

Gedragsverslavingen: de stand van zaken in wetenschap en praktijk

Tony van Rooij, Laura DeFuentes-Merillas, Gert-Jan Meerkerk, Ilse Nijs, Dike van de Mheen, Tim Schoenmakers

In opdracht van



Colofon

Gedragsverslavingen: de stand van zaken in wetenschap en praktijk

Auteurs:

Dr. Antonius J. van Rooij (IVO)

Dr. Laura DeFuentes-Merillas (Novadic-Kentron)

Dr. Gert-Jan Meerkerk (IVO)

Dr. Ilse M. T. Nijs (Erasmus Universiteit)

Prof. Dr. Dike van de Mheen (IVO, Erasmus Universiteit, Universiteit Maastricht)

Dr. Tim M. Schoenmakers (IVO)

De auteurs willen de volgende mensen bedanken: de cliëntenraad van Novadic-Kentron, de expertcommissie bestaande uit prof. dr. Reinout Wiers, prof. dr. Ingmar Franken, prof. dr. Anneke Goudriaan, en dr. Vincent Hendriks, en Eline Scholten voor haar redactionele bijdrage. Tot slot bedanken we Suzan Oudejans en Masha Spits van bureau Markbench.nl voor hun advies over hoofdstuk 5.

Deze rapportage is geschreven in opdracht van Stichting Resultaten Scoren: www.resultatenscoren.nl.

Amersfoort, Rotterdam, juni 2014



IVO Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving
Heemraadssingel 194
3021 DM Rotterdam
T +31 10 425 33 66
E secretariaat@ivo.nl
W www.ivo.nl

Inhoud

1.	Inleiding	4
2.	Het vóórkomen van gedragsverslavingen binnen de Nederlandse verslavingszorg.....	5
2.1.	Methode.....	5
2.2.	Resultaten	6
2.3.	Conclusie	10
3.	Theorie en criteria.....	11
3.1.	Methode.....	11
3.2.	Algemene theoretische achtergrond	11
3.2.1.	Gokverslaving en online gokverslaving	13
3.2.2.	Internetverslaving	17
3.2.3.	Seksverslaving en online pornografie.....	24
3.2.4.	Eetverslaving	27
3.3.	Conclusie en vergelijking.....	29
3.4.	Toetsing cliëntenraad Novadic Kentron.....	30
4.	Behandelingen	32
4.1.	Behandelaanbod Nederland	32
4.2.	Behandelaanbod internationaal	34
4.2.1.	Methode.....	34
4.2.2.	Gokverslaving	36
4.2.3.	Internetverslaving	38
4.2.4.	Seksverslaving en online pornografie.....	42
4.2.5.	Eetverslaving	45
4.3.	Conclusie en vergelijking.....	47
5.	Preventieve interventies.....	49
5.1.	Methode.....	49
5.2.	Preventie Nederland	50
5.3.	Conclusie	54
6.	Algemene conclusies en aanbevelingen	55
7.	Referenties.....	58
	Bijlage 1 – Gokverslaving: behandeling internationaal	75
	Bijlage 2 – Internetverslaving: behandeling internationaal	78
	Bijlage 3 – Hyperseksualiteit: behandeling internationaal.....	82
	Bijlage 4 – Eetverslaving: behandeling internationaal	85

1. Inleiding

Traditioneel wordt de term verslaving in verband gebracht met het excessieve, ongecontroleerde en dwangmatige gebruik van psychoactieve middelen. Het denken over verslaving is echter aan het veranderen. Zo bevat het psychiatrische handboek DSM-5 nu een hoofdstuk 'Middelengerelateerde en verslavingsstoornissen' waarin ook plaats gemaakt is voor gokstoornis als een niet-middelgebonden verslaving. Internet-gameverslaving is opgenomen in een appendix, maar is nog niet geaccepteerd als officiële stoornis omdat er nog onvoldoende bewijs voor is. Kijken we naar andere mogelijke gedragsverslavingen, zoals pornoverslaving en seksverslaving (hyperseksualiteit) of koopverslaving, dan staat daar het wetenschappelijk bewijs nog veel meer in de kinderschoenen. De DSM-5 neemt ze voorlopig zelfs niet in een bijlage mee (p. 481) ¹. Eetverslaving is als zodanig niet opgenomen, maar de eetbuistoornis is inmiddels wel geïnccludeerd in de DSM-5 als een vorm van eetstoornis.

De discussie over de legitimiteit van gedragsverslavingen wordt voor een deel gevoed door de technologische ontwikkelingen zoals PET en fMRI scans. Deze hersenscans maken duidelijk dat bepaalde (voorgestelde) gedragsverslavingen zoals gokken en gamen ² in neurobiologisch opzicht sterk lijken op middelenverslavingen ³. Mede hierdoor loopt er een levendige discussie over de legitimiteit en validiteit van verschillende vormen van gedragsverslaving ⁴.

Steeds meer gedragingen worden verslavend genoemd. Vaak begint dit bij leken of in de media (bijv. *infobesitas*, *facebookverslaving*) en het is moeilijk te bepalen waar de grens tussen morele paniek en een ontwrichtende geestelijke aandoening ligt. De gemene deler voor dit soort nieuwe gedragsverslavingen is in ieder geval duidelijk: het gedrag komt regelmatig voor, is moeilijk onder controle te houden en hangt samen met sterk negatieve uitkomsten ⁵.

De huidige rapportage beschrijft een inventarisatie van de stand van zaken rondom gedragsverslavingen en eetverslaving in de wetenschappelijke literatuur en in de Nederlandse praktijk, anno 2014. Er is gevraagd naar de zes meest bekende gedragsverslavingen en eetverslaving: (1) gokken (incl. online gokken, poker, belegging); (2) internetverslaving algemeen; (3) video gameverslaving; (4) social mediaverslaving; (5) seksverslaving inclusief online pornografie (6) eetverslaving. Daarnaast is er geïncventariseerd of er nog andere gedragsverslavingen voorkwamen. In eerder onderzoek in 2008 bleken minder bekende verslavingen zoals sportverslaving, koopverslaving of werkverslaving geen noemenswaardig probleem binnen de Nederlandse verslavingszorg, maar mogelijk is dit veranderd ⁶.

Ten tweede zijn de meest recente theoretische inzichten en bestaande preventie- en behandelprogramma's geïncventariseerd, met als doel het verkrijgen van overzicht en het scheppen van een helder conceptueel kader als leidraad voor de Nederlandse verslavingszorg.

De leidende onderzoeksvragen hierbij waren de volgende.

1. Welke gedragsverslavingen komen voor in de Nederlandse behandelpraktijk (H2) en de literatuur (H3)?
2. Wat betreft de verschillende typen gedragsverslaving:
 - a) Wat zijn de heersende theorieën over gedragsverslaving? (H3)
 - b) Welke algemene (diagnostische) criteria worden onderscheiden voor gedragsverslaving? (H3)
 - c) Hoe verschillen de typen gedragsverslaving? (H3)
3. Welke evidence- en practice-based behandel- en preventiemethoden worden gebruikt? (H4 en H5)
4. Welke aanbevelingen kunnen worden gedaan aan de verslavingszorg met betrekking tot het behandel- en preventieaanbod voor gedragsverslavingen? (H4, H5 en H6)

2. Het vóórkomen van gedragsverslavingen binnen de Nederlandse verslavingszorg

2.1. Methode

Om te achterhalen welke vormen van gedragsverslaving in de reguliere en private verslavingszorg gesignaleerd worden en of men de zorgvraag adequaat kan beantwoorden, is een vragenlijst opgesteld en per mail verzonden aan 16 zorginstellingen in Nederland (Tabel 2.1). Gokverslaving is hierbij niet meegenomen, omdat de prevalentie van gokverslaving in de verslavingszorg en het Nederlandse behandelaanbod bij de instellingen bekend is. Alle reguliere instellingen zijn aangeschreven, en van de private instellingen is een selectie gemaakt om een verscheidenheid aan type instellingen te hebben (ambulante en intramuraal, op religieuze en niet-religieuze grondslag, relatief groot en kleiner, relatief oud en nieuw).

Tabel 2.1 De 16 aangeschreven reguliere (1-11) en private (12-16) verslavingszorginstellingen

1. Bouman GGZ (incl. Youz)
 2. Brijder
 3. Emergis
 4. Iriszorg
 5. Arkin (Jellinek)
 6. Mondriaan *
 7. Novadic-Kentron
 8. Tactus *
 9. Victas *
 10. Vincent van Gogh
 11. VNN *

 12. Castle Craig *
 13. Crisis Care (Trubendorffer)
 14. De Hoop
 15. Ready for change *
 16. SolutionS
- * : geen reactie ontvangen

De vragenlijst ging vergezeld van een brief met toelichting op het onderzoek waarin duidelijk werd gemaakt wat het doel van het onderzoek was en dat het onderzoek in opdracht van Resultaten Scoren werd verricht. Ook werd vermeld dat de geadresseerde de vragenlijst kon doorspelen naar een medewerker van de instelling die mogelijk beter in staat zou kunnen zijn de gewenste informatie te leveren. In een aantal gevallen is de mail aan meerdere personen binnen één instelling gestuurd (bijvoorbeeld aan een contactpersoon van Bouman GGZ en aan contactpersoon van Youz, de jeugdafdeling van Bouman GGZ). Ook is in een aantal gevallen, na telefonisch overleg met de instelling, de mail met de vragenlijst gestuurd naar het secretariaat van de betreffende instelling, met het verzoek de vragenlijst door te sturen naar iemand binnen de instelling die over de benodigde kennis zou moeten beschikken. De vragenlijsten zijn in de periode juli tot en met september 2013 naar de verslavingszorginstellingen gestuurd. Wanneer er geen reactie volgde is na ongeveer een maand een reminder gestuurd.

In de korte vragenlijst werd een opsomming gegeven van een aantal vormen van gedragsverslaving^a (zie Tabel 2.2). Bij elke vorm van verslaving werd de respondent gevraagd aan te geven hoeveel cliënten zich naar schatting het voorgaande jaar met een dergelijke hulpvraag (separaat als primaire en als secundaire klacht) hadden aangemeld, wat de verwachtingen waren ten aanzien van het aantal aanmeldingen voor de komende jaren, of men een algemeen of specifiek behandel aanbod had en of de betreffende vorm van verslaving apart werd geregistreerd. Uitdrukkelijk werd gesteld dat het bij de vragen naar de omvang van de hulpvraag niet om exacte aantallen ging maar om indicatieve schattingen. De resultaten met betrekking tot het behandel aanbod worden besproken in hoofdstuk 4 van dit rapport. De overige resultaten worden hieronder besproken.

Tabel 2.2 Vormen van gedragsverslaving waarnaar in de vragenlijst expliciet is gevraagd

- ‘Internetverslaving’
 - Online gamen
 - Facebook en andere social media
 - Online pornografie
 - Online gokken: Poker
 - Online gokken: anders, namelijk: ...
 - Andere vorm van internetverslaving, namelijk: ...
 - Internetverslaving niet nader gespecificeerd (‘N.O.S.’)
- Seksverslaving (anders dan enkel online porno)
- Mobiele telefoonverslaving
- Relatieverslaving
- Eetverslaving
- Werkverslaving
- Beurs- of beleggingsverslaving
- Koopverslaving
- Sportverslaving (fitness, hardlopen)
- Anders, namelijk: ...

Respondenten

De selectie van de respondenten, allen werknemers van de 16 verslavingszorginstellingen, is gemaakt op basis van bestaande contacten waarbij gezocht is naar werknemers van de zorginstellingen die op grond van hun functie zicht zouden moeten hebben op de aard en omvang van de problematiek waarmee cliënten zich bij de betreffende instelling aanmelden. Het betreft hier voornamelijk behandelaars en behandelcoördinatoren (waaronder psychologen), maatschappelijk werkers, sociaal psychiatrische verpleegkundigen en stafmedewerkers.

2.2. Resultaten

In totaal zijn 17 personen van 16 instellingen aangeschreven met het verzoek de vragenlijst in te vullen. Dertien personen van 10 instellingen hebben geheel of gedeeltelijk ingevulde vragenlijsten teruggestuurd. Van deze 10 instellingen behoorden 3 instellingen tot de zogenaamde private sector.

Aangezien uitdrukkelijk aan de respondenten gevraagd is om indrukken en schattingen en niet noodzakelijkerwijs om exacte aantallen worden de resultaten op kwalitatieve wijze gepresenteerd.

^a We gebruiken hier de term gedragsverslaving vanuit lekenperspectief: op basis van wetenschappelijke evidentie is de legitimiteit van een aanzienlijk aantal van de voorgestelde vormen van gedragsverslaving nog niet aangetoond.

Registratie

De respons maakt ten eerste duidelijk dat verschillende instellingen moeite hebben informatie te verschaffen over de omvang van de gevraagde vormen van verslaving, die in veel gevallen (nog) niet als zodanig in het cliëntensysteem staan geregistreerd:

“Het probleem met het invullen van de vragenlijst is dat wij in onze systemen niet de antwoord-categorieën gebruiken die in jullie vragenlijst gebruikt worden. Bij de intake maken wij gebruik van de DSM-IV categorieën.”

Door deze werkwijze is het voor deze instellingen niet mogelijk op basis van registraties gegevens te verschaffen over het vóórkomen van de verschillende vormen van gedragsverslaving, die geen van alle als zodanig in de DSM-IV, dan wel de DSM-5 staan vermeld. Exacte registraties ontbreken bij de meeste instellingen, al registreren sommige instellingen bijvoorbeeld wel apart online gamen of online poker maar andere vormen van gedragsverslaving niet. Er blijkt in de meeste gevallen geen (uniforme) methode van registratie te zijn voor vormen van (gedrags)verslaving waarvoor geen DBC bestaat.

Vóórkomen

Opvallend is het grote verschil tussen de verschillende instellingen in de mate waarin het vóórkomen van de verschillende vormen van gedragsverslaving wordt gerapporteerd. Enkele instellingen spreken bij bijvoorbeeld verslaving aan online games van “een substantiële groep binnen de jeugd” of stellen dat bij één op de drie cliënten in de jeugdzorg online gamen een rol speelt. Bij andere instellingen wordt daarentegen geen enkele cliënt met problemen met online games gerapporteerd. Toch rapporteren de meeste instellingen dat zij cliënten behandelen met problemen met online gaming, online gokken (waaronder met name poker) en seks (waaronder online pornografie). Het Internet lijkt daarmee verschillende vormen van gedragsverslaving te faciliteren.

Duidelijk wordt ook dat binnen de reguliere verslavingszorg het aantal cliënten met een gedragsverslaving meestal zeer beperkt is. Eén instelling heeft de aantallen gerapporteerd als percentage van de totale cliëntenpopulatie. Hieruit wordt duidelijk dat, in ieder geval in deze instelling, het aandeel cliënten met één van de beschreven gedragsverslavingen minder dan 1 procent van het totaal bedraagt. Binnen de private verslavingszorginstellingen lijkt het aandeel cliënten met een nieuwe vorm van gedragsverslaving beduidend groter. De beschikbare gegevens staan echter niet toe concrete uitspraken te doen over absolute en proportionele aantallen.

Het vóórkomen van de verschillende vormen van gedragsverslavingen binnen de Nederlandse verslavingszorg wordt hieronder nader beschouwd:

- Internet-gerelateerde verslavingen
 - Online gamen
Zoals gezegd maakt de meerderheid van de instellingen melding van cliënten met verslaving aan online games. Bij een deel van de cliënten vormt verslaving aan online gaming de primaire problematiek, bij een ander deel secundaire problematiek, vooral naast problemen met cannabisgebruik. De aantallen primaire aanmeldingen variëren van enkelingen tot enkele tientallen. De verwachting van de meeste – maar niet alle – instellingen is dat dit aantal in de komende jaren zal stijgen.

- Facebook en andere social media
Slechts twee instellingen maken melding van een enkele cliënten met problemen met social media. Verslaving aan social media lijkt daarmee binnen de Nederlandse verslavingszorg slechts sporadisch voor te komen.
- Online pornografie
De meeste reguliere instellingen hebben slechts enkele cliënten met problemen met online pornografie in behandeling, al uit één instelling een vermoeden van “onderdiagnostiek” en bestaat bij deze en andere instellingen de verwachting dat dit aantal in toekomst zal stijgen. Ook nemen sommige instellingen geen cliënten met seksverslaving, waaronder ook verslaving aan online pornografie wordt gerekend, in behandeling. Bij private instellingen ligt het aantal cliënten in behandeling vanwege problemen met online pornografie aanzienlijk hoger en worden tientallen cliënten gerapporteerd.
- Online gokken: Poker
Verslaving aan online poker lijkt in een deel van de gevallen onderdeel uit te maken van een meer algemene gokverslaving. Kennelijk maakt een deel van de gokverslaafden gebruik van online mogelijkheden waaronder de mogelijkheid om online poker te spelen. Daarnaast lijken er ook cliënten te zijn die zich exclusief met online poker bezig houden. Het aantal cliënten in de reguliere verslavingszorg varieert per instelling van een enkeling tot een tiental, in enkele private verslavingszorginstellingen liggen de aantallen aanzienlijk hoger.
- Online gokken: “anders, namelijk: ...”
Zoals hierboven al beschreven maakt een deel van de cliënten (“gemiddeld één op de drie” volgens een instelling) die in behandeling zijn voor gokverslaving gebruik van online speelmogelijkheden. Naast poker spelen daarbij voor enkele cliënten online roulette en online fruitautomaten een rol.
- Andere vorm van internetverslaving, namelijk: ...
Eén reguliere instelling maakt melding van het incidenteel voorkomen van andere vormen van internetverslaving, zonder daarbij aan te geven van welke vorm sprake is. De andere instellingen maken geen melding van andere vormen van internetverslavingen.
- Seksverslaving (anders dan enkel online pornografie)
Zoals hierboven al vermeld, nemen sommige instellingen geen cliënten met seksverslaving in behandeling maar verwijzen zij deze door naar de GGZ. Het aantal cliënten bij de instellingen die wel zorg voor seksverslaafden aanbieden is laag, behalve bij de private instellingen die aangeven vele tientallen cliënten met seksverslaving in behandeling te hebben.
- Mobiele telefoonverslaving
Geen enkele verslavingszorginstelling maakt melding van cliënten met een verslaving aan een mobiele telefoon.
- Relatieverslaving
Geen enkele reguliere verslavingszorginstelling maakt melding van cliënten met een relatieverslaving. Bij enkele private verslavingszorginstellingen daarentegen, zijn per instelling enkele tientallen cliënten met relatieverslaving in behandeling, deels als secundaire problematiek.

- **Eetverslaving**
Cliënten met een eetstoornis lijken een heterogene groep te vormen waaronder stoornissen als eetverslaving, anorexia en boulimia nervosa vallen. Slechts enkele reguliere verslavingszorginstellingen maken melding van een beperkt aantal cliënten met eetverslaving. Bij de private instellingen zijn per instelling enkele tientallen cliënten vanwege een eetverslaving in behandeling. Ook zijn er instellingen die aangeven cliënten met eetstoornissen niet te behandelen.
- **Werkverslaving**
Geen van de reguliere verslavingszorginstellingen maakt melding van cliënten die in behandeling zijn vanwege werkverslaving. Eén private instelling maakt melding van één cliënt met een primaire diagnose werkverslaving naast een tiental cliënten met werkverslaving als secundaire diagnose.
- **Beurs- of beleggingsverslaving**
Eén reguliere verslavingszorginstellingen maakt melding van een viertal cliënten die in behandeling zijn vanwege een beurs- of beleggingsverslaving. Eén private instelling maakt melding van een tiental cliënten waarbij beurs- of beleggingsverslaving als secundaire diagnose werd gesteld. De resterende instellingen kennen geen cliënten met een dergelijke verslaving.
- **Koopverslaving**
Enkele verslavingszorginstellingen, zowel regulier als privaat, maken melding van enkele cliënten met een koopverslaving als primaire problematiek. Eén reguliere instelling meldt een twintigtal cliënten met als primair probleem koopverslaving. Een andere reguliere instelling meldt een tiental cliënten waarbij koopverslaving als secundaire diagnose werd gesteld, naast bijvoorbeeld de diagnose ADHD.
- **Sportverslaving (fitness, hardlopen)**
Geen enkele reguliere verslavingszorginstelling maakt melding van cliënten met een sportverslaving. Een enkele private instelling rapporteert enkele tientallen cliënten waarbij sportverslaving als secundaire problematiek een rol speelt, met name in combinatie met eetstoornissen en naast problemen met cocaïne, speed en anabolen.
- **“Anders, namelijk: ...”**
Een enkele instelling maakt melding van andere vormen van gedragsverslaving, zonder deze nader te specificeren.

2.3. Conclusie

In de beschreven inventarisatie is gokverslaving buiten beschouwing gelaten omdat daar al over bekend is hoe vaak het voorkomt binnen de zorg (3,4% van alle cliënten in de reguliere zorg ⁷). Er is specifiek gefocust op de nieuwere verslavingsvormen. De resultaten maken duidelijk dat cliënten met een gedragsverslaving zoals in tabel 2.2 opgesomd proportioneel gezien slechts een zeer klein deel van de totale cliëntenpopulatie vormen. Van enige omvang zijn online gameverslaving en in mindere mate seksverslaving waaronder verslaving aan online pornografie. Ook maken online mogelijkheden om te gokken deel uit van de problematiek van cliënten met gokverslaving zoals online pornografie onderdeel kan zijn van de problematiek van seksverslaafden.

Andere vormen van gedragsverslaving komen, vooral binnen de reguliere verslavingszorg, hooguit incidenteel voor, al gaf een reguliere instelling aan per jaar bijvoorbeeld een twintigtal cliënten met koopverslaving in behandeling te nemen. Proportioneel betreft het echter nog steeds een zeer klein deel van de totale cliëntenpopulatie. Opvallend is wel dat binnen de private verslavingszorg aanzienlijk meer cliënten voor dit soort problemen in behandeling zijn, mogelijk door de soms sterke PR rondom behandelaanbod voor deze problematiek.

Hoewel het aantal cliënten met online gameverslaving of andere vormen van gedragsverslaving vooralsnog beperkt is, verwachten meerdere instellingen dat dit aantal de komende jaren zal toenemen. Verschillende verslavingszorginstellingen hebben een specifiek zorgaanbod voor online gameverslaving of bieden een meer universeel zorgprogramma aan. Deze komen aan bod in hoofdstuk 4. Een beperkt aantal verslavingszorginstellingen neemt cliënten met gedragsverslavingen niet in behandeling maar verwijst deze cliënten door naar andere zorginstellingen.

Gedragsverslavingen zoals in dit onderzoek aan de orde, blijken bij de meeste instellingen niet zo specifiek te worden geregistreerd. Van een universele geprotocolleerde registratiemethode zoals bij de meer 'traditionele' vormen van verslaving, is vooralsnog geen sprake. De ontwikkeling en implementatie van een dergelijke registratiemethode zou het mogelijk maken beter zicht te krijgen op de ontwikkelingen van het vóórkomen van gedragsverslavingen in de verslavingszorg. Gezien de recente ontwikkelingen van opkomende nieuwe vormen van verslaving is dit wenselijk.

3. Theorie en criteria

De vragen naar welke wetenschappelijke theorieën over gedragsverslavingen gangbaar zijn en welke diagnostische criteria worden onderscheiden zijn beantwoord met literatuurstudies en de consultatie van deskundigen. Het doel is de lezer inzicht te geven in de belangrijkste ontwikkelingen in het denken over gedragsverslavingen.

3.1. Methode

We beschrijven de huidige stand van zaken in het wetenschappelijk onderzoek rondom zes veelgenoemde gedragsverslavingen: (1) gokverslaving (incl. poker, belegging), (2) internetverslaving algemeen, (3) internetgameverslaving, (4) social mediaverslaving, (5) seksverslaving (hyperseksualiteit) en online pornoverslaving en (6) eetverslaving. De nadruk ligt hierbij op recente bevindingen. Deze specifieke verslavingen zijn gekozen omdat ze in het eerste hoofdstuk uit de inventarisatie naar voren kwamen als relevant binnen de huidige praktijk van de verslavingszorg.

Omdat het onderwerp breed is, is het noodzakelijk om keuzes te maken. De initiële selectie van wetenschappelijke literatuur is gemaakt door de auteurs van het rapport die elk wetenschappelijk expert zijn op een of meerdere van de betreffende verslavingen. Tijdens de literatuur search hebben de auteurs de voorkeur gegeven aan overkoepelende studies (reviews) en de DSM-5, omdat deze centraal staat binnen de zorg. De literatuur is gezocht in de bekende wetenschappelijke databases, zoals geïndexeerd door Google Scholar. Het is nadrukkelijk niet de bedoeling (noch haalbaar) om een uitputtend overzicht van elk van de thema's te geven, maar eerder een indruk van de grote bewegingen binnen het veld per thema. Met deze strategie is het belangrijk dat de resultaten getoetst worden bij externe experts: we hebben een commissie ingesteld met experts, die vanuit hun expertise op het gebied van verslavingen bereid waren mee te denken over potentieel aanvullende of incorrect weergegeven informatie. Deze expert commissie bestaat uit Prof. Dr. Reinout Wiers, Prof. Dr. Ingmar Franken, Prof. Dr. Anneke Goudriaan, en Dr. Vincent Hendriks. Op basis van de feedback van de commissie is het document aangevuld en aangescherpt.

De beschrijving van iedere gedragsverslaving is gestructureerd opgebouwd: eerst wordt de historische achtergrond besproken, vervolgens een overzicht van wat er bekend is over het ontstaan van de verslaving en de risicofactoren, en ten slotte volgt een beschrijving van de huidige criteria om het probleem te detecteren. Dit geeft ook een indruk van het klinische beeld bij de betreffende verslaving.

3.2. Algemene theoretische achtergrond

Veel mensen hebben een intuïtief beeld bij het begrip verslaving. Regelmatig horen we uitspraken zoals “deze game is vet verslavend” en “ik ben verslaafd aan chocola”. Dit sluit niet altijd aan bij de klinische invulling van het begrip, die zorgverleners er aan geven. Gezien de complexiteit van verslaving is het belangrijk dat we een helder startpunt kiezen voor onze theoretische verkenning van gedragsverslavingen. In hun artikel ‘*Introduction to behavioral addictions*’ stellen Grant et al.⁸ de volgende, vrij brede, definitie voor (p.1):

“Several behaviors, besides psychoactive substance ingestion, produce short-term reward that may engender persistent behavior, despite knowledge of adverse consequences, i.e., diminished control over the behavior”

Deze definitie sluit aan bij het beeld van verslaving dat door West en Hardy⁹ wordt geschetst: een verslaving laat zich vooral karakteriseren als een verlies van controle over een bepaald gedrag, met negatieve consequenties. Deze definitie is bijvoorbeeld eerder toegepast om gameverslaving samen te vatten¹⁰. Zonder de negatieve

consequenties zou elk repetitief gedrag, bijvoorbeeld ademen, immers verslavend zijn. Uit deze startdefinitie volgt echter een aantal belangrijke vragen: als een gedrag lijkt op verslaving door zijn hardnekkig karakter en negatieve gevolgen, is dit dan voldoende om te spreken van een 'echte' verslaving zoals alcohol- en drugsverslaving? Is het label verslaving überhaupt van toepassing op dit soort gedrag? Hoe sterk lijkt het gedrag van cliënten op middelgebonden verslavingsgedrag?

De recent verschenen vijfde editie van de DSM, het standaardwerk voor de psychiatrie, beantwoordt een deel van deze vragen door de keuze die gemaakt is rondom de classificatie van gokverslaving (gokstoornis). Waar het gokken eerder geclassificeerd werd als een probleem met impulscontrole, valt het nu in de nieuwe categorie 'Middelengerelateerde en verslavingsstoornissen'. Een argument hiervoor was de sterke overeenkomst in zowel gedrag als in patronen in de hersenactiviteit aangaande het beloningssysteem bij gok- en middelenverslaafden^{1,3,11}.

Met het introduceren van één specifiek gedrag als een verslaving - namelijk gokken - dient zich direct de vraag aan of andere gedragingen zoals problematisch video game of internet gebruik dan mogelijk ook in de DSM-5 thuis horen als verslavingsstoornis. Wat betreft de DSM-5 leken de experts nog niet voldoende overtuigd van de evidentie voor deze beslissing per eind 2012/begin 2013, hoewel '*internet game use disorder*' in de appendix beschreven wordt als kandidaat-stoornis voor een volgende versie mits er meer wetenschappelijke evidentie voor komt.

Uiteraard is de DSM niet het enige werk als het gaat om psychologische en psychiatrische classificatie. Er is dan ook stevige kritiek op het inzetten van de DSM buiten de bedoelde psychiatrische context om bijvoorbeeld leerlingen op scholen te classificeren¹². Omdat de DSM, zeker binnen de verslavingszorg, een belangrijke rol speelt hebben we er toch voor gekozen om deze aan te houden als leidraad binnen dit literatuuroverzicht.

Verslavend gedrag begint over het algemeen met een gedraging die als positief wordt ervaren en doelgericht wordt opgezocht. Vervolgens escaleert het gedrag voor sommigen naar een schadelijke en ongewenste gewoonte¹³. Er zijn verschillende theorieën als het om middelengebruik gaat, bijvoorbeeld de *incentive sensitisation* theory die beschrijft dat onder invloed van herhaald middelengebruik de initiële positieve gevoelens bij het middel (*liking*) veranderen in een sterk verlangen naar het middel zonder dat het middel daadwerkelijk nog als lekker ervaren hoeft te worden (*wanting*, zonder *liking*)¹⁴. Andere op individuele verklaringen gerichte theorieën richten zich bijvoorbeeld op verslaving als een aangeleerd gedrag (behaviorisme), verslaving als de verstoring van een natuurlijke *drive* (zoals honger/trek), een gebrek aan impulscontrole, of zelfs het overnemen van gedrag van anderen door imitatie¹⁵. Kortom, er bestaan verschillende theorieën over verslavend middelengebruik die focussen op verschillende facetten van het gebruik. Waar de theorieën elkaar soms aanvullen spreken ze elkaar ook regelmatig tegen⁹. West laat het brede spectrum aan invalshoeken voor verslavingstheorieën zien^{15(p34)}, waarbij hij ook aangeeft dat veel theorieën vooralsnog focussen op middelenverslaving en niet op gedragsverslaving.

In de huidige rapportage focussen we op gedragsverslavingen en per gedrag wordt gekeken naar de huidige theorieën en bevindingen. Het zal blijken dat de theorievorming rondom gedragsverslaving nog zeer beperkt is: de gedragingen worden vaak a-theoretisch benaderd. Een voorbeeld hier is het componenten model van Griffiths^{16(p192)}, indirect afgeleid uit Brown¹⁷ (die zich op zijn beurt weer baseerde op de DSM-III criteria voor gokken).

"The way of determining whether non-chemical (i.e. behavioural) addictions are addictive in a non-metaphorical sense is to compare them against clinical criteria for other established drug-ingested addictions."

Dit model beargumenteert (net als de DSM) dat elke vorm van gedragsverslaving de zes componenten tolerantie, terugval, stemming beïnvloeding, onthoudingsverschijnselen, *salience*/preoccupatie (het middel trekt doelgerichte aandacht), en conflict omvat. Terwijl Griffiths beargumenteert dat zijn componenten voor alle gedragsverslavingen gelden is de DSM diagnose voor gokken in de loop der tijd steeds verder aangescherpt aan de specifieke kenmerken van het gokken, zoals het verliezen van grote sommen geld (zie volgende paragraaf voor details).

Dit patroon van starten vanuit een bestaand model en het aanpassen van dit model aan de specifieke eigenschappen van het betreffende gedrag heeft mogelijk ook voorspellende waarde voor de ontwikkeling van de criteria voor 'internet-', 'game-' en 'social media' verslaving (zie betreffende secties). Ook daar zien we dat er op dit moment vooral vanuit de bestaande criteria voor gokverslaving gestart wordt. Een voorbeeld is dat 'liegen over het gebruik' in het DSM-5 voorstel voor 'internet gaming disorder' letterlijk is overgenomen uit de diagnose voor gokverslaving (gokstoornis) ¹.

De discussie over legitimiteit van gedragsverslavingen wordt ook vanuit de neurobiologie gevoed ¹⁸. Een recente samenvattende review inventariseerde artikelen over gokken, internetgebruik, het spelen van video games, winkelen, seksverslaving en kleptomanie. Hoewel het bewijs nog niet-definitief is (vooral voor kleptomanie, winkelen en hyperseksueel gedrag), beweren de auteurs het volgende:

“Parallels exist between neurobiological and genetic and family history findings in substance and nonsubstance addictions, suggesting that compulsive engagement in these behaviours may constitute addictions.” ¹⁸

Dit alles loopt iets vooruit op de nu volgende bespreking: elk van de genoemde gedragsverslavingen zal hieronder apart beschreven worden, te beginnen met gokken.

3.2.1. Gokverslaving en online gokverslaving

Achtergrond & prevalentie

Gokverslaving wordt in de DSM-5 benoemd als gokstoornis. Schattingen voor de prevalentie van de gokverslaving lopen uiteen van 0.2 tot 3% van de volwassenen wereldwijd ¹⁹. De schattingen lopen niet alleen uiteen door werkelijke verschillen, maar ook door variatie in de meetmethoden. De mogelijkheid om te gokken verschilt ook tussen landen waardoor een deel van de verschillen echt zouden kunnen zijn. Een recent Nederlands onderzoek schatte het aantal recreatieve spelers in 2011 op 8,7 miljoen. Dit zijn mensen die *in het laatste jaar* op enige wijze aan gokken deden ^{20(p10)}. Het onderzoek schatte verder het aantal problematische gokkers op 20.300 ²⁰. Dit vertaalt zich naar 0,12% problematische gokkers in Nederland anno 2011. Problematisch gokken is daarbij een indicatie voor gokverslaving.

