

# C-VAT – Clinical Video game Addiction Test: een diagnostisch instrument voor het herkennen van gameverslaving in de klinische praktijk

Antonius J. van Rooij, Laura van Duin, Noud Frielink, Laura DeFuentes-Merillas & Tim M. Schoenmakers<sup>1</sup>

**[ S A M E N V A T T I N G ]** In de Nederlandse verslavingszorg worden hulpverleners in toenemende mate geconfronteerd met een hulpvraag op het gebied van 'gameverslaving'. Tot nu toe is er echter geen diagnostisch instrument dat gebruikt kan worden om het probleem goed in kaart te brengen. Dit artikel bespreekt de ontwikkeling van een dergelijk instrument, de *Clinical Video game Addiction Test* (C-VAT). De lijst bestaat uit drie introductievragen, negen kernvragen en aanbevelingen gericht op het ontdekken van comorbide problemen. De C-VAT werd vanuit theoretische modellen over gedragsverslaving ontwikkeld. Deze modellen bevatten een aantal voorgestelde componenten waaraan een vorm van gedrag, zoals gamen, zou moeten voldoen om gezien te worden als een gedragsverslaving. Deze componenten en de bijbehorende vragen zijn vervolgens empirisch getoetst – eerst in een expertmeeting met behandelaars die ervaring hebben met cliënten die overmatig gamen en vervolgens bij vijftien gameverslaafde cliënten zelf. Waar nodig zijn de vragen aangepast op basis van de informatie die de cliënten en behandelaars gaven. Ter aanvulling worden er bij de C-VAT suggesties gegeven over andere instrumenten die naast de vragenlijst meegenomen kunnen worden, binnen de diagnostische DSM-assen. Hiermee is de C-VAT de eerste en enige Nederlandstalige vragenlijst gericht op diagnostiek van gameverslaving in de klinische

praktijk. De lijst vormt een goed beginpunt voor onderzoek in de klinische situatie, maar er is nader klinisch onderzoek nodig om te bepalen in welke mate de lijst betrouwbaar en valide is voor gebruik in grotere groepen.

## Inleiding

In de Nederlandse verslavingszorg worden hulpverleners in toenemende mate geconfronteerd met een hulpvraag op het gebied van 'gameverslaving' (DeFuentes-Merillas, Van Mil, & Reddeman, 2009; Meerkerk, Van Rooij, Amadmoestar, & Schoenmakers, 2009; Ouwehand, Wisselink, Kuijpers, Van Delden, & Mol, 2011). Tot nu toe is er echter geen consensus over de diagnosestelling van het probleem en bestaat er geen diagnostisch instrument dat gebruikt kan worden om het probleem goed in kaart te brengen. Dit artikel bespreekt de ontwikkeling van een dergelijk instrument, een vragenlijst gericht op diagnostiek van gameverslaving in de klinische praktijk.

Onder gameverslaving wordt verstaan dat mensen, vaak jongeren en jongvolwassenen, de beheersing over het spelen van compu-

terspellen (videogames) zodanig kwijt zijn dat dit leidt tot aanzienlijke problemen in hun persoonlijke en professionele leven (Van Rooij, 2011; West & Hardly, 2006). Hoewel er wetenschappelijk gezien nog de nodige discussie is over de noodzaak om het overmatige gamen te benoemen en te modelleren als een verslaving (Block, 2008; Kuss & Griffiths, 2011; Van Rooij, 2011; Wood, 2008), is het duidelijk dat het spelen van videogames (gamen) voor sommige mensen, vooral jongens, kan leiden tot aanzienlijke problemen (DeFuentes-Merillas et al., 2009; Meerkerk, Van Rooij, et al., 2009; Rehbein, Psych, Kleimann, Mediasci, & Mößle, 2010; Van Rooij, Schoenmakers, Vermulst, Van den Eijnden, & Van de Mheen, 2011). Het gaat bij gameverslavingsproblematiek vaak om *online* games (Council on Science and Public Health, 2007; Kuss & Griffiths, 2011; Rehbein et al., 2010; Van Rooij, Schoenmakers, Van den Eijnden, & Van de Mheen, 2010).

Online games zijn spellen die met anderen samen gespeeld worden, waardoor ze voor veel gamers erg aantrekkelijk zijn (Hussain & Griffiths, 2009). Tevens zijn deze online games veel grootschaliger dan de ouderwetse 'offline' games. De ontwikkeling van de kwaliteit en toegankelijkheid van dit soort spellen is de laatste jaren erg snel gegaan, waardoor ze voor het grote publiek een alternatief zijn geworden voor traditionele vormen van vermaak zoals televisie, theater of lezen. De hoge aantallen spelers in recente online games illustreren deze verschuiving in het mediaveld goed. Enkele voorbeelden hiervan zijn games als *World of Warcraft* (2004), wat op zijn piek wereldwijd ongeveer 11 miljoen betalende deelnemers had, en de sterk competitieve online game *League of Legends* (2009), waar eveneens meer dan 11 miljoen spelers actief in zijn. Deze populariteit zal blijven bestaan en mogelijk zelfs toenemen. Zo werd de langverwachte nieuwe game *Diablo 3* (2012) 4,7 miljoen keer verkocht in de eerste 24 uur dat de game beschikbaar was.

