van den Eijnden, Vermulst, & van de Mheen, 2012) en de Game Addiction Scale (GAS; Lemmens, Valkenburg, & Peter, 2009). Beide beschrijven zij een gebrek aan controle over het gamegedrag, sterke negatieve uitkomsten en preoccupatie met het gedrag.

Andere symptomen die worden genoemd zijn: de eigen stemming proberen te verbeteren door middel van het gedrag, het opbouwen van tolerantie, het optreden van ontwenning als het gedrag niet meer mogelijk is en gevoelens van *craving* ('trek'). Schattingen op basis van dit soort schalen liggen dicht bij elkaar: met een verkorte versie van de VAT werd geschat dat 4% van de Nederlandse jongeren (13-14 jaar) problematisch gamet, terwijl de GAS eerder 2% schatte met een conservatief afkappunt (positief scoren op alle criteria) onder Nederlandse jongeren van 12-18 jaar (Lemmens et al., 2009).

Wat betreft onderzoek met hersenscans worden er bij buitensporig gamen, net als bij gokken, overeenkomsten gevonden met middelenverslaving. Zo worden tijdens blootstelling aan gameplaatjes activatiepatronen gevonden in verschillende hersengebieden die ook geactiveerd worden bij middelenverslaafden en die samenhangen met craving. Er wordt voor problematisch gamen bovendien een samenhang gevonden met ADHD, psychosomatische problemen, lagere schoolprestaties en slechtere psychosociale gezondheid, waaronder verhoogde mate van (sociale) angst, negatief zelfbeeld, eenzaamheid en depressieve gevoelens (van Rooij et al., 2012). De richting is hier onduidelijk: mogelijk vormt het gamen een vlucht voor de problemen, maar anderzijds kan het gamen ook leiden tot problemen.

Gameverslaving in de klinische setting

Gamen is nog geen erkende psychiatrische stoornis, maar wordt voorgesteld als kandidaat voor het psychiatrische handboek (in Appendix B van de DSM-5). Er zijn twee (nog niet gevalideerde) Nederlandstalige lijsten ontwikkeld voor gebruik in de klinische setting om aan te sluiten op de DSM-5: de C-VAT (beschikbaar via IVO, veldonderzoek loopt) en een nog te valideren lijst, die in het tijdschrift *Addiction* werd gepresenteerd (deze vragenlijst is te downloaden via: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/add.12457/supinfo>). De DSM-5-criteria zijn preoccupatie, tolerantie, onthoudingsverschijnselen, controleverlies, gebruik van internet om de stemming te beïnvloeden, negatieve gevolgen in school/werk of persoonlijke relaties door internetgebruik, craving, en liegen over internetgebruik.

Slechts een klein deel van de problematische gamers zoekt gespecialiseerde hulp. Dit sluit aan bij het beperkte voorkomen van cliënten die behandeling zoeken voor internetproblematiek binnen de verslavingszorg. Stichting IVZ rapporteert dat in 2013 slechts 529 cliënten in de verslavingszorg mogelijk in behandeling waren voor een internetgerelateerd probleem anders dan gokken. De helft hiervan was in behandeling voor (online) gamen, en de andere helft voor (niet-middelgebonden) verslavingen als 'chatten' en 'erotiek'. Mogelijk worden er meer cliënten behandeld voor gameverslaving, maar wordt dit niet door alle verslavingsinstellingen geregistreerd, aangezien sommige verslavingsinstellingen gedragsverslavingen registreren onder de noemer 'andere verslaving'.

Dat een kleine groep gamers moeite heeft om het gedrag onder controle te houden wordt niet betwist, maar het exacte verloop van de problemen over de tijd is nog onbekend. Daarnaast is er nog weinig bekend over het klinische beeld van de ‘gameverslaafde’, waardoor de noodzaak van een nieuwe diagnose voorlopig nog niet duidelijk genoeg is.

VERSLAVING AAN SOCIALE MEDIA

.....

Prevalentie

.....

Jongeren besteden verreweg de meeste tijd op het internet aan sociale activiteiten (via pc, laptop of smartphone). Youtube, Whatsapp (of varianten van deze vorm van digitale sms), Twitter en Instant Messenger worden genoemd als meest gebruikte functies van de smartphone. Er zijn signalen dat het gebruik van sociale media soms lijkt op een verslaving. Zo’n 6% van de Nederlandse jongeren geeft namelijk op vragenlijsten aan dat ze wel eens op verslavende wijze met sociale media bezig zijn. Ze ervaren bijvoorbeeld problemen als gevolg van het gebruik van sociale media (zoals huiswerk afraffelen en moeilijk kunnen stoppen; zie hiervoor ‘Verder lezen’ aan het eind van dit artikel).