Er heeft zich in de loop der jaren een opvallende ontwikkeling voorgedaan in de definiëring van gokverslaving. In de DSM-III werd gokverslaving (destijds 'pathologisch gokken') beschreven met criteria die sterk leken op die van middelenverslaving. In de volgende editie van de DSM (IV) werden de criteria al meer specifiek voor gokken geformuleerd ^{21(p750)}: criteria over liegen tegen bekenden, *chasing losses* (verliezen proberen terug te winnen), illegale activiteiten om geld te verkrijgen werden bijvoorbeeld toegevoegd. In de DSM-5 werd het criteria over illegaliteit vervolgens weer verwijderd ¹.

Er zijn verscheidene studies waarin duidelijke parallellen in de neurobiologie van middelenverslaving en gokverslaving gevonden worden. Zo laat een studie van Goudriaan et al. ³ zien dat zowel mensen met een gokverslaving als alcoholverslaafde patiënten ten opzichte van gezonde mensen slechtere executieve functies

hebben. Dit suggereert volgens de auteurs een gedeelde neurocognitieve kwetsbaarheid. Ook Wareham & Potenza²² melden overeenkomsten in hun overzichtsartikel: mensen met een gokverslaving vertonen verhogingen van *norepinephrine* (gerelateerd aan opwinding), tonen een vergelijkbare, veranderde reactie op *serotonine* (betrokken bij gedragscontrole)²³ en er zijn aanwijzingen voor een mogelijke rol van *dopamine* (speelt onder andere een rol bij beloning)²². Ook in hersenscanonderzoek worden er overeenkomsten met middelenverslaving gevonden: mensen met een gokverslaving vertonen tijdens een goktaak verlaagde activatie van de *ventromediale prefrontale cortex* en het *ventral striatum*. Hoe zwaarder de gokproblematiek – hoe lager de activatie van deze gebieden²². Verslaafde gokkers presteren dan ook slechter op cognitieve gok-taken zoals de Iowa Gambling Task (IGT)²². Meer algemeen vinden onderzoekers aanzienlijke overeenkomsten in het functioneren van de hersenen van cocaïneverslaafden en gokverslaafden²⁴.

Uit tweelingenonderzoek blijkt tot slot dat bij gokverslaving, net als bij middelenverslaving, sprake is van een sterke genetische component²². Omdat veel van de studies met hersenscans nog niet gerepliceerd zijn is het nog voorbarig om te stellen dat gokstoornis en middelenstoornissen verschillende uitingen zijn van een zelfde soort onderliggend probleem (verslavingsgevoeligheid)²².

Determinanten & risicofactoren

De gokliteratuur kent hetzelfde gebrek aan theoretische overeenstemming als eerder werd beschreven voor verslavingen in het algemeen (zie: 3.2.1). De recente verplaatsing van gokverslaving vanuit de DSM-5 categorie van impulscontrole stoornissen naar de algemene sectie voor verslavingen, op basis van overeenkomstige bevindingen met middelenverslaving wijst er ook op dat het denken over gokken nog in beweging is. Dit is wel een beweging in een bepaalde richting: gokken wordt steeds meer gezien als een vorm van verslaving.

Er is een brede wetenschappelijke literatuur over gokken waarin verschillende comorbide problemen en samenhangende psychologische eigenschappen genoemd worden. Ten eerste wordt een hoge mate van impulsiviteit in de DSM-5 genoemd als factor die kwetsbaar maakt voor verschillende vormen van middelenstoornis, maar ook gokverslaving^{1(p494)}. Een recente review²⁵ noemt daarnaast middelengebruik (58%)^{19,26} en roken (60%), gevolgd door verschillende stemmingsstoornissen (38%)^{26,27} en ten slotte angststoornissen (37%) als veelvoorkomende comorbide problemen. In een iets breder perspectief rapporteert een tweede review²⁸ studie de volgende factoren die samengaan met gokverslaving: demografische kenmerken (jonger, mannelijk, lage SES, leven in grote stad), cognitieve vertekening (*bias*), comorbide stoornissen (OCD, middelengebruik, angst stoornissen, persoonlijkheidsproblemen), en criminaliteit dan wel illegale daden. Ook impulsiviteit wordt hier weer genoemd²⁸.

Criteria

Gokverslaving wordt in de praktijk vrijwel altijd beschrijvend (a-theoretisch) benaderd gebaseerd op de ervaringen van psychiaters met hun patiënten. Gokverslaving wordt meestal gemeten via de lijst criteria uit de DSM (III, IV, en 5). Deze lijst omvat kenmerken die in eerste instantie uit de klinische praktijk zijn voortgekomen. Een voorbeeld hiervan is de bekendste screener voor gokverslaving, de South Oaks Gambling Screen (SOGS), die direct gebaseerd is op DSM-III criteria.

Een centraal kenmerk van gokverslaving is de sterke negatieve invloed die het gokgedrag heeft op de persoonlijke relaties en professionele ontwikkeling. Dit komt niet altijd alleen door het gedrag zelf, maar ook doordat er sterk negatieve financiële consequenties aan het gokgedrag verbonden zijn. De meest kenmerkende veranderingen in DSM-5 criteria ten opzichte van de DSM-IV wat betreft gokken is het verdwijnen van het criterium 'illegaliteit'. Het doen van illegale handelingen om de gokgewoonte te financieren is dus niet langer een criterium, terwijl drie

andere criteria die specifiek relevant zijn voor het gokken (*chasing losses*, liegen, en financieel leunen op anderen) behouden zijn. De criteria voor gokverslaving volgens de DSM-5 worden hieronder genoemd (tabel 3.1):

Tabel 3.1: Criteria DSM-5 gokverslaving

Criteria gokverslaving: in de afgelopen 12 maanden, 4 of meer van de volgende criteria ^{1(p585)}:

1. Preoccupatie met het gokken
2. Tolerantie: gokken met steeds meer geld
3. Onthoudingsverschijnselen: psychologische, dan wel lichamelijke onthoudingsverschijnselen zoals trillen
4. Zonder succes meermaals geprobeerd te stoppen
5. Stemming beïnvloeding (gokken gebruiken om emoties te beïnvloeden)
6. Negatieve gevolgen voor relaties of carrière(kansen)
7. Liegen over het gokken
8. Achtervolgen van verliezen (*chasing*)
9. Leunen op andere om financiële uitkomst te bieden

-
- Er mag geen manische episode in het spel zijn (omdat deze ook tot ontremd gedrag kan leiden).
 - Het gokgedrag kan episodisch of persistent zijn
 - Er worden drie niveaus van ernst onderscheiden: Bij 4-5 criteria is de stoornis *mild*, bij 6-7 criteria *moderate*, en bij 8-9 criteria *severe*

3.2.1.1. Online gokken

Als we kijken naar gokken via internet blijkt dat volgens de laatste schatting in 2011 slechts 1,9% (257.500 mensen) van de Nederlandse bevolking van 16 jaar en ouder in dat jaar via internet heeft gegokt^b. Dit is veel minder dan het percentage Nederlanders dat überhaupt in dat jaar gegokt^c heeft, namelijk 65% ^{20(p12)}. Desondanks was dit een verdubbeling ten opzichte van 2005 (1%, 130.500 mensen), maar nog steeds een minderheid van de gokkers. Overigens werd het percentage jongeren tussen de 14 en 16 jaar dat online gokt in 2012 al op 5,7% geschat. Dit kan een voorbode zijn van een verdere toename in het aantal online gokkers ²⁹. Het gokken via internet omvat vooral poker (49% van de online gokkers), maar ook loterijen (12%), sportpoules (16%) en roulette (13%) ^{20(p24)}. In een Nederlandse rapportage over poker bleek in 2010 nog dat dit spel, waarin ook behendigheids-elementen zitten, slechts in beperkte mate met verslavingsproblematiek verband houdt ³⁰. Desalniettemin geeft dezelfde rapportage aan dat de typische internet elementen zoals een beperkte formele en sociale controle verslavingsproblemen mogelijk in de hand werken.

De groei in online gokken zal waarschijnlijk doorzetten, want voorlopig is de online gokmarkt in Nederland nog niet gereguleerd en bieden buitenlandse aanbieders hun diensten illegaal aan. Vanaf januari 2015 wordt de online gokmarkt in Nederland gelegaliseerd^d en zal hiermee het aantal spelers naar verwachting ook groeien omdat er bijvoorbeeld reclame gemaakt mag worden. In de voorgestelde wetgeving wordt expliciet gesproken over het blokkeren van buitenlandse aanbieders op niveau van de internetprovider en daarnaast over een verplichte afgifte van een percentage (20%) van de inkomsten om negatieve gevolgen – zoals verslaving – te bestrijden. In voorbereiding op deze transitie zijn legale en (illegale) buitenlandse gokaanbieders zich druk op deze verandering aan het voorbereiden. Zo is er sprake van een mogelijke gokzender (SBS6/Endemol). Ook worden er

^b Het gaat hier specifiek om loterijen; krasloten; kansspelautomaten; casinospelen; wedden op paarden; kaarten of dobbelen; bingo; sportpoules; illegale kansspelen; kansspelen via internet; en/of andere kansspelen

^c Het gaat hier specifiek om loterijen; krasloten; kansspelautomaten; casinospelen; wedden op paarden; kaarten of dobbelen; bingo; sportpoules; illegale kansspelen; kansspelen via internet; en/of andere kansspelen

^d <http://www.rijksoverheid.nl/ministeries/venj/nieuws/2013/05/22/kansspelen-online-in-toekomst-mogelijk.html>

samenwerkingsverbanden gesloten tussen *land-based* aanbieders zoals Holland Casino en internet-georiënteerde bedrijven zoals Playtech software^e.

De vraag of online gokken meer of minder problematisch is dan offline gokken is lastig te beantwoorden. Een eerste factor hierbij is dat veel gokkers aangeven dat offline en online gokken naast elkaar gedaan worden ³¹. Ten tweede vinden studies over dit onderwerp tegengestelde resultaten. Volgens Griffiths en Auer vinden zelf-rapportage studies regelmatig dat online gokken meer verslavend is, maar wordt dit beeld in studies die gebruik maken van tracking software/gedragsdata niet bevestigd ³¹. Het laatste soort data wordt verstrekt door de belanghebbende online gokindustrie zelf. Voorzichtigheid is dus geboden bij de interpretatie. Een argument om te veronderstellen dat online gokken mogelijk meer problematisch kan zijn dan offline gokken is het feit dat het anoniem gedaan kan worden vanuit de privacy van de eigen computer.

Duidelijk is in ieder geval dat er met het doorbreken van het overheidsmonopolie op gokken het aanbod zal groeien voor online gokken – en indirect mogelijk het reguliere land-based gokken, waarmee het absolute aantal verslaafde gokkers mogelijk zal stijgen.

^e <http://internetgokken.eu/321/online-gokken-in-het-jaar-2014/>

3.2.2. Internetverslaving

Achtergrond & prevalentie

De term internetverslaving is ooit begonnen als grap van de psychiater Goldberg. In reflectie op de continue stroom aan nieuwe aandoeningen bedacht hij dat men zelfs aan het internet wel verslaafd zou moeten kunnen raken ³². Uiteindelijk bleek zijn humor profetisch, want ondertussen kennen we een traditie van meer dan 15 jaar serieus onderzoek naar het fenomeen van internetverslaving ³³⁻³⁶. Even was er zelfs sprake van dat internetverslaving in de DSM-5 zou komen. Maar waar oorspronkelijk gesproken werd over 'Internet use disorder' ³⁷, wordt in de definitieve versie van het handboek ³⁸ alleen specifiek over gameverslaving (*internet game disorder*) gesproken ^{1,39}. Gamen is nog geen erkende psychiatrische stoornis, maar wordt voorgesteld als kandidaat voor een volgende DSM versie wanneer nader onderzoek daar reden toe geeft (in Appendix B van de DSM-5) ¹.

In dit rapport maken we bij het bespreken van verslavend gedrag via internet onderscheid tussen problematisch (verslavend) internet gebruik als het gaat om prevalentieschattingen in de bevolking, en verslaving als het gaat om patiënten, in analogie met de gokterminologie.

In Nederland lopen de prevalentie schattingen voor problematisch internet gebruik uiteen van zo'n 1% van de algemene bevolking in 2009 ⁶ tot zo'n 5-6% onder jonge adolescenten (leeftijd 13-15) ⁴⁰. De verwachting is dat slechts een klein deel van deze problematische gebruikers gespecialiseerde hulp zoekt, gezien het beperkte voorkomen van internet problematiek binnen de verslavingszorg. Stichting IVZ rapporteert dat in 2012 1,5% van de cliënten in behandeling was voor 'overige' verslavingen. Hiervan was een kwart (411 cliënten) specifiek in behandeling voor (online) gaming problematiek, en nog eens een kwart voor (niet-middel gebonden) verslavingen zoals 'chatten' en 'erotiek' ⁷.

Determinanten & risicofactoren

Het onderzoek rondom internetverslaving kenmerkt zich door veel overzichtsartikelen (*reviews / commentaries*) en slechts weinig theoretische modellering of empirische toetsing van deze theorieën ⁴¹. De literatuur richt zich sterk op zelfrapportages waardoor er slechts weinig objectieve data beschikbaar zijn over de details en het verloop van een 'internetverslaving' ⁴². Hoewel er ogenschijnlijk objectieve data uit hersenscanonderzoek naar voren komen, zijn deze data soms moeilijk te interpreteren omdat oorzaak en gevolg niet altijd duidelijk zijn. Het blijkt bijvoorbeeld dat gameverslaafden een vergroot hersengebied hebben dat geassocieerd is met beter strategisch nadenken, maar het zou hier ook kunnen dat strategische denkers eerder doorschieten in het gamen ⁴³.

Studies met hersenscans hebben laten zien dat ervaren internetgebruikers aanzienlijk meer activatie vertonen tijdens zoekopdrachten (google) op internet dan onervaren gebruikers ⁴⁴. Daarnaast vond een team van Chinese onderzoekers dat de hersenen van patiënten met internetverslaving structureel verschilden van de hersenen van de controlegroep. Een ander team onderzoekers liet zien dat internetverslaving samenhangt met gebrekkig functioneren van het dopaminerge systeem. Dit sluit volgens hen aan op de bevindingen bij andere verslavingen (o.a. gokverslaving) ⁴⁵. Deze resultaten dienen als voorlopig gezien te worden gezien het lage aantal respondenten (N=5, controlegroep N=9). Hoewel de onderzoekers in de voorgaande onderzoeken telkens impliceren dat het relatief slechte functioneren een resultaat is van internetverslaving is deze stelling moeilijk toetsbaar omdat de verlaagde activatie ook een resultaat zou kunnen zijn van de depressieve gevoelens die de 'patiënten' vertonen, of een simpel trainingseffect – gezien het feit dat ze soms meer dan 10 uur per dag gamen. Samengevat biedt het hersenscan onderzoek op dit gebied dus nog geen hele tastbare aanknopingspunten om internetverslaving beter te begrijpen.

Daarnaast is internetverslaving een containerbegrip dat steeds minder relevant aan het worden is ⁴⁶. Mensen hebben problemen met de applicatie die zij op internet gebruiken, niet het internet zelf. Met de snelle verspreiding van mobiele apparaten en draadloos internet is het voor veel gebruikers bovendien onduidelijk wanneer zij wel en niet online zijn ⁴⁰. Hiermee wordt het ook onduidelijk wat nu precies het verslavende aspect is – internet is meer een medium dat het verslavend gedrag faciliteert dan een verslavend middel, zoals een slijterij alcoholverslaving faciliteert maar niet het verslavende middel is. Publicaties richten daarom steeds vaker zich op meer specifieke vormen van problematisch internetgebruik, waaronder gaming, gokken, erotica, en social media ⁴⁷⁻⁴⁹. Deze gedachtegang wordt ook gesteund door de sterke statistische verbanden tussen ‘internetverslaving’ en verschillende losse activiteiten op het internet zoals social mediagebruik en gaming ⁵⁰ onder jongeren. Het is daarmee correcter te spreken van ‘internet-gerelateerde’ verslavingen, en niet van ‘internetverslavingen’. We besteden daarom verderop in dit hoofdstuk apart aandacht aan de twee meer specifieke nieuwe gedragingen die door het internet mogelijk zijn gemaakt en die worden geassocieerd met overmatig gebruik: het (online) gamen en de social media.

Criteria

Verskillende modellen beschrijven symptomen (criteria) die kenmerkend zijn voor een stoornis. Er zijn bijvoorbeeld verschillende ‘component’ indelingen in omloop om problematisch internetgebruik of internetverslaving te beschrijven (zie Tabel 3.2). Net zoals bij problematisch gokken zijn deze indelingen a-theoretisch van aard en afgeleid van de bestaande criteria voor problematisch gokken. Populaire modellen zijn die van Griffiths (2005; zie 2.2.2), die van Young (1998 ⁵¹), en die van Tao (2010 ^{16,52-54}).

Ten eerste wordt het model van Griffiths regelmatig gebruikt ¹⁶. Ook de in Nederland veel gebruikte *Compulsive Internet Use Scale* (CIUS) van Meerkerk et al. is hier deels van afgeleid, met het verschil dat de CIUS de component ‘tolerantie’ buiten beschouwing laat op basis van interviews en gebrek aan evidentie in de literatuur ⁵⁵. Een tweede model is dat van Young, een onderzoeker en therapeut die al zeer vroeg onderzoek naar problematisch internetgebruik deed. Zij definieert *internet addiction* als een “*impulse control disorder that does not require an intoxicant.*” ³⁴. Dit resulteerde via een korte test met 8 items in een langere test met een set van 20 criteria (samengevat in tabel 1, op basis van de 20 item versie via groepering in de factor analyse zoals gevonden door Widyanto en McMurrin ⁵³). Tot slot is de indeling van Tao et al. ⁵² relevant. Tao et al. publiceerde over *internet addiction* op basis van een Chinese patiënten populatie. Er werden verschillende criteria door hen gehanteerd:

- a) Symptoomcriteria (beide moeten aanwezig zijn): preoccupatie en onthoudingsverschijnselen
- b) Een of meer van de volgende criteria: (1) tolerantie, (2) sterke behoefte om te gebruiken en/of onsuccesvolle stoppogingen, (3) doorgaan met gebruik ondanks problemen, (4) verlies van interesse in andere hobby’s, (5) het gebruik van internet om de stemming te beïnvloeden
- c) Klinisch niveau van problemen: functionele problemen (zoals gereduceerde sociale relaties, minder prestaties op werk/studie), of het verliezen van een baan, relatie, of andere kans.
- d) Lengte criterium: de duur van de problemen met *internet addiction* moet langer dan 3 maanden zijn, waarbij het internet minimaal 6 uur per dag gebruikt wordt.

Tabel 3.2. Component modellen problematisch internetgebruik

	Genoemde componenten en aantallen items waarvan toepassing:			
	Griffiths ¹⁶	Widyanto & McMurrans ⁵³ , factoren in Young's Internet Addiction Test ⁵¹	Tao et al. ⁵²	Meerkerk et al. (CIUS) ⁵⁶
Salience (overmatige aandacht) / preoccupatie	X	X (5)	X	X (3)
Tolerantie (meer uren / zelfde effect)	X		X	
Onthoudingsverschijnselen	X		X	X (1)
Controleverlies, terugval	X	X (3)	X	X (4)
Stemming beïnvloeding	X		X	X (2)
Conflicten / negatieve gevolgen gedrag zoals gemiste kansen of uitval school/werk	X	X (10, werk / sociaal)	X	X (4)
Craving / anticipatie gebruik		X (2)	X	

De vier sets met theoretisch voorgestelde verslavingscomponenten bevatten overeenkomsten: elk beschrijft een gebrek aan controle over het internetgebruik, sterke negatieve uitkomsten, en preoccupatie met het onderwerp. Andere zaken worden inconsistent genoemd: stemmingsbeïnvloeding door gebruik, tolerantie, onthoudingsverschijnselen en soms gevoelens van zucht/trek (craving).

3.2.2.1. Gameverslaving

Achtergrond & prevalentie

In de laatste dertig jaar hebben videospellen of 'games' zich ontwikkeld van Pac-man naar fotorealistische, drukbevolkte, driedimensionale werelden.⁵⁷ Een artikel in *Science* uit 2007 wees op het belang van onderzoek naar de positieve, maar ook de negatieve mogelijkheden in deze nieuwe context.⁵⁸ Het blad noemde de game *World of Warcraft* (sinds 2004) en de virtuele chat (en bouw-) omgeving *Second Life* (sinds 2003) als voorbeelden. In de verslavingszorg worden *World of Warcraft*, *Runescape*, *League of Legends*, en *Call of Duty* veel genoemd als voorbeelden van 'verslavende' spellen (persoonlijke communicatie).

Wetenschappers signaleren dat gamegedrag soms problematische vormen kan aannemen⁵⁹⁻⁶² en verschillende onderzoeken laten zien dat gamen een versturende invloed kan hebben op school, werk en 'real-life' contacten.⁶³⁻⁶⁵ Desondanks blijkt het lastig om 'gameverslaving' wetenschappelijk goed te definiëren en er bestaat op dit moment ook geen officiële diagnose voor gameverslaving. Hier is in Nederland door Van Rooij et al. wel een concrete start mee gemaakt door het opstellen van een vragenlijst voor klinisch gebruik, de C-VAT⁶⁶. Daarnaast bevat de DSM-5 een voorgestelde diagnose voor internet gameverslaving (zie 'Determinanten en risicofactoren', verderop in de tekst).

Wetenschappers zijn verdeeld over de vraag of men gamen überhaupt een verslaving moet noemen. Sommige auteurs beargumenteren op klinische gronden dat een officiële diagnose voor gameverslaving mogelijk nodig is omdat ze patiënten behandelen die door het gamen in de problemen komen.^{67,68} In 2012 waren 411 cliënten in de verslavingszorg in behandeling voor internet game problematiek⁷. Dit was bijna een verdubbeling ten opzichte van 2011, maar door versnipperde registratie en niet-geregistreerde secundaire problematiek (zoals blowende gamers die in behandeling gaan voor cannabis, is het werkelijke aantal moeilijk te bepalen. Anderen beweren dat 'gameverslaving' voorlopig nog meer op paniekberichten uit de media dan op wetenschappelijke feiten gebaseerd is en dat besprekingen op casusniveau onvoldoende inzicht in de problematiek geven.^{69,70} Bovendien denken

sommige onderzoekers dat men beter van 'sterke betrokkenheid' kan spreken dan verslaving⁷¹, of zijn van mening dat gameverslaving niet meer is dan een uiting van een ander onderliggend en primair psychologisch probleem zoals depressie.^{69,72}

Tijdsbesteding alleen is niet voldoende als criterium voor gameverslaving.⁷³ Er dient wel opgemerkt te worden dat online games meer tijd kosten dan offline games, en de meeste problemen gezien worden bij online gamers^{50,74} waardoor sommige auteurs spreken over 'online gameverslaving' of 'internet gameverslaving'⁷⁵. Niet iedere persoon zal ook even gevoelig zijn om problematisch gamegedrag te ontwikkelen. Er worden bijvoorbeeld verhoogde problemen gevonden voor bepaalde speelmotieven (bijvoorbeeld escapisme⁷⁶) en persoonlijkheidstypen zoals verminderde vriendelijkheid (*agreeableness*).

Determinanten & risicofactoren

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 tijd is nog onbekend. Daarnaast is er nog weinig bekend over het klinische beeld van de 'gameverslaafde' waardoor de noodzaak van een nieuwe diagnose nog niet duidelijk genoeg is. Wat betreft verloop liet een longitudinale studie zien dat de helft van de gamers die als problematisch werd geïdentificeerd een jaar later dat niet meer was⁷⁷. Zonder verdergaand onderzoek in de klinische praktijk kan hier echter geen sterke conclusie aan verbonden worden, want het is bekend dat ook bij middelenproblematiek het spontane herstel in de algemene bevolking relatief hoog is, in vergelijking met andere psychiatrische problemen⁷⁸.

Er is een aanzienlijk aantal studies dat correlaten van problematisch gamen beschrijft. Problematisch gamen hangt samen met ADHD^{79,80}, psychosomatische problemen⁸¹⁻⁸³, lagere schoolprestaties⁸⁴, en slechtere psychosociale gezondheid waaronder verhoogde mate van (sociale) angst, negatief zelfbeeld, eenzaamheid, of depressieve gevoelens^{77,82,85-88}. Comorbide depressieve gevoelens worden zeer regelmatig beschreven⁸⁹. Een voorbeeld op casusniveau komt van Freeman, die drie patiënten beschrijft die grote hoeveelheden tijd besteden aan online rollenspellen en last hebben van depressie⁶⁸.

Wat betreft onderzoek met hersenscans worden er, evenals bij gokken, overeenkomsten gevonden met middelenverslaving⁹⁰. Zo vonden Ko et al.⁹¹ een patroon van activatie tijdens blootstelling aan game-plaatjes in verschillende hersengebieden die ook geactiveerd worden bij middelenverslaafden en samenhangen met craving. De bekende beperkingen van dit soort onderzoek gelden ook hier: waar de auteurs in veel hersenscanonderzoek (o.a. Kuss & Griffiths⁹⁰) in hun taalgebruik uitgaan van een nieuwe 'stoornis' die deze afwijkingen veroorzaakt, is dat op basis van de huidige empirie voorbarig.

Er is niet veel onderzoek naar oorzaken en gevolgen van problematisch gamegedrag op een langere termijn. Lemmens et al.⁹² vonden in een longitudinale panel studie (2 metingen) onder 543 Nederlandse gamers enige effecten. De resultaten lieten zien dat verminderde sociale vaardigheid, negatief zelfbeeld, en eenzaamheid alle veranderingen in problematisch gamen voorspellen, terwijl eenzaamheid ook een gevolg kan zijn van problematisch gamen⁹². Gentile et al.⁹³ lieten zien dat langdurig gamen, lage sociale competentie, en grotere impulsiviteit risicofactoren zijn voor problematisch gamen, terwijl depressie, angst, sociale fobie en lagere schoolprestaties eerder gevolgen leken te zijn.

Criteria

Een substantieel deel van het onderzoek naar gameverslaving gebeurt onder de algemene bevolking met behulp van vragenlijst onderzoek. Bevindingen uit deze vragenlijststudies geven indicaties van risicogroepen en risicofactoren voor game-/internetverslaving. Maar iemand die hoog scoort op internetverslaving in een zelf gerapporteerde vragenlijst is niet per se een persoon die behandeling nodig heeft. Het onderscheid tussen klinische vormen van gameverslaving en het optreden van enige problemen is zeer belangrijk. Ten eerste omdat er in de media en het publieke debat vaak begripsverwarring over is. Dit leidt tot vragen zoals: "Als je twee weken vakantie neemt om GTA5 te spelen, ben je dan verslaafd?". Ten tweede is het onderscheid belangrijk omdat de klinische zorg bedoeld is om de meer ernstige gevallen van verslavingsproblemen te behandelen, en niet degenen met lichte problemen die mogelijk vanzelf weer overgaan. In de klinische setting worden daarom ook strengere en soms andere eisen aan een instrument gesteld dat gebruikt wordt voor diagnose, omdat de kosten bij incorrecte diagnoses soms hoog zijn, bijvoorbeeld door dure vervolgonderzoeken.

De twee schalen die in Nederland in omloop zijn voor het meten van gameverslaving in de algemene bevolking zijn de *Video game Addiction Test (VAT)*⁸⁹ en de *Game Addiction Scale (GAS)*⁹⁴. Schattingen op basis van dit soort schalen van het aantal 'gameverslaafden' in Nederland liggen dicht bij elkaar: met een verkorte versie van de VAT werd geschat dat 4% Nederlandse jongeren (13-14) problematisch gamet⁴⁰, terwijl de GAS eerder 2% schatte met een conservatief afkappunt (positief scoren op alle criteria) onder jongeren van 12-18⁹⁴. Beide schalen zijn grotendeels afgeleid uit de criteria (componenten) voor gokverslaving (DSM-IV) en het model van Griffiths, zie ook Tabel 3.5 (eind van dit hoofdstuk) voor een overzicht hiervan. Beide schalen sluiten slechts deels aan op de criteria die opgesteld zijn voor de DSM-5 appendix, waarbij opvalt dat de DSM-5 wederom (net als bij gokken) start met een mix van criteria uit bestaande verslavingen: bijvoorbeeld tolerantie (vanuit middelenstoornis) in de vorm van meer uren spelen en liegen over gebruik (vanuit gokken). Er is overigens geen enkele schaal voor gameproblematiek in omloop die volledig aansluit op de voorgestelde DSM-5 criteria⁹⁵.

Voor de klinische praktijk zijn er dit moment twee instrumenten beschikbaar. Ten eerste is dat de C-VAT, de *Clinical Video game Addiction Test*⁶⁶. Deze test combineert de beschikbare informatie uit de VAT, GAS, en de componenten van Griffiths met de inzichten van behandelaren en de volledige lijst uit de DSM-5. Ten tweede plaatste het tijdschrift *Addiction* begin 2014 een stuk waarin eveneens een set vragen wordt voorgesteld die alle criteria uit de DSM-5 afdekt^f. De vragen worden aangeboden in tien talen om implementatie makkelijker te maken⁹⁶. De DSM-5 criteria zien er als volgt uit (tabel 3.3).

^f Vragenlijst te downloaden via: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/add.12457/supinfo>

Tabel 3.3. Internet gaming disorder, zoals voorgesteld in DSM-5 handboek

Internet Gaming Disorder	
Persistent and recurrent use of the Internet to engage in games, often with other players, leading to clinically significant impairment or distress as indicated by five (or more) of the following in a 12-month period:	
<i>Salience</i> (overmatige aandacht) / preoccupatie	1. Preoccupation with Internet games. (The individual thinks about previous gaming activity or anticipates playing the next game; Internet gaming becomes the dominant activity in daily life).
Tolerantie (meer uren / zelfde effect)	2. Tolerance—the need to spend increasing amounts of time engaged in Internet games.
Onthoudingsverschijnselen	3. Withdrawal symptoms when Internet gaming is taken away. (These symptoms are typically described as irritability, anxiety, or sadness, but there are no physical signs of pharmacological withdrawal.)
Controleverlies, terugval	4. Unsuccessful attempts to control the participation in Internet games.
Stemming beïnvloeding	5. Use of Internet games to escape or relieve a negative mood (e.g., feelings of helplessness, guilt, anxiety).
Conflicten / negatieve gevolgen gedrag zoals gemiste kansen of uitval school/werk	6. Loss of interests in previous hobbies and entertainment as a result of, and with the exception of, Internet games. 7. Continued excessive use of Internet games despite knowledge of psychosocial problems. 8. Has jeopardized or lost a significant relationship, job, or educational or career opportunity because of participation in Internet games.
Craving / anticipatie gebruik	• (n.v.t.)
Liegen over gebruik	9. Has deceived family members, therapists, or others regarding the amount of Internet gaming.

Bron: American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (p. 991). Arlington, VA: American Psychiatric Association. (redactie: volgorde aangepast).

3.2.2.2. Social mediaverslaving

Achtergrond & prevalentie

Naast online games besteden jongeren verreweg de meeste tijd op het internet aan sociale activiteiten⁴⁰. Belangrijk is te vermelden dat we met het internet niet alleen het gebruik via een pc of laptop bedoelen, maar in toenemende mate ook via de smartphone. *Youtube*, *Whatsapp* (of varianten van deze vorm van digitale SMS), *Twitter*, en Instant Messenger worden genoemd als meest gebruikte functie van de smartphone.

Er zijn ook signalen dat het gebruik van social media soms lijkt op een verslaving. Een aanzienlijk deel van de Nederlandse jongeren geeft namelijk op vragenlijsten aan dat ze wel eens op verslavende wijze met social media

bezig zijn ^{40,50}. Zo'n 6% van de jongeren, vooral meisjes, gaf aan wel eens problemen (bv. huiswerk afraffelen, moeilijk kunnen stoppen) te ervaren als gevolg van het gebruik van social media ⁵⁶. Kittinger et al. vonden een soortgelijk resultaat in een onderzoek: het aantal malen per dag dat Facebook bekeken werd hing samen met een maat voor internetverslaving ⁹⁷.

Wat betreft de klinische behandeling van patiënten met 'social mediaverslaving' is de situatie volstrekt onduidelijk. Waar het IVZ 411 cliënten in de verslavingszorg als online gamer registreerde (2012), wordt in de restcategorie niet-middel gebonden overige verslavingen (ongeveer 400 cliënten) gesproken over mogelijk gebruik van erotiek of online chatten ⁷. Dit betekent dat er tussen de 1 en 400 mensen in behandeling waren voor social mediaproblematiek in 2012 binnen de VZ. Dit probleem wordt in vergelijking met gamen zelden genoemd binnen de VZ.

Determinanten & risicofactoren

Gezien de beperkte informatie is er zeer weinig bekend over het ontstaan of het verloop van 'social mediaverslaving'. Desalniettemin heeft Kuss in 2011 een review gepubliceerd met de stand van zaken op dit gebied in de psychologische literatuur rondom excessief gebruik van *Social Networking Sites (SNS)* ⁴⁸. Duidelijk wordt dat er een aantal negatieve zaken zijn die samenhangen met sociale netwerken: een verlaging in academische prestatie, verlaagde sociale activiteit buiten internet om en relatieproblematiek ⁴⁸. Ze vond verder dat sociale netwerken online vooral gebruikt worden om bestaande offline netwerken te onderhouden. Waar extraverte mensen sociale netwerken vooral voor verbetering van hun leven gebruiken, gebruiken introverte mensen ze vaker voor (sociale) compensatie doeleinden ⁹⁸. Dit sluit aan bij de theorie van Caplan⁹⁹: deze geeft namelijk aan dat de gebrekkige zelfregulering van het gedrag wordt veroorzaakt door een voorkeur voor online sociale interactie en het gebruik van het internet om de eigen stemming te reguleren.

Criteria

Social media bestaan er in verschillende vormen. In 2012 verscheen er een *Facebook Addiction Scale* ¹⁰⁰ die de zes componenten uit het model van Griffiths omvatte (*salience, mood modification, tolerance, withdrawal, conflict, relapse*). Griffiths zelf reageerde op dit artikel met kritiek op de keuze voor *Facebook Addiction* als terminologie. Hij gaf aan dat net zoals internetverslaving een containerbegrip is, ook Facebook verslaving een containerbegrip is ¹⁰¹. Mensen doen immers van alles op Facebook, van instant messaging tot het delen van foto's en het spelen van Farmville achtige spelletjes. Hij pleitte voor een nieuwe psychometrische schaal die verslaving aan een specifieke applicatie (bijvoorbeeld sociale netwerksites) meet, zonder specifiek te zijn.

Samengevat: er is zeer weinig bekend over het meten van problematisch gebruik dan wel verslaving aan social media en voor zover dit al gebeurt lijden de meetinstrumenten, in nog grotere mate dan bij internetverslaving of gameverslaving, aan zeer gebrekkige externe validiteit. Zo lang er geen duidelijke definitie is van social mediaverslaving, en er dus ook geen consensus bestaat over welke componenten behoren tot social mediaverslaving, wordt in vragenlijsten voorlopig met name gebruik gemaakt van criteria ontleend aan gokverslaving. Daarnaast is het nog volstrekt onduidelijk hoe negatief de consequenties zijn van problematisch gebruik van social media. Dit heeft deels te maken met het gebrek aan een duidelijk klinisch profiel van de 'patiënten'.

3.2.3. Seksverslaving en online pornografie

Achtergrond & prevalentie

Volgens Kafka¹⁰² hebben we ondanks ruim 100 jaar klinische documentatie van afwijkende seksuele gedragingen nog steeds geen echte duidelijkheid over het psychiatrische beeld rondom seksverslaving (ook wel bekend als *hypersexuality* en vroeger nymfomanie). De DSM-IV bevatte geen diagnose voor seksverslaving¹⁰³. De werkgroep voor de DSM-5 besloot om *hypersexuality disorder* – een voorgestelde aandoening die qua criteria sterk lijkt op *gambling disorder* - niet mee te nemen in het nieuwe handboek, zelfs niet in de bijlage¹. Dit heeft er deels mee te maken dat het moeilijk te bepalen is of extreem seksueel gedrag een uiting is van een afwijkende leefstijl of een psychiatrische aandoening. Er zijn voor Nederland dan ook geen cijfers over de prevalentie van seksverslaving^{104,105}, afgezien van een schatting van de Rutgers Nisso Groep, die meldde dat 2,3% van de mannen en 0,5% van vrouwen last heeft van ‘overmatig seksueel verlangen’^{106(p20)}.

In het eerste hoofdstuk werd duidelijk dat ‘seksverslaving’ ook binnen de Nederlandse verslavingszorg niet altijd een plaats krijgt – sommige instellingen verwijzen door richting GGZ en lang niet alle therapeuten zijn op hun gemak met de problematiek¹⁰⁷. Hoewel de verwachting bestaat dat de problemen rondom online pornografie mogelijk groeien, worden ook deze pornografieverslaafde cliënten nog weinig gezien (zie volgende subparagraaf ‘online pornografie’ voor meer details).

Recent onderzoek

De informatie over de mogelijke gevolgen en oorzaken van seksverslaving is beperkt. Vanuit klinische observaties worden stemmingsproblemen, angsten, en middelenmisbruik genoemd als comorbide problemen, maar ook impulsiviteit, eenzaamheid, negatief zelfbeeld en schaamte^{4,108}. Het Kinsley instituut onderscheidt zowel een activerend systeem en een onderdrukkend systeem in de hersenen. In een studie gebaseerd op dit idee vond men dat ‘sex addicts’ vergeleken met een gezonde controlegroep hoger scoren op het activerende systeem, dus een sterkere neiging hadden tot seksuele opwinding, maar niet verschilden wat betreft het inhiberende systeem¹⁰⁹, dus niet slechter *arousal* konden onderdrukken wanneer een bedreigende situatie dat vereist. Wel viel op dat de seksverslaafden vooral tijdens gevoelens van depressie en sociale angst een sterkere seksuele belangstelling kregen¹⁰⁹. Ten slotte worden de neurologische karakteristieken van middelenverslaving wederom gevonden bij seksverslaving: impulsiviteit, een verstoorde rol van dopamine, en craving worden alle gevonden en vormen een aanwijzing dat seksverslaving en verslaving aan middelen/gokken mogelijk onderliggende mechanismen delen^{110,111}.

Kenmerken

Seksverslaving omvat een verscheidenheid aan dysfunctionele uitingen, van het onvermogen om het gebruik van pornografie te beheersen tot abnormale uitingen van seksueel gedrag (ook wel parafilieën genoemd). Net zoals gokverslaving wordt ook seksverslaving en internet-seksverslaving in de praktijk voornamelijk a-theoretisch, beschrijvend benaderd, aan de hand van klinische criteria die gebaseerd zijn op DSM verslavingscriteria¹⁰². Een voorbeeld hiervan is een voorstel voor *hypersexuality disorder* zoals gepresenteerd door Griffiths¹¹² en gebaseerd op Goodman¹¹³. Ook hier werden de criteria afgeleid van *substance use disorder en substance dependence in DSM-IV*: een problematisch patroon van seksueel gedrag, leidend tot klinisch significant gebrek aan functioneren, zoals terug te zien in 3 of meer van de beschreven criteria in de afgelopen 12 maanden.

Een ander voorbeeld is het artikel van Fong et al.⁴ waarin een vergelijkbaar model gepresenteerd wordt. Dit is volgens de auteurs het model dat voor de DSM-5 overwogen werd tijdens de testperiode. Er is in dit model sprake

van: excessieve tijdsbesteding, stemmingsbeïnvloeding (2 items), controleverlies en mislukte stoppogingen, en negatieve uitkomsten voor de persoon zelf of anderen (*impairment*). De onderstaande tabel 3.4 vergelijkt beide modellen, waarmee duidelijk wordt dat er zeer uiteenlopend gedacht wordt over dit onderwerp. Er zijn geen aanwijzingen dat op korte termijn consensus bereikt zal worden.

Tabel 3.4. Twee voorstellen voor seksverslaving (hyperseksualiteit)

	Sex addiction (Griffiths / Goodman)^{112,113}	Hypersexual Disorder (Fong/Reid)⁴
	A maladaptive pattern of sexual behavior, leading to clinically significant impairment or distress, as manifested by three or more of the following, occurring at any time in the same 12-month period	Over a period of at least 6 months, recurrent and intense sexual fantasies, sexual urges, and sexual behavior in association with 4 or more of the following 5 criteria:*
Salience (overmatige aandacht) / preoccupatie	1. A greater deal of time is spent in activities necessary to prepare for the sexual behavior, to engage in the behavior, and to recover from its effects	• (n.v.t.)
Tolerantie (meer uren / zelfde effect)	2. Tolerance (a) A need for markedly increased amount or intensity of the sexual behavior to achieve the desired effect (b) Markedly diminished effect with continued involvement in the sexual behavior at the same level of intensity	• (n.v.t.)
Onthoudingsverschijnselen	3. Withdrawal (a) Characteristic psychophysiological withdrawal syndrome of physiologically or psychologically described changes upon discontinuation of sexual behavior (b) The same or a closely related sexual behavior is engaged in to relieve or avoid withdrawal symptoms	• (n.v.t.)
Controleverlies, terugval	4. There is a persistent desire or unsuccessful efforts to cut down or control the sexual behavior 5. The sexual behavior is often engaged in over a longer period, in greater quantity, or at a higher level of intensity than was intended	1. Repetitive but unsuccessful efforts to control or significantly reduce these sexual fantasies, urges, and behavior
Stemming beïnvloeding	• (n.v.t.)	2. Repetitively engaging in these sexual fantasies, urges, and behavior in response to dysphoric mood states (e.g., anxiety, depression, boredom, irritability) 3. Repetitively engaging in sexual fantasies, urges, and behavior in response to stressful life events
Conflicten / negatieve gevolgen gedrag zoals gemiste kansen of uitval school/werk	6. Important social, occupational, or recreational activities are given up or reduced because of the sexual behavior 7. The psychological problem that is likely to have been caused or exacerbated by sexual behavior continues despite knowledge of its consequences	• Main criterion: There is clinically significant personal distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning associated with the frequency and intensity of these sexual fantasies, urges, and behavior 4. Excessive time is consumed by sexual fantasies and urges and by planning for and engaging in sexual behavior 5. Repetitively engaging in sexual behavior while disregarding the risk for physical or emotional harm to self or others
Craving / anticipatie gebruik Liegen over gebruik	• (n.v.t.) • (n.v.t.)	• (n.v.t.) • (n.v.t.)

* Symptomen mogen geen gevolg zijn van middelengebruik, person moet minimaal 18 jaar zijn, het hoofdcriterium moet minimaal aan de orde zijn naast 4 van de 5 andere criteria. Specificatie kan plaatsvinden van subtype: *Masturbation, pornography, sexual behavior with consenting adults, cybersex, telephone sex, strip clubs*

3.2.3.1. Online pornografische verslaving

Door de ontwikkeling van het internet is een ongekend groot aanbod van pornografisch materiaal verkrijgbaar geworden. Daarnaast biedt het internet nieuwe mogelijkheden tot seksuele interactie, bijvoorbeeld met een webcam of in een virtuele wereld (bijvoorbeeld *Second Life*). Er is dus niet alleen sprake van een uitbreiding van bestaande mogelijkheden maar ook van de komst van nieuwe vormen van seksueel gedrag: online seks of cyberseks¹¹⁴. Hiermee dienen zich twee vragen aan: (1) verliezen mensen met een (latente) neiging tot excessief seksueel gedrag zich in online pornografie tot problematische hoogte? (2) Leidt het gebruik van online pornografie tot meer gevallen van seksverslaving offline, omdat de online pornografie hiertoe een eerste stap kan zijn? Omdat de huidige rapportage zich richt op de verslavingszorg beperken we ons tot de eerste vraag: het fenomeen dat ook bekend staat als ‘internet sex addiction’¹¹².

Uit een kleinschalige studie naar de behandeling van ‘internetverslaafde’ cliënten bleek dat een deel van deze cliënten last had van problemen als gevolg van excessief gebruik van online pornografie^{107,115}. Deze problemen lagen in de financiële sfeer (dure webcamseks) of in de relationele sfeer (klagende partners). In een Nederlandse studie bleek dat ook emotionele problemen vaak voorkomen in relatie tot het gebruik van online pornografie, als zowel oorzaak (eenzaamheid) als gevolg (schuldgevoelens, vastlopen in de emotionele ontwikkeling)¹¹⁴. Tevens liet deze studie zien dat problematische gebruikers relatief veel last hadden van depressieve gevoelens en gevoeliger voor bestraffing waren, een indicatie voor neuroticisme¹¹⁴. Dit sluit aan bij internationaal onderzoek: een review van vijf kwalitatieve en negen kwantitatieve studies concludeert Griffiths¹¹² dat problematisch gebruik van internet pornografie gerelateerd kan zijn aan een verscheidenheid aan negatieve uitkomsten.

Stichting IVZ rapporteerde voor 2012 binnen de categorie ‘overige verslavingen’ (1,5% van het cliëntentotaal) dat een minderheid (minder dan 25%) ook ‘erotiek’ rapporteert als niet-middel gebonden verslaving⁷. Uit vragenlijstonderzoek onder de algemene volwassen bevolking bleek al dat online pornografie één van de sterkste voorspellers is van veranderingen in problematisch internetgebruik⁴⁹. Uit een nationale survey¹¹⁴ werd bovendien duidelijk dat ongeveer 1% van de mannen zich behoorlijk en 8% zich een beetje verslaafd voelt aan online pornografie. Vrouwen die zich in meer of mindere mate verslaafd voelen waren er bijna niet. Tevens werd geschat dat problematisch gebruik van pornografie bij zo’n 1% van de volwassen gebruikers voorkomt. Tot slot liet een ander onderzoek zien dat verschijnselen als tolerantie en sensitatie, die kenmerkend zijn voor verslaving aan middelen, ook gerelateerd konden worden aan het dwangmatig kijken naar online pornografie¹¹⁶.

3.2.4. Eetverslaving

Achtergrond & prevalentie

In de wetenschap is een stevig debat gaande omtrent de validiteit en legitimiteit van het concept eetverslaving¹¹⁷⁻¹¹⁹. Desondanks is de idee van verslaafd zijn aan eten of een bepaald voedingsmiddel (zoals chocolade) ingeburgerd in de media, onder leken en ook in de ggz. Net als bij social media- of gameverslaving is de herkenbaarheid groot. Er is echter een belangrijk verschil met deze gedragsverslavingen: bij eetverslaving gaat het om de overmatige inname van een 'middel', namelijk voedsel dat rijk is aan suiker en/of vet. Om die reden zou men eigenlijk beter kunnen spreken van een voedselverslaving (in het Engels: food addiction) dan van een eetverslaving.

Het onderzoek naar eetverslaving heeft een hoge vlucht genomen sinds begin jaren 2000. Dit komt doordat men toen vaststelde dat het aantal mensen met obesitas sinds de jaren 1980 in zorgwekkende mate was toegenomen¹²⁰, en doordat onderzoek met scantechieken zoals PET en MRI aantoonde dat er vergelijkbare hersenprocessen betrokken zijn bij drugsverslaving en het eetgedrag van obese personen¹²¹.

De obesitas 'epidemie' ging samen met de opkomst van de voedingsindustrie en de toegenomen verkrijgbaarheid van goedkoop suiker-/vetrijk gemaksvodsel¹²². Gesteld wordt dat we een evolutionaire voorkeur voor suiker-/vetrijk voedsel hebben en dat ons hersenbeloningssysteem in de basis al is geprogrammeerd om toenadering te zoeken tot dit soort voedsel. In lijn met verslavingstheorieën, zoals de *incentive sensitisation theory*¹²³, is het algemene idee dat de herhaalde en overvloedige inname van suiker/vet verantwoordelijk is voor functionele (dopaminegerelateerde) veranderingen in het hersenbeloningssysteem. Hierdoor zou een sterke hunkering naar voedsel en controleverlies optreden die vergelijkbaar is met de hunkering (craving/cue reactivity) naar drugs en controleverlies bij drugsverslaafden¹²¹. Centraal in het wetenschappelijk debat rondom eetverslaving zijn de vragen of suiker-/vetrijk voedsel gezien kan worden als een drug en of obesitas gezien kan worden als het resultaat van een eetverslaving.

Inmiddels wordt meer en meer afgeweken van het idee 'obesitas = eetverslaving'. Door tegenstrijdige onderzoeksbevindingen stellen sommige onderzoekers dat eetverslaving gezien moet worden als een subtype van obesitas. Aandacht gaat bijvoorbeeld naar eetbuistoornis ('binge eating disorder'), die wordt gekenmerkt door terugkerende episodes van overmatige voedselinname met duidelijk controleverlies en die daarmee meer lijkt op een verslaving¹²⁴. Andere onderzoekers beklemtonen dat er dringend consensus moet komen over de precieze criteria van eetverslaving, en dat universele diagnostische instrumenten ontwikkeld moeten worden¹¹⁸. Een instrument dat momenteel veel wordt gebruikt in onderzoek is de Yale Food Addiction Scale (YFAS¹²⁵), die gebaseerd is op DSM-IV-criteria voor middelenafhankelijkheid. In recent onderzoek werd gevonden dat ongeveer 10% van een (overwegend slanke) studentenpopulatie, 15 tot 25% van de obese populatie en 41,5 tot 57% van de populatie van patiënten met eetbuistoornis voldoet aan de YFAS-criteria voor eetverslaving^{122,125-129}.

Ondanks onduidelijkheid of 'eetverslaving' bestaat, worden behandelingen voor obesitas/eetstoornissen aangeboden in de verslavingszorg. Het IVZ geeft cijfers: in 2012 waren 322 mensen binnen de verslavingszorg in behandeling voor 'eetstoornissen'⁷. Het betreft hier hoofdzakelijk vrouwen (90%).

Determinanten & risicofactoren

Uitspraken over de risicofactoren voor eetverslaving worden afgeleid uit onderzoek naar obesitas en eetbuistoornis. Zoals eerder vermeld wijst dieronderzoek op verslavingsachtige veranderingen in de hersenen ten gevolge van het herhaald overmatig gebruik van suiker- en vetrijk voedsel¹³⁰. Meer specifiek vertonen dieren

eetbuien na een specifiek regime van intermitterende voedselbeperking, stress en de blootstelling aan calorierijk voorkeursvoedsel. Vertaald naar een menselijke situatie betekent dit dat terugkerend lijngedrag en stress de centrale factoren lijken te zijn die een eetverslaving of eetbuien kunnen uitlokken of in stand houden, en dit voornamelijk in een omgeving die rijk is aan calorierijk voedsel, zoals de huidige westerse omgeving. Van stress en zware emoties is ook bekend dat ze triggers zijn voor druggebruik ¹³¹.

Volgens het *reward deficiency model* worden sommige mensen geboren met een gevoeliger hersenbeloningssysteem, waardoor ze meer de neiging hebben om op zoek te gaan naar sterke prikkels. Deze mensen zouden van jongs af aan gevoelig zijn voor het ontwikkelen van eetbuien en obesitas, en wellicht verslaving in het algemeen¹³². Ondersteuning voor dit model komt bijvoorbeeld uit onderzoek dat laat zien dat alcoholisme in de familie geassocieerd is met een meer uitgesproken voorkeur voor zoet (*'sweet preference'*¹³³) en grotere kans om obees te worden¹³⁴. Er zijn ook aanwijzingen dat obesitas en drugsverslaving bepaalde genetische kwetsbaarheidsfactoren delen. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om de aanwezigheid van genvarianten, die verantwoordelijk zijn voor de expressie van het aantal dopaminereceptoren ¹²⁴. Uit gedragsexperimenten en vragenlijsten is gebleken dat obese personen, net als verslaafden, worden gekenmerkt door een impulsieve en beloningsgevoelige persoonlijkheid ¹³⁵.

Als risicofactoren voor de eetbuistoornis worden eveneens genoemd: eetbuigedrag in de familie, een patroon van spanning en onenigheid binnen het gezin, veeleisende ouders, stemmingsstoornissen of middelenafhankelijkheid bij de ouders, verlating door de ouders, problemen van de moeder met de ouderrol, perfectionisme, lichaamsgewicht gerelateerde pesterijen en lichaamsontevredenheid ¹³⁶.

Criteria

Voorstanders van het obesitas-eetverslavingsmodel benadrukken de overlappende kenmerken van drugsverslaving en het eetgedrag van obese personen: bij beide gaat het om de overmatige inname van een substantie, die 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 te stoppen met dit gedrag, zoals blijkt uit de vergelijkbaar hoge terugvalcijfers in afkick- en afvalprogramma's ^{137,138}. Het meest overtuigende bewijs voor het eetverslavingsmodel komt uit dieronderzoek: het lijkt mogelijk om ratten 'verslaafd' te maken aan vet-/suikerrijk voedsel, in die zin dat ze compulsief eetbuigedrag, tolerantie en onthoudingsverschijnselen vertonen, en er veranderingen in de hersenen optreden, die vergelijkbaar zijn met wat gezien wordt bij drugsverslaving ¹³⁰. Cognitief-psychologisch en hersenscanonderzoek heeft ook aanwijzingen gevonden voor cue-reactiviteit bij obese personen: obese personen vertonen bijvoorbeeld een andere hersenrespons ¹³⁹ en meer directe aandacht ¹⁴⁰ voor voedselstimuli (bijvoorbeeld foto's van voedsel) dan slanke personen.

Tegenstanders van het eetverslavingsmodel benadrukken de verschillen tussen drugsverslaving en obesitas. Zij benadrukken dat er op dit moment te weinig kennis is om antwoord te geven op de vraag of voedsel verslavend kan zijn en welke groep mensen dan eetverslaafd zou 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 abstinentievervalselen zijn (nog) niet overtuigend aangetoond bij mensen ¹¹⁷⁻¹¹⁹.

Er werd gepleit om obesitas onder te brengen in de DSM-5 ¹⁴¹. De DSM-5 commissie heeft echter besloten dat er te weinig wetenschappelijke onderbouwing is om obesitas als psychiatrische diagnose of eetverslaving te zien. Wel is de eetbuistoornis, die eerder een diagnose 'in onderzoek' was, geïnccludeerd als formele eetstoornis. De inclusie van de eetbuistoornis is positief onthaald door sommige voorstanders van het eetverslavingsmodel, die dit zien als

een gedeeltelijke erkenning van het concept eetverslaving en mogelijk een eerste stap naar de inclusie van een aparte eetverslavingsdiagnose in een volgende editie van de DSM.

3.3. Conclusie en vergelijking

Het voorgaande hoofdstuk besprak de recente ontwikkelingen en onderzoeksbevindingen voor de soorten gedragsverslaving die ook daadwerkelijk in de verslavingszorg worden gezien (zie H1). Gokken, internet-gamen, social media gebruik, seksverslaving en eetverslaving werden achtereenvolgens besproken. Eetverslaving is hierbij wel een uitzondering omdat het meer vergelijkbaar is met middelgebonden verslavingen, terwijl de andere daadwerkelijk gedragsverslavingen zijn. Afgezien van gokken zagen we dat voor elk van deze gedragsverslavingen het onderzoek nog in een vroege fase zit: voor gamen en seksverslaving worden door verschillende wetenschappers vergelijkbare definities en sets met diagnostische criteria als voor gokken gegeven. Voor social mediagebruik en eetverslaving is men hier, vanwege de nog zwakke empirische onderbouwing, voorzichtig mee. Tabel 3.5 zet hieronder schematisch op een rij welke criteria (symptomen) meermaals genoemd worden. Het blijkt dat de voorgestelde diagnoses in grote mate op elkaar lijken, en dat de criteria ook grotendeels aansluiten bij die voor middelgebonden stoornissen.

Naast de gelijkenis in symptomatologie hebben de verschillende gedragsverslavingen en eetverslaving op andere vlakken ook veel overeenkomsten: het gaat vaak om mensen met een verhoogde impulsiviteit en psychologische of sociale kwetsbaarheden. Daarbij worden in voorlopige bevindingen uit onderzoek met hersenscans regelmatig vergelijkingen getrokken tussen de gedragsverslavingen, eetverslaving en middelgebonden verslavingen wat betreft de verstoorde werking van de hersenen.

In de lijn met psychiatrische handboeken zoals de DSM-5 hebben wij in dit hoofdstuk per gedragsverslaving de informatie in beeld gebracht. Er blijkt veel overlap tussen de verschillende gedragsverslavingen, maar het apart bespreken heeft het voordeel dat er ruimte was voor de unieke karakteristieken van de verschillende gedragingen – gokkers verliezen geld, gamers verliezen tijd, seksverslaafden hebben problemen met partners en schaamte, et cetera. Echter, uitgaande van tabel 3.5 zijn er sterke argumenten voor een geïntegreerde benadering van het concept gedragsverslaving. Verreweg het grootste deel van criteria herhaalt zich namelijk tussen de verschillende gedragingen. Griffiths beargumenteert dan ook dat elke gedragsverslaving dezelfde kerncomponenten omvat ¹⁶.

Uiteindelijk zal de beslissing over splitsen of samenvoegen misschien deels vanuit de praktijk gestuurd worden; willen behandelaars wel of niet een specifieke diagnose voor bijvoorbeeld een gameverslaving? Of vanuit de zorgverzekeraar: moeten de verschillende verslavingen ook verschillende behandelingen krijgen met mogelijk uiteenlopende kosten? Om een beslissing te nemen moeten er nog een aantal theoretische en wetenschappelijke vragen beantwoord worden: Zijn deze gedragsverslavingen daadwerkelijk verslavingen met een zelfde neurobiologische aard? Een vruchtbare route lijkt hersenscanonderzoek. Op dit gebied is er momenteel een stevige discussie over de legitimiteit van bijvoorbeeld seksverslaving op basis van gebrekkige en voorlopige bevindingen in hersenscanonderzoek ¹⁴². Kortom, het laatste woord is nog niet gesproken over de kenmerken, etiologie en conceptualisering van gedragsverslavingen.

Tabel 3.5. Vergelijking aankomende DSM-5 criteria gedragsverslavingen – social media en eetverslaving wordt buiten beschouwing gelaten gezien het gebrek aan criteria in de literatuur

Samenvatting en aantal keer dat het criterium genoemd wordt (#)	#	DSM-5 Middel gebonden stoornissen	DSM-5 Gokverslaving	Griffith's Component model ¹⁶	DSM-5 Internet Game Disorder	Hyper-seksualiteit (Fong/Reid) ⁴	Sex addiction (Goodman) ^{112,113}
Interferentie met sociaal en psychologisch functioneren: werk en privé	6	X	X	X	X	X	X
Controleverlies: escalatie en terugval	6	X	X	X	X	X	X
Tolerantie	5	X	X	X	X		X
Onthoudingsverschijnselen	5	X	X	X	X		X
Preoccupatie en overmatige aandacht (salience)	5	X	X	X	X		X
Stemming beïnvloeding / coping	4		X	X	X	X	
Liegen over gebruik	2		X		X		
Onveilige situaties	1	X					
Sterk verlangen (craving)	1	X					
Achtervolgen van verliezen	1		X				
Op anderen leunen voor financiering	1		X				

3.4. Toetsing cliëntenraad Novadic Kentron

De soorten gedragsverslaving die in het eerste hoofdstuk werden gevonden zijn voorgelegd aan de cliëntenraad van verslavingszorginstelling Novadic Kentron. De bijeenkomst vond plaats op 6 maart 2014 en er was één, speciaal uitgenodigde, cliënt aanwezig binnen de groep met een gedragsverslaving, te weten gokken. Het doel van de bijeenkomst was een discussie uit te lokken over de vraag of gedragingen kunnen leiden tot verslaving, vergelijkbaar met een middelenverslaving. Hieronder viel ook de expliciete vraag of in de beleving van de cliënten gedragsverslavingen eigenlijk wel zo sterk overeenkomen met middelenverslavingen als de wetenschappelijk literatuur suggereert.

De voornaamste resultaten van de bijeenkomst.

- Ons introductiefilmpje over een Chinees centrum waar video gameverslaving wordt aangepakt (o.a. door militaire training), leek veel indruk te maken op de groep. Bij de term elektronische heroïne wordt er hevig geknikt. De cliënten konden zich goed voorstellen dat gameverslaving sterk lijkt op middelenverslavingen.
- Er ontstond een gesprek tussen twee cliënten over de grenzen van verslaving. Zij gaven aan dat er vaak te makkelijk over verslaving wordt gesproken, want een verslaving moet ernstig zijn met sterk negatieve gevolgen. Bovendien geef je mensen een stempel / stigma mee door het verslaving te gaan noemen. Terughoudendheid is dus op zijn plaats.
- Een cliënt vond dat gedragsverslaving en middelenverslaving niet op elkaar lijken. Hier was de cliënt met ervaring wat betreft gokken het niet mee eens:

C1: "Jawel, lijkt inderdaad sterk op elkaar, want met gokken krijg je ook trek en voel je ook de drang, soms werd ik ook koud voordat ik ging gokken en na afloop van 10 uur gokken was ik een week ziek. Ook heeft gokken sterk negatieve effecten voor de omgeving."

Na een discussie was men het met elkaar eens dat er toch veel overeenkomsten zijn tussen gedrags- en middelenverslaving.

- Over de algemene ontwikkeling dat gedrag (gamen, internet, gokken, seks) in de zorg en psychiatrie steeds meer als verslaving gezien wordt vond men dat er sterk negatieve gevolgen moeten zijn:

C2: "Een verslaving is pas een verslaving als er negatieve gevolgen zijn voor jezelf en je omgeving."

C3: "Heel veel van die nieuwe verslavingen zijn gekoppeld aan technologie, maar misschien is er wel sprake van een verandering in de wereld en is er helemaal geen probleem, bijvoorbeeld dat jonge mensen nu de hele tijd met hun telefoon in de bus zitten te appen en zo hun vrienden kunnen spreken."
- De cliënten gaven ook per gedrag aan of het een verslaving kan zijn, volgens hen. Voor gokken, online gokken, gamen, porno, en eten was dit direct ja. De indruk was dat de online activiteiten (online gokken vooral) eerder een probleem / activiteit van jongeren zullen zijn. Over social media was men eerst verdeeld, maar daarna was men het eens: extreme gevallen is er volgens hen sprake van een verslaving, bijvoorbeeld als je 's nachts je bed uitgaat om Facebook te bekijken. Ook denken de cliënten dat de stap naar extreem gedrag omtrent social media kleiner is geworden, omdat veel mensen vaak met hun telefoon in de hand zitten (grote toegankelijkheid). Wat betreft smartphones was men helemaal kritisch:
 - *C4: "Ik zie het helemaal niet als probleem, het hoort er gewoon bij (bij de verandering in de wereld)".*
- De cliënten zijn zeker dat gedragsverslavingen "echte" verslavingen zijn, maar geven ook aan dat je:
 - *C5: "...niet alles moet over één kam scheren, je moet het per geval bekijken."*
- Tot slot gaven de cliënten aan dat een specifieke set diagnostische criteria per gedragsverslaving mogelijk de voorkeur heeft uiteindelijk, want elke verslaving heeft zijn eigen kenmerken. Wel vonden ze dat er telkens moet worden begonnen met een algemene basis (die aangrijpt op de overkoepelende kenmerken).

Samenvattend is de bijeenkomst benut om een algemene indruk te krijgen over wat deze ervaringsdeskundigen nu vinden van de opkomst van al deze nieuwe soorten verslaving. Het antwoord is genuanceerd – ze nemen de nieuwe verslavingen (gamen, internet, eten, porno) erg serieus maar vinden ook dat we niet moeten doorschieten en te snel iets een verslaving noemen.

4. Behandelingen

In hoofdstuk 3 werd duidelijk dat er nog kritische vragen te stellen zijn over of de onderzochte gedragingen uit dit rapport daadwerkelijk verslavingen zijn net als middelgebonden verslavingen. Er blijken namelijk wel verschillen in klinisch beeld, etiologie en zwaarte van problematiek. In het huidige hoofdstuk zullen we omwille van de leesbaarheid dit kritisch perspectief buiten beschouwing laten en laten zien hoe er in de wetenschappelijke literatuur en in de Nederlandse zorg met behandelingen van deze gedragingen wordt omgegaan.

4.1. Behandelaanbod Nederland

Bij de inventarisatie van het vóórkomen van gedragsverslavingen en eetverslaving binnen de Nederlandse verslavingszorginstellingen is ook beknopt gevraagd naar het behandelaanbod. Gokverslaving is in deze inventarisatie buiten beschouwing gelaten, omdat het behandelaanbod in Nederland bekend is. In hoofdstuk 2.1 wordt de methode van de inventarisatie beschreven. De bevindingen zijn als volgt:

Verschillende verslavingszorginstellingen maken melding van een speciaal behandelaanbod voor cliënten in behandeling voor gameverslaving (een 'gameprotocol'). Dit behandelprotocol voor gameverslaving en problematisch internetgebruik werd ontwikkeld door Novadic-Kentron en wordt over een langere periode geëvalueerd in een externe multicenter onderzoek in zes Belgische en drie Nederlandse verslavingszorginstellingen (IrisZorg, Verslavingszorg Noord Nederland en Novadic-Kentron). Het behandelprotocol beschrijft een individueel geprotocolleerd hulpaanbod - gebaseerd op cognitieve gedragstherapie en *Community Reinforcement Approach* - technieken – dat toepasbaar is bij gameverslaving en/of internetverslaving. Doel van de behandeling is het game- of internetgedrag te reduceren tot het gewenste niveau (gecontroleerd gamen of internetten, dan wel stoppen). Dit doel kan bereikt worden door toepassing van zelfcontroletechnieken, probleemoplossende vaardigheden en andere vaardigheidstrainingen ^{143,144}.

Andere instellingen (bijv. Iriszorg) bieden standaardprogramma's aan gebaseerd op de *Adolescent Community Reinforcement Approach* of de MultiDimensionele FamilieTherapie. Ook bieden sommige instellingen een universeel behandelprogramma aan op basis van een leefstijltraining, of ook specifiek voor bijvoorbeeld internetverslaving. In een verkennend onderzoek bij Brijder rapporteerden therapeuten dat zo'n leefstijltraining goed aan lijkt te sluiten bij de problematiek van internetverslaving ¹⁰⁷. De instelling De Brug Midden-Nederland is bezig met het opzetten van een nieuwe eigen programma voor de behandeling van gameverslaving in 2014 ⁸. Eén instelling (Arkin/Jellinek) rapporteert dat zij geen onderscheid maakt in het soort verslavingen bij het indiceren van behandeling. Zij kijken naar de ernst van de verslaving, de behandelgeschiedenis, comorbiditeit en overige problemen om de intensiteit van de behandeling te bepalen. Alle behandelingen (ongeacht intensiteit) zijn daarbij gebaseerd op motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie, eventueel in combinatie met medische begeleiding.

Er zijn ook instellingen die geen aanbod hebben voor andere gedragsverslavingen dan gokken. Cliënten met andere vormen van gedragsverslaving worden dan verwezen naar andere instellingen. Bij Bouman GGZ is dit ook het geval, maar jongeren met gameverslaving worden behandeld binnen de jeugdafdeling Youz. Bouman GGZ meldt ook dat bij sommige cliënten die voor een middelen- of gokverslaving in behandeling zijn, zich tijdens de behandeling secundair een gedragsverslaving kan openbaren. Voor deze secundaire problematiek kan dan, afhankelijk van de patiënt, een samenwerking met een meer gespecialiseerde instelling worden gezocht. Eén reguliere instelling tot slot (Vincent van Gogh), meldt dat zij een speciaal ontwikkeld programma hebben voor

⁸ Informatie niet afkomstig uit de inventarisatie, maar uit persoonlijke contacten auteurs i.v.m. ander lopend onderzoek.

koopverslaving en dat ook cliënten met een dergelijk probleem van buiten de regiogrenzen zich bij hen aanmelden. De richtlijn Cognitieve gedragstherapie van Resultaten Scoren werd mede ontwikkeld met oog op de behandeling van gokken, en kan mogelijk ook een rol spelen bij het benadelen van de andere besproken verslavingen zoals problematisch internetgedrag ¹⁴⁵.