Wat betreft de klinische behandeling van patiënten met ‘sociale mediaverslaving’ is de situatie echter volstrekt onduidelijk. Het probleem wordt in vergelijking met gamen zelden genoemd binnen de verslavingszorg. Gezien de beperkte informatie is er verder zeer weinig bekend over het ontstaan of het verloop van ‘sociale mediaverslaving’. Desalniettemin hebben Kuss en Griffiths in 2011 een review gepubliceerd met de stand van zaken in de psychologische literatuur rondom excessief gebruik van *social networking sites* (SNS). Duidelijk wordt dat er een aantal negatieve zaken zijn die samenhangen met het gebruik van sociale netwerken: een verlaging in academische prestatie, verlaagde sociale activiteit buiten internet om en relatieproblematiek (Kuss & Griffiths, 2011).

Samengevat is er zeer weinig bekend over het vóórkomen van problematisch gebruik van, dan wel verslaving aan, sociale media. Voor zover dit al gebeurt, lijden de meetinstrumenten, in nog grotere mate dan bij internetverslaving of gameverslaving, aan zeer gebrekkige externe validiteit. Zolang er geen duidelijke definitie is van sociale mediaverslaving, en er dus ook geen consensus bestaat over welke componenten behoren tot sociale mediaverslaving, wordt in vragenlijsten voorlopig met name gebruikgemaakt van criteria ontleend aan gokverslaving of *video gaming disorder*. Daarnaast is het nog volstrekt onduidelijk hoe negatief de consequenties zijn van problematisch gebruik van sociale media. Dit heeft deels te maken met het gebrek aan een duidelijk klinisch profiel van de ‘patiënten’.

*Wetenschappelijke evidentie voor de behandeling van problematisch gamen,
en van verslaving aan sociale media en internet*

Ofschoon de wetenschappelijke literatuur wat betreft de behandeling van internetverslaving in de kinderschoenen staat, worden in de dagelijkse praktijk wel behandelingen aangeboden. Deze behandelingen zijn grotendeels gebaseerd op evidence-based interventies voor andere verslavingen, zoals alcohol- of gokverslaving. Voor psychotherapeutische en farmacologische behandelingen gericht op problematisch internetgebruik, gameverslaving en sociale mediaverslaving is slechts beperkte evidentie: de enige meta-analyse, waarin zestien studies naar internetverslaving werden vergeleken, concludeerde dat psychofarmaca (SSRI's, stemmingsstabilisatoren, nalmeleen) en cognitieve gedragstherapie de meest veelbelovende positieve effecten hebben in de behandeling van internetverslaving, gameverslaving en sociale mediaverslaving (Winkler, Dorsing, Rief, Shen, & Glombiewski, 2013). De effecten van de behandelingen voor internetverslaving bleken uit afgenomen scores op vragenlijsten voor internetverslaving, verminderde tijd besteed aan de internetverslaving in kwestie, en een vermindering in depressie en/of angst. Er waren geen verschillen in effectiviteit van farmacologische interventies of psychologische interventies. Wel bleken CGT-interventies effectiever in het verminderen van tijd besteed aan internet, vergeleken met andere psychologische behandelingen. Er moet rekening gehouden worden bij de interpretatie van de resultaten met de methodologische tekortkomingen van deze studies (voor een uitgebreide samenvatting van de wetenschappelijke literatuur over de behandeling van verslaving aan internet, gaming en sociale media, zie: van Rooij et al., 2014). Hierin wordt het volgende aanbevolen betreffende de behandeling van gedragsverslavingen:

- ▶ 'Voor de behandeling van gedragsverslavingen wordt aanbevolen om cognitieve en gedragstherapie als basis te nemen, eventueel aangevuld met medicatie.'
- ▶ 'Gedragsverslavingen zouden in principe een vergelijkbare indicatiestelling en aanpak kunnen krijgen als gokverslavingen of middelgebonden verslavingen, rekening houdend met de unieke karakteristieken van de gedragsverslaving.'

In Nederland is een behandelprotocol ontwikkeld voor problematisch gamen en internetgebruik (DeFuentes-Merillas et al., 2012). Het is gebaseerd op CGT en de Community Reinforcement Approach. De behandeling is geschikt voor game- en internetverslaafden van alle leeftijden. De behandeling is ook geschikt voor cliënten bij wie sprake is van comorbiditeit (zoals ADHD, autisme, stemmingsklachten of andere verslavingen) en kan als losse module aangeboden worden of gecombineerd met andere behandelingen.

EETVERSLAVING

.....

Definitie: bestaat eetverslaving?

.....