Samenvattend kan er gesteld worden dat verschillende instellingen behandelen voor gedragsverslavingen, maar lang niet voor alle soorten. Naast gokverslaving, die overal behandeld wordt, ligt de nadruk op dit moment vooral op de behandeling van gameverslaving, waarbij een aanzienlijk deel van de instellingen meewerkt aan het multicenter onderzoek van Novadic Kentron naar een behandelingsprotocol dat community reinforcement en cognitieve gedragstherapie combineert.

4.2. Behandelaanbod internationaal

In dit hoofdstuk vatten we de resultaten samen van het onderzoek naar de effecten van behandelinterventies in de internationale literatuur met betrekking tot gedragsverslavingen.

Deze literatuur review geeft per gedragsverslaving een overzicht van de bestaande evidence-based behandelprogramma's om een antwoord te kunnen geven op de volgende onderzoeksvragen:

- Welke evidence-based en practice-based behandelmethoden worden gebruikt in de praktijk?
- Welke aanbevelingen kunnen worden gemaakt voor de behandelpraktijk?
- Waar moet behandeling op ingezet worden in het algemeen (universele ingrediënten voor verslavingstherapie) bij gedragsverslavingen en waarop specifiek voor afzonderlijke gedragsverslavingen?

4.2.1. Methode

Deze inventarisatie is gebaseerd op recente wetenschappelijke literatuur (gepubliceerd in de afgelopen vijf jaar) uit peer-reviewed tijdschriften. Literatuur is gezocht in *Pubmed*, *Web of Science*, *Cochrane library*. Ook enige stukken die door de betrokken experts werden aangereikt zijn meegenomen. De focus van de literatuur review was het identificeren van recente literatuurreviews en meta-analyses die zich richten op bestaande behandelinterventies voor gedragsverslavingen en eetverslaving. De zoekresultaten zijn beperkt tot Engelstalige publicaties. Bij de review is ook gezocht naar preventieve interventies. Echter, nergens in de internationale peer-reviewed literatuur werd verwezen naar *evidence-based* preventieprogramma's. Voor de volledigheid zijn de zoektermen voor het onderdeel preventie wel vermeld in de volgende paragrafen.

Aansluitend bij de voorgaande hoofdstukken ligt de focus van het literatuuronderzoek naar behandelaanbod op de volgende gedragsverslavingen: gokverslaving (incl. pokeren, belegging), internetverslaving algemeen, gameverslaving, sociale mediaverslaving, porno- c.q. seksverslaving (hyperseksualiteit) en eetverslaving (eetbuistoornis). Resultaten worden per verslaving besproken. Bij elk onderdeel geven we een overzicht van het uitgevoerde literatuuronderzoek en de conclusies hiervan.

Tijdens het uitvoeren van de literatuuronderzoeken naar behandelaanbod is veel overlap geconstateerd tussen de literatuur voor internetverslaving algemeen, gameverslaving en sociale mediaverslaving. Daarom is gekozen voor een gecombineerd onderzoek voor deze drie gedragsverslavingen. Dit resulteert in de volgende vier literatuuronderzoeken: (1) gokken (incl. pokeren, belegging); (2) internetverslaving algemeen; gameverslaving en social mediaverslaving; (3) porno- c.q. seksverslaving; en (4) eetverslaving.

Selectiecriteria

Er is een overzicht gemaakt van de geselecteerde studies. De resultaten van deze studies worden in tabellen samengevat in de bijlagen. Van elke studie zijn de onderstaande punten in kaart gebracht:

- a) Auteur, jaar
- b) Het doel en de doelgroep van de studies
- c) Type behandelinterventie (type, gedragsverslaving, omvang, etc.)
- d) Resultaten en conclusie

Bewijs uit het literatuuronderzoek is samengevat en gecategoriseerd op bewijsniveau. Alle behandelingen zijn geëvalueerd en besproken met betrekking tot het bewijs voor doeltreffendheid en haalbaarheid. Opgemerkt dient te worden dat de aanbeveling voortkomt uit de hoogte van de doeltreffendheid op basis van de literatuur, en niet noodzakelijk op basis van het belang van de behandeling of op basis van de frequentie waarin de behandeling wordt toegepast. De bewijsniveaus van *Evidence-based Medicine* (zie Box 1) beschrijven vijf categorieën in de hiërarchie van de verschillende bewijsniveaus. Aan de hand van de classificaties geven we aan welke mate van bewijs er is voor de behandelingen per type gedragsverslaving. In hoofdstuk 4.2 volgen de resultaten per gedragsverslaving.

Box. 1 Bewijsniveaus (Evidence-based Medicine – Classificatie van Medische Publicaties):

A1	Systematische reviews (meta-analyses) Er is op goed onderzoek gebaseerd bewijs om de aanbeveling te ondersteunen. Het bewijs is afkomstig uit systematische reviews of meta-analyses.
A2	Gerandomiseerd vergelijkend onderzoek Er is op goed onderzoek gebaseerd bewijs om de aanbeveling te ondersteunen. Het bewijs is afkomstig uit ten minste drie grote, positieve, gerandomiseerde, gecontroleerde dubbelblinde onderzoeken (RCT). Bovendien is ten minste één van de drie studies een goed uitgevoerde, placebogecontroleerd onderzoek.
B	Gerandomiseerd vergelijkend onderzoek van matige kwaliteit of onvoldoende omvang Er is bewijs van onderzoek van matige kwaliteit om de aanbeveling te ondersteunen. Het bewijs is afkomstig uit ten minste twee matig grote, gerandomiseerde, dubbelblinde studies, en ten minste één prospectief, matig groot (steekproefomvang minimaal gelijk aan 50 deelnemers), open-label (d.w.z. niet blind) naturalistisch onderzoek.
C	Niet vergelijkend onderzoek Er is minimaal op onderzoek gebaseerd bewijs om de aanbeveling te ondersteunen. Het bewijs is verkregen uit ten minste één gerandomiseerd, dubbelblind onderzoek met een vergelijkbare behandeling, en een prospectief, open-label studie/case series (met een steekproefomvang van minimaal 10 deelnemers), of ten minste twee prospectieve, open-label studies/case series (met een steekproef van minimaal 10 deelnemers).
D	Mening van deskundigen Bewijs werd verkregen uit deskundige adviezen door ten minste een prospectieve, open-label studie/case serie.

Bron: <http://www.huidziekten.nl/zakboek/dermatosen/ltxt/LevelsEvidence.htm> (gredigeerd)

4.2.2. Gokverslaving

In deze deelstudie richten we ons op de belangrijkste literatuur over de behandeling van gokverslaving (gokstoornis). Onder gokken worden alle gokvormen geïnccludeerd, zowel online als offline.

Methode

Zoekprocedure

Om een overzicht van het onderzoek op het gebied van behandeling van gokken te geven hebben we meta-analyses en systematische literatuurreviews verzameld die tussen 2008 en 2013 verschenen zijn. De volgende zoektermen zijn in PubMed, Web of Science en Cochrane Library ingevoerd: “(pathological gambling OR problematic gambling OR compulsive gambling OR gambling-related-problems) AND (treatment or intervention or prevention) and (literature-review OR systematic-review OR meta-analysis)”. De 12 gevonden onderzoeken zijn samengevat in Bijlage 1.

Resultaten

Kenmerken studies

De tabel in Bijlage 1 geeft een overzicht van de 12 geïdentificeerde literatuurstudies voor de behandeling van gokproblematiek. Er zijn 7 reviews waarin de effecten van psychologische behandelingen onderzocht zijn ¹⁴⁶⁻¹⁵². Twee literatuurreviews richten op farmacotherapeutische behandelingen voor gokverslaving ^{153,154}, twee reviews richten op zowel psychologisch als farmacotherapeutische behandelingen ^{155,156} en één studie onderzoekt de comorbiditeit in de behandeling van gokverslaving ²⁵.

In vergelijking met andere gedragsverslavingen is de kwaliteit van de gevonden evidentie van behandeling van gokverslaving minder hoog dan voor de behandeling van eetstoornissen, maar veel hoger dan voor de behandelingen van internetverslaving en seksverslaving. De reviews of meta-analyses voor gokverslaving rapporteren grotendeel bewijs uit RCT-studies. Er kan geconcludeerd worden dat het bewijsniveau voor de behandelingen volgens de indeling uit box 1 geclassificeerd kan worden als een evidentie liggend op niveau's A1, A2 en in sommige gevallen B. Hoewel de evaluatie van de behandelingen voor probleemgokken achter ligt op andere velden zoals depressie, angst-, eetstoornissen of middel gebonden stoornissen, is het gerapporteerde bewijsniveau voldoende om een aantal conclusies te trekken.

Samenvattende conclusies

Psychologische behandeling

De behandeling van gokverslaving lijkt in veel opzichten op die van andere verslavingen, andere impulsregulatiestoornissen en obsessieve-compulsieve spectrumstoornissen. Resultaten uit deze literatuur review tonen aan dat psychologische behandelingen een grotere effecten hebben dan farmacologische behandelingen, en dat niet-farmacologische behandelingen effectiever zijn dan geen behandeling (effect grootte psychologische behandeling: 2,01; effect grootte farmacologische behandeling: 0,78 ^{157,158}). Hoewel op basis van de meta-analyse niet te beoordelen is welke specifieke behandelvormen effectiever waren dan andere, werd de meerderheid van de psychologische behandelstudies uitgevoerd binnen het cognitief-gedragsmatige spectrum. Er zijn momenteel drie belangrijke therapeutische benaderingen: gedragstherapie, cognitieve therapie en cognitieve gedragstherapie (CGT) die effectiviteit hebben aangetoond.

Oakley-Browne en collega's¹⁵⁶ concluderen in hun Cochrane systematische review dat op de korte termijn gedrags- en cognitieve gedragstherapie beide effectiever zijn dan andere controlebehandelingen. Deze resultaten worden bevestigd door het Cochrane systematische review van Cowlshaw en collega's¹⁴⁶ waarin ondersteuning wordt gevonden voor de werkzaamheid van CGT in het verminderen van gokgedrag en overige symptomen van gokverslaving en problematisch gokken direct na de behandeling. Op dit moment is er onvoldoende informatie beschikbaar om de duur van effecten van de therapie te kunnen beoordelen. Er werd voorlopig bewijs gevonden voor enige positieve effecten van motivationele gespreksvoering. De positieve effecten van CGT worden ook aangetoond door andere review studies^{147,148,151} concluderen in hun meta-analyse dat alle varianten van cognitieve gedragstherapie (cognitieve therapie, motivationele gespreksvoering en imaginaire desensitisatie) effectief waren. Cognitieve therapie lijkt iets beter te werken wanneer diverse therapievormen gecombineerd worden.

Andere vormen van psychotherapeutisch behandelingen, zoals bij voorbeeld de psychodynamische interventie, multimodale interventie, kortdurende interventie of anonieme gokkers, worden ook vaak toegepast bij de behandeling van gokverslaving. In een recent literatuurreview van Stea en Hodgins¹⁴⁸ werden van zeven behandelmethoden voor gokproblematiek de wetenschappelijke basis en theoretische en methodologische vraagstukken onderzocht¹⁴⁸. Hierbij heeft men de effectiviteit van deze behandelmethoden geclassificeerd volgens de criteria van de *American Psychological Association*¹⁵⁹, waarbij voor categorie-I-behandelingen de sterkste evidentie is, en de evidentie terugloopt bij categorie II- en III-behandelingen. Gedragsmatige interventies, zoals cognitieve gedragstherapie en korte, motiverende en zelfgerichte behandelingen, werden als categorie-I- en II-behandelingen beoordeeld. Farmacotherapie werd ook als categorie-I-behandeling beoordeeld, maar psychodynamische benaderingen en anonieme gokkers werden als een categorie-III-behandeling gekwalificeerd.

“Harm reduction gokprogramma's”, gericht op het identificeren van gokproblemen en toepassing van externe controlemaatregelen bij onlinegokkers, lijken een gunstig effect te hebben op het verhogen van zelfcontrole over gokgedrag¹⁴⁸. Twee systematische reviews zijn gericht op het onderzoeken van de effecten van zelfhulpbehandelingen en minimale-contacttherapieën. Er kunnen alleen voorlopige conclusies getrokken worden gezien het beperkte aantal studies, maar het lijkt erop dat deze vormen van therapie effectief zijn. Contact met een therapeut is belangrijk voor sterkere en meer blijvende vermindering van verslavingsgedrag in het algemeen¹⁵⁰. Deze methoden zouden passend kunnen zijn voor gokkers die geen professionele hulp aannemen door bijvoorbeeld schaamte, financiële beperkingen, grote afstand of relatief milde gokproblemen¹⁵².

Farmacologische behandeling

Er zijn verschillende veelbelovende psychofarmacologische interventies voor de behandeling van gokverslaving. De meest frequent onderzochte medicaties voor de behandeling van gokverslaving zijn opiaatantagonisten en antidepressiva (serotonineheropnameremmers). Daarnaast is onderzoek gedaan met gebruik van antipsychotica, glutamaterge middelen en middelen gericht op stemmingsstabilisering zoals lithium.

Vanwege de betrokkenheid van het dopaminerge beloningssysteem van het brein bij gokgedrag is het aannemelijk dat disfunctionele dopaminefuncties een rol spelen bij gokverslaving. Andere neurotransmitters spelen ook een rol, zoals opiaatagonisten die de dopamineafgifte in het beloningssysteem kunnen versterken en opiaatantagonisten (zoals naltrexon en nalmeleen) die dopamineafgifte verminderen. Opiaatantagonisten blijken de gokbehoefte van gokverslaafden te verminderen. De meeste onderzoeken naar toepassing van deze middelen in de behandeling van gokverslaving tonen aan dat de behandeling effectief is¹⁵⁴. Sterker nog, opiaatantagonisten lijken de beste keuze voor dagelijkse behandeling of voor gerichte medicatie in situaties met risico op terugval of in de eerste periode na de behandeling¹⁵³. Naast glutamaatregulerende medicatie zijn ook andere middelen

onderzocht op hun effectiviteit in de behandeling van gokverslaving. Alhoewel er een behoorlijk aantal onderzoeken is gedaan naar de toepassing van antidepressiva, antipsychotica en stemmingsstabilisators zijn de bevindingen van de meeste gecontroleerde studies wisselend ¹⁵⁴: meer onderzoek is nodig.

Samenvattend blijkt uit de resultaten van alle gepubliceerde medicatiestudies bij gokverslaving dat op dit moment de meeste evidentie aanwezig is voor de klinische toepassing van nalmefeen, een slow-release-vorm van naltrexon. De veelbelovende status van glutamaatregulerende medicatie moet bevestigd worden in gerandomiseerd dubbelblind onderzoek.

Online gokken

We zagen in het voorgaande hoofdstuk al dat online gokkers niet altijd dezelfde doelgroep zijn als offline gokkers, maar ook dat er een aanzienlijke overlap is tussen de twee soorten gokken. Wat betreft online gokken er zijn ondertussen enkele interventies gepubliceerd die een positief effect lijken te hebben en die proberen om:

(1) online gokkers bewuster te maken van de risico's van hun gedrag door online psycho-educatie en/of feedback tools beschikbaar te maken op websites (corporate responsible gambling interventions ¹⁶⁰; Internet-based version of the personalized feedback intervention tool ¹⁶¹).

(2) de drempel naar de behandeling te verlagen door de gokkers online te behandelen (web-based counseling ¹⁶²; online self-directed cognitieve-behavioral motivational therapy ¹⁶³).

Helaas is de wetenschappelijke evidentie van deze studies veel minder sterk dan de bevindingen van de systematische reviews en meta-analyse. De resultaten zijn bij het online gokken gebaseerd op enkele RCT's, naturalistische studies en soms op pilotstudies. Verder waren er slechts een zeer beperkt aantal studies die zich focussen op online gokken.

Conclusie

Het literatuuronderzoek geeft duidelijke aanwijzingen voor het bestaan van effectieve interventies voor de behandeling van gokverslaving: zowel farmacologisch, psychosociaal als een combinatie van beide. In de literatuur naar behandel aanbod wordt gokken meestal gebruikt als algemene heterogene categorie. Er wordt geen verschil gemaakt tussen de verschillende gokmogelijkheden (zoals: fruitautomaten, casino, online gokken, pokeren, etc). Sterker nog, een aantal van de boven geïdentificeerde reviews onderzocht gokverslaving in de brede categorie van middelen gebonden stoornissen. Het lijkt erop dat de behandelmethoden die worden gebruikt voor andere verslavingen regelmatig ook op gokken worden toegepast.

4.2.3. Internetverslaving

We richten ons op de belangrijkste literatuur over behandeling van internetverslaving in het algemeen en gameverslaving en sociale mediaverslaving in het bijzonder. Er worden veel verschillende termen gebruikt voor internetverslaving en de bijbehorende definities kunnen verschillen. Daarom gebruiken we de terminologievoorkeur van de respectievelijke onderzoekers wanneer we specifiek verwijzen naar hun werk of in de beschrijving van hun steekproeven.

Methode

Zoekprocedure

Om een overzicht van het onderzoek op het gebied van behandeling van internetverslaving te geven, hebben we meta-analyses en systematische literatuurstudies verzameld die tussen 2009 en maart 2014 zijn verschenen. De volgende zoektermen werden ingevoerd in PudMed, Web of Science en Cochrane Library: “(internet-addiction OR video-game-addiction OR game-addiction OR pathological-internet-use OR problematic-internet-use OR online-gaming-addiction OR social-media-addiction) AND (treatment OR intervention OR prevention) AND (literature-review OR systematic-review OR meta-analysis)”. De zoekopdrachten leverde een totaal van 33 records op. Dubbele referenties werden verwijderd. Een totaal van 10 unieke literatuurstudies is geselecteerd voor het huidige literatuuronderzoek.

Resultaten

Kenmerken studies

De tabel in Bijlage 2 geeft een overzicht van de 10 geïdentificeerde literatuurstudies over de behandeling van internetverslaving, gameverslaving en sociale media-verslaving. De tabel omvat 1 meta-analyse¹⁶⁴, 4 systematische literatuurreviews^{165–168} en 5 literatuur overzichten^{90,169–173}. In de meta-analyse en de systematische literatuurreviews waarin expliciet gerapporteerd is welke studies geïnccludeerd zijn, werd geconstateerd dat er een grote heterogeniteit en diversiteit is in de doelgroepen, type internet-gerelateerde verslavingen, methodologische designs, bewijscriteria en specifieke interventies^{164–168}.

De genoemde behandelingen van internet-gerelateerde verslavingen richten zich onder andere op online en offline gamen, gokken, cyberseks, chatrooms, bulletin boards en sociale media. Internetverslaafden worden meestal niet ingedeeld in specifieke subtypes. De meeste studies naar behandelinterventies zijn uitgevoerd in Azië onder jonge onderzoekspopulaties. In het beperkte aantal onderzoeken uit de USA is de leeftijdspreiding groter. Gezien het feit dat de meerderheid van de studies een cross-sectionele opzet had en dat er bijna geen RCT-studies waren, kunnen causale relaties niet worden geïdentificeerd en kan het effect van de behandeling op wetenschappelijke basis niet worden beoordeeld. Volgens de Evidence-based Medicine indeling kunnen de bewijsniveaus voor de behandelingen beoordeeld worden als liggend op de niveau B, C en D.

Comorbide symptomen

Behandelingen dienen rekening te houden met de aanwezigheid van andere (sub)klinische symptomen die risicofactoren kunnen zijn voor internet-gerelateerde verslavingen¹⁷⁴. Internet- en gameverslaving wordt in verband gebracht met symptomen van gegeneraliseerde angststoornis, paniekstoornis, depressie, sociale fobie⁸⁵, schoolfobie⁸³, ADHD^{79,83,85} en psychosomatische klachten⁸³.

Behandeling

Behandeling van internetverslaving is grotendeels gebaseerd op interventies en strategieën voor de behandeling van middel gebonden stoornissen. Psychosociale benaderingen worden het meest gebruikt. Naar farmacologische behandeling is nog weinig onderzoek gedaan. Het ontbreken van methodologisch adequaat onderzoek maakt het momenteel onmogelijk om behandelingen en/of interventies gericht op internetverslaving met een hoog *evidence-based* bewijsniveau te beoordelen^{167,173}. Voorlopig bewijs uit de enige beschikbare meta-analyse van Winkle en

collega's laat echter wel zien dat psychologische en farmacologische interventies zeer effectief zijn in het verminderen van symptomen van internetverslaving: de besteedde tijd online, depressie en angst dalen tussen de pre- en post-behandeling in alle 16 studies¹⁶⁴. Onderzoeken naar moderatoren laten zien dat studies met interventies op individueel niveau, een hoger percentage vrouwen in de steekproef, oudere patiënten, of studies uitgevoerd in Noord-Amerika vaker positieve behandeluitkomsten laten zien¹⁶⁴. Ondanks de lage kwaliteit van de studies was het zo dat de meeste effectgroottes hoog en robuust waren en dat de effecten bleven bestaan tijdens follow-up metingen.

Andere literatuurreviews en literatuuroverzichten laten positieve behandelresultaten zien voor zowel psychologische als farmacologische behandelingen voor internetverslaving^{90,170}. De studies suggereren een hoge comorbiditeit tussen internetverslaving en de vele psychiatrische stoornissen. Mogelijk is de comorbiditeit hiermee een goed aanknopingspunt voor screening of behandeling. Er zijn steeds meer aanwijzingen dat persoonlijkheid, genetische verschillen en individuele verschillen in automatische en gecontroleerde aspecten van zelfregulering de ontwikkeling van problematisch internetgedrag en/of internetverslaving kunnen bevorderen^{90,170}.

Psychologische behandeling

Over gedragsmatige benaderingen zoals cognitieve gedragstherapie, motivationele gespreksvoering, korte counseling, en imaginaire desensitisatie zijn voorlopige, positieve resultaten gerapporteerd bij de behandeling van internetverslavingen. Echter, deze methoden zijn grotendeels niet systematisch onderzocht bij de jeugdpopulaties of onder jonge volwassenen. Er is ook voorgesteld om het Transtheoretische Model van Opzettelijke Gedragsverandering toe te passen als kader voor behandelingen van adolescenten met problematisch gamen^{169,175-178}. Hoewel de adolescentie een relatief kleine leeftijdsrange omvat (12 tot 17 jaar), moet er tijdens de behandeling van internetverslaving wel rekening worden gehouden met de grote variabiliteit in maturiteit^{169,171}.

Er is voorlopig bewijs voor het succes van het 'abstinentie' programma onder 12-15 jarige scholieren in Oostenrijk, Duitsland en Italië⁸, en voor een counselingprogramma in Hong Kong¹⁷⁹. Voorlopige resultaten van een studie onder 114 patiënten die cognitieve gedragstherapie kregen toonden aan dat de meeste patiënten in staat waren om de aanwezigheid van hun klachten te beheersen tot het eind van de behandeling⁸.

Cognitieve gedragstherapiebenaderingen en psychosociale begeleiding kunnen nuttig zijn voor de behandeling van internetverslaving. Relatie- en gezinstherapie kunnen in bepaalde gevallen helpen. Daarnaast zijn online zelfhulpboeken en -tapes verkrijgbaar¹⁶⁶. Ten slotte kan in sommige gevallen een zelfopgelegd verbod op het gebruik van de computer en de toegang tot internet nodig zijn^{107,180}. Er zijn geen evidence-based behandelingen voor internetverslaving, er bestaat echter wel een groeiend aantal poliklinische behandelingsdiensten onder meer in China, Korea, USA, Australia, Nederland, Duitsland. Bijna bij alle studies naar psychotherapie voor internetverslaving is cognitieve gedragstherapie gebruikt als onderdeel van uitgebreide behandelingen, maar de resultaten zijn niet altijd eenduidig positief¹⁶⁶.

Het behandeldoel bij deze op CGT gebaseerde programma's is meestal gecontroleerd gebruik, niet onthouding¹⁰⁷. Behandelingen voor jongeren kunnen familie gebaseerd zijn of ze kunnen gericht zijn op het verbeteren van vaardigheden van ouders, op het verbeteren van communicatie en op een verhoogde controle over het internetgebruik¹⁸¹. Een studie naar de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie waarbij gebruik gemaakt werd van een dagelijks logboek in combinatie met software om de toegang tot internet te beperken liet verbetering van symptomen zien¹⁸². Studies met behulp van zowel cognitieve gedragstherapie als motivationele gespreksvoering toonden verbeteringen in levenskwaliteit en vermindering van depressie, maar leverde geen significante veranderingen in computergebruik¹⁸³.

Internet steungroepen alleen, of in combinatie met straathoekwerkprogramma's, telefonische counseling of thuisbehandeling, kunnen een rol spelen bij de behandeling van problematisch internetgebruik. Online supportgroepen bieden brede toegankelijkheid en voorzien van een medium dat vertrouwd is bij de doelgroepen. Problematisch gamen en andere impulscontrolestoornissen kunnen ongemerkt aanwezig blijven bij jongeren met psychiatrische problemen ^{166,169}, daarom blijft screening voor gedragsverslaving bij hen nodig.

Farmacologische behandeling

Psychofarmacologische benaderingen met behulp van serotonine heropnameremmers, stemmingsstabilisatoren, opioïde antagonist en glutamaatagenten hebben positieve resultaten laten zien in verschillende gecontroleerde studies onder volwassenen met problematisch gamegedrag ¹⁶⁹. Er zijn nauwelijks bevindingen over farmacologische interventies bij jongeren en daarom worden verdere gecontroleerde behandelingsonderzoeken geadviseerd.

Met betrekking tot de comorbiditeit tussen internetverslaving en andere psychiatrische aandoeningen (zoals OCD en ADHD) hebben enkele studies farmacologische middelen die ontworpen zijn voor deze stoornissen ingezet bij de behandeling. In andere studies is de comorbiditeit met ADHD geïdentificeerd als de reden voor het gebruik van methylfenidaat bij kinderen met zowel internet gameverslaving als ADHD. Uit een farmacologisch open-label behandelingsonderzoek met verlengde afgifte van methylfenidaat (gemiddelde dosis 30,5 + / - 13,3 mg / d , range 18-54 mg / d) bij Koreaanse kinderen met internet videogameverslaving en comorbide ADHD bleek dat, na 8 weken van de behandeling, de duur van internetgebruik aanzienlijk werd verminderd. Deze verbetering was positief gecorreleerd met de verbetering van de aandachtklachten. Deze bevindingen leidden de onderzoekers tot de suggestie dat online gamen een vorm van zelfmedicatie voor kinderen met ADHD zou kunnen zijn ¹⁷⁰.

Een andere studie heeft de comorbiditeit van impulsief/compulsief gebruik van internet en OCS geïdentificeerd om te onderzoeken of SSRI's, zoals Escitalopram nuttig kunnen zijn voor de behandeling van internetverslaving ¹⁶⁶. Een farmacologisch open-label behandelingsonderzoek met Escitalopram (dosis van 10 mg / dag) onder impulsieve/compulsieve internetgebruikers toonde een significante daling aan van het aantal uren besteed aan het internet gedurende de eerste fase van de behandeling (week 1-10), maar niet later. Toekomstige placebogecontroleerde dubbelblinde studies zijn nodig om de evidentie te versterken ¹⁶⁶.

Conclusies

Psychotherapeutische en farmacologische behandelingen gericht op internetverslaving, gameverslaving en sociale mediaverslaving hebben slechts een beperkt bewijsniveau op dit moment. Met deze methodologische tekortkomingen moet rekening gehouden worden bij de interpretatie van de resultaten. Uit voorlopig onderzoek blijkt dat psychofarmacologische medicaties (Escitalopram, Naltrexone en Methylphenidate) en cognitieve gedragstherapie de meest veelbelovende positieve effecten hebben in de behandeling van internetverslaving.

Meer onderzoek is nodig naar effectiviteit van behandelingen en replicatie van behandelstudies voor verschillende doelgroepen, verschillende internetverslavingen en in verschillende culturele contexten.

4.2.4. Seksverslaving en online pornografie

Het volgende overzicht inventariseert de belangrijkste literatuur wat betreft de behandeling van seksverslaving (hyperseksualiteit) in het algemeen, en cyberseks en pornoverslaving via internet in het bijzonder. Het doel van dit literatuuroverzicht is het identificeren van relevante studies over de behandeling van seksverslaving.

Methode

Zoekprocedure

Tijdens het uitvoeren van het literatuuronderzoek naar behandelingen werd geconstateerd dat er geen consistente terminologie bestaat voor seksueel disfunctionele aandoeningen, sterker nog, er is geen consensus tussen verschillende auteurs over welke gedragingen onder seksverslaving vallen. In dit literatuuroverzicht naar behandeling van seksverslaving is ervoor gekozen om te focussen op studies die in het algemeen rapporteren over seksverslaving en op studies die zich specifiek richten op gedragingen waarbij het internet gebruikt wordt als medium, zoals internetseksverslaving, cyberseks en internetpornografie. Studies die specifiek rapporteren over abnormale uitingen van seksueel gedrag zijn niet geïnccludeerd in het literatuuroverzicht.

Om een overzicht van het onderzoek op het gebied van behandeling van seksverslaving te geven hebben we systematische literatuurstudies verzameld die tussen 2008 en maart 2014 verschenen zijn. De volgende zoektermen werden ingevoerd in PubMed, Web of Science en Cochrane Library: “(cybersex or hypersexual-disorder or hypersexuality or internet-pornography or sex-addiction or sexual-addictive) AND (treatment OR intervention OR prevention) AND (meta-analysis OR systematic-review OR literature-review)”. Dit leverde een totaal van 87 records. Dubbele records werden verwijderd, en een totaal van 10 unieke literatuurstudies werden geselecteerd voor het huidige literatuuronderzoek (zie bijlage 3).

Resultaten

Kenmerken studies

Bijlage 3 geeft een overzicht van de 10 geïdentificeerde literatuuronderzoeken over de behandeling van seksverslaving of hyperseksualiteit. Hier vallen 3 systematisch literatuurreviews^{102,112,184} en 2 literatuuroverzichten^{170,185} onder. De studies worden gepresenteerd in chronologische volgorde in Bijlage 3.

Het grootste deel van de onderzoeken die geïnccludeerd zijn in het huidige literatuuronderzoek rapporteert op casus niveau. Er zijn bijna geen RCT-studies. Hierdoor kunnen we concluderen dat er onvoldoende wetenschappelijk bewijs is om gestandaardiseerde adviezen op basis van het Evidence Medicine Based Model op te stellen. De bewijsniveaus voor de behandelingen kunnen beoordeeld worden als een evidentie liggend op niveau B, C en D.

Behandeling

Hoewel er te weinig gecontroleerde studies bestaan om evidence-based aanbevelingen te kunnen doen over de behandeling van seksverslaving zijn er wel diverse veelbelovende behandelmogelijkheden. De meeste patiënten hebben baat bij poliklinische behandeling. De hulpverlener kan ook overwegen om te kiezen voor een gespecialiseerde residentiële behandeling¹⁸⁶. Door de toegenomen bekendheid van seksverslaving en internetseksverslaving zijn meer mensen geneigd om zelf hulp te zoeken. Verschillende studies benadrukken het

belang om deze patiënten niet te stigmatiseren ^{185,187,188}. De inzet van een hulpverleningsnetwerk (van huisartsen tot gespecialiseerde GGZ-zorg en medische zorg) in combinatie met online behandeling is van belang om de behandel drempel te verlagen ¹⁸⁸. Net als bij andere gedragsstoornissen lijkt het erop dat een combinatie van zowel psychologische als farmacologische behandelingen kan worden overwogen als passende behandeling van seksverslaving ^{170,185,188}. Farmacologische interventies zouden onderdeel moeten zijn van een groter behandelplan waarin ook psychotherapie, en in de meeste gevallen gedragstherapie wordt opgenomen ¹⁸⁷.

Psychologische behandelingen

Cognitieve gedragstherapie is de meest frequent aangeraden psychologische behandeling wat betreft excessief seksueel gedrag ^{187,189}. De therapie biedt patiënten inzicht in hoe zij hun leefomgevingen beter kunnen structureren. Dit kan hen helpen om beter te begrijpen hoe zij hun dwangmatig gedrag kunnen beheersen. Het individu leert om risicovolle situaties te herkennen, om cognitieve vertekeningen of foute gedachten aan te passen, en om een manier te vinden om te gaan met stressvolle of risicovolle situaties die een terugval in gang kunnen zetten. Gedragmatige programma's moedigen tijdens de eerste fase van de behandeling (meestal 60 tot 90 dagen) regelmatig abstinentie van seksueel gedrag aan ¹⁸⁷.

Effectieve terugvalpreventietechnieken zijn gebaseerd op de behandeling van parafilieën ^{190,191} en meer recent ook op de behandeling van seksuele verslavingen ¹⁹². Onderzoeken naar behandelvormen voor seksueel misbruikers ^{193,194} suggereren dat cognitieve gedragstherapie effectief is bij het verminderen van problemen met zelfcontrole over seksueel gedrag ¹⁸⁴. Ook in een onderzoek naar de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij internetseksverslaving werd een klinisch significante verbetering gevonden ^{182,186}.