De idee van verslaafd zijn aan eten of een bepaald voedingsmiddel is ingeburgerd in de media en onder leken. In tijdschriften zie je koppen als ‘Verslaafd aan chocolade!’ en in televisieprogramma’s als *Obese* bestempelen deelnemers zichzelf als eetverslaafd. Net als bij sociale media- of gameverslaving is de herkenbaarheid groot. Er is echter een belangrijk verschil met deze gedragsverslavingen: bij eetverslaving gaat het om de ongecontroleerde inname van een ‘middel’, namelijk suiker- en vetrijk voedsel. Om die reden kan men eigenlijk beter spreken van een voedselverslaving (*food addiction*) dan van een eetverslaving (Nijs & Franken, 2012; Volkow, Wang, Tomasi, & Baler, 2013). Omdat in het Nederlands de term ‘eetverslaving’ de meest gebruikelijke is, wordt deze term in dit artikel ook gebruikt.

Terwijl we in het dagelijks leven de term eetverslaving gemakkelijk in de mond nemen, is in de wetenschap een stevige discussie gaande over de vraag of *eetverslaving* wel bestaat (Ziauddeen, Farooqi, & Fletcher, 2012). Er worden vragen gesteld als: ‘Is het gerechtvaardigd om te spreken van een verslaving wanneer het gaat om impulsief eetgedrag?’ Er zijn voor- en tegenstanders van het eetverslavingsconcept (Nijs & Franken, 2012; Ziauddeen et al., 2012).

Onderzoek

.....

Sinds een tiental jaren wordt in toenemende mate onderzoek gedaan naar het concept eetverslaving. Dat heeft te maken met de vaststelling dat het aantal mensen met obesitas in de westerse wereld in zorgwekkende mate is toegenomen. De obesitas *epidemie* lijkt geassocieerd met de opkomst van de voedingsindustrie, en het toegenomen aanbod van goedkoop suiker- en vetrijk gemakvoedsel. Dit heeft geleid tot de hypothese dat obese mensen verleidelijk voedsel moeilijk kunnen weerstaan en wellicht kenmerken vertonen van verslaving.

Het grootste deel van het onderzoek naar eetverslaving is zodoende gericht op het toetsen of obese mensen typische kenmerken van verslaving vertonen, zowel op gedragsmatig, psychologisch als (neuro)biologisch vlak. Onder meer door tegenstrijdige onderzoeksbevindingen gaat de aandacht inmiddels meer en meer naar een subgroep van obese personen, namelijk patiënten met een *eetbuistoornis*. De eetbuistoornis wordt gekenmerkt door terugkerende episoden van overmatig en ongecontroleerd eten, en lijkt daarmee meer op een verslaving (Nijs en Franken, 2012). Andere onderzoekers stellen dat eetverslaving gezien moet worden als een losstaande stoornis, en beklemtonen dat er consensus moet komen over diagnostische criteria en meetinstrumenten (Ziauddeen et al., 2012). Een instrument dat momenteel

regelmatig wordt gebruikt in onderzoek, maar niet zonder kritiek, is de Yale Food Addiction Scale, die gebaseerd is op DSM-IV-criteria voor middelenafhankelijkheid. In recente onderzoeken werd gevonden dat ongeveer 10% van een (overwegend slanke) studentenpopulatie (Gearhardt, Corbin, & Brownell, 2009), 15% tot 25% van de obese populatie (Davis et al., 2011) en 41,5% tot 57% van de populatie van patiënten met een eetbuistoornis (Gearhardt et al., 2011) voldoet aan de YFAS-criteria voor eetverslaving.

Onderzoek dat het eetverslavingsmodel ondersteunt

Voorstanders van het eetverslavingsmodel benadrukken de overeenkomsten in het gedrag van mensen met een middelenverslaving en obese personen: bij beiden gaat het om de overmatige inname van een ‘middel’ dat op de korte termijn een zekere beloning oplevert, maar op de lange termijn kan leiden tot gezondheids- en psychosociale problemen. In beide gevallen is het moeilijk om de hardnekkige gewoonte te veranderen, zoals blijkt uit hoge terugvalcijfers in ontwenning- en afvalprogramma's. Uit gedragsexperimenten en vragenlijsten is gebleken dat obese personen, en vooral die met eetbuien, net als verslaafden worden gekenmerkt door een impulsieve en beloningsgevoelige persoonlijkheid (Nijs & Franken, 2012).

Het meest overtuigende bewijs voor het eetverslavingsmodel komt uit dieronderzoek: het lijkt mogelijk om ratten ‘verslaafd’ te maken aan vet- en suikerrijk voedsel, in de zin dat ze eetbuien, tolerantie en onthoudingsverschijnselen vertonen, en er met drugsverslaving vergelijkbare veranderingen in hun hersenen optreden (Corwin, Avena, & Boggiano, 2011). Meer specifiek vertonen dieren eetbuien na een regime van herhaaldelijke voedselbeperking, stress en de blootstelling aan calorierijk voorkeursvoedsel. Ook in onderzoek met mensen is gevonden dat lijnen en stress belangrijke factoren zijn die eetbuien kunnen uitlokken. Deze risicofactoren spelen ook een rol bij verslaving: van stress is bijvoorbeeld bekend dat het een trigger is voor drugsgebruik.

Voor drugsverslaving typische veranderingen in de hersenen zijn ook vastgesteld bij obese personen. Onderzoek met hersenscantechnieken wijst bijvoorbeeld op een verlaagd aantal beschikbare dopaminereceptoren in het hersenbeloningssysteem van obese personen. Ook is gevonden dat obese mensen, en vooral die met eetbuien, een andere hersenrespons en meer directe aandacht vertonen voor voedselstimuli (bijvoorbeeld foto's van voedsel) dan slanke personen (Nijs & Franken, 2012). Uit verslavingsonderzoek weten we dat deze sterke *cue*-reactiviteit samengaat met een hunkering (*craving*) en controleverlies (Volkow et al., 2013).

Er zijn aanwijzingen voor een gedeelde genetische kwetsbaarheid voor drugsverslaving en obesitas. Alcoholisme in de familie lijkt bijvoorbeeld geassocieerd met een meer uitgesproken voorkeur voor zoet (*sweet preference*) en een grotere kans om obees te worden. Obese mensen en drugsverslaafden delen bepaalde genvarianten die onder meer verantwoordelijk zijn voor de

expressie van het aantal dopaminereceptoren (voor een overzicht, zie: Nijs & Franken, 2012).

Tegenstanders van het eetverslavingsmodel

Tegenstanders van het eetverslavingsmodel benadrukken de verschillen tussen middelenverslaving en obesitas, en het feit dat bovengenoemde onderzoeksbevindingen niet altijd even sterk of consistent zijn. Het meest gehoorde kritiekpunt is dat voedsel niet verslavend zou kunnen zijn, omdat het geen directe psychoactieve (bijvoorbeeld eufore) effecten heeft zoals drugs. Ook processen als tolerantie en abstinentieverschijnselen zijn (nog) niet overtuigend aangetoond bij mensen (Ziauddeen et al., 2012)

Wetenschappelijke evidentie voor behandeling van de eetbuistoornis

Ondanks alle onduidelijkheid omtrent het concept eetverslaving is er een toenemend aanbod van behandelingen voor obesitas en eetstoornissen in de verslavingszorg. Voor eetstoornissen bestaat een nationale multidisciplinaire richtlijn die goedgekeurd is in 2008 (Trimbos-instituut, 2008). Wat betreft de eetbuistoornis beveelt deze richtlijn cognitieve gedragstherapie (CGT) aan voor de eetbuistoornis, gericht op de verandering van zowel gedrag als cognities. Het doel van CGT voor de eetbuistoornis is het ontwikkelen van een regelmatig en normaal eetpatroon, en het bewerkstelligen van een afname van disfunctionele cognities over eetgedrag, lichaamsvormen en lichaamsgewicht. Recenter onderzoek richt zich op de effectiviteit van zelfhulpinterventies. Verschillende meta-analyses laten zien dat zelfhulpinterventies effectief zijn bij eetbuistoornissen (Beintner, Jacobi, & Schmidt, 2014; Farrand & Woodford, 2013). Alhoewel de effectiviteit van CGT bij de eetbuistoornis niet ter discussie staat, is er minder consistentie over de effectiviteit op lange termijn, en meer onderzoek naar langetermijneffecten is daarom nodig (Spielmans et al., 2013).

Er bestaan ook hulpgroepen en behandelprogramma's voor eetverslaafden (bijvoorbeeld *Anonieme Overeters*), maar er is nog weinig of geen goed onderbouwd onderzoek gedaan naar de effectiviteit van deze behandelprogramma's. Wel is er kennis over de behandeling van de eetbuistoornis, die hieronder wordt uiteengezet.

Psychologische behandeling van de eetbuistoornis — Het primaire doel van cognitieve gedragstherapie (CGT) bij de behandeling van de eetbuistoornis is (1) het ontwikkelen van een regelmatig en normaal eetpatroon, en (2) een afname van disfunctionele cognities over eetgedrag, lichaamsvormen en lichaamsgewicht. Uit een meta-analyse van Vocks et al. (2010) komt naar voren dat CGT en op CGT gebaseerde gestructureerde zelfhulpprogramma's te verkiezen zijn voor de behandeling van de eetbuistoornis. CGT

is effectief, niet alleen in het verminderen van het aantal eetbuien, maar ook in het verbeteren van disfunctionele eet- en lichaamsgerelateerde cognities. CGT hoeft niet per se aangeboden te worden middels een klassiek *face-to-face* format. Ook een gestructureerd zelfhulpformat kan hulp bieden, bijvoorbeeld indien de cliënt op een wachtlijst staat of niet gemotiveerd is tot deelname aan een (groeps)behandeling. CGT wordt gezien als voorkeurs-therapie, maar hierbij moet de kanttekening worden gemaakt dat andere psychotherapievormen nauwelijks zijn onderzocht. Er zijn aanwijzingen dat bijvoorbeeld interpersoonlijke therapie op de lange termijn even effectief is als CGT voor de eetbuistoornis (Hilbert et al., 2012). De werkgroep Multidisciplinaire Richtlijn (MDR) Eetstoornissen (Trimbos-instituut, 2008) adviseert CGT of IPT voor de behandeling van de eetbuistoornissen, en beschouwt beide psychotherapievormen als even effectief.