Verschiedende organisaties bieden groepsbehandelingen en/of telefonische of face-to-face contacten, die grotendeels gebaseerd zijn op het 12-Stappen programma van de Alcoholics Anonymous. Dit programma is aangepast voor excessief seksueel gedrag. De voordelen van groepsbijeenkomsten worden beschreven als het leveren van verantwoording en positieve relaties, het verbeteren van therapietrouw en het voorkomen van terugval. Er zijn geen prospectieve studies uitgevoerd om de groepsbijeenkomsten te evalueren. Beschreven voordelen zijn het leveren van verantwoording en positieve relaties, het verbeteren van therapietrouw, en het voorkomen van terugval ¹⁸⁶. Er bestaan ook gratis anonieme online behandelopties, maar hiervoor zijn geen trials uitgevoerd die de effecten te evalueren.

Farmacologische behandelingen

Ondanks beperkt bewijs uit wetenschappelijk onderzoek kan farmacologische behandeling nuttig zijn ^{195,196}. Medicatie die gebruikt wordt voor angst- en stemmingsstoornissen kan mogelijk nuttig zijn. Hierbij moet de arts wel nadenken over de eventuele bijwerkingen die een rol kunnen spelen bij het verminderen of het verergeren van seksverslaving ¹⁸⁸.

Naltrexon, vaak gebruikt in verslavingszorg en psychiatrie in de behandeling bij opiaat- en alcoholverslavingen, werd beschreven als een effectief middel om kansspelproblemen te verminderen. Naltrexon kan ook effectief zijn voor sommige patiënten met seksverslaving. In een retrospectief overzicht van 19 volwassen mannen die behandeld werden met naltrexon voor dwangmatig seksueel gedrag, werd bij 89% een vermindering van dwangmatig seksuele gedragssymptomen gezien ¹⁹⁷.

Grant en Potenza merken op dat de opiaatantagonist nalmefene seksuele compulsiviteit vermindert in dezelfde mate als de medicatie dwangmatig gokken vermindert ¹¹. Naltrexon vermindert over het algemeen de

hedonistische ervaring van het orgasme en hierdoor kan het middel nuttig zijn bij het verminderen van verslavend gedrag. Het kan echter ook nadelig zijn voor een gezonde seksuele relatie ¹⁹⁸. De voorschrijvende arts moet zich ook bewust zijn van het theoretische feit dat bekend is dat opiaatantagonisten geslachtshormonen zoals testosteron verhogen en dat seksuele driften daardoor juist kunnen toenemen ¹⁹⁹.

Anti-androgenen kunnen alle fasen van de seksuele responscyclus drastisch verminderen en geïndiceerd zijn bij extreme gevallen van seksuele *acting out* gedrag (bijvoorbeeld veroordeelde zedendelinquenten). Guay ²⁰⁰ stelt een combinatiebehandeling van selectieve serotonineheropnameremmers en anti-androgenen voor bij mensen met refractaire problemen. SRIs kunnen mogelijk de impact versterken van cognitieve gedragstherapie of schema-gebaseerde interventies die zich richten op persoonlijkheidsstoornissen en afwijkingen met een basis in de kindertijd zoals seksueel misbruik ¹⁸⁷.

Gecombineerde behandeling

Een vaak geciteerde interventie voor de behandeling van hyperseksualiteit is het psychotherapeutisch fasen model van Goodman ²⁰¹ waarin farmacotherapeutische, gedragsmatige en psychodynamische benaderingen worden geïntegreerd. In de eerste fase van dit model, de fase van initiële gedragsmodulatie, wordt aan individuen die seksueel gedrag vertonen geleerd hoe ze hun gedrag kunnen moduleren door een combinatie van innerlijke motivatie, psychologisch support en affect-regulerende medicatie. In de tweede fase, de fase van stabilisatie van gedrag en affect, wordt het probleem van terugvalpreventie aangekaart. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen seksuele gedragsvormen met een hoog en een laag risico. De patiënt leert hierbij om gezond en conventioneel seksueel gedrag te vertonen in plaats van pathologische seksueel gedrag ¹⁸⁷.

Conclusie

Seksverslaving is een complexe stoornis en het niveau van evidentie voor de behandeling van het probleem is zeer laag. Veel klinici in het veld raden een meervoudige behandeling aan die zich richt op verschillende modaliteiten ^{202,203}. Hieronder valt cognitieve gedragstherapie, terugvalpreventie, psychodynamische psychotherapie en psychofarmacologische behandeling. Er worden verschillende vormen van therapie gebruikt waaronder individuele therapie, groepstherapie en therapie met de partner.

4.2.5. Eetverslaving

In dit hoofdstuk richten we ons op de belangrijkste literatuur betreffende de behandeling van eetverslaving in het algemeen, en specifiek op *binge-eating*, *compulsive-eating* of *excessive-eating*. Omdat eetverslaving steeds meer als aparte diagnose binnen obesitas gezien wordt (zie paragraaf 3.2.4), en deze rapportage zich richt op verslaving, zoeken we hier specifiek naar deze sleutelwoorden rondom eetverslaving (eetbuistoornis). Het doel van dit literatuuroverzicht is het genereren van systematisch reviews of meta-analyses over de behandeling van eetverslaving. Er wordt dus geen overzicht gegeven van het behandel aanbod met betrekking tot obesitas in het algemeen.

Methode

Zoekprocedure

Om een overzicht van het onderzoek op het gebied van de behandeling van eetverslaving te krijgen hebben we systematische literatuurstudies verzameld die vanaf 2009 tot maart 2014 zijn verschenen. De volgende zoektermen werden gebruikt in PubMed, Web of Science en Cochrane Library: (Binge-Eating or compulsive-eating or food-addiction or compulsive-eating-behaviour or excessive-eating) AND (treatment or intervention or prevention) AND (meta-analysis or systematic-review or literature-review). In een aantal van de geïdentificeerde studies lag de focus op de behandeling van diabetes type 2 of op interventies voor de behandeling van morbide obesitas. Gezien de doelen van deze review werden deze studies niet geïnccludeerd en de onderzoekstrategie aangepast door het includeren van AND (NOT type-2-diabetes). Er bleven 9 studies over. Deze studies staan samengevat in de Bijlage 4.

Resultaten

Studie kenmerken

Bijlage 4 geeft een overzicht van de 9 geïdentificeerde literatuur studies voor de behandeling van eetverslaving. Er zijn 5 systematisch literatuur reviews die de psychologische behandelingen evalueren²⁰⁴⁻²⁰⁸, 3 systematisch literatuur reviews die de effectiviteit van farmacologische behandelingen rapporteren²⁰⁹⁻²¹¹, en een systematisch review welke rapporteert over de effectiviteit van zowel psychologische als farmacologische behandelingen²¹².

In vergelijking met de andere literatuurreviews over behandeling gepresenteerd in dit rapport is de kwaliteit van de gevonden evidentie hoger dan voor gokken en zeker veel hoger voor internetverslaving en voor seksverslaving. De meerderheid van de geïnccludeerde studies rapporteren bewijs uit systematisch reviews (meta-analyse) van RCT studies. Waardoor de bewijsniveaus voor de behandelingen volgens de evidence-based medicine, beoordeeld kan worden als liggend op evidentie niveaus A1 en A2.

De literatuurreview over de behandeling van eetverslaving laat zien dat onderzoek bij eetstoornissen (waar eetverslaving een vorm van is) een langere traditie heeft dan bij de eerder besproken gedragsverslavingen. Sterker nog, gezien de hoeveelheid studies die beschikbaar zijn, zijn er ook voldoende meta-analyses beschikbaar die de huidige evidence-based kennis bundelen over de psychologische en farmacologische interventies voor de behandeling van eetstoornissen.

Behandeling

De behandeling van eetverslaving lijkt in veel opzichten op die van andere verslavingen. Er is bovendien veel onderzoek naar de behandeling van eetstoornissen in het algemeen en voor eetbuistoornis en boulimia nervosa in het bijzonder. De laatste twee worden vaak samen besproken in overzichtsartikelen, onder meer omdat het

binging syndroom een onderdeel is van *boulimia nervosa*; hierdoor is dit ook het geval in de bespreking hieronder. Desondanks zijn de resultaten enigszins inconsistent en niet altijd positief, zoals hieronder beschreven.

Psychologische behandeling

Opvallend is dat vier van de vijf geïnccludeerde recente systematisch reviews zich richten op de effecten van zelfhulp interventies voor de behandeling van eetstoornissen. Wellicht heeft dit te maken met het feit dat er al lang voldoende bewijs is voor de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie voor de behandeling van eetstoornissen, waardoor nu meer aandacht wordt gegeven aan de evaluatie van zelfhulpinterventies.

In een recente metaregressie analyse hebben Beintner en haar collega's²⁰⁵ 73 studies geïnccludeerd betreffende het inzetten van zelfhulpinterventies voor de behandeling van eetbuistoornis en *boulimia nervosa*. Resultaten lieten zien dat therapietrouw een aandachtspunt is bij zelfhulpinterventies. De aantallen van dropouts wisselen sterk tussen studies (1-88%). Patiënten met een eetbuistoornis maken hun zelfhulpbehandeling vaker af dan *boulimia nervosa* patiënten. Andere mogelijke factoren die dropout lijken te beïnvloeden zijn: striktere eetregels op de baseline, jongere leeftijd van deelnemers, lager BMI. Verder zijn er geen eigenschappen van de patiënten, studie of interventie gevonden waaruit het aantal deelnemers die de behandelingen volledig afmaken kon worden voorspeld.

In een algemene meta-analyse waarin Farrand en Woodford²⁰⁸ zich richt op onderzoek naar de impact van support op de effectiviteit van geprotocolleerd cognitieve gedragsmatige zelfhulpinterventies en bekijkt hij de mate waarin de effectiviteit varieert bij diverse psychische stoornissen per type support. Bevindingen wijzen uit dat zelfhulpinterventies gebaseerd op cognitieve gedragstherapie effectief zijn voor de behandeling van een aantal psychische stoornissen rondom eten, waaronder eetbuistoornis. In hoeverre de mate van effectiviteit kan variëren per type steun (met volledige steun, met minimale steun en zelfhulp) is niet voldoende onderzocht.

In een meta-analyse met 111 klinische studies concluderen Erford en collega's²⁰⁷ dat veel studies bewijs hebben voor effectiviteit van verschillende psychotherapievormen en zelfhulpinterventies voor de behandeling van *boulimia nervosa*. Deze behandelingen zijn effectief in het bereiken van klinisch significante effecten in de reductie van symptomen zoals: *binging*, *purging*, gebruik van laxeremiddelen, en zelfrapportage over lichaamsontevredenheid. Het lijkt erop dat psychotherapie op korte termijn effectiever in vermindering van het *binging* symptoom was dan geprotocolleerde zelfhulp interventies. Maar bij follow-up was dit verschil alleen nog te zien bij gebruik van laxeremiddelen en zelfrapportage over *boulimia*; niet in alle andere uitkomsteffecten. Begeleide zelfhulp interventies waren even effectief als psychotherapie tijdens het eind van de behandeling en bij een follow-up.

Spielmans en collega's²⁰⁶ onderzochten 77 studies in hun meta-analyse over de effectiviteit van psychologische behandelingen voor eetbuistoornis en *boulimia nervosa*. Hoewel er geen twijfel is over de effectiviteit van CGT voor de behandeling van eetbuistoornis en *boulimia nervosa* zijn de lange termijn effecten van deze behandeling zijn nog inconsistent en is verder onderzoek nog nodig. Mogelijk kunnen follow up sessies de lange termijn resultaten zou verbeteren²⁰⁷. De systematische review van Iacovino en collega's²⁰⁴ sluit aan bij deze denklijn: deze studie concludeerde dat cognitieve gedragstherapie en gestructureerde zelfhulpinterventies die gebaseerd zijn op CGT op dit moment moeten worden beschouwd als de eerste keus voor de behandeling van cliënten met eetbuistoornis en *boulimia nervosa*.

Farmacologische behandeling

De beschikbare literatuur suggereert dat farmacotherapie een prominente rol speelt in de behandeling van boulimia eetbuistoornis en boulimia nervosa²⁰⁹⁻²¹¹. Bij eetbuistoornis wordt over het algemeen ook goed gereageerd op SSRI's. Maar bij patiënten met overgewicht vindt er echter maar weinig gewichtsverlies plaats. Om die reden worden ook wel anti-epileptica zoals topiramate voorgeschreven.

Meta-analyses over de effectiviteit van farmacotherapie voor boulimia nervosa en eetbuistoornis laten gemiddelde effect groottes zien voor het gebruik van medicatie. Het zou kunnen dat bij eetverslaving een combinatie therapie meer effectief is, net zoals bij seksverslaving: Vocks en collega's²¹² concluderen in hun review bijvoorbeeld dat farmacologische behandelingen zonder psychologische behandeling niet effectief zijn voor de behandeling van eetbuistoornis.

Conclusie

Ondanks een aanzienlijke hoeveelheid publicaties, zijn er nog weinig gegevens over de effectiviteit van farmacotherapie bij eetstoornissen op de lange termijn. Echter, dit geldt ook voor de psychologische interventies. Dit blijft een probleem voor klinici, op korte termijn. Er zijn wel wat aanwijzingen dat een gecombineerde behandeling met farmacotherapie en cognitieve gedragstherapie effectiever kan zijn dan elk afzonderlijk. Dit pleit ervoor om in de toekomst de aandacht te richten op effectieve combinaties van psychologische en farmacologische interventies.

4.3. Conclusie en vergelijking

In het voorgaande hoofdstuk gaven we een overzicht van het onderzoek naar de effecten van behandelinterventies in de internationale literatuur voor gedragsverslavingen die ook daadwerkelijk in de verslavingszorg worden gezien: gokverslaving, internetverslaving (gamen, social media gebruik), seksverslaving en eetverslaving. Het doel van deze literatuur review was het geven van een overzicht van de bestaande behandelprogramma's. Zo wordt het mogelijk de volgende onderzoeksvragen te beantwoorden: (1) Welke evidence- en practice-based behandelmethoden worden gerapporteerd in de internationale literatuur? (2) Welke aanbevelingen kunnen worden gedaan voor de behandelpraktijk en voor preventie?

Voor gokverslaving en eetverslaving is de kwaliteit van de gerapporteerde evidentie hoger dan voor internetverslaving en seksverslaving. Voor gok- en eetverslaving kan de evidentie geclassificeerd worden op niveau A en B (zie Box) gezien de kwaliteit van het gerapporteerde onderzoek. Dit maakt dat voor zowel gok- als voor eetverslaving een aantal evidence-based behandelingen kunnen worden geadviseerd. Voor internetverslaving en voor seksverslaving is de evidentie geclassificeerd op niveau B,C en D omdat er bijna geen RCT studies zijn gedaan of omdat men zich baseert op cohort studies, vergelijkend onderzoek, niet vergelijkend onderzoek of case studies. Het zijn dus prille studies die de eerste effectiviteit van practice-based behandeling laten zien, en het onderzoek is in een vroege fase. Vanwege de zwakke empirische onderbouwing moeten we hier voorzichtig mee zijn.

Desondanks blijkt uit deze voorlopige resultaten dat er veel overeenkomsten zijn tussen effectieve behandelingsmogelijkheden, zowel op psychologisch als op farmacologisch niveau, voor alle onderzochte verslavingen. De literatuur laat ook veel overeenkomst zien tussen de behandeling voor gedragsverslavingen en middelgebonden stoornissen (waaronder alcohol). Mogelijk spelen er gelijke mechanismen een rol bij deze verschillende problemen. Het klinisch beeld van de twee groepen (gedragsverslaving en middelenproblemen) lijkt in ieder geval sterk op elkaar volgens behandelaren.

In het algemeen bestaat de behandeling voor gedragsverslaving (incl. eetverslaving) uit benaderingen die gangbaar zijn voor middelgebonden verslavingen. Voorbeelden zijn groeps- en individuele therapie, motiverende

gespreksvoering, cognitieve gedragstherapie, dialectische gedragstherapie, terugvalpreventie, inzicht-gevende therapieën, behandelingen van comorbiditeit, groepen gebaseerd op het 12-stappen model en psychofarmacologische behandeling van diverse aspecten. Deze benaderingen worden toegepast in talloze klinische en ambulante behandelcentra. In het algemeen kan eveneens worden geconcludeerd worden dat de meerderheid van de psychologische behandelstudies wordt uitgevoerd binnen het cognitief-gedragsmatige spectrum. Gedrags- en cognitieve gedragsbehandelingen zijn bijvoorbeeld effectief toegepast voor de behandeling van gokken, eetverslaving en lijken ook effectief te werken voor internet verslaving en seksverslaving.

Er wordt wel uitdrukkelijk geadviseerd om meer hulpverleners training te geven op specifieke problematiek van de onderzochte verslavingen, zodat zij beter kunnen aansluiten bij de belevingswereld van de patiënten, het verslavingsgedrag zelf en aan de specificiteit van het klinische beeld en de unieke karakteristieken van de verschillende gedragingen. Bijvoorbeeld schaamte gevoelens bij seksbeleving, financiële problemen voor gokkers, identiteitsproblematiek en sociale(vaardigheids) problemen bij gamers. Men wordt aangemoedigd om extra aandacht te geven tijdens de diagnostisch fase en behandeling, voor mogelijk psychiatrische comorbiditeit.

Het lijkt dat er begeleide zelfhulp en internet based zelfhulp interventies zijn die met succes worden toegepast in de behandeling van gedragsverslavingen. Meer onderzoek is nodig, maar er zijn verschillende studies die de inzet van het internet als behandelingsmedium rapporteren. Tevens dient er rekening gehouden te worden met de risico's verbonden aan zorg op afstand – denk bijvoorbeeld aan depressieve suïcidale cliënten, en andere veiligheidsaspecten, zoals complicaties die zich voor kunnen doen bij zwaardere problematiek.

Er is ook voldoende evidentie voor de werking van verschillende farmacologische behandelingen voor gokverslaving en eetverslaving. Voor de behandeling van seksverslaving en gamen is meer onderzoek nodig voordat we kunnen spreken over effectieve farmacologische behandelingen. Ondanks de zwakke evidentie voor deze benadering wordt er wel geëxperimenteerd met dezelfde psychofarmaca die effectief is gebleken voor alcohol-, andere middelgebonden stoornissen en gokken.

Voor alle voorgaand besproken verslavingen wordt voorlopig een gecombineerde behandeling geadviseerd waarbij evidence-based gedrags- of cognitieve-gedragstherapie telkens de basis vormt. Alleen wanneer nodig wordt dit gecombineerd met een farmacologische behandeling. Er is een sterke behoefte aan meer onderzoek op de volgende gebieden: effectiviteit van behandelstudies en replicaties van behandelstudies voor verschillende doelgroepen, verschillende gedragsverslavingen en in verschillende culturele contexten.

Kortom: de literatuur review geeft duidelijke aanwijzingen voor effectieve behandelinterventies voor de behandeling van pathologisch gokken en bepaalde vormen van eetverslaving, zowel farmacologisch, psychosociaal of de combinatie hiervan. Evidence- en practice-based behandeling voor gameverslaving, internetverslaving en seksverslaving lijkt in dezelfde richting te gaan als pathologisch gokken, alcohol en andere middel gebonden stoornissen.

5. Preventieve interventies

5.1. Methode

In deze paragraaf brengen we het aanbod van preventieve interventie programma's die zich richten op gedragsverslavingen en eetverslaving^h in Nederland in kaart.

We zagen tijdens de literatuurreview in het vorige hoofdstuk dat er internationaal geen wetenschappelijke peer-reviewed artikelen zijn over (effectieve) preventieprogramma's voor het terugdringen van gedragsverslavingen. In dat hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van de zoektermen en methoden die zijn gehanteerd om tot deze conclusie te komen. Het huidige hoofdstuk richt zich dus exclusief op preventieprogramma's in de Nederlandse situatie, waarbij het bestaan van wetenschappelijke artikel over de programma's geen selectie criterium was.

Een recent rapport over de staat van verslavingspreventie in Nederland meldt ons dat er in de interventiedatabase van Centrum Gezond Leven (CGL) zo'n 157 goed ingevulde interventies voor gebruik in de verslavingszorg te vinden zijn²¹³. Hiervan zijn er slechts 24 erkend, en slechts twee interventies erkend als 'waarschijnlijk effectief' (Actie Tegengif tegen roken en Preventie alcoholgebruik). Dit resultaat doet vermoeden dat er voor gedragsverslavingen in Nederland niet veel breed gedragen effectieve preventieprogramma's te vinden zullen zijn. De inventarisatie is systematisch opgezet en de bevindingen worden in tabelvorm (tabel 5.1) samengevat. Voor alle interventies uit de interventiedatabase van CGL is het bewijsniveau in de tabel weergegevenⁱ.

De volgende bronnen zijn geraadpleegd om het overzicht tot stand te brengen:

1. Er is een **inventarisatie per email** gedaan bij preventie afdelingen binnen de Nederlandse verslavingszorg en enige andere instellingen die relevant zijn in deze context. De volgende instellingen zijn benaderd: *Victas, Tactus, Indigo, Trimbos Instituut, Youz (Bouman), Context (preventie), VNN, Mondriaan, Vincent van Gogh, Iriszorg, Arkin(Jellinek), Brijder, en Novadic Kentron*.
2. In de **interventiedatabase** van loket gezond leven^j vinden we de thema's verslaving/gokken, psychische gezondheid, genotmiddelen, weerbaarheid/sociale competenties. In de tabel nemen de we die programma's op die een van onze beschreven gedragsverslavingen expliciet noemen. Weerbaarheidsprogramma's blijven erg algemeen en worden niet opgenomen: mogelijk kunnen ze wel een goede basis vormen voor toekomstige specifieke nieuwe programma's. Dit geldt ook voor programma's die zich slechts richten op middelengebruik (roken en alcohol).
3. De **rapportage** *Investeren in verslavingspreventie* van bureau *Markbench* is meegenomen^{213 214} als bron, om ontbrekende interventies te vinden. Aangezien deze rapportage zich vooral richt op de setting en minder op de inhoud, is er ook contact geweest met de auteurs van deze rapportage om onze bevindingen te toetsen.
4. **Twee interventies** van het Center for Behavioral Internet Science (onderdeel van IVO) worden meegenomen (gameadviesopmaat.nl en de deskundigheid bevorderende cursus voor preventie medewerkers over internet- en gameverslaving).
5. Er is algemeen **gezocht op het Internet** via zoekmachine Google en via de websites van de instellingen zelf.

^h Net als in hoofdstuk 4 is ook hier obesitas in zijn algemeenheid buiten beschouwing gelaten.

ⁱ Bewijsniveaus lopen als volgt: 4 = Sterke aanwijzingen voor effectiviteit; 3 = Goede aanwijzingen voor effectiviteit; 2 = Eerste aanwijzingen voor effectiviteit; 1 = Goed onderbouwd; 0 = Onder voorbehoud erkend

^j <http://www.loketgezondleven.nl/interventies/i-database/>

5.2. Preventie Nederland

Tabel 5.1 – Inventarisatie preventieve interventies op het gebied van gedragsverslavingen binnen Nederland.

	Naam	Onderwerp	Organisatie	Type preventie	Inhoud	Bewijsniveau CGL
1	Mindyourownlive.nl	Algemeen	Tactus (Offline per maart/april 2014)	Selectieve preventie middels website	Een informatieve website met chatfunctie waarbij aandacht is voor allerlei vraagstukken van jongeren en die integraal worden benaderd.	-
2	Ouderavond over roken, alcohol, drugs, gokken of internet	Gokken, internet, gamen	Victas centrum voor verslavingszorg	Universeel (jongeren)	Voorlichtingsmodule aan ouders over het voorkomen en uitstellen van (problematisch) gebruik van middelen bij hun kinderen. Naast kennis over middelen en opvoedtips, is er ruimte voor vragen en discussiëren ouders over wat te doen als je zorgen maakt over je kind dat bijvoorbeeld experimenteert met middelen.	-
3	Jellinek online zelf-testen	Gokken (Gokken ook mobiel), Internet, Gamers	Jellinek	Zelftest, Geïndiceerd	Zelftesten via Jellinek. De test geeft een indicatie van mogelijke zorgbehoefte, geen diagnose. Bij positieve uitslag kan de persoon een afspraak maken met de huisarts of met Jellinek.	-
4	Jelinek online zelfhulp	Gokken	Jelinek	Geïndiceerd, selectieve preventie	De Jellinek Online Zelfhulp is een online zelfhulpprogramma. Met behulp van dit programma kunnen mensen die op een problematische manier genotmiddelen gebruiken of gokken, zichzelf helpen (anoniem, zonder hulpverlener en in hun eigen tijd) om hun gebruik te verminderen of om geheel te stoppen.	3
5	Nooitmeergokken.nl	Gokken	AGOG	Universeel	Online informeren	-
6	Moti-4	Gokken, gamen	Mondriaan & Novadic-Kentron	Geïndiceerd, Zorggericht (jongeren)	Moti-4 is een geïndiceerd preventieaanbod bestaande uit 4 gesprekken dat wordt uitgevoerd door een verslavingspreventiemedewerker met jongeren individueel. Het programma is aangepast voor gamen in een nieuwe versie. Doel is het terugdringen van beginnend problematisch gokgedrag/gamegedrag.	1
7	Voorlichting jongeren over alcohol, drugs, gokken en gamen	Gokken, gamen	Vrijwel alle instellingen / voorbeeld vanuit Victas	Selectief (jongeren)	Middels voorlichting aan jongeren werkt Victas aan het voorkomen van problemen die kunnen ontstaan door het gebruik van alcohol, drugs, medicijnen, gokken, internetten en gamen. Er worden diverse werkvormen gebruikt, zoals: kennisquiz, stellingen, filmmateriaal bekijken, spel spelen.	-
8	Holland Casino Zelftest	Gokken	Holland Casino	Zelftest, Geïndiceerd	Holland Casino biedt een online een zelftest aan om het gokgedrag inzichtelijk te maken.	-

9	Iriszorg Training Professionals	Gokken	Iriszorg	Universeel (training professionals in kansspel industrie)	Professionals: - Basistraining Kansspelproblematiek: training voor medewerkers gokhallen, casino's etc. - Vervolgtraining Kansspelproblematiek: training voor medewerkers gokhallen, casino's etc.	-
10	KOPP/KVO-groepen	Gokken	Novadic Kentron	Selectief (kind van verslaafde ouders)	In samenwerking met GGZ-instellingen ontwikkelde NK de KOPP/KVO-groepen. "KOPP" staat voor "kinderen van ouders met psychiatrische problemen", "KVO" voor "kinderen van verslaafde ouders". Een medewerker van de GGZ en een medewerker van Novadic-Kentron begeleiden de groepen	1
11	Gokkendelaas.nl	Gokken	Tactus	Zelftest, Geïndiceerd	Selectieve en geïndiceerde preventie middels website. Een uitgebreide informatieve website over gokverslaving en daaraan verbonden een forum en internetbehandeling voor 16 jaar en ouder	-
12	Gokkenondercontrole.nl	Gokken	Brijder	Zelftest, Geïndiceerd	De online hulp van Gokken onder Controle biedt een online test voor gokverslaving. Zie ook: http://www.pokerondercontrole.nl/	-
13	Internetondercontrole.nl	Internet algemeen	Brijder	Zelftest, Geïndiceerd	Website met informatie over internetverslaving (verouderd, 2008)	-
14	Ouderavond	Internet algemeen	Iriszorg	Universeel	Veilig internetten: ouderavond	-
15	Kenniupdate Internet	Internet	Iriszorg	Universeel (training professionals)	Internetgebruik onder jongeren kennisupdate (productkaart) / Alcohol, tabak, drugs en internet kennisupdate (productkaart)	-
16	VO/MBO gastles	Internet/social media/gamen	Iriszorg	Universeel	Gastles drinken, roken, blowen en internetten: gastles voortgezet onderwijs en mbo (productkaart 5)	-
17	Peervoorlichting	Internet/social media/gamen	Iriszorg	Universeel	IrisZ peervoorlichting: Voorlichting voor en door jongeren over alcohol, cannabis en zo gewent internet/gamen/socialmedia	-
18	Cursus preventie internet- en gameproblematiek	Internet / gamen	Center for behavioral Internet Science (IVO) ism VZ instellingen	Universeel (jongeren)	IVO heeft samen met Mondriaan, Tactus, het Trimbos-instituut en de Universiteit Utrecht een scholingsmodule ontwikkeld waarin preventiewerkers van verslavingszorginstellingen worden (bij)geschoold op het gebied van preventie van internet- en gameverslaving. Doel is enerzijds preventiewerkers bekend te maken met de wereld van het gamen en internet, en anderzijds hen concrete handvatten te bieden voor de preventie van internet- en gameverslaving.	-
19	Gameadviesopmaat.nl	Gamen	Center for behavioral Internet Science (IVO) ism VZ instellingen	Zelftest, Geïndiceerd (jongeren)	Zelftest voor gameverslaving. De website kan gebruikt worden om jonge gamers aan het denken te zetten over hun gamegedrag, of als (niet-klinische) screener binnen de verslavingszorg. Op basis van de score op de krijgen gamers feedback over hun gamegedrag en wordt zo nodig aangeraden professionele hulp te zoeken bij een van de deelnemende instellingen.	-

20	Game-check	Gamen	Mirro (Achmea in samenwerking met GGZ Drenthe, GGZ inGeest, Parnassia Bavo Groep en Azmn)	Zelftest, Geïndiceerd (jongeren)	Zelftest voor gameverslaving. De website kan gebruikt worden om jonge gamers aan het denken te zetten over hun game-gedrag, of als (niet-klinische) screener binnen de verslavingszorg. Op basis van de score op de krijgen gamers feedback over hun game-gedrag.	-
21	Game less module	Gamen	Jellinek	Selectief (les voor docenten in VO)	Handleiding en opdrachten (31 pagina's) en DVD 'Samuel vertelt over gamen'. Gameless is een Game Module voor professionals en docenten in het voortgezet speciaal onderwijs en jeugdhulpverlening. De lessen zijn geschikt voor jongeren tussen 12 en 18 jaar die overmatig gamen en/of internetten.	-
22	Lespakket Gamen	Gamen	CAD Preventie	In ontwikkeling, Selectief (jongeren)	Een lespakket rond het thema gamen. Het lespakket zal bestaan uit een aantal lessen waarbij er zowel aandacht is voor kennis, attitude en sociale vaardigheden. Doelgroep is de 3de graad lager onderwijs en de 1ste graad van het secundair onderwijs. Opzet van dit pakket is om het thema bespreekbaar te maken bij leerlingen in de derde graad van het basisonderwijs + de B-stroom van het eerste jaar secundair.	-
23	Vorming voor intermediairen	Gamen	CAD Preventie	Geïndiceerd (op verzoek)	Voorlichting aan intermediairen op verzoek.	-
24	Website (Beter Gamen)	Gamen	Erno Mijland en Herm Kisjes	Universeel, achtergrond informatie	Website met informatie over gamen, autisme en gamen, gameverslaving.	-
25	Etendebaas.nl	Eten	Tactus	Zelftest, Geïndiceerd	Een uitgebreide informatieve website over eetverslaving en daaraan verbonden een forum en internetbehandeling voor 16 jaar en ouder	-
26	Zelftest Eetstoornissen	Eten	PsyQ	Zelftest, Geïndiceerd	Behandelprogramma Eetstoornissen behandelt mensen voor wie eten en gewicht een obsessie zijn.	-
27	Seksondercontrole.nl	Seks	PsyQ	Zelftest, Geïndiceerd	Seksverslaving Onder Controle is een website van PsyQ en maakt deel uit van het behandelprogramma Seksuologie.	-
28	Ben ik seksverslaafd.nl	Seks	CHAP	Zelftest, Geïndiceerd	Op deze site bevinden zich onder andere informatie over seksverslaving, zelftests en een anoniem oriëntatietraject. Het oriëntatietraject bestaat uit zes fasen om je te helpen zelf na te denken over de manier waarop je omgaat met seks.	-

Algemene interventies

A	Taakspel	Algemeen	CED-groep	Universeel (jongeren)	Taakspel is een groepsgerichte werkwijze, waarbij leerlingen tijdens de reguliere lessen middels een spel leren zich beter aan klassenregels te houden. De klas wordt na een observatieperiode door de leerkracht in teams verdeeld. Leerlingen die bij elkaar in een team zitten, stimuleren elkaar zich aan de regels te houden, zodat zij als team in aanmerking komen voor een beloning. Doel is het vermeerderen van taakgericht gedrag, verminderen van regelovertrekend gedrag en bevorderen van een positief onderwijsklimaat. Uiteindelijk doel is beginnend probleemgedrag in een vroeg stadium te verminderen en om te buigen in positiever gedrag.	4
B	Reklame Rakkers	Algemeen	Stichting Reklame Rakkers	Universeel (jongeren)	In negen gestructureerde lessen leren kinderen over verschillende aspecten die met reclame te maken hebben, zoals (gecreëerde) behoeftes, merken en producten, mediagenres en -types, doelgroepen, reclamedragers en -technieken, en de reclamewet- en regelgeving. Het weerbaarder maken van kinderen in het basisonderwijs tegenover de commerciële druk van adverteerders en het verhogen van hun bewustzijn van de rol van commercie in de media en de vaardigheid om reclame-inhouden op waarde te kunnen schatten.	1
C	Programma Alternatieve Denkstrategieën (PAD)	Algemeen	Seminarium voor Orthopedagogiek	Universeel (jongeren)	PAD is een klassikaal leerplan waarmee scholen in primair en speciaal onderwijs op systematische en planmatige wijze de socialemotionele ontwikkeling van de leerlingen kunnen bevorderen. Het Programma Alternatieve Denkstrategieën (PAD) wil de sociale en emotionele competenties van kinderen vergroten.	3

Bijlschrift: 4 = Sterke aanwijzingen voor effectiviteit; 3 = Goede aanwijzingen voor effectiviteit; 2 = Eerste aanwijzingen voor effectiviteit; 1 = Goed onderbouwd; 0 = Onder voorbehoud erkend

5.3. Conclusie

In dit hoofdstuk richtten we ons op het preventieaanbod rondom gedragsverslavingen inclusief eetverslaving. Er bleek in het voorgaande hoofdstuk dat er nauwelijks evidence-based internationale interventie programma's zijn op dit gebied. Dit huidige hoofdstuk richtte zich dan ook exclusief op de Nederlandse situatie.