Een andere kanttekening is dat geen van de onderzochte behandelingen een effect lijkt te hebben op het lichaamsgewicht. Dit is problematisch, gezien het feit dat gewichtsverlies vaak een primaire hulpvraag is van de patiënten, motiverend werkt voor het volhouden van een therapie en in veel gevallen ook gewenst is voor de gezondheid (Vocks et al., 2010). De werkgroep MDR Eetstoornissen (Trimbos-instituut, 2008) adviseert tijdens of vlak na de CGT/IPT-interventie te starten met een gewichtsreductieprogramma voor patiënten met overgewicht of obesitas.

Biologische behandeling van de eetbuistoornis — Bij farmacotherapeutische behandelingen gaat het overwegend om het gebruik van antidepressiva, zoals SSRI's. De werkgroep MDR Eetstoornissen (Trimbos-instituut, 2008) stelt dat antidepressiva of topiramaat bruikbaar kunnen zijn bij de behandeling van de eetbuistoornis, additioneel bij cognitieve therapie, IPT of een zelfhulpprogramma. Uit de recentere meta-analyse van Vocks et al. (2010) blijkt evenwel dat een behandeling met antidepressiva over het algemeen slechts een matig effect heeft op het terugdringen van de eetbuien en hoegenaamd geen effect op het veranderen van eet- en lichaamsgerelateerde cognities. De effecten van een gecombineerde behandeling (psychotherapie én medicatie) verschillen niet significant van de effecten van uitsluitend psychotherapie, zodat de toevoeging van medicatie geen meerwaarde lijkt te hebben. In een recente publicatie (Jansen, 2014) worden zeer recente ontwikkelingen besproken met betrekking tot psychologische behandeling van obesitas en de eetbuistoornis.

CONCLUSIE

.....

Op het gebied van gedragsverslavingen is er internationaal consensus dat problematisch gokken (in DSM-5-termen: de 'gokstoornis') als een gedragsmatige verslaving gezien kan worden. Hiermee is de deur geopend voor an-

dere mogelijke gedragsverslavingen. Wat betreft de hoeveelheid onderzoek is er in de laatste tien jaar veel belangstelling geweest voor (online) gameverslaving, en bij deze stoornis zien we dan ook dat er inmiddels vragenlijsten zijn ontwikkeld om problematisch gamen te meten. Bij internetverslaving is de laatste jaren een toenemend besef ontstaan dat de activiteiten die op internet gedaan worden van belang zijn. In de praktijk blijkt dat problematisch internetgebruik met name gaat om gamen, erotiek of shoppen. Wat betreft eten (strikt gezien geen gedragsverslaving) lijkt het erop dat met name de eetbuistoornis (nu ook opgenomen in de DSM-5) gezien wordt als een stoornis met overeenkomsten met verslavingen. Wat betreft de behandeling van gedragsverslavingen is er de meeste evidentie voor CGT bij de eetbuistoornis. Daarbij lijkt het meest recente onderzoek erop te wijzen dat psychofarmaca weinig toegevoegde waarde hebben in aanvulling op CGT. Bij gokverslaving blijkt zowel CGT als psychofarmaca een positief effect te hebben, waarbij CGT een groter effect heeft dan psychofarmaca. Voor de behandeling van de diverse vormen van internetverslaving is nog weinig evidentie, omdat de meeste studies methodologische tekortkomingen hebben. Desondanks lijken zowel psychologische behandelingen afgeleid van CGT voor andere verslavingen, als psychofarmaca, een positief effect te hebben. In de Nederlandse verslavingszorg worden naast probleemgokkers vooral online gameverslaafden (ruim 500) gezien, en een kleinere groep met seksverslaving of eetproblematiek. Om een beter zicht te krijgen op de klinische relevantie van 'sociale mediaverslaving' en andere mogelijke nieuwe gedragsmatige verslavingen is het nodig om te onderzoeken of en waar mensen hulp zoeken, en het verloop van deze problematiek.

Het onderdeel 'Internetverslaving, gaming en sociale media' van bovenstaand artikel werd gebaseerd op de rapportage Inventarisatie gedragsverslavingen in Nederland 2013 van Resultaten Scoren!, Kenniscentrum Verslaving (van Rooij et al., 2014; zie 'Verder lezen' hierna en www.resultatenscoren.nl).

ANNEKE GOUDRIAAN is bijzonder hoogleraar werkingsmechanismen en behandeling van verslaving, Arkin, Amsterdam, en verbonden aan het Academisch Medisch Centrum, Afdeling Psychiatrie, Universiteit van Amsterdam.

LAURA DEFUENTES-MERILLAS is senior wetenschappelijk medewerker bij Novadic-Kentron, Vught, cognitief gedragstherapeut VGCT en psychotherapeut bij een vrijgevestigde praktijk in Den Bosch.

ILSE NIJS is universitair docent, Afdeling Klinische Psychologie, Erasmus Universiteit Rotterdam.

TONY VAN ROOIJ was ten tijde van het schrijven van dit artikel senior wetenschappelijk medewerker van onderzoeksbureau IVO (Rotterdam). Sinds april 2015 werkt hij bij de vakgroep Media en ICT aan de Universiteit Gent / iMinds.

Correspondentieadres: Prof. dr. Anneke Goudriaan, Academisch Medisch Cen-

trum, Afdeling Psychiatrie, PA3-226, Verslavingsonderzoek, Postbus 22660, 1100 DD Amsterdam. Email: Anneke.Goudriaan@arkin.nl; a.e.goudriaan@amc.uva.nl

214

Summary In the past ten years, behavioral addictions have received increased interest in research and clinical practice. Based on novel insights, there is international consensus that gambling disorder can be viewed as a behavioral addiction due to the overlap in clinical characteristics, neurobiological and genetical vulnerabilities, and treatment effects. In this article, gambling disorder, excessive internet use, gaming and social media use are discussed regarding the question whether the term 'behavioral addiction' may also be suitable for these behaviors. In addition, eating disorders are discussed, and, more specifically, binge eating disorder: Are similar mechanisms responsible here as in behavioral addictions? Background, novel research findings and evidence regarding treatment are highlighted.

Keywords: *behavioral addiction, disordered gambling, problem gambling, gaming, internet addiction, food addiction, binge eating disorder, review*

Literatuur

- American Psychiatric Association (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5)*. Nederlandse vertaling van: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Edition). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Beintner, I., Jacobi, C., & Schmidt, U. H. (2014). Participation and outcome in manualized self-help for bulimia nervosa and binge eating disorder: A systematic review and metaregression analysis. *Clinical Psychology Review*, 34, 158-176.
- Bieleman, B., Biesma, S., Kruize, A., Zimmermann, C., Boendermaker, M., Nijkamp, R., & Bak, T. (2011). *Gokken in kaart: Tweede meting aard en omvang kansspelen* (Rapport). Rotterdam: Intraval.
- Block, J. J. (2008). Issues for DSM-V: Internet addiction. *American Journal of Psychiatry*, 165, 306-307.
- Chappell, D., Eatough, V., Davies, M. N. O., & Griffiths, M. D. (2006). EverQuest: It's just a computer game, right? An interpretative phenomenological analysis of online gaming addiction. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 4, 205-216.
- Corwin, R. L., Avena, N. M., & Boggiano, M. M. (2011). Feeding and reward: Perspectives from three rat models of binge eating. *Physiology and Behavior*, 104, 87-97. doi:10.1016/j.physbeh.2011.04.041
- Cowlishaw, S., Merkouris, S., Dowling, N., Anderson, C., Jackson, A., & Thomas, S. (2012). Psychological therapies for pathological and problem gambling. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Davis, C., Curtis, C., Levitan, R. D., Carter, J. C., Kaplan, A. S., & Kennedy, J. L. (2011). Evidence that 'food addiction' is a valid phenotype of obesity. *Appetite*, 57, 711-717. doi:10.1016/j.appet.2011.08.017
- DeFuentes-Merillas, L., Erp, M., Mil, N., & Dijkstra, B. (2012). Behandeling voor gameverslaving en problematisch internetgebruik. *Verslaving*, 8, 32-36. doi:10.1007/s12501-012-0040-1
- DeFuentes-Merillas, L., van Mil, N., & de Hart, A. (2015). Klinisch beeld en behandeling van problematisch inter-