Uit de inventarisatie (tabel 5.1) blijkt dat er een aanzienlijke hoeveelheid preventieve interventies beschikbaar is in Nederland, gericht op het voorkomen van verschillende vormen van gedragsverslaving. Het aanbod laat zich grofweg in drie categorieën verdelen: (1) zelftests (inclusief tips voor verandering), (2) voorlichting (ouderavond, etc.) en (3) geïndiceerde preventievormen die een behandelende aard hebben, zoals vroegtijdige online behandeling voor problemen met bepaalde gedragingen (bijv. etendebaas.nl, gokkendebaas.nl). Een kort gesprekkentraject, zoals MOTI-4, komt ook in aanmerking voor de derde categorie, maar is nog in de opstartfase wat betreft gamen. Binnen de categorie voorlichting kan onderscheid worden gemaakt tussen algemene voorlichting en het geven van lessen en het ondersteunen van tussenpersonen zoals docenten (bijv. lespakket Game-less van Jellinek) of preventie medewerkers (bijv. train de trainer cursus over internet van IVO). Een aanzienlijk deel van het preventieaanbod, zoals de verschillende zelftests, is online via een website te vinden.

Er zijn wat betreft middelengebruik veelbelovende geluiden over de effectiviteit van vroegtijdige online behandelingen²¹⁵. Desalniettemin ontbreekt er voorlopig nog een stevige wetenschappelijke basis²¹⁶. Hoewel het minder aan de orde is bij preventie dan bij behandeling zijn er ook risico's verbonden aan zorg en preventie op afstand – denk bijvoorbeeld aan depressieve of suïcidale cliënten, en andere veiligheidsaspecten, zoals complicaties die zich voor kunnen doen bij zwaardere problematiek.

De onderwerpen online pornografie en eetverslaving liggen meer aan de rand van wat er nog als passend gezien wordt binnen de instellingen voor verslavingszorg: meerdere instellingen hebben hier geen expliciet aanbod voor en minimaal één instelling geeft aan dat ze er bewust niet actief mee bezig zijn. Dit wordt ook duidelijk uit het beperkte aanbod zoals weergegeven in de tabel.

Uit de rondvraag binnen de verslavingszorg bleek dat een deel van de instellingen geen expliciet preventie aanbod heeft op het gebied van gedragsverslaving, maar wel desgewenst maatwerk levert. Individuele gespreksvoering met jongeren en professionals wordt hier genoemd, maar ook het geven van beleidsadvies aan instellingen of beleidsadvies aan lokale overheden. Het programma De Gezonde School en Genotmiddelen heeft naar ons weten op dit moment nog geen expliciet aanbod gericht op gedragsverslavingen zoals gokken en internet / gameverslaving, maar hier wordt wel over actief over nagedacht, blijkens de website^k.

^k <http://www.trimbos.nl/nieuws/trimbos-nieuws/de-gezonde-school-en-genotmiddelen-blik-op-de-toekomst>

6. Algemene conclusies en aanbevelingen

In dit rapport bespreken we de gedragsverslavingen die het meeste voorkomen in de Nederlandse verslavingszorg. Dit zijn gokverslaving, internetverslaving, gameverslaving, seksverslaving, online pornoverslaving en eetverslaving (Hoofdstuk 2). Voor elk van deze verslavingen hebben we de meest relevante wetenschappelijke informatie over achtergrond, prevalentie, determinanten, criteria en behandeling verzameld en gebundeld per type verslaving (Hoofdstuk 3 en 4). Ook hebben we een overzicht gemaakt van de preventie interventies gericht op het voorkomen van deze verslavingen (Hoofdstuk 5).

Naast de overstijgende conclusies die in het huidige hoofdstuk worden getrokken, kunnen hoofdstuk 3 en 4 ook dienen als naslagwerk bij het opstellen van beleid rondom gedragsverslavingen voor de individuele verslavingszorginstellingen.

Stand van zaken Nederland

De besproken verslavingen vormen slechts een beperkt deel van de totale cliëntenpopulatie binnen de Nederlandse verslavingszorg, en deze worden niet alleen als primaire maar ook regelmatig als secundaire problematiek gezien. Gokken is het meest substantieel qua aantallen: er waren hiervoor zo'n 2300 cliënten in behandeling in de reguliere zorg in 2012⁷. Ook van enige omvang zijn online gameverslaving (enkele honderden cliënten), *online* gokverslaving en in mindere mate verslaving aan online pornografie / seksverslaving. De laatste problematiek wordt vaak doorverwezen naar de GGZ. Eetverslaving wordt binnen de private verslavingszorg relatief veel behandeld, maar komt zeer weinig voor binnen de reguliere verslavingszorginstellingen. Daarentegen komt het binnen de GGZ weer vaker voor als vorm van eetstoornis. Meerdere instellingen verwachten dat de besproken verslavingen de komende jaren zullen toenemen. De prevalentie van de problematiek die samenhangt met de onderzochte gedragingen in de algemene bevolking is aanzienlijk hoger dan het aantal mensen dat met een gedragsverslaving in behandeling is bij de verslavingszorg.

→ Aanbeveling: Een universele geprotocolleerde registratiemethode wordt aanbevolen om de ontwikkeling van gedragsverslavingen binnen de zorg te monitoren.

Het zorgaanbod voor de gedragsverslavingen varieert tussen de verschillende instellingen. Voor gokverslaving bieden alle instellingen een specifieke behandeling. Daarnaast hebben verschillende instellingen op zijn minst een specifiek zorgaanbod voor online gameverslaving. Andere instellingen bieden voor internetverslaving, gameverslaving, seksverslaving en eetverslaving een meer universeel zorgprogramma of verwijzen door naar collega-instellingen of GGZ.

→ Aanbeveling: Gezien de relatief hoge prevalentie in de algemene bevolking van problemen die samenhangen met deze gedragingen is het verstandig dat de verslavingszorg hier een behandelaanbod voor heeft.

Wat betreft preventie en preventieve interventies bestaat er in Nederland een divers aanbod voor de onderzochte verslavingen. Het aanbod bestaat voor het overgrote deel uit zelftests en voorlichting. Het merendeel is echter niet door een externe objectieve partij (zoals het Centrum Gezond Leven van het RIVM of peer-review) beoordeeld en is niet evidence-based. Voor online pornografie en eetverslaving hebben meerdere instellingen geen expliciet aanbod omdat ze het niet passend vinden binnen de verslavingszorg. Een deel van de instellingen dat geen specifiek preventieaanbod heeft levert desgewenst wel maatwerk zoals individuele gespreksvoering met jongeren of ouderavonden. Regelmatig geeft men ook beleidsadvies aan instellingen of lokale overheden.

→ Aanbeveling: Afstemming tussen de preventieprogramma's en onderzoek gericht op specifieke, veel belovende, theoretisch onderbouwde programma's kan een belangrijke stap vooruit zijn in de kwaliteit van preventie.

Gelijkenissen en verschillen

Een overkoepelende vraag in dit rapport was in hoeverre de verschillende gedragsverslavingen (inclusief eetverslaving) en middelenverslavingen overeenkomen en verschillen. Het antwoord op deze vraag kan consequenties hebben voor het aanbod van behandelingen. Om de vraag te beantwoorden hebben we ten eerste gekeken naar de wetenschappelijke literatuur over de kenmerken, symptomatologie en comorbiditeit van de verslavingen. Ten tweede keken we naar de effectiviteit van behandelmethoden: wanneer vergelijkbare behandelingen effect hebben op verschillende verslavingen is dat een argument voor het samenvoegen van deze verslavingen in de zorg.

Onderzoek naar symptomatologie laat zien dat de gedragsverslavingen veel gelijkenissen vertonen. En ook volgens behandelaren en patiënten lijkt het klinisch beeld van gedragsverslaafden en middelenverslaafden sterk op elkaar. Volgens verschillende modellen en onderzoeken is er bij vrijwel alle verslavingen sprake van verstoringen in belangrijke zaken uit het leven, controleverlies en terugval, tolerantie, ontwenningverschijnselen, preoccupatie (*salience*) en stemmingsbeïnvloeding (o.a. coping gedrag). Hierbij zijn er wel gevolgen of uitwerkingen van deze symptomen die specifiek zijn voor de verschillende gedragingen: gokkers verliezen geld, gamers verliezen tijd, seksverslaafden hebben problemen met partners en schaamte, en bij internetverslaafden (gamers, social media) is er vaak sprake van identiteitsproblematiek en sociale(vaardigheids) problemen.

→ Aanbeveling: Train hulpverleners in de behandeling van de specifieke problematiek van gedragsverslavingen. Hierdoor kunnen zij beter rekening houden met de belevingswereld van de patiënten, de specificiteit van het klinische beeld en de unieke karakteristieken van de verschillende gedragingen.

De review gericht op behandelmethoden in de internationale literatuur liet zien dat er voor alle gedragsverslavingen veel overeenkomsten bestaan tussen effectieve behandelingsmogelijkheden. De meerderheid hiervan wordt uitgevoerd binnen het cognitief-gedragsmatige spectrum. In het algemeen bestaan de onderzochte behandelingen voor gedragsverslaving uit benaderingen die gangbaar zijn voor middelgebonden verslavingen. Denk hierbij aan groeps- en individuele therapie, motiverende gespreksvoering, cognitieve gedragstherapie, dialectische gedragstherapie, terugvalpreventie, inzicht-gevende therapieën, behandelingen van comorbiditeit, en groepen gebaseerd op het 12-stappen model. De overeenkomsten tussen effectieve behandelingen duiden mogelijk ook op gelijke psychologische en neurobiologische mechanismen onderliggend aan deze verschillende verslavingen.

Ook wat betreft farmacologische behandeling zijn er veel overeenkomstige behandelingen voor verschillende gedrags- en middelgebonden verslavingen. Maar terwijl er voldoende evidentie is voor de werking van verschillende farmacologische behandelingen voor gokverslaving en eetverslaving, moet er nog meer onderzoek gedaan worden naar farmacologische behandelingen van seksverslaving, internetverslaving en gamen. Ook is er nog geen overeenstemming over gecombineerde behandeling van cognitieve- en gedragstherapie aangevuld met medicatie door gebrekkige evidentie bij met name seks-, internet-, en gameverslaving. Wel lijkt over het algemeen de evidence-based gedrags- of cognitieve-gedragstherapie telkens de basis te vormen – in sommige gevallen aangevuld met medicatie.

→ Aanbeveling: Voor de behandeling van gedragsverslavingen wordt aanbevolen om cognitieve- en gedragstherapie als basis te nemen, eventueel aangevuld met medicatie. Om over dit laatste een aanbeveling te kunnen doen voor seks-, internet- en gameverslaving is nader onderzoek nodig.

Zorgbeleid

Er dient rekening gehouden te worden met hoe ernstig de verschillende verslavingen zijn, of hoe ernstig ze zich voordoen in individuele gevallen. Het is mogelijk dat sommige van de (gedrags)verslavingen schadelijker, hardnekkiger of moeilijker behandelbaar zijn dan andere ²¹⁷, en dat de intensiteit van de standaard behandeling daarop afgestemd moet worden. En wellicht is de lage prevalentie van sommige verslavingen binnen de verslavingszorg niet alleen een teken van weinig aanbod of bekendheid, maar ook van een minder ernstig ziektebeeld.

→ Aanbeveling: De mogelijkheid dient opgehouden te worden om minder ernstige vormen van de onderzochte verslavingen binnen de basis GGZ te behandelen.

Momenteel is er echter nog te weinig kennis over de ernst van de gedragsverslavingen. De zorgzwaarte zal daarom voorlopig door zorgprofessionals in de eerste of tweede lijn moeten worden bepaald per individueel geval. Een belangrijke voorwaarde hierbij is dat deze professionals wel goed geïnformeerd zijn en/of ondersteund worden met valide en makkelijk hanteerbare instrumenten.

Tot slot: deze rapportage laat zien dat er veel gelijkenissen zijn tussen de onderzochte gedragsverslavingen en eetverslaving. Daarnaast zijn er veel overeenkomsten met middelgebonden verslavingen. Deze overeenkomsten zitten in de symptomatologie, het klinisch beeld, comorbide problematiek, en effectieve behandelmethoden. Hoewel er meer klinisch onderzoek nodig is naar met name internetverslavingen en seksverslaving, is een voorlopige aanbeveling te geven:

→ Aanbeveling: Gedragsverslavingen zouden in principe een vergelijkbare indicatiestelling en aanpak kunnen krijgen als gokverslavingen of middelgebonden verslavingen, rekening houdend met de unieke karakteristieken van de verslaving.

7. Referenties

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013:991.
2. Ko C-H, Liu G-C, Yen J-Y, Chen C-Y, Yen C-F, Chen C-S. Brain correlates of craving for online gaming under cue exposure in subjects with Internet gaming addiction and in remitted subjects. *Addict Biol*. 2011. doi:10.1111/j.1369-1600.2011.00405.x.
3. Goudriaan AE, Oosterlaan J, de Beurs E, van den Brink W. Neurocognitive functions in pathological gambling: a comparison with alcohol dependence, Tourette syndrome and normal controls. *Addiction*. 2006;101(4):534–47. doi:10.1111/j.1360-0443.2006.01380.x.
4. Fong TW, Reid RC, Parhami I. Behavioral addictions: where to draw the lines? *Psychiatr Clin North Am*. 2012;35(2):279–96. doi:10.1016/j.psc.2012.03.001.
5. Van Rooij AJ. *Online video game addiction. Exploring a new phenomenon [PhD Thesis]*. Rotterdam, The Netherlands: Erasmus University Rotterdam; 2011. Available at: hdl.handle.net/1765/23381.
6. Meerkerk G-J, Van Rooij AJ, Amadmoestar SS, Schoenmakers TM. *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; 2009. Available at: <http://bit.ly/gkNzZy>.
7. Wisselink DJ, Kuijpers WGT, Mol A. *Kerncijfers Verslavingszorg 2012 [Core statistics addiction care for the Netherlands in 2012]*. Houten: Stichting Informatie Voorziening Zorg (IVZ); 2013. Available at: http://www.sivz.nl/images/documenten/kerncijfers/kerncijfers_verslavingszorg_2012.pdf.
8. Grant JE, Potenza MN, Weinstein A, Gorelick DA. Introduction to behavioral addictions. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2010;36(5):233–41. doi:10.3109/00952990.2010.491884.
9. West R, Hardy A. *Theory of addiction*. First. Oxford: Wiley-Blackwell; 2006:225. Available at: <http://books.google.nl/books?id=GZwAhltluAAC>.
10. Van Rooij AJ. *Online video game addiction. Exploring a new phenomenon [PhD Thesis]*. Rotterdam, The Netherlands: Erasmus University Rotterdam; 2011. Available at: <http://repub.eur.nl/res/pub/23381/>.
11. Grant JE, Brewer JA, Potenza MN. The neurobiology of substance and behavioral addictions. *CNS Spectr*. 2006;11(12):924–30. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17146406>. Accessed February 6, 2013.
12. Frances A. *Saving Normal: An Insider’s Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*. First. (First, ed.). William Morrow; 2014.

Available at: http://www.amazon.com/Saving-Normal-Out---Control-Medicalization/dp/0062229257/ref=sr_1_1?ie=UTF8&qid=1397053947&sr=8-1&keywords=saving+normal. Accessed April 9, 2014.

13. Orford J. Addiction as excessive appetite. *Addiction*. 2001;96(1):15–31. doi:10.1080/09652140020016932.
14. Robinson TE, Berridge KC. Addiction. *Annu Rev Psychol*. 2003;54:25–53. doi:10.1146/annurev.psych.54.101601.145237.
15. West R. *Models of addiction*. Lisbon, Portugal: EMCDDA; 2013:166. doi:10.2810/99994.
16. Griffiths MD. A “components” model of addiction within a biopsychosocial framework. *J Subst Use*. 2005;10(4):191–197. doi:10.108014659890500114359.
17. Brown RIF. *Some contributions of the study of gambling to the study of other addictions*. (Eadington WR, Cornelius J, eds.). Reno, NV: University of Nevada Press; 1993:341–72.
18. Leeman RF, Potenza MN. A targeted review of the neurobiology and genetics of behavioural addictions: an emerging area of research. *Can J Psychiatry*. 2013;58(5):260–73. Available at: <http://europepmc.org/abstract/MED/23756286>. Accessed February 27, 2014.
19. Hodgins DC, Stea JN, Grant JE. Gambling disorders. *Lancet*. 2011;378(9806):1874–84. doi:10.1016/S0140-6736(10)62185-X.
20. Bieleman B, Biesma S, Kruize A, et al. *Tweede meting aard en omvang kansspelen in Nederland. Gokken in kaart*. Groningen; 2011.
21. Sim T, Gentile D a., Bricolo F, Serpelloni G, Gulamoydeen F. A Conceptual Review of Research on the Pathological Use of Computers, Video Games, and the Internet. *Int J Ment Health Addict*. 2012;10(5):748–769. doi:10.1007/s11469-011-9369-7.
22. Wareham JD, Potenza MN. Pathological gambling and substance use disorders. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2010;36(5):242–7. doi:10.3109/00952991003721118.
23. Brewer JA, Potenza MN. The neurobiology and genetics of impulse control disorders: Relationships to drug addictions. *Biochem Pharmacol*. 2008;75(1):63–75.
24. Potenza MN. Review. The neurobiology of pathological gambling and drug addiction: an overview and new findings. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2008;363(1507):3181–9. doi:10.1098/rstb.2008.0100.
25. Lorains FK, Cowlshaw S, Thomas S a. Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction*. 2011;106(3):490–498. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03300.x.

26. Rush BR, Bassani DG, Urbanoski KA, Castel S. Influence of co-occurring mental and substance use disorders on the prevalence of problem gambling in Canada. *Addiction*. 2008;103(11):1847–1856.
27. Matthews N, Farnsworth B, Griffiths MD. A Pilot Study of Problem Gambling among Student Online Gamblers: Mood States as Predictors of Problematic Behavior. *CyberPsychology Behav*. 2009. doi:10.1089/cpb.2009.0050.
28. Johansson A, Grant JE, Kim SW, Odlaug BL, Göttestam KG. Risk factors for problematic gambling: a critical literature review. *J Gambli Stud*. 2009;25(1):67–92. doi:10.1007/s10899-008-9088-6.
29. Van Duin L, Schoenmakers TM, Veldhuis L, Janikian M. *Risico's in internetgebruik door jongeren. Verslag over de Nederlandse jongeren binnen een Europees onderzoek naar risicovol en verslavend internetgebruik [Risks in adolescent internet use]*. Rotterdam: Center for Behavioral Internet Science & IVO; 2013. Available at: <http://bit.ly/X5plhB>.
30. Meerkerk G-J, Risselada A, Schrijvers CTM. *De kaarten op tafel. Verslag van een onderzoek naar aard, ernst en omvang van pokerverslaving in Nederland*. Rotterdam; 2010.
31. Griffiths MD, Auer M. Approaches To Understanding Online Versus Offline Gaming Impacts. *Gambli Res*. 2011;(3):45–48.
32. Goldberg I. Internet addiction disorder. 1995. Available at: <http://web.urz.uni-heidelberg.de/Netzdienste/anleitung/wwwtips/8/addict.html>.
33. Huisman A, Van den Eijnden RJJM, Garretsen HFL. “Internet addiction” - a call for systematic research. *J Subst Use*. 2001;6(1):7–10. doi:10.1080/146598901750132036.
34. Young KS. Internet Addiction: The Emergence of a New Clinical Disorder. *CyberPsychology Behav*. 1998;1(3):237–244. doi:10.1089/cpb.1998.1.237.
35. Byun S, Ruffini C, Mills JE, et al. Internet Addiction: Metasynthesis of 1996–2006 Quantitative Research. *CyberPsychology Behav*. 2009;12(2):203. doi:10.1089/cpb.2008.0102.
36. Chakraborty K, Basu D, Vijaya Kumar KG. Internet addiction: consensus, controversies, and the way ahead. *East Asian Arch Psychiatry*. 2010;20(3):123–32. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22348866>.
37. American Psychiatric Association. Internet Use Disorder. *DSM-V Dev*. 2012. Available at: <http://www.dsm5.org/proposedrevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=573>. Accessed September 29, 2012.
38. Petry NM, O'Brien CP. Internet gaming disorder and the DSM-5. *Addiction*. 2013;108(7):1186–7. doi:10.1111/add.12162.
39. King DL, Delfabbro PH. Video-gaming disorder and the DSM-5: some further thoughts. *Aust N Z J Psychiatry*. 2013;47(9):875–6. doi:10.1177/0004867413495925.

40. Van Rooij AJ, Schoenmakers TM. *Monitor Internet en Jongeren 2010-2012. Het (mobiele) gebruik van sociale media en games door jongeren [The (mobile) use of social media and games by adolescents]*. Rotterdam: Center for Behavioral Internet Science & IVO; 2013. Available at: <http://bit.ly/T3Qw5u>.
41. Mudry TE, Hodgins DC, Wild TC, Colman I, Patten SB, Schopflocher D. Conceptualizing excessive behaviour syndromes : A systematic review. *Psychiatry Interpers Biol Process*. 2011;138–151.
42. Shaffer HJ, Peller AJ, Laplante DA, Nelson SE, Labrie RA. Toward a paradigm shift in Internet gambling research: From opinion and self-report to actual behavior. 2010;18(June):270–283. doi:10.3109/16066350902777974.
43. Kühn S, Lorenz R, Banaschewski T, et al. Positive association of video game playing with left frontal cortical thickness in adolescents. *PLoS One*. 2014;9(3):e91506. doi:10.1371/journal.pone.0091506.
44. Small GW, Moody TD, Siddarth P, Bookheimer SY. Your brain on Google: patterns of cerebral activation during internet searching. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2009;17(2):116–26. doi:10.1097/JGP.0b013e3181953a02.
45. Hou H, Jia S, Hu S, et al. Reduced Striatal Dopamine Transporters in People with Internet Addiction Disorder. *J Biomed Biotechnol*. 2012;2012:1–5. doi:10.1155/2012/854524.
46. King DL, Delfabbro PH. Issues for DSM-5: video-gaming disorder? *Aust N Z J Psychiatry*. 2013;47(1):20–2. doi:10.1177/0004867412464065.
47. King DL, Delfabbro PH, Griffiths MD. Recent innovations in video game addiction research and theory. *Glob Media Journal-Australian Ed*. 2010;4(1). Available at: http://www.commart.s.uws.edu.au/gmjau/v4_2010_1/pdf/daniel_king_RA_vol4_iss1_2010.pdf.
48. Kuss DJ, Griffiths MD. Online social networking and addiction--a review of the psychological literature. *Int J Environ Res Public Health*. 2011;8(9):3528–52. doi:10.3390/ijerph8093528.
49. Meerkerk G-J, Van den Eijnden RJJM, Garretsen HFL. Predicting compulsive internet use: It's all about sex! *CyberPsychology Behav*. 2006;9(1):95–103.
50. Van Rooij AJ, Schoenmakers TM, Van den Eijnden RJJM, Van de Mheen D. Compulsive internet use: The role of online gaming and other internet applications. *J Adolesc Heal*. 2010;47(1):51–57. doi:10.1016/j.jadohealth.2009.12.021.
51. Young KS. *Caught in the net: How to recognize the signs of Internet addiction – and a winning strategy for recovery*. New York: Wiley; 1998.
52. Tao R, Huang X, Wang J, Zhang H, Zhang Y, Li M. Proposed diagnostic criteria for internet addiction. *Addiction*. 2010;105(3):556–564. doi:10.1111/j.1360-0443.2009.02828.x.

53. Widyanto L, McMurrin M. The psychometric properties of the Internet Addiction Test. *CyberPsychology Behav.* 2004;7(4):443–450. doi:10.1089/cpb.2004.7.443.
54. Lai C-M, Mak K-K, Watanabe H, Ang RP, Pang JS, Ho RCM. Psychometric Properties of the Internet Addiction Test in Chinese Adolescents. *J Pediatr Psychol.* 2013;1–14. doi:10.1093/jpepsy/jst022.
55. Meerkerk G-J. *Pwned by the internet. Explorative research into the causes and consequences of compulsive internet use [PhD thesis]*. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam; 2007. Available at: <http://repub.eur.nl/res/pub/10511/>.
56. Meerkerk G-J, Van den Eijnden RJJM, Vermulst AA, Garretsen HFL. The Compulsive Internet Use Scale (CIUS): some psychometric properties. *Cyberpsychol Behav.* 2009;12(1):1–6. doi:10.1089/cpb.2008.0181.
57. Barnett J, Coulson M. Virtually real: A psychological perspective on massively multiplayer online games. *Rev Gen Psychol.* 2010;14(2):167–179. doi:10.1037/a0019442.
58. Bainbridge WS. The scientific research potential of virtual worlds. *Science (80-)*. 2007;317(5837):472–476.
59. Van den Eijnden RJJM, Van Rooij AJ, Meerkerk G-J. *Excessief en Compulsief Internetgebruik. Een Kwalitatieve Analyse [Excessive and Compulsive Internetuse. A Qualitative Analysis]*. Rotterdam: IVO; 2007. Available at: <http://bit.ly/e57cMU>.
60. Griffiths MD, Hunt N. Dependence on computer games by adolescents. *Psychol Rep.* 1998;82(2):475–480.
61. Lemmens JS. *Gameverslaving. Probleemgebruik herkennen, begrijpen en overwinnen*. Amsterdam: Uitgeverij SWP; 2006.
62. Van Rooij AJ, Van den Eijnden RJJM. *Monitor Internet en Jongeren 2006 en 2007. Ontwikkelingen in internetgebruik en de rol van opvoeding [Monitor Internet and Youth 2006 and 2007. Developments in Internet Use and the Role of Parenting]*. Rotterdam: IVO Reeks 54; 2007. Available at: <http://bit.ly/eUbibi>.
63. Chappell D, Eatough V, Davies MNO, Griffiths MD. EverQuest —It’s Just a Computer Game Right? An Interpretative Phenomenological Analysis of Online Gaming Addiction. *Int J Ment Health Addict.* 2006;4(3):205–216.
64. Grüsser SM, Thalemann R, Griffiths MD. Excessive computer game playing: Evidence for addiction and aggression? *CyberPsychology Behav.* 2007;10(2):290–292.
65. Wan C-S, Chiou W-B. Why are adolescents addicted to online gaming? An interview study in Taiwan. *CyberPsychology Behav.* 2006;9(6):762–766.
66. Van Rooij AJ, Van Duin L, Frielink N, DeFuentes-Merillas L, Schoenmakers TM. C-VAT: Clinical Video game Addiction Test. Een diagnostisch instrument voor het herkennen van gameverslaving

- in de klinische praktijk. *TOKK*. 2012;37(3):139–152. Available at:
http://www.acco.be/uitgeverij/nl/tijdschriften/tokk/jaargang_37/tokk_3-4.
67. Block JJ. Issues for DSM-V: Internet addiction. *Am J Psychiatry*. 2008;165(3):306–307.
 68. Freeman CB. Internet Gaming Addiction. *J Nurse Pract*. 2008;4(1):42–47.
doi:10.1016/j.nurpra.2007.10.006.
 69. Wood RTA. Problems with the Concept of Video Game “Addiction”: Some Case Study Examples. *Int J Ment Health Addict*. 2007;6(2):169–178. doi:10.1007/s11469-007-9118-0.
 70. Wood RTA. A response to Blaszczyński, Griffiths and Turners’ Comments on the Paper “Problems with the Concept of Video Game ‘Addiction’: Some Case Study Examples” (this issue). *Int J Ment Health Addict*. 2008;6(2):191–193. doi:10.1007/s11469-008-9147-3.
 71. Charlton JP, Danforth IDW. Distinguishing addiction and high engagement in the context of online game playing. *Comput Human Behav*. 2007;23(3):1531–1548.
 72. Shaffer HJ, Hall MN, Bilt J V. “Computer Addiction”: A Critical Consideration. *Am J Orthopsychiatry*. 2000;70(2):162–168. Available at: <http://dx.doi.org/10.1037/h0087741>.
 73. Griffiths MD, Davies MNO, Chappell D. Demographic factors and playing variables in online computer gaming. *CyberPsychology Behav*. 2004;7(4):479–487. doi:10.1089/cpb.2004.7.479.
 74. Council on Science and Public Health. *Emotional and behavioral effects, including addictive potential, of video games*. Chicago: American Medical Association; 2007. Available at:
<http://www.ama-assn.org/resources/doc/csaph/csaph12a07-fulltext.pdf>.
 75. Kuss DJ, Griffiths MD. Internet Gaming Addiction: A Systematic Review of Empirical Research. *Int J Ment Health Addict*. 2012;10(2):278–296. doi:10.1007/s11469-011-9318-5.
 76. Kuss DJ, Louws J, Wiers RW. Online gaming addiction? Motives predict addictive play behavior in massively multiplayer online role-playing games. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2012;15(9):480–5. doi:10.1089/cyber.2012.0034.
 77. Van Rooij AJ, Schoenmakers TM, Vermulst AA, Van den Eijnden RJM, Van de Mheen D. Online video game addiction: Identification of addicted adolescent gamers. *Addiction*. 2011;106(1):205–212. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03104.x.
 78. Bruijn C De, Brink W Van Den, Graaf R De, Vollebergh WAM. The three year course of alcohol use disorders in the general population : DSM-IV , ICD-10 and the Craving Withdrawal Model. 2006:385–392. doi:10.1111/j.1360-0443.2005.01327.x.
 79. Chan PA, Rabinowitz T. A cross-sectional analysis of video games and attention deficit hyperactivity disorder symptoms in adolescents. *Ann Gen Psychiatry*. 2006;5(1):16–26. doi:10.1186/1744-859X-5-16.

80. Han DH, Lee YS, Na C, et al. The effect of methylphenidate on internet video game play in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Compr Psychiatry*. 2008;50(3):251–6. doi:10.1016/j.comppsy.2008.08.011.
81. Allahverdipour H, Bazargan M, Farhadinasab A, Moeini B. Correlates of video games playing among adolescents in an Islamic country. *BMC Public Health*. 2010;10(1):286. doi:10.1186/1471-2458-10-286.
82. Rehbein F, Kleimann M, Mößle T. Prevalence and risk factors of video game dependency in adolescence: Results of a German nationwide survey. *Cyberpsychology, Behav Soc Netw*. 2010;13(3):269–277. doi:10.1089/cyber.2009.0227.
83. Batthyány D, Müller KW, Benker F, Wölfling K. Computer game playing: Clinical characteristics of dependence and abuse among adolescents. *Wien Klin Wochenschr*. 2009;121:502–509. doi:10.1007/s00508-009-1198-3.
84. Skoric MM, Teo LL., Neo RL. Children and video games: Addiction, engagement, and scholastic achievement. *CyberPsychology Behav*. 2009;12(5):567–572. doi:10.1089/cpb.2009.0079.
85. Allison SE, von Wahlde L, Shockley T, Gabbard GO. The development of the self in the era of the internet and role-playing fantasy games. *Am J Psychiatry*. 2006;163(3):381–385.
86. Ko C-H, Yen J-Y, Chen C-C, Chen S-H, Yen C-F. Gender Differences and Related Factors Affecting Online Gaming Addiction Among Taiwanese Adolescents. *J Nerv Ment Dis*. 2005;193(4):273–277. doi:10.1097/01.nmd.0000158373.85150.57.
87. Ng B, Wiemer-Hastings P. Addiction to the internet and online gaming. *CyberPsychology Behav*. 2005;8(2):110–114.
88. Wood RTA, Gupta R, Derevensky JL, Griffiths MD. Video game playing and gambling in adolescents: Common risk factors. *J Child Adolesc Subst Abuse*. 2004;14(1):77–100. doi:10.1300/J029v14n01_05 77.
89. Van Rooij AJ, Schoenmakers TM, Van den Eijnden RJJM, Vermulst A a, van de Mheen D. Video game addiction test: validity and psychometric characteristics. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2012;15(9):507–11. doi:10.1089/cyber.2012.0007.
90. Kuss DJ, Griffiths MD. Internet and Gaming Addiction: A Systematic Literature Review of Neuroimaging Studies. *Brain Sci*. 2012;2(3):347–374. doi:10.3390/brainsci2030347.
91. Ko C-H, Liu G-C, Hsiao S, et al. Brain activities associated with gaming urge of online gaming addiction. *J Psychiatr Res*. 2009;43(7):739–47. doi:10.1016/j.jpsychires.2008.09.012.
92. Lemmens JS, Valkenburg PM, Peter J. Psychosocial causes and consequences of pathological gaming. *Comput Human Behav*. 2011;27(1):144–152. doi:10.1016/j.chb.2010.07.015.