- netgebruik en gameverslaving. In H. Kisjes & A. J. van Rooij (Red.), *Gedragsverslaving* (pp. 149-162). Middelbeers: InnoDoks Uitgeverij.
- Farrand, P., & Woodford, J. (2013). Impact of support on the effectiveness of written cognitive behavioural self-help: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clinical Psychology Review*, *33*, 182-195.
- Gearhardt, A. N., Corbin, W. R., & Brownell, K. D. (2009). Preliminary validation of the Yale Food Addiction Scale. *Appetite*, *52*, 430-436. doi:10.1016/j.appet.2008.12.003
- Gearhardt, A. N., White, M. A., Masheb, R. M., Morgan, P. T., Crosby, R. D., & Grilo, C. M. (2011). An examination of the food addiction construct in obese patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, *45*, 657-663.
- Goudriaan, A., & DeFuentes-Merillas, L. (2012). Pathologisch gokken. In I. Franken, P. Muris, & D. Denys (Red.), *Basisboek psychopathologie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Goudriaan, A. E., Yucel, M., & van Holst, R. J. (2014). Getting a grip on problem gambling: What can neuroscience tell us? *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, *8*, 141.
- Hilbert, A., Bishop, M. E., Stein, R. I., Tanofsky-Kraff, M., Swenson, A. K., Welch, R. R., & Wilfley, D. E. (2012). Long-term efficacy of psychological treatments for binge eating disorder. *British Journal of Psychiatry*, *200*, 232-237.
- Jansen, A. (2014). Missie Obesitas. *De Psycholoog*, *49*, 33-43.
- Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2011). Online social networking and addiction: A review of the psychological literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *8*, 3528-3552.
- Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2012). Internet and gaming addiction: A systematic literature review of neuroimaging studies. *Brain Sciences*, *5*, 347-374.
- Lemmens, J. S., Valkenburg, P. M., & Peter, J. (2009). Development and validation of a game addiction scale for adolescents. *Media Psychology*, *12*, 77-95.
- Meerkerk, G.-J., van Rooij, A. J., Amadmoestar, S. S., & Schoenmakers, T. M. (2009). *Nieuwe verslavingen in zicht. Een inventariserend onderzoek naar aard en omvang van 'nieuwe verslavingen' in Nederland [New addictions in sight! A survey into the nature and prevalence of 'new addictions' in The Netherlands]*. Rotterdam: IVO Reeks 63.
- Nijs, I. M. T., & Franken, I. H. A. (2012). Zijn obese mensen eetverslaafd? *Verslaving*, *8*, 57-68.
- Pallesen, S., Mitsem, M., Kvale, G., Johnsen, B.H., & Molde, H. (2005). Outcome of psychological treatments of pathological gambling: A review and meta-analysis. *Addiction*, *100*, 1412-1422.
- Pallesen, S., Molde, H., Arnestad, H. M., Laberg, J. C., Skutle, A., Iversen, E., ... Holsten, F. (2007). *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *27*, 357-364.
- Petry, N. M., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, *66*, 564-574.
- Problem Gambling Research and Treatment Centre (PGRTC) (2011). *Guideline for screening, assessment and treatment in problem gambling*. Melbourne, Australië: Monash University. Geraadpleegd op 10 november 2014, van http://www.nhmrc.gov.au/files_nhmrc/publications/attachments/ext0005_problem_gambling_guideline.pdf

- Schippers, G. M., Smeerdijk, M., & Merckx, M. J. M. (2013). *Handboek cognitieve gedragstherapie bij midde-
lengebruik en gokken*. Utrecht: Uit-
geverij Perspectief.
- Shaffer, H. J., & Martin, R. (2011). Disor-
dered gambling: Etiology, trajectory,
and clinical considerations. *Annual
Review of Clinical Psychology*, 7, 483-
510.
- Spielmans, G. I., Benish, S. G., Marin, C.,
Bowman, W. M., Menster, M., &
Wheeler, A. J. (2013). Specificity of
psychological treatments for bulimia
nervosa and binge eating disorder?
A meta-analysis of direct compari-
sons. *Clinical Psychology Review*, 33,
460-469.
- Stea, J. N., & Hodgins, D. C. (2011). A
critical review of treatment approach-
es for gambling disorders. *Current
Drug Abuse Reviews*, 4, 67-80.
- Trimbos-instituut (2008). *Multidiscipli-
naire richtlijn eetstoornissen*. Geraad-
pleegd op 10 november 2014, van
[http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.
php?pagina=/richtlijn/item/pagina.
php&richtlijn_id=64](http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&richtlijn_id=64)
- van Rooij, A. J., DeFuentes-Merillas, L.,
Meerkerk, G.-J., Nijs, I. M. T., van de
Mheen, D., Schoenmakers, T. (2014).
*Gedragsverslavingen: De stand van
zaken in wetenschap en praktijk* (Rap-
port: Resultaten Scoren). Geraad-
pleegd op 1 november 2014, van [http://
www.resultatenscoren.nl/publicaties/
detail/gedragsverslavingen.html](http://www.resultatenscoren.nl/publicaties/detail/gedragsverslavingen.html)
- van Rooij, A. J., Schoenmakers, T. M., van
den Eijnden, R. J. J. M., Vermulst, A.,
& van de Mheen, D. (2012). Video
game addiction test: Validity and psy-
chometric characteristics. *Cyberpsy-
chology, Behavior and Social Network-
ing*, 15, 507-511.
- Vocks, S., Tuschen-Caffier, B., Pietrows-
ky, R., Rustenbach, S. J., Kersting, A.,
& Herpertz, S. (2010). Meta-analysis
of the effectiveness of psychological
and pharmacological treatments for
binge eating disorder. *International
Journal of Eating Disorders*, 43, 205-
217.
- Volberg, R. A., Abbott, M. W., Ronnberg,
S., & Munck, I. M. (2001). Prevalence
and risks of pathological gambling in
Sweden. *Acta Psychiatrica Scandina-
via*, 104, 250-256.
- Volkow, N. D., Wang, G.-J., Tomasi, D., &
Baler, R. D. (2013). The addictive di-
mensionality of obesity. *Biological
Psychiatry*, 73, 811-818. doi:10.1016/j.
biopsych.2012.12.020
- Winkler, A., Dorsing, B., Rief, W., Shen,
Y., & Glombiewski, J. A. (2013). Treat-
ment of internet addiction: A me-
ta-analysis. *Clinical Psychology Re-
views*, 33, 317-329.
- Ziauddeen, H., Farooqi, I. S., & Fletcher,
P. C. (2012). Obesity and the brain:
How convincing is the addiction mod-
el? *Nature Reviews: Neuroscience*, 13,
279-286.