93. Gentile DA, Choo H, Liau A, et al. Pathological Video Game Use Among Youths: A Two-Year Longitudinal Study. *Pediatrics*. 2011;peds.2010–1353. doi:10.1542/peds.2010-1353.
94. Lemmens JS, Valkenburg PM, Peter J. Development and validation of a game addiction scale for adolescents. *Media Psychol*. 2009;12(1):77–95. doi:10.1080/15213260802669458.
95. King DL, Haagsma MC, Delfabbro PH, Gradisar M, Griffiths MD. Toward a consensus definition of pathological video-gaming: A systematic review of psychometric assessment tools. *Clin Psychol Rev*. 2013;33(3):331–342. doi:10.1016/j.cpr.2013.01.002.
96. Petry NM, Rehbein F, Gentile D a., et al. An international consensus for assessing internet gaming disorder using the new DSM-5 approach. *Addiction*. 2014;n/a–n/a. doi:10.1111/add.12457.
97. Kittinger R, Correia CJ, Irons JG. Relationship between Facebook use and problematic Internet use among college students. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2012;15(6):324–7. doi:10.1089/cyber.2010.0410.
98. Valkenburg PM, Peter J. Online communication among adolescents: An integrated model of its attraction, opportunities, and risks. *J Adolesc Heal*. 2011;48(2):121–127. doi:10.1016/j.jadohealth.2010.08.020.
99. Caplan SE. Theory and measurement of generalized problematic Internet use: A two-step approach. *Comput Human Behav*. 2010;26(5):1089–1097. doi:10.1016/j.chb.2010.03.012.
100. Andreassen CS, Torsheim T, Brunborg G scott, Pallesen S. Development of a Facebook Addiction Scale. *Psychol Rep*. 2012;110(2):501–517. doi:10.2466/02.09.18.PR0.110.2.501-517.
101. Griffiths MD. Facebook Addiction: Concerns, Criticism, and Recommendations—a Response To Andreassen and Colleagues 1. *Psychol Rep*. 2012;110(2):518–520. doi:10.2466/01.07.18.PR0.110.2.518-520.
102. Kafka MP. Hypersexual disorder: A proposed diagnosis for DSM-V. *Arch Sex Behav*. 2010;39(2):377–400. doi:10.1007/s10508-009-9574-7.
103. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV TR)*. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
104. Kerssemakers R, Van Meerten R, Noordlander E, Vervaeke H. *Drugs en Alcohol. Gebruik, misbruik en verslaving*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2008. Available at: www.bsl.nl.
105. Zessen G Van. Seksverslaving : een behandelaanpak gebaseerd op het begrip eigenwaarde. *GZ-Psychologie*. 2011;1:10–15. Available at: http://www.vanzessen.com/2011_1_Van_Zessen_Seksverslaving.pdf.
106. Bakker F, De Graaf H, De Haas S, Kedde H, Kruijer H, Ciel Wijssen. *Seksuele gezondheid in Nederland 2009*. Utrecht; 2009. Available at: www.rutgersnissogroep.nl.

107. Van Rooij AJ, Zinn MF, Schoenmakers TM, Mheen D. Treating Internet Addiction With Cognitive-Behavioral Therapy: A Thematic Analysis of the Experiences of Therapists. *Int J Ment Health Addict*. 2012;10(1):69–82. doi:10.1007/s11469-010-9295-0.
108. Bancroft J. Sexual behavior that is “out of control”: a theoretical conceptual approach. *Psychiatr Clin North Am*. 2008;31(4):593–601. doi:10.1016/j.psc.2008.06.009.
109. Bancroft J, Vukadinovic Z. Sexual addiction, sexual compulsivity, sexual impulsivity, or what? Toward a theoretical model. *J Sex Res*. 2004;41(3):225–34. doi:10.1080/00224490409552230.
110. Keane H. Disorders of Desire: Addiction and Problems of Intimacy. *J Med Humanit*. 2004;25(3):189–204. doi:10.1023%2FB%3AJOMH.0000036637.03254.38.
111. Kingston D a., Firestone P. Problematic Hypersexuality: A Review of Conceptualization and Diagnosis. *Sex Addict Compulsivity*. 2008;15(4):284–310. doi:10.1080/10720160802289249.
112. Griffiths MD. Internet sex addiction: A review of empirical research. *Addict Res Theory*. 2012;20(2):111–124. doi:10.3109/16066359.2011.588351.
113. Goodman A. Sexual addiction: The new frontier. *Couns*. 1998;16:17–26.
114. Meerkerk G-J, Van den Ende DVM, Altenburg M, Schoenmakers TM. *De opwindig voorbij. Aard, ernst en omvang van gebruik en problematisch gebruik van online pornografie in Nederland*. Rotterdam: IVO; 2011.
115. Van Rooij AJ, Zinn MF, Schoenmakers TM, Van de Mheen D. Het behandelen van internetverslaving met cognitieve gedragstherapie. *Verslaving*. 2012;8(4):37–52. doi:10.1007/s12501-012-0041-0.
116. Meerkerk G-J, Schoenmakers TM. *Hoe harder hoe beter? Een onderzoek naar de relatie tussen het kijken naar online pornografie en het optreden van tolerantie- en sensitatie-effecten*. Rotterdam: IVO; 2013:1–26.
117. Ziauddeen H, Fletcher PC. Is food addiction a valid and useful concept? *Obes Rev*. 2013;14(1):19–28. doi:10.1111/j.1467-789X.2012.01046.x.
118. Ziauddeen H, Farooqi IS, Fletcher PC. Obesity and the brain: how convincing is the addiction model? *Nat Rev Neurosci*. 2012;13(4):279–86. doi:10.1038/nrn3212.
119. Nijs IMT, Franken IHA. Zijn obese mensen eetverslaafd? *Verslaving*. 2012;8(4):57–68.
120. Schokker DF, Visscher TLS, Nooyens a CJ, van Baak M a, Seidell JC. Prevalence of overweight and obesity in the Netherlands. *Obes Rev*. 2007;8(2):101–8. doi:10.1111/j.1467-789X.2006.00273.x.
121. Volkow ND, Wang G-J, Tomasi D, Baler RD. The addictive dimensionality of obesity. *Biol Psychiatry*. 2013;73(9):811–8. doi:10.1016/j.biopsych.2012.12.020.

122. Gearhardt AN, Grilo CM, DiLeone RJ, Brownell KD, Potenza MN. Can food be addictive? Public health and policy implications. *Addiction*. 2011;106(7):1208–12. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03301.x.
123. Robinson TE, Berridge KC. The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction. *Brain Res Rev*. 1993;18:247–291.
124. Davis C, Carter JC. Compulsive overeating as an addiction disorder. A review of theory and evidence. *Appetite*. 2009;53(1):1–8. doi:10.1016/j.appet.2009.05.018.
125. Gearhardt AN, Corbin WR, Brownell KD. Preliminary validation of the Yale Food Addiction Scale. *Appetite*. 2009;52(2):430–6. doi:10.1016/j.appet.2008.12.003.
126. Gearhardt AN, White M a, Masheb RM, Grilo CM. An examination of food addiction in a racially diverse sample of obese patients with binge eating disorder in primary care settings. *Compr Psychiatry*. 2013;54(5):500–5. doi:10.1016/j.comppsy.2012.12.009.
127. Eichen DM, Lent MR, Goldbacher E, Foster GD. Exploration of “food addiction” in overweight and obese treatment-seeking adults. *Appetite*. 2013;67:22–4. doi:10.1016/j.appet.2013.03.008.
128. Meule A, Vögele C, Kübler A. Deutsche Übersetzung und Validierung der Yale Food Addiction Scale. *Diagnostica*. 2012;58(3):115–126. doi:10.1026/0012-1924/a000047.
129. Davis C, Curtis C, Levitan RD, Carter JC, Kaplan AS, Kennedy JL. Evidence that “food addiction” is a valid phenotype of obesity. *Appetite*. 2011;57(3):711–7. doi:10.1016/j.appet.2011.08.017.
130. Corwin RL, Avena NM, Boggiano MM. Feeding and reward: perspectives from three rat models of binge eating. *Physiol Behav*. 2011;104(1):87–97. doi:10.1016/j.physbeh.2011.04.041.
131. Sinha R, Jastreboff AM. Stress as a common risk factor for obesity and addiction. *Biol Psychiatry*. 2013;73(9):827–35. doi:10.1016/j.biopsych.2013.01.032.
132. Blum K, Gardner E, Oscar-Berman M, Gold M. “Liking” and “wanting” linked to Reward Deficiency Syndrome (RDS): hypothesizing differential responsivity in brain reward circuitry. *Curr Pharm Des*. 2012;18(1):113–8. Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3651846&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>. Accessed October 7, 2013.
133. Mennella J a, Pepino MY, Lehmann-Castor SM, Yourshaw LM. Sweet preferences and analgesia during childhood: effects of family history of alcoholism and depression. *Addiction*. 2010;105(4):666–75. doi:10.1111/j.1360-0443.2009.02865.x.
134. Grucza R a, Krueger RF, Racette SB, Norberg KE, Hipp PR, Bierut LJ. The emerging link between alcoholism risk and obesity in the United States. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(12):1301–8. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.155.

135. Nederkoorn C, Smulders FTY, Havermans RC, Roefs A, Jansen A. Impulsivity in obese women. *Appetite*. 2006;47(2):253–6. doi:10.1016/j.appet.2006.05.008.
136. Striegel-moore RH, Dohm F-A, Kraemer HC, Schreiber GB, Taylor CB, Daniels SR. Risk Factors for Binge-Eating Disorders : An Exploratory Study. *Int J Eat Disord*. 2007;40:481–487. doi:10.1002/eat.
137. Garner DM, Wooley SC. Confronting the failure of behavioral and dietary treatments for obesity. *Clin Psychol Rev*. 1991;11(6):729–780. doi:10.1016/0272-7358(91)90128-H.
138. Gossop M. Addiction : treatment and outcome. *J R Soc Med*. 1992;85(August):469–472.
139. Stice E, Figlewicz DP, Gosnell B a, Levine AS, Pratt WE. The contribution of brain reward circuits to the obesity epidemic. *Neurosci Biobehav Rev*. 2013;37:2047–2058. doi:10.1016/j.neubiorev.2012.12.001.
140. Nijs IMT, Franken IHA. Attentional Processing of Food Cues in Overweight and Obese Individuals. *Curr Obes Rep*. 2012;1(2):106–113. doi:10.1007/s13679-012-0011-1.
141. Volkow ND, O'Brien CP. Issues for DSM-V: should obesity be included as a brain disorder? *Am J Psychiatry*. 2007;164(5):708–10. doi:10.1176/appi.ajp.164.5.708.
142. Ley D, Prause N, Finn P. The Emperor Has No Clothes: A Review of the “Pornography Addiction” Model. *Curr Sex Heal Reports*. 2014. doi:10.1007/s11930-014-0016-8.
143. DeFuentes-Merillas L, Erp M, Mil N, Dijkstra B. Behandeling voor gameverslaving en problematisch internetgebruik. *Verslaving*. 2012;8(4):32–36. doi:10.1007/s12501-012-0040-1.
144. Van Mil N, Van Erp M, Van Dijkstra B, DeFuentes-Merillas L. *Behandeling voor gameverslaving en problematisch internetgebruik: handleiding en werkboek*. Vught: Novadic-Kentron; 2012.
145. Resultaten Scoren. *Richtlijn Cognitieve Gedragstherapie Jeugd.*; 2012. Available at: <http://www.resultatenscoren.nl/publicaties/detail/richtlijn-cognitieve-gedragstherapie-jeugd.html>.
146. Cowlshaw S, Merkouris S, Dowling N, Anderson C, Jackson A, Thomas S. Psychological therapies for pathological and problem gambling. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(11):CD008937. doi:10.1002/14651858.CD008937.pub2.
147. Fortune EE, Goodie AS. Cognitive distortions as a component and treatment focus of pathological gambling: A review. *Psychol Addict Behav J Soc Psychol Addict Behav*. 2012;26(2):298–310. doi:10.1037/a0026422.
148. Stea JN, Hodgins DC. A critical review of treatment approaches for gambling disorders. *Curr Drug Abuse Rev*. 2011;4(2):67–80. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21696346>.

149. Gainsbury SM, Blaszczynski A. A systematic review of Internet-based therapy for the treatment of addictions. *Clin Psychol Rev.* 2011;31(3):490–498. doi:10.1016/j.cpr.2010.11.007.
150. Newman MG, Szkodny LE, Llera SJ, Przeworski A. A review of technology-assisted self-help and minimal contact therapies for drug and alcohol abuse and smoking addiction: Is human contact necessary for therapeutic efficacy? *Clin Psychol Rev.* 2011;31:178–186. doi:10.1016/j.cpr.2010.10.002.
151. Gooding P, Tarrier N. A systematic review and meta-analysis of cognitive-behavioural interventions to reduce problem gambling: Hedging our bets? *Behav Res Ther.* 2009;47(7):592–607. doi:10.1016/j.brat.2009.04.002.
152. Raylu N, Oei TPS, Loo J. The current status and future direction of self-help treatments for problem gamblers. *Clin Psychol Rev.* 2008;28:1372–1385. doi:10.1016/j.cpr.2008.07.005.
153. Van den Brink W. Evidence-based pharmacological treatment of substance use disorders and pathological gambling. *Curr Drug Abuse Rev.* 2012;5(1):3–31. doi:22126708.
154. Grant JE, Odlaug BL, Schreiber LRN. Pharmacological treatments in pathological gambling. *Br J Clin Pharmacol.* 2012;77(2):375–381. doi:10.1111/j.1365-2125.2012.04457.x.
155. Leung KS, Cottler LB. Treatment of pathological gambling. *Curr Opin Psychiatry.* 2008;22:69–74. doi:10.1097/YCO.0b013e32831575d9.
156. Oakley-Browne MA, Adams P, Mobberley PM. Withdrawn: Interventions for pathological gambling. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;18:CD001521.
157. Pallesen S, Mitsem M, Kvale G, Johnsen B-H, Molde H. Outcome of psychological treatments of pathological gambling: A review and meta-analysis. *Addiction.* 2005;100:1412–1422. doi:10.1111/j.1360-0443.2005.01204.x.
158. Pallesen S, Molde H, Arnestad HM, et al. Outcome of pharmacological treatments of pathological gambling: a review and meta-analysis. *J Clin Psychopharmacol.* 2007;27(4):357–364. doi:10.1097/jcp.013e3180dcc304d.
159. Chambless DL, Ollendick TH. Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annu Rev Psychol.* 2001;52:685–716. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.685.
160. Gray HM, LaPlante DA, Shaffer HJ. Behavioral characteristics of Internet gamblers who trigger corporate responsible gambling interventions. *Psychol Addict Behav J Soc Psychol Addict Behav.* 2012;26:527–535. doi:10.1037/a0028545.
161. Cunningham JA, Hodgins DC, Toneatto T, Murphy M. A randomized controlled trial of a personalized feedback intervention for problem gamblers. *PLoS One.* 2012;7(2):e31586. doi:10.1371/journal.pone.0031586.

162. Rodda S, Lubman DI, Dowling NA, Bough A, Jackson AC. Web-based counseling for problem gambling: Exploring motivations and recommendations. *J Med Internet Res*. 2013;15(5):e99. doi:10.2196/jmir.2474.
163. Hodgins DC, Fick GH, Murray R, Cunningham JA. Internet-based interventions for disordered gamblers: Study protocol for a randomized controlled trial of online self-directed cognitive-behavioural motivational therapy. *BMC Public Health*. 2013;13(10):1–8. doi:10.1186/1471-2458-13-10.
164. Winkler A, Dörsing B, Rief W, Shen Y, Glombiewski J a. Treatment of internet addiction: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2013;33(2):317–29. doi:10.1016/j.cpr.2012.12.005.
165. Carli V, Durkee T, Wasserman D, et al. The association between pathological internet use and comorbid psychopathology: A systematic review. *Psychopathology*. 2013;46(1):1–13. doi:10.1159/000337971.
166. Camardese G, De Risio L, Di Nicola M, Pizi G, Janiri L. A role for pharmacotherapy in the treatment of “internet addiction”. *Clin Neuropharmacol*. 2012;35(6):283–289. doi:10.1097/WNF.0b013e31827172e5.
167. King DL, Delfabbro PH, Griffiths MD, Gradisar M. Assessing clinical trials of Internet addiction treatment: A systematic review and CONSORT evaluation. *Clin Psychol Rev*. 2011;31(7):1110–1116. doi:10.1016/j.cpr.2011.06.009.
168. Huang X, Li M, Tao R. Treatment of internet addiction. *Curr Psychiatry Rep*. 2010;12:462–70. doi:10.1007/s11920-010-0147-1.
169. Brezing C, Derevensky JL, Potenza MN. Non-substance-addictive behaviors in youth: pathological gambling and problematic Internet use. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2010;19(3):625–41. doi:10.1016/j.chc.2010.03.012.
170. Spada MM. An overview of problematic Internet use. *Addict Behav*. 2013;39(1):3–6. doi:10.1016/j.addbeh.2013.09.007.
171. Greydanus DE, Greydanus MM. Internet use, misuse, and addiction in adolescents: current issues and challenges. *Int J Adolesc Med Health*. 2012;24(4):283–9. doi:10.1515/ijamh.2012.041.
172. Weinstein A, Lejoyeux M. Internet addiction or excessive internet use. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2010;36(5):277–83. doi:10.3109/00952990.2010.491880.
173. Weinstein AM. Computer and Video Game Addiction—A Comparison between Game Users and Non-Game Users. *Am J Drug Alcohol Abus*. 2010;36(5):100615045822038. doi:10.3109/00952990.2010.491879.
174. Kuss DJ. Substance and Behavioral Addictions: Beyond Dependence. *J Addict Res Ther*. 2012;S6(e001):1–2. doi:10.4172/2155-6105.S6-e001.

175. Shaffer HJ, LaPlante DA, LaBrie RA, Kidman RC, Donato AN, Stanton M V. Toward a syndrome model of addiction: Multiple expressions, common etiology. *Harv Rev Psychiatry*. 2004;12(6):367–374. doi:10.1080/10673220490905705.
176. Labrie R, Kaplan S, Laplante D, Nelson S, Shaffer H. Inside the virtual casino: a prospective longitudinal study of actual Internet casino gambling. *Eur J Public Health*. 2008;18(4):410–416. doi:10.1093/eurpub/ckn021.
177. DiClemente CC, Schlundt D, Gemmell L. Readiness and stages of change in addiction treatment. *Am J Addict*. 2004;13(2):103–119. doi:10.1080/10550490490435777.
178. Hodgins DC, El-Guebaly N. Natural and treatment-assisted recovery from gambling problems: A comparison of resolved and active gamblers. *Addiction*. 2000;95:777–789.
179. Evans SM, Levin FR, Brooks DJ, Garawi F. A pilot double-blind treatment trial of memantine for alcohol dependence. *Alcohol Clin Exp Res*. 2007;31(5):775–82. doi:10.1111/j.1530-0277.2007.00360.x.
180. Pittenger C, Krystal JH, Coric V. Initial evidence of the beneficial effects of glutamate-modulating agents in the treatment of self-injurious behavior associated with borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(11):1492–3. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16420092>. Accessed April 16, 2014.
181. Yen J-Y, Yen C-F, Chen C-C, Chen S-H, Ko C-H. Family factors of internet addiction and substance use experience in Taiwanese adolescents. *Cyberpsychol Behav*. 2007;10(3):323–329. doi:10.1089/cpb.2006.9948.
182. Young KS. Cognitive behavior therapy with Internet addicts: Treatment outcomes and implications. *Cyberpsychol Behav*. 2007;10(5):671–679. doi:10.1089/cpb.2007.9971.
183. Orzack MH, Voluse AC, Wolf D, Hennen J. An ongoing study of group treatment for men involved in problematic Internet-enabled sexual behavior. *Cyberpsychology Behav*. 2006;9(3):348–60. doi:10.1089/cpb.2006.9.348.
184. Kaplan MS, Krueger RB. Diagnosis, assessment, and treatment of hypersexuality. *J Sex Res*. 2010;47(2):181–198. doi:10.1080/00224491003592863.
185. Rosenberg KP, Carnes P, O'Connor S. Evaluation and treatment of sex addiction. *J Sex Marital Ther*. 2014;40(2):77–91. doi:10.1080/0092623X.2012.701268.
186. Dawson GN, Warren DE. Evaluating and treating sexual addiction. *Am Fam Physician*. 2012;86(1):74–6. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22962915>. Accessed April 14, 2014.
187. Duarte Garcia F, Thibaut F. Sexual addictions. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2010;36(5):254–260. doi:10.3109/00952990.2010.503823.

188. Borgermans L, Vrijhoef B, Vandevoorde J, De Maeseneer J, Vansintejan J, Devroey D. Relevance of Hypersexual Disorder to family medicine and primary care as a complex multidimensional chronic disease construct. *Int J Family Med*. 2013;519265. doi:10.1155/2013/519265.
189. Gerber J. Treatment of sexually compulsive adolescents. *Psychiatr Clin North Am*. 2008;31(4):657–69. doi:10.1016/j.psc.2008.06.006.
190. Laws DR. *Relapse prevention with sex offenders*. New York: Guilfor; 1989.
191. Marshall WL, Anderson D. An evaluation of the benefits of relapse prevention programs with sexual offenders. *Sex Abus A J Res Treat*. 1996;8:209–221.
192. Penix Sbraga T, O'Donohue WT. *The sex addiction workbook. Proven strategies to help you regain control of your life*. Oakland, CA: New Harbinger Publications; 2003.
193. Grossman LS, Martis B, Fichtner CG. Are sex offenders treatable ? A research overview. *Psychiatr Serv*. 1999;50(3):349–361.
194. Nagayama Hall GC. Sexual offender recidivism revisited: A meta-analysis of recent treatment studies. *J Consult Clin Psychol*. 1995;63(5):802–809. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7593874>.
195. Tosto G, Talarico G, Lenzi GL, Bruno G. Effect of citalopram in treating hypersexuality in an Alzheimer's Disease case. *Neurol Sci*. 2008;29(4):269–270.
196. Muench F, Morgenstern J, Hollander E, et al. The Consequences of Compulsive Sexual Behavior: The Preliminary Reliability and Validity of the Compulsive Sexual Behavior Consequences Scale. *Sex Addict Compulsivity*. 2007;14(3):207–220. doi:10.1080/10720160701480493.
197. Raymond NC, Grant JE, Coleman E. Augmentation with naltrexone to treat compulsive sexual behavior: A case series. *Ann Clin Psychiatry*. 2010;22(1):56–62. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20196983>.
198. Holloway K. Opioid mediation of learned sexual behavior. *Socioaffective Neurosci Psychol*. 2012;2:14874. doi:10.3402/snp.v2i0.14874.
199. Bostwick JM, Hecksel KA, Stevens SR, Bower JH, Ahlskog JE. Frequency of new-onset pathologic compulsive gambling or hypersexuality after drug treatment of idiopathic Parkinson Disease. *Mayo Clin Proc*. 2009;84(4):310–316.
200. Guay DRP. Drug treatment of paraphilic and nonparaphilic sexual disorders. *Drug Treat paraphilic nonparaphilic Sex Disord*. 2009;31(1):1–31. doi:10.1016/j.clinthera.2009.01.009.
201. Goodman A. *Sexual addiction: An integrated approach*. Madison, Connecticut: International Universities Press; 1998:17–26. Available at: <http://www.amazon.com/Sexual-Addiction-An-Integrated-Approach/dp/082366063X>. Accessed April 14, 2014.

202. Cooper A, Marcus ID. Men who are not in control of their sexual behavior. In: Levine SB, Risen CB, Althof SE, eds. *Handbook of clinical sexuality for mental health professionals*. New York: Brunner-Routledge; 2003.
203. Delmonico DL, Carnes PJ. Virtual sex addiction: when cybersex becomes the drug of choice. *Cyberpsychol Behav*. 1999;2(5):457–63. doi:10.1089/cpb.1999.2.457.
204. Iacovino JM, Gredysa DM, Altman M, Wilfley DE. Psychological treatments for binge eating disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2012;14(4):432–46. doi:10.1007/s11920-012-0277-8.
205. Beintner I, Jacobi C, Schmidt UH. Participation and outcome in manualized self-help for bulimia nervosa and binge eating disorder - a systematic review and metaregression analysis. *Clin Psychol Rev*. 2014;34(2):158–76. doi:10.1016/j.cpr.2014.01.003.
206. Spielmans GI, Benish SG, Marin C, Bowman WM, Menster M, Wheeler AJ. Specificity of psychological treatments for bulimia nervosa and binge eating disorder? A meta-analysis of direct comparisons. *Clin Psychol Rev*. 2013;33(3):460–9. doi:10.1016/j.cpr.2013.01.008.
207. Erford BT, Richards T, Peacock E, et al. Counseling and Guided Self-Help Outcomes for Clients With Bulimia Nervosa: A Meta-Analysis of Clinical Trials From 1980 to 2010. *J Couns Dev*. 2013;91(2):152–172. doi:10.1002/j.1556-6676.2013.00083.x.
208. Farrand P, Woodford J. Impact of support on the effectiveness of written cognitive behavioural self-help: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clin Psychol Rev*. 2013;33(1):182–95. doi:10.1016/j.cpr.2012.11.001.
209. Myers LL, Wiman AM. Binge Eating Disorder: A Review of a New DSM Diagnosis. *Res Soc Work Pract*. 2013;24(1):86–95. doi:10.1177/1049731513507755.
210. Flament MF, Bissada H, Spettigue W. Evidence-based pharmacotherapy of eating disorders. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2012;15(2):189–207. doi:10.1017/S1461145711000381.
211. Mitchell JE, Roerig J, Steffen K. Biological therapies for eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2013;46(5):470–7. doi:10.1002/eat.22104.
212. Vocks S, Tuschen-Caffier B, Pietrowsky R, Rustenbach SJ, Kersting A, Herpertz S. Meta-analysis of the effectiveness of psychological and pharmacological treatments for binge eating disorder. *Int J Eat Disord*. 2010;43(3):205–17. doi:10.1002/eat.20696.
213. Oudejans S, Spits M, Scoren SR. *Investeren in verslavingspreventie*. Amersfoort; 2013.
214. Oudejans S, Spits M, Scoren SR. *Investeren in verslavingspreventie*. Amersfoort; 2013.
215. Postel MG, de Haan HA, ter Huurne ED, Becker ES, de Jong CAJ. Effectiveness of a web-based intervention for problem drinkers and reasons for dropout: randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 2010;12(4):e68. doi:10.2196/jmir.1642.

216. Al-Shorbaji N, Geissbuhler A. Establishing an evidence base for e-health: the proof is in the pudding. *Bull World Health Organ*. 2012;90(5):322–322A. doi:10.2471/BLT.12.106146.
217. Hellman M, Schoenmakers TM, Nordstrom BR, Van Holst RJ. Is there such a thing as online video game addiction? A cross-disciplinary review. *Addict Res Theory*. 2013;21(2):102–112. doi:10.3109/16066359.2012.693222.
218. Achab S, Khazaal Y. Psychopharmacological treatment in pathological gambling: A critical review. *Curr Pharm Des*. 2011;17:1389–1395(7).
219. Döring NM. The Internet's impact on sexuality: A critical review of 15 years of research. *Comput Human Behav*. 2009;25(5):1089–1101. doi:10.1016/j.chb.2009.04.003.
220. Young KS. Internet sex addiction: Risk factors, stages of development, and treatment. *Am Behav Sci Sept*. 2008;52:21–37. doi:10.1177/0002764208321339.
221. Southern S. Treatment of compulsive cybersex behavior. *Psychiatr Clin North Am*. 2008;31(4):697–712. doi:10.1016/j.psc.2008.06.003.

Bijlage 1 – Gokverslaving: behandeling internationaal

Auteur/s (jaar)	Type studie (doel, groep en N)	Behandeling type	Resultaten/ conclusie
Cowlshaw et al. (2012) ¹⁴⁶	Systematisch review (Cochrane) van 14 RCT's (n = 1245) Doel: de werkzaamheid van therapieën en de houdbaarheid van de therapie-effecten, vergelijken met controle condities	Psychologische behandelingen: cognitieve-gedragstherapie, <i>motivational interviewing</i> therapie, integratieve therapie, overige psychologische therapieën Controle conditie: geen behandeling, controles, doorverwijzing naar <i>Gamblers Anonymous</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Er wordt ondersteuning gevonden voor de werkzaamheid van cognitieve gedragstherapie bij het verminderen van gokgedrag en de overige symptomen van pathologisch en problematisch gokken direct na therapie. - De houdbaarheid op langere termijn van de effecten van de therapie zijn onbekend. - Er is voorlopig bewijs gevonden voor het bestaan van enige positieve effecten van <i>motivational interviewing</i> op gokgedrag, maar niet noodzakelijk op overige symptomen. - Bevindingen suggereren mogelijke effecten van integratieve therapie en overige psychologische therapieën op pathologisch en problematisch gokken
Grant et al. (2012) ¹⁵⁴	Systematisch review van 18 double-blinde, placebogecontroleerde farmacotherapeutische onderzoeken voor het behandelen van pathologisch gokken	Farmacotherapeutische behandeling	<ul style="list-style-type: none"> - De resultaten van verschillende soorten medicijnen zijn wisselend: antidepressiva, atypische antipsychotica en stemming stabilisators hebben wisselende resultaten. Hoewel er slechts beperkte informatie beschikbaar is, laten opiaatantagonisten en 'glutamerige agents' goede resultaten zien. Dit geldt vooral voor patiënten met een intense drang naar het vertonen van het gokgedrag. - Conclusie: op dit moment lijken opiaatantagonisten de beste eerste keuze.
Van den Brink (2012) ¹⁵³ Achab & Khazaal (2011) ²¹⁸	Review met data van RCT en meta-analyses Doel: identificeren van evidence-based farmacologische behandeling van middelengebruik en pathologisch gokken	Farmacologische behandeling	<ul style="list-style-type: none"> - Opiatantagonisten lijken de beste eerste keuze bij dagelijkse behandeling of als gerichte medicatie in een situatie met risico op terugval of in de eerste periode na de behandeling. - Een tweede behandelingsoptie is gebruik van paroxetine of een medicijn met een glutamerige samenstelling. Antipsychotica lijkt niet bruikbaar. - Conclusie: suggesties voor het vergroten van de effectgrootte van interventies met psychofarmaca: polyfarmacie, combinatie met psychotherapie en psychologische steun en het verbeteren van de match tussen patiënt en behandeling. - Deze conclusies worden ondersteund door het review van Achab en Khazaal ²¹⁸.
Fortune & Goodie (2012) ¹⁴⁷	Literatuurreview Doel: vaststellen van de rol van cognitieve vertekeningen bij pathologisch gokken	Psychologische behandeling (cognitieve vertekeningen) voor pathologisch gokken	<ul style="list-style-type: none"> - Conclusie: literatuur laat de rol van cognitieve vertekeningen bij pathologisch gokken zien. - De gerapporteerde effectiviteit van cognitieve gedragstherapie voor de behandeling van pathologisch gokken is goed. - Behandelingen die cognitieve vertekeningen, oplossingsgerichtheidsinterventies en/of terugvalpreventie combineren zijn effectiever in het verminderen van de ernst van gokken en in het vergroten van de perceptie van controle over het gokken.

Auteur/s (jaar)	Type studie (doel, groep en N)	Behandeling type	Resultaten/ conclusie
Stea & Hodgins (2011) ¹⁴⁸	<p>Klinisch literatuurreview</p> <p>Doel: Bespreken van het theoretische model, de evidence base, en theoretische en methodologische kwesties voor 7 behandelingen voor gokproblemen</p>	<p>Psychologische behandelingen: psychoanalytische en – dynamische behandelingen, Gamblers Anonymous, gedragsmatige behandelingen, cognitieve gedragstherapieën.</p> <p>Overige behandelingen: korte motivational en self-directed interventies, farmacotherapie en familietherapie</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Klinische vraagstukken en onderzoeksvraagstukken worden besproken, waaronder de drempels voor het zoeken van hulp, gecontroleerd gokken versus abstinentie, comorbiditeit en evaluatie van werkzaamheid en effectiviteit van behandelingen.
Lorains et al. (2011) ²⁵	<p>Systematische review en meta-analyse van populatieonderzoek (N= 11 studies)</p>	<p>Comorbiditeit binnen de behandeling van problematisch gokken</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Onder problematische en pathologische gokkers is sprake van een hoge mate van comorbiditeit. De hoogste prevalentie geldt voor nicotine-afhankelijkheid (60.1%), gevolgd voor middelenmisbruik (57.5%), stemmingsstoornissen (37.9%) en angststoornissen (37.4%). - Conclusie: Het screenen op comorbiditeit bij aanvang van behandeling van problematische/pathologische gokkers wordt aangeraden.
Gainsbury & Blaszczynski (2011) ¹⁴⁹	<p>Systematische review van 9 RCT's over een internet-based behandeling voor verslavingen (1 onderzoek naar problematisch gokken)</p>	<p>Internet-based therapie (waaronder 7 voor tabaksverslaving, 1 voor middelenmisbruik en 1 voor problematisch gokken)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Na afronding van de therapie en bij de follow-up op de lange termijn worden positieve effecten van de behandeling gevonden. Internet-therapie lijkt effectief bij te dragen aan gedragsmatige veranderingen, maar er is meer onderzoek nodig om de resultaten te vergelijken met andere behandelingen. - Beperkingen: slechts 1 studie ging over problematisch gokken.
Newman et al. (2011) ¹⁵⁰	<p>Doel: het reviewen van literatuur van voor 2010 over gecomputeriseerde behandelingen voor drugs- en alcoholmisbruik en -afhankelijkheid en tabaksverslaving</p>	<p>Technology-based zelfhulp en minimale-contact therapieën</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Technology-based</i> zelfhulp en minimale-contact therapieën zijn effectieve en relatief goedkope interventies voor het behandelen van verslavingen. - De therapieën zijn effectief, maar contact met een therapeut is belangrijk voor sterkere en meer langdurige daling in verslavingsgedrag.
Gooding & Tarrier (2009) ¹⁵¹	<p>Een systematisch review en meta-analyse van 25 studies</p> <p>Doel: vaststellen of cognitieve gedragstherapie effectief is in het verminderen van gokgedrag</p>	<p>Cognitieve gedragstherapieën</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Drie maanden na afsluiting van de therapie wordt een sterk significante vermindering van het gokgedrag waargenomen (los van het soort gokgedrag). De effectgroottes zijn ook significant in de follow-up na 6, 12 en 24 maanden. - Individuele en groepstherapieën lijken even effectief na drie maanden. Bij langere follow-up is dit onduidelijk. - Alle varianten van cognitieve gedragstherapie (cognitieve therapie, <i>motivational interviewing</i> en imaginaire desensitisatie) zijn significant effectief. Cognitieve therapie lijkt in het voordeel te zijn wanneer diverse soorten therapie worden gecombineerd. - Meta-regressie laat zien dat de effectgroottes hoger zijn bij studies van mindere kwaliteit. - Hoewel deze resultaten een optimistische boodschap geven over de werkzaamheid van cognitieve gedragstherapie, is door de heterogeniteit van de studies voorzichtigheid geboden.