Verder lezen

- Clark, L. (2014). Disordered gambling:
The evolving concept of behavioral
addiction. *Annals of the New York
Academy of Sciences*, 1327, 46-61.
- van Rooij, A. J., DeFuentes-Merillas, L.,
Meerkerk, G.-J., Nijs, I. M. T., van de
Mheen, D., Schoenmakers, T. (2014).
*Gedragsverslavingen: De stand van
zaken in wetenschap en praktijk* (Rap-
port: Resultaten Scoren). Geraad-
pleegd op 1 november 2014, van [http://
www.resultatenscoren.nl/publicaties/
detail/gedragsverslavingen.html](http://www.resultatenscoren.nl/publicaties/detail/gedragsverslavingen.html)

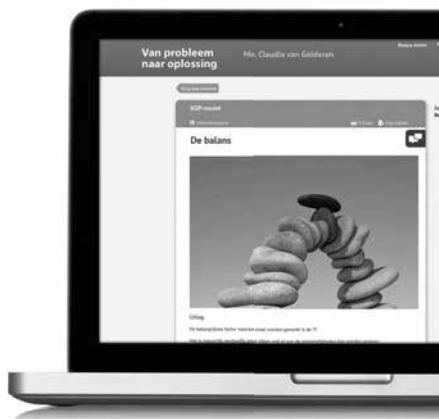
Aan de slag met eHealth

Nieuw: KOP-model online

KOP-model online is een vorm van blended behandelen, waarbij u cliënten in slechts een aantal sessies verder helpt.

De voordelen op een rij:

- Flexibel in te zetten
- De behandelaar houdt de regie
- Iedere sessie is te declareren als verzekerde zorg



“Dankzij het KOP-model leer je sneller je gedrag en gewoonten aan te passen. Een korte behandeling met een krachtig resultaat!”



Nu ook beschikbaar:
online zelfhulp cursussen
om psychische klachten
aan te pakken

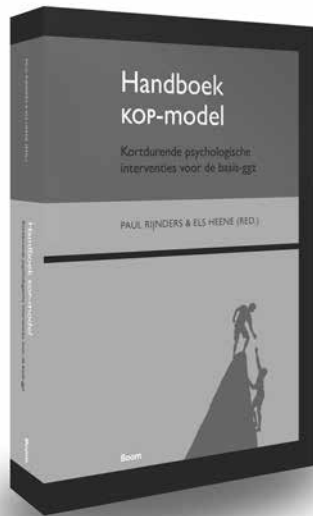
Lees meer op www.boompsychologie.nl

Boom | Psychologie
& Psychiatrie

info@boompsychologie.nl
+31 (0) 20 524 45 14

Nieuw bij Boom Psychologie & Psychiatrie

Handboek KOP-model: kortdurend behandelen in de Basis GGZ



Het KOP-model is een praktisch werkmodel waarmee de patiënt inzicht krijgt in de oorzaken van de klachten, wat er aan gedaan kan worden en vooral wat hij of zij er zélf aan kan doen. Uit onderzoek blijkt dit model uitstekend geschikt voor de behandeling van patiënten met milde tot matige psychische klachten.

9789089535023 | € 42,50



9789089534354
€ 89,95



9789089534811
€ 24,95



9789058753687
v.a. € 68,50



Voluit
leven
online

D300DIG009079
€ 29,50

Bestel al uw vakliteratuur op
www.boompsychologie.nl

**Boom | Psychologie
& Psychiatrie**

www.boompsychologie.nl
info@boompsychologie.nl
+31 (0) 20 524 45 14

Prijzen gelden in 2015, o.v.v. wijzigingen.