Auteur/s (jaar)	Type studie (doel, groep en N)	Behandeling type	Resultaten/ conclusie
Leung & Cottler (2008) ¹⁵⁵	<p>Review van de literatuur uit de afgelopen 12 maanden (d.d. 2009)</p> <p>Doel: onderzoeken van de werkzaamheid en effectiviteit van verschillende behandelingen</p>	Farmacologische en niet-farmacologische behandelingen voor pathologisch gokken	<ul style="list-style-type: none"> - De werkzaamheid van naltrexone in de behandeling van pathologisch gokken is in een dubbelblind, placebo-gecontroleerd onderzoek bevestigd. Wat betreft de stemmingsstabilisators geven carbamazepine en topiramate positieve resultaten. Olanzapine blijkt niet beter dan placebo. - De nieuwe medicijnen N-acetyl cysteine en modafinil laten een significante verbetering zien. - Bij niet-farmacologische behandelingen bleek cognitieve gedragstherapie niet beter dan goedkopere kortdurende interventies. - Daarnaast wordt gerapporteerd over twee nieuwe behandelingen: het gebruik van video conferencing voor langdurige supervisie na blootstellingstherapie en de '<i>congruence couple therapy</i>' waarbij gericht wordt op het gehele systeem. - Twee meta-analyses laten zien dat niet-farmacologische behandelingen in het algemeen een grotere effectgrootte hebben. Door verschillen in de onderzoeksopzet kan echter niet geconcludeerd worden welke aanpak effectiever is.
Raylu et al. (2008) ¹⁵²	Review van zelfhulp behandeling voor problematisch gokken (o.b.v. de PsycINFO database alle jaren tot April 2008)	Zelfhulpbehandeling voor problematisch gokken	<ul style="list-style-type: none"> - Zelfhulp bij problematisch gokken is relatief nieuw. Er is met name gerapporteerd over het gebruik van zelfhulphandboeken en audiotapes. Dit review bekijkt naast deze vormen ook nieuwere vormen zoals zelfhulp via video, telefoon, computer en de virtuele realiteit. Deze methoden zouden passend kunnen zijn voor gokkers die geen professionele hulp aannemen, bijvoorbeeld door schaamte, financiële beperkingen, grote afstand of relatief milde problemen.
Oakley-Browne et al. (2007) ¹⁵⁶	Cochrane systematisch review en meta-analyse van alle RCT's of psychologische en farmacologische behandelingen voor pathologisch gokken (zowel gepubliceerde en ongepubliceerde wetenschappelijke artikelen)	Psychologische en farmacologische behandelingen	<ul style="list-style-type: none"> - Op de korte termijn zijn de effecten van gedragstherapie en cognitieve gedragstherapie groter dan de effecten in controle groepen. Op de lange termijn is er een trend zichtbaar voor richting een significant positief effect, maar door de toegepaste statistiek is voorzichtigheid geboden.

Bijlage 2 – Internetverslaving: behandeling internationaal

Auteur/s (jaar)	Type studie (doel, groep en N)	Behandeling type	Resultaten/ conclusie
Spada (2013) ¹⁷⁰	Kort overzicht van de groeiende hoeveelheid literatuur over problematisch internetgebruik	Farmacologische en psychologische behandeling	<ul style="list-style-type: none"> - Studies wijzen vanwege de hoge mate van comorbiditeit tussen problematisch internetgebruik en verschillende psychiatrische stoornissen op het belang van comorbiditeit binnen de behandeling. Er is steeds meer bewijs dat genetische, individuele en persoonlijkheidsverschillen in zelfregulatie belangrijk zijn bij de ontwikkeling van problematisch internetgebruik - Farmacologische en psychotherapeutische behandeling gericht op problematisch internetgebruik zijn nauwelijks grondig getest. Voorlopig lijken psychotrope medicatie (Escitalopram, Naltrexone en Methylphenidate) en cognitieve gedragstherapie de beste behandelopties.
Winkler et al. (2013) ¹⁶⁴	Een meta-analyse voor het vergelijken van korte en lange termijneffecten van psychologische en farmacologische behandelingen van internetverslaving (N=16 studies met 17 behandelcondities en 670 patiënten)	Farmacologische en psychologische behandeling.	<ul style="list-style-type: none"> - Schattingen van effectgroottes suggereren dat psychologische en farmacologische interventies zeer effectief zijn voor het verbeteren van internetverslaving ($g=1.61$), de online bestede tijd ($g=0.94$), depressie ($g=0.90$) en angst ($g=1.25$) tussen pre- to post-behandeling in de gehele steekproef. - Voor een aantal uitkomstvariabelen is het effect groter. Dit geldt voor: individuele behandelingen, een groter aantal vrouwelijke deelnemers, oudere patiënten en een Noord-Amerikaanse steekproef. - De meeste effectgroottes waren hoog, robuust, niet gerelateerd aan de kwaliteit van de studie of het onderzoeksdesign, en bleven bestaan bij follow-up.
Carli et al. (2013) ¹⁶⁵	Literatuurreview om correlatiestudies tussen pathologisch internetgebruik en comorbide psychopathologie te evalueren (N = 20 artikelen)	Implicatie van comorbide psychopathologie voor preventie en behandeling	<ul style="list-style-type: none"> - Significante correlatie tussen: <ul style="list-style-type: none"> a) Pathologisch internetgebruik en depressie in 75% van de studies. b) Pathologisch internetgebruik en angst in 57% van de studies c) Pathologisch internetgebruik en ADHD alle studies d) Pathologisch internetgebruik en obsessief compulsieve symptomen in 60% van de studies e) Pathologisch internetgebruik en vijandigheid/agressie in 66% van de studies. - Er zijn geen significantie correlaties gevonden tussen pathologisch internetgebruik en sociale fobie. De sterkste correlatie werd gevonden tussen pathologisch internetgebruik en depressie. De meeste studies vonden pathologisch internetgebruik vaker bij mannen dan bij vrouwen. - Conclusie: depressie en symptomen van ADHD hebben de meest significante en consistente correlaties met pathologisch internetgebruik. Dit was sterker bij mannen in alle leeftijdscategorieën
Camardese et al (2012) ¹⁶⁶	Literatuur review	Farmacotherapeutische behandeling	<ul style="list-style-type: none"> - Er wordt gekeken naar farmacologische interventies die zich richten op patronen van comorbiditeit en onderliggende psychologische dimensies die gedeeld worden met andere gedragsmatige- of middelenverslavingen. - De kwaliteit van de huidige literatuur is niet optimaal en er bestaan geen standaard farmacotherapeutische protocollen of goedgekeurde vormen van medicatie.

Auteur/s (jaar)	Type studie (doel, groep en N)	Behandeling type	Resultaten/ conclusie
Greydanus & Greydanus (2012) ¹⁷¹	Een inventarisatie van de huidige dilemma's rondom adolescenten en jongvolwassenen met pathologisch, excessief internetgebruik	Gedragstherapie en farmacologische benaderingen	<ul style="list-style-type: none"> - Behandeling: management van problematisch internetgebruik of –misbruik kan het best met behulp van gedragstherapie en de behandeling van comorbiditeit. Over farmacologische behandeling is relatief weinig bekend. - Mogelijkheden zijn opiaat antagonisten en antidepressiva. - Beperkingen: bevindingen zijn niet gebaseerd op een systematisch of uitgebreid literatuurreview.
Kuss & Griffiths (2012) ⁹⁰	Dit artikel probeert duidelijkheid te scheppen over internet gameverslaving door het geven van een innovatief framework waarin de studies gecategoriseerd kunnen worden. In total zijn 58 empirische studies geïncludeerd	(Inventarisatie)	<ul style="list-style-type: none"> - Onderzoek over internet-game verslaving is de afgelopen jaren sterk toegenomen. - Resultaten: huidige kennis kan gecategoriseerd worden in etiologie, pathologie en geassocieerde gevolgen. - Met betrekking tot etiologie zijn persoonlijkheidstrekken, motivaties voor het spelen en structurele eigenschappen van de spellen met name van belang. - Pathofysiologie en comorbiditeit spelen een rol zowel als risicofactor als in de daadwerkelijke ontwikkeling van pathologische gedragingen en cognities. De analyse van pathologie kan nog opgedeeld worden in beoordeling en verslavingsclassificatie alsmede in epidemiologie en fenomenologie. - Er waren verschillende negatieve gevolgen aan het gamgedrag gekoppeld, waardoor het gedrag in sommige gevallen pathologisch geassocieerd kan worden. - In lijn hiermee kan voor een internet gameverslaving professionele behandeling nodig zijn.
King et al. (2011) ¹⁶⁷	Een systematisch naar de rapportagekwaliteit van 8 behandelstudies. De kwaliteit werd gedefinieerd volgens het 2010 CONSORT statement	Psychologische en farmacologische behandeling	<ul style="list-style-type: none"> - Het grootste deel van de geïncludeerde studies rapporteert een bepaalde mate van behandelingsucces, maar slechts 2 van de 8 geven geschatte effectgroottes en hun precisie. Hierdoor zijn de resultaten moeilijk objectief te interpreteren. - Een evaluatie toonde een aantal belangrijke beperkingen: <ul style="list-style-type: none"> f) inconsistente van de definitie en diagnose van internetverslaving, g) gebrek aan randomisatie en blinding van de experimenten, h) gebrek van adequate controle- of vergelijkingsgroepen, en i) te weinig informatie over data van werving, steekproefkarakteristieken en effectgroottes van behandeling. - Verbetering van het ontwerp en de rapportage van dergelijke onderzoeken zou een groot voordeel zijn voor zowel onderzoekers als klinici in dit veld.
Brezing et al. (2010) ¹⁶⁹	Review van onderzoeken, (geen systematisch review) In dit artikel wordt de potentiële impact van problematisch gokken en internetgebruik bij de jeugd onderzocht. Het aantal studies wordt niet vermeld	Psychologische en farmacologische behandeling	<ul style="list-style-type: none"> - Pathologisch gokken en subsyndroomal gokken worden geassocieerd met negatieve metingen van functioneren zowel bij oudere als jongere individuen. - Hoewel problematisch internetgebruik veel overeenkomsten lijkt te hebben met pathologisch gokken wat betreft de impact op ontwikkeling zijn er maar weinig (longitudinale) studies die deze hypothese testen. - Pathologisch gokken en problematisch internetgebruik zijn belangrijke en potentieel groeiende problemen voor de volksgezondheid. Mogelijk worden zij niet herkend door klinici die zich richten op meer zichtbare verslavingen. Ouders, leerkrachten, klinici en ambtenaren zouden zich bezig moeten houden met deze problemen bij de jeugd voordat de problemen escaleren. - Behandelingen moeten onderzocht worden op hun effectiviteit bij verschillende (leeftijdsgroepen). Ook moeten preventieve strategieën voor middelenmisbruik aangepast en onderzocht worden voor deze doelgroepen. - Beperkingen: gebaseerd op losse onderzoeken en de meningen van experts.

Auteur/s (jaar)	Type studie (doel, groep en N)	Behandeling type	Resultaten/ conclusie
Huang et al. (2010) ¹⁶⁸	In dit artikel worden theoretische omschrijvingen van psychotherapie en de effecten van psychosociale en farmacologische behandeling voor internetverslaving onderzocht. Een totaal van 10 studies is onderzocht	Psychologische en farmacologische behandeling	<ul style="list-style-type: none"> - Er is geen consistente terminologie of algemeen geaccepteerde definitie voor deze conditie. - Er worden veel psychologische en farmacologische behandelingen geadviseerd maar slechts enkelen zijn onderzocht. - De meeste onderzoeken maken gebruik van een behandelprogramma waarvan cognitieve gedragstherapie deel uitmaakt. De resultaten zijn wisselend. Er is geen duidelijke conclusies te trekken aangezien cognitieve gedragstherapie zelden los van andere behandelingen werd toegepast
Weinstein & Lejoyeux (2010) ¹⁷² Weinstein (2010) ¹⁷³	<p>Het reviewen van de literatuur over internetverslaving m.b.t. diagnose, fenomenologie, epidemiologie en behandeling</p> <p>Review van gepubliceerde literatuur tussen 2000-2009 in Medline en PubMed met de zoekterm 'internet addiction'. N=15</p>	Preventie en behandeling	<ul style="list-style-type: none"> - Cross-sectionele studies van steekproeven laten een hoge comorbiditeit zien van internetverslaving met psychiatrische stoornissen, in het bijzonder affectieve stoornissen, angststoornissen en ADHD. Verschillende factoren zijn voorspellend voor internetverslaving waaronder: persoonlijkheidstrekken, ouder- en familiefactoren, alcoholgebruik en sociale angst. - Computer-gameverslaafden of gokkers kunnen een verminderde dopaminerespons laten zien in reactie op stimuli die geassocieerd zijn met hun verslaving. Dit komt vermoedelijk door sensitatie (gebaseerd op een kleine control studie). - Conclusie: Hoewel internetverslaafden moeite hebben om hun excessieve online gedrag in het echte leven te onderdrukken is er weinig bekend over de pathofysiologische en cognitieve mechanismen die verantwoordelijk zijn voor internetverslaving. Momenteel is het aanbevelen van een evidence-based behandeling niet mogelijk door een gebrek aan methodologisch adequaat onderzoek.

Bijlage 3 – Hyperseksualiteit: behandeling internationaal

Auteur/s (jaar)	Type studie (doel, groep en N)	Behandeling type	Resultaten/ conclusie
Rosenberg et al. (2014) ¹⁸⁵	Literatuur overzicht	Diagnoses en behandeling	<ul style="list-style-type: none"> - De meeste clinici, zelfs als ze getraind zijn in seksuele stoornissen of verslaving, hebben geen of weinig training gehad over de behandeling van seksuele compulsiviteit en cyberseksverslaving. - De auteurs bespreken het historische contact, voorstellen voor diagnostische criteria, evaluatie protocollen, comorbide stoornissen, speculaties over de achterliggende neurowetenschap en aanbevelingen voor behandeling.
Borgermans et al. (2013) ¹⁸⁸	<p>Beschrijvende review</p> <p>Doel: beschrijven van de complexiteit van hyperseksuele stoornis als een multidimensionaal chronische ziekteconstruct en de relevantie voor de gezondheid van families en primaire zorg.</p>	Behandeling en organisatie van zorg rondom hyperseksualiteit	<ul style="list-style-type: none"> - Hyperseksuele stoornis als een complex multidimensioneel chronisch ziekteconstruct. De rol van familiegezondheidszorg in de diagnose, behandeling en follow-up van hyperseksuele stoornis is niet goed onderzocht. - Er zijn geen placebogecontroleerde, dubbelblinde studies van een psychotherapeutische of biologische behandeling voor seksverslaving of hyperseksualiteit die een significant resultaat hebben voorgebracht. Daarom zijn er best-practice richtlijnen opgesteld aan de hand van methodologisch minder sterke onderzoeken en adviezen van clinici en experts. - In het algemeen bestaan de behandelingen uit benaderingen die populair zijn voor verslavingen zoals groepstherapie en individuele therapie, motivational interviewing, cognitieve gedragstherapie, dialectische gedragstherapie, terugvalpreventie, inzichtgevende therapieën, behandeling van comorbiditeiten, groepen gebaseerd op de 12-step benadering en psychofarmacologische behandeling van diverse aspecten. Deze benaderingen worden toegepast in talloze intramurale en ambulante behandelcentra. - Carnes heeft een task-centered approach programma ontwikkeld met een serie van werkboeken, specifiek gericht op seksverslaafde patiënten. Met behulp van opdrachten en informatieve teksten richten deze werkboeken zich op de controle van seksueel gedrag en gezonde zelfzorg in het algemeen. - Langetermijn en multimodale psychotherapie zou nodig kunnen zijn om de onderliggende oorzaken van de seksverslaving aan te pakken. Hechtingsstoornissen worden soms als oorzaak gezien waardoor bijv. psychoanalytische, of een andere vorm van inzicht gevende therapie een uitkomst kan zijn. - De meeste clinici zijn het eens met Levine (2012) die stelt dat seksverslaving en de gerelateerde stoornissen het gevolg zijn van een complexe combinatie van biologie, psychologie en cultuur. Deze factoren moeten dan ook alleen aangepakt worden tijdens de behandeling. - Peer-support groepen blijken behulpzaam te zijn. Farmacologische interventies ook, maar hierbij moet wel in de gaten gehouden worden dat de medicatie zelf seksuele bijwerkingen tot gevolg kan hebben (zowel positief als negatief). - Dysfunctioneel en excessief seksueel gedrag past bij de elementen van een verslaving en succesvolle behandelingen gebruiken vaak technieken van verslavingsbehandelingen.

Auteur/s (jaar)	Type studie (doel, groep en N)	Behandeling type	Resultaten/ conclusie
Dawson & Warren (2012) ¹⁸⁶	Review van case study Doel: presenteren van typische situaties die huisartsen tegen kunnen komen.	Psychologische en farmacologische behandelingen	<ul style="list-style-type: none"> - Cognitieve gedragstherapie geeft patiënten met een gestructureerde omgeving de kans om hun compulsieve gedrag beter te begrijpen en er mee om te gaan. In diverse studies is klinisch significante vooruitgang gerapporteerd. - Groepsbehandelingen, telefonisch of persoonlijke zijn aangeboden. Deze zijn meestal gebaseerd op het 12-step programma. Er zijn geen prospectieve en/of effectiviteit studies hiernaar gedaan. Maar er staat wel beschreven dat groepsbehandelingen positief zijn voor betrouwbaarheid, contacten, therapietrouw en het voorkomen van terugval. - Voor farmacologische behandeling bestaat ook slechts beperkt bewijs. Case studies en kleine gerandomiseerde trials laten de voordelen van SSRI's zien. Daarnaast bestaan er ook positieve verhalen over naltrexone (Vivitol) and topiramate (Topamax) maar er is meer onderzoek nodig voordat deze echt gebruikt kunnen gaan worden. - Farmacologische behandeling zou gebruikt moeten worden als ondersteuning van gedragsmatige interventies. Ook kan titratie met SSRI's behulpzaam zijn wanneer er sprake is van comorbide stemmingsstoornissen.
Griffiths (2012) ¹¹²	Literatuur review van empirische studies die hebben gekeken naar online seksverslaving bij volwassenen (5 kwalitatieve en 9 kwantitatieve studies uitgevoerd in Westerse landen).	(review online seksverslaving)	<ul style="list-style-type: none"> - Voor sommige is online seksueel gedrag een aanvulling terwijl het voor anderen als vervanging werkt en mogelijk tot verslaving kan leiden. Deze verslaving kan gezien worden als een kruising tussen een internet- en een seksverslaving. De huidige literatuur suggereert niet dat er een duidelijk scheidslijn tussen deze soorten psychopathologie ligt. - Online seksverslaving lijkt een daadwerkelijke geestelijke gezondheidsstoornis te zijn die vraagt om gespecialiseerde behandeling. Deze behandeling dient o.a. aangepast te worden aan de specifieke symptomen die een patiënt vertoont.
Duarte-Garcia & Thibaut (2010) ¹⁸⁷	Bibliografisch review Medline en EBSCO, alleen Engelse en Franse artikelen werden geïncludeerd.	Psychologische en farmacologische behandeling.	<ul style="list-style-type: none"> - Ondanks het gebrek aan robuust wetenschappelijk bewijs zijn een aantal klinische bevindingen die wijzen op een verslavingsstoornis, zoals: de preoccupatie met het gedrag, de tijd die eraan gependend wordt, aanhoudend gedrag ondanks negatieve gevolgen en meerdere (onsuccesvolle) pogingen om te stoppen. Ook is er een hoge comorbiditeit met excessief seksueel gedrag en andere verslavende gedragingen. - Door schaamte zoeken patiënten zelden hulp. Zij komen meestal terecht bij een psychiater door bijv. een zelfmoordpoging of met depressieve- of angstklachten. - Als farmacologische behandeling worden SSRI's en anti-androgenen genoemd. Uit anekdotische studies lijken SSRI's de beste keuze, al ontbreekt bewijs vanuit een double-blind clinical trial.
Kafka (2010) ¹⁰²	Literatuur review	Diagnose en behandeling.	<ul style="list-style-type: none"> - Zowel epidemiologisch als klinisch bewijs toont aan dat niet-parafiele 'excessen' van seksueel gedrag (zoals hyperseksualiteit) samen kunnen gaan met klinisch significant persoonlijk lijden met sociale en medische comorbiditeit. - De onderzoeksliteratuur die comorbiditeit met stoornissen op as I en II en de mogelijke relatie tussen as I stoornissen en HD beschrijft wordt besproken. - Gebaseerd op uitgebreide literatuurreview wordt HD voorgesteld als een non-parafiele seksuele stoornis met een impulsieve component.

Auteur/s (jaar)	Type studie (doel, groep en N)	Behandeling type	Resultaten/ conclusie
Kaplan & Krueger (2010) ¹⁸⁴	Literatuur review	Psychologische en farmacologische behandeling.	<ul style="list-style-type: none"> - Met regelmaat komt de hulpvraag van buitenaf (familie of negatieve ervaring) en is de patiënt zelf slechts beperkt gemotiveerd. - Casus beschrijvingen van HD spreken over hyperseksualiteit als gevolg van een dopaminerge behandeling, zoals voor Parkinson - De effecten van methamphetamine, cocaïne, en dopaminerge behandeling passen bij de monoamine hypothese voor de pathofysiologie van parafiele gedragingen. Ook is dit passend bij de verandering in het libido die gezien worden bij stemmingsstoornissen.
Döring (2009) ²¹⁹	<p>Review van 15 jaar onderzoek over de impact van het internet op seksualiteit:</p> <p>Ruim 450 relevante academische artikelen gepubliceerd tussen 1993 en 2007 werden geïdentificeerd.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Deze review geeft een overzicht van de huidige staat van het onderzoek naar internet seksualiteit sinds 1993. De zes gebieden van internet seksualiteit worden besproken: pornografie, sekswinkels, prostitutie, seksuele voorlichting, sekscontacten en seksuele subculturen. - Belangrijke resultaten worden besproken zoals manifestatievormen van internet seksualiteit, participanten, mogelijkheden en risico's. - Het blijkt dat in de Westerse wereld online seksuele activiteiten voor een groot deel van de populatie een routine zijn geworden. Afhankelijk van leeftijd, geslacht en seksuele voorkeur nemen deze activiteiten verschillende vormen. - Er zijn nog een aantal gebieden die nauwelijks onderzocht zijn. Zo is er bijvoorbeeld met name gekeken naar risico's maar nauwelijks naar mogelijke voordelen.
Young (2008) ²²⁰	Review		<ul style="list-style-type: none"> - Online seksverslaving omvat gewoonlijk het bekijken, downloaden en uitwisselen van pornografie of het deelnemen aan online 'adult fantasy role-playing'. - Behandelmethoden en de implicaties van nieuwe mobiele technieken zijn besproken, bijvoorbeeld de inzet van externe maatregelen om zelfbewustheid en zelfcontrole te vergroten en de inzet van gedragsinterventies en cognitieve gedragsinterventies
Southern (2008) ²²¹	Review case studies		<ul style="list-style-type: none"> - Sommige patiënten ontwikkelen het compulsieve gedrag rondom cyberseks door een predispositie of een toevallige conditionering. Andere tonen onderliggende trauma's, depressie, of verslaving. - Drie casestudy's benadrukken obsessie, compulsie en consequenties in de pathogenese van compulsieve cyberseks. - Uitgebreide behandeling van cyberseks zou moeten bestaan uit de volgende componenten: terugvalpreventie, verbetering van intimiteit, 'lovemap' reconstructie, therapie voor dissociatieve toestand, herconditionering van opwinding en training voor copingsvaardigheden.

Bijlage 4 – Eetverslaving: behandeling internationaal

Auteur/s (jaar)	Type studie (doel, groep en N)	Behandeling type	Resultaten/ conclusie
Beintner (2014) ²⁰⁵	Een systematische review en metaregressie analyses. 73 publicaties die rapporteren over 50 verschillende trials	Zelfhulp interventies voor boulimia nervosa (BN) en binge eating disorder (BED)	<ul style="list-style-type: none"> - Therapietrouw is een lastige kwestie bij zelfhulpinterventies voor psychische stoornissen. - Het aantal afvallers en deelnemers die de behandeling wel afmaken verschilt tussen onderzoeken. Bovendien worden er verschillende definities gehanteerd. - BED patiënten maken hun zelfhulpbehandeling vaker af dan BN patiënten. - Andere eigenschappen waarbij meer dropout gezien werd: striktere eetregels op de baseline, jongere leeftijd en lager BMI. Er zijn geen eigenschappen van de patiënten, studie of interventie gevonden waardoor het aantal complete behandelingen kon worden voorspeld. - Met name bij BN kan (professionele) begeleiding het aantal dropouts verminderen en de effecten van de behandeling verbeteren. - Het is raadzaam van tevoren goed te bekijken wat de kenmerken en behoeftes van de patiënten zijn om zo het type behandeling en de hoeveelheid contact goed af te stemmen.
Myers & Wiman (2014) ²⁰⁹	Systematisch review over farmacotherapie en andere behandelingen voor eetstoornissen.	CBT en Farmacotherapie behandelingen voor BED	<ul style="list-style-type: none"> - De review behandelt verschillende studies die zich richten op de behandeling van BED. - Conclusies van de verschillende aangehaalde studies laten zien dat de lange termijn effecten van exclusieve behandeling met medicijnen onduidelijk zijn, dat er enige evidentie is voor het nut van CBT, dat zelfhulp behandelingen (hoewel veelbelovend en goedkoop) nog nader onderzoek nodig hebben, en dat interpersoonlijke psychotherapie mogelijk een goede oplossing is voor zwaardere gevallen.
Mitcheld (2013) ²¹¹	Systematisch review: uitgebreide review over farmacotherapie en andere biologische behandeling voor eetstoornissen.	Farmacotherapie	<ul style="list-style-type: none"> - De beschikbare literatuur suggereert dat farmacotherapie een prominente rol speelt in de behandeling van BN en BED. - BN verbeterd met verschillende typen medicatie maar over het algemeen zijn SSRI's en fluoxetine (als enige goedgekeurd door de FDA) de meest gebruikte. - Bij BED wordt over het algemeen ook goed gereageerd op SSRI's. Maar bij patiënten met overgewicht vindt er maar weinig gewichtsverlies plaats. Om die reden worden ook wel anti-epileptica zoals topiramate voorgeschreven. - Bij AN patiënten kunnen atypische antipsychotica toegepast worden in de fase waarin zij in gewicht gaan toenemen. Hiervoor is het bewijs nog beperkt - Er zijn nog enkele experimentele behandelingen zoals de Mandometer, lichttherapie en rTMS. Deze worden momenteel (nog) niet aangeraden.

Auteur/s (jaar)	Type studie (doel, groep en N)	Behandeling type	Resultaten/ conclusie
Spielmans et al. (2013) ²⁰⁶	Een meta-analyse: 77 vergelijkingen uit 53 studies werden geïncludeerd.	Psychologische behandeling voor BN en BED	<ul style="list-style-type: none"> - Volgens richtlijnen zijn CBT en interpersoonlijke therapie het beste voor de behandeling van BN. CBT wordt aangeraden voor BED. De resultaten van dit onderzoek toonden aan: <ul style="list-style-type: none"> (a) Correct uitgevoerde therapieën behaalden betere resultaten dan niet correct uitgevoerde behandelingen. (b) Correct uitgevoerde CBT was significant beter dan niet correct uitgevoerde CBT, maar alleen als BN en BED apart werden geanalyseerd. Daarnaast hadden veel van de trial een aantal vertroebelende (<i>confounding</i>) variabelen, wat hun interne validiteit aantastte. (c) volledige CBT is niet per se beter dan de losse componenten. (d) de distributie van de <i>effect sizes</i> van CBT behandeling lag homogeen rond de nul. - Deze bevindingen geven weinig ondersteuning aan de specifieke keuze voor psychotherapie als behandeling bij BN en BED.
Erford et al. (2013) ²⁰⁷	Meta-analyse met 111 klinische trials waarin gekeken werd naar de effectiviteit van psychotherapie en zelfhulpinterventies mét begeleiding voor BN.	Psychologische behandeling	Single-group studies lieten een grotere effectiviteit zien van psychotherapie. Onderzoeken met wachtlijst, <i>treatment-as-usual</i> , en placebo groepen lieten evenveel effectiviteit zien in het veranderen van o.a. bingeing, purging, gebruik van laxemiddelen, en self-reported boulimia of negatieve waarnemingen van het eigenlijk lichaam, zowel direct na afronding van de therapie als bij follow-up.
Farrand & Woodford (2013) ²⁰⁸	Deze review kijkt naar de impact van support op de effectiviteit van geschreven cognitieve gedragsmatige zelfhulp en bekijkt de mate waarin de effectiviteit varieert bij diverse psychische stoornissen per type support. 38 studies werden geïncludeerd.	Psychologische behandeling: cognitieve gedragsmatige zelfhulp	<ul style="list-style-type: none"> - CBT zelfhulp is een effectieve interventie voor een aantal veelvoorkomende psychische stoornissen. In hoeverre de mate van effectiviteit kan variëren per type support (guided, minimal contact, self-administered) is dit niet uitputtend onderzocht. - I.v.m. het grote aantal studies werd nog verder gekeken naar depressie. Hoewel er hoge baseline scores voor ernst waren was er een groter effect size voor minimaal contact dan voor guided support.

Auteur/s (jaar)	Type studie (doel, groep en N)	Behandeling type	Resultaten/ conclusie
Flament et al. (2012) ²¹⁰	<p>Review over het wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit en veiligheid van farmacotherapie bij volwassenen en kinderen met een eetstoornis.</p> <p>RCTs gepubliceerd tussen 1960 en mei 2010 werden geïncludeerd.</p>	Farmacotherapie behandeling	<ul style="list-style-type: none"> - Klinisch relevante RCT's voor AN hebben gebruik gemaakt van atypische antipsychotica, SSRI's en zink supplementen. Olanzapine had een ondersteunend effect bij niet-ambulante behandeling voor patiënten met ondergewicht. Fluoxetine voorkwam terugval na gewichtsherstel in de helft van de studies. - Voor de behandeling van BN zijn SSRI's, andere antidepressiva en stemmingsstabilisators gebruikt. In 9 van de 11 studies zorgde farmacotherapie voor een matige, maar significante vermindering van de binge/purge frequentie met enige aanvullende voordelen. - Voor BED zijn er RCT's gehouden met SSRI's en één SNRI, stemmingsstabilisators en anti-obesitas medicatie. In 11 van de 12 studies was er een significant maar beperkt effect van de medicatie. - Meta-analyses over de effectiviteit van farmacotherapie voor BN en BED laten gemiddelde effect sizes zien voor de medicijnen, maar over het algemeen lage recovery rates. - Behandelingsresistentie is inherent aan AN waar de behandeling zich moet focussen op aanvullen van voedingstekorten en psychotherapie. Bij BN en BED blijkt gecombineerde behandeling met farmacotherapie en cognitieve gedragstherapie effectiever dan elk afzonderlijk. - Er zijn nog steeds weinig gegevens over effectiviteit van farmacotherapie op de lange termijn bij eetstoornissen. Dit blijft een probleem voor klinici.
Iacovino et al. (2012) ²⁰⁴	Een systematisch review van een RCT met een psychologische behandeling	Psychologische behandeling bij BED	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cognitieve gedragstherapie behandeling blijft de meest bestudeerde en de meest gevestigde psychologische behandeling van BED. 2. Het blijft onduidelijk óf en welke farmacologische behandeling de lange termijn effectiviteit van cognitieve gedragstherapie behandeling kan verbeteren. 3. Behandelingen met begeleide zelfhulp, op cognitief / gedragsmatige basis, kunnen makkelijker en tegen lagere kosten worden verspreid naar klanten dan andere psychologische behandelingen. Het onderzoek suggereert dat het een effectieve behandeling is voor BED , zeker in vergelijking met niet-behandelen. 4. Interpersoonlijke psychotherapie heeft vergelijkbare resultaten aangetoond op lange termijn, in vergelijking met cognitieve gedragstherapie. Dit kan een meer passende eerstelijnsbehandeling zijn voor cliënten met ernstiger eetstoornissen en lagere zelfwaardering. 5. Gedragsmatige gewichtsverlies behandeling is niet zo effectief als gespecialiseerde behandeling voor BED in het verminderen van eetbuien op korte of lange termijn. 6. Dialectische gedragstherapie laat ook veelbelovende resultaten zien voor de behandeling van BED , maar onderzoek is nodig om de werkzaamheid te onderzoeken op lange termijn, in vergelijking met andere gespecialiseerde behandelingen voor BED.

Auteur/s (jaar)	Type studie (doel, groep en N)	Behandeling type	Resultaten/ conclusie
Vocks et al. (2010) ²¹²	Meta-analysis 38 studies met 1973 patiënten.	De effectiviteit van psychologische en farmacologisch behandelingen voor binge eet stoornissen.	<ul style="list-style-type: none"> (1) Psychotherapie en gestructureerde zelfhulp gebaseerd op cognitieve gedragstherapie interventies bleek een groot effect te hebben op het verminderen van eetbuien; (2) Medicijnen, vooral antidepressiva, had middelgrote effecten in de vermindering van eetbuien; (3) Ongecontroleerde studies met behulp van gewichtsverlies behandelingen toonde een matige vermindering van binge eten en dit was de enige maatregel die in een aanzienlijke gewichtsvermindering resulteerde; (4) Combinatie behandelingen leiden niet tot hogere effecten dan enkele behandelingen.