Wetenschappers en behandelaars hebben tot op heden nog niet echt grip op de omvang, definitie en diagnosestelling van gameverslaving. Definities en afkappunten<sup>2</sup> voor verslaving variëren tussen onderzoeken, maar

vragenlijstonderzoeken onder adolescenten komen uit op conservatieve schattingen van ongeveer 1,5 tot 2% van de Nederlandse adolescenten (Lemmens, Valkenburg, & Peter, 2009; Van Rooij et al., 2011). En hoewel niet duidelijk is of al deze mensen een klinische behandeling behoeven, waren er in 2011 245 cliënten geregistreerd voor internetgameproblematiek binnen de verslavingszorg (Wisselink, Kuijpers, & Mol, 2012). Dat is minder dan 1% van de hele populatie in de verslavingszorg. Het werkelijke aantal ligt vanwege onduidelijkheid in diagnosestelling en registratie waarschijnlijk hoger. Vlaamse cijfers zijn er op dit moment nog niet.

Omdat 'gameverslaving' een betrekkelijk nieuw probleem betreft, staan de diagnostiek en behandelingsindicatiestelling in de klinische praktijk nog in de kinderschoenen. Er is nog geen gevalideerd Nederlandstalig diagnostisch instrument beschikbaar voor gebruik in klinische situaties. Toch is hier wel een sterke behoefte aan. De huidige diagnostische instrumenten sluiten niet altijd even goed aan bij de belevingswereld van de gamers. Hierdoor hebben behandelaars die minder ervaren zijn in de casuïstiek rondom gameverslaving, weinig houvast binnen dit thema, wat ook het risico met zich meebrengt dat het probleem wordt gemist door betrokken professionals. Een voorbeeld hiervan is een casus aangedragen door een schoolarts [*persoonlijke correspondentie*], over een jongen die diep in een lastig zorgtraject zat en uit huis geplaatst werd wegens systematisch schoolverzuim en problemen in de gezinsstructuur. Pas veel te laat in dit traject kwam boven water dat hij elke dag tot diep in de nacht online games speelde en dat dit het schoolverzuim verklaarde.

Het hebben van een diagnostisch instrument voor gameverslaving helpt om nieuwe aanmelders correct te kunnen categoriseren en de klachten van deze cliënten beter te identificeren. Standaardisering van de diagnostiek zal het inzicht in de aard, ernst en omvang van de problematiek verbeteren en daarmee uiteindelijk de adequaatheid van de behandeling en de preventie van gameverslaving in de verslavingszorg. Het huidige artikel richt

zich op het ontwikkelen van een dergelijk instrument. Hierbij zijn we gestart vanuit een theoretisch kader op basis van modellen over gedragsverslaving (1). Deze modellen bevatten een aantal voorgestelde componenten waaraan een vorm van gedrag, zoals gamen, zou moeten voldoen om gezien te worden als een gedragsverslaving. Deze componenten en de bijbehorende vragen zijn vervolgens empirisch getoetst en aangepast – eerst in een expertmeeting met behandelaars die ervaring hebben met cliënten die overmatig gamen (2) en vervolgens bij cliënten zelf (3). Op deze wijze is een nieuwe vragenlijst tot stand gekomen die gebaseerd is op recente theoretische inzichten, maar die ook aansluit bij het beeld dat behandelaars en cliënten over gameverslaving hebben. Ter aanvulling worden hierbij ook suggesties gegeven over andere instrumenten die naast de vragenlijst meegenomen kunnen worden. Deze instrumenten sluiten aan bij de diagnostische DSM-IV-assen (American Psychiatric Association, 2000).

## Theoretische achtergrond

### Diagnostiek in de verslavingszorg

Met diagnostiek wordt bedoeld “het vaststellen van de aard en omvang van de problemen en van de factoren die de problemen beïnvloeden en verbetering in de weg staan of juist faciliteren. Het doel van diagnostiek is het vinden van de juiste zorg voor de cliënt” (Broekman, Rutten, & Kersten, 2002). Omdat er nog geen standaard is voor de diagnose van gameverslaving in de verslavingszorg, is het voor behandelaars soms onduidelijk wat ze precies moeten vragen aan cliënten om een goed beeld te krijgen van de problematiek, zodat ze vervolgens een optimaal behandelplan kunnen opstellen. Zo hangt de kwaliteit van de diagnostiek op dit moment nog te sterk af van het inzicht en de kennis van de individuele behandelaar.

De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en de verslavingszorg in Nederland zijn zo georganiseerd dat zorgzoekende cliënten geclassificeerd worden volgens de DSM-IV-TR

(American Psychiatric Association, 2000). De criteria voor gameverslaving zouden hierbinnen onder As I vallen. Dat is de as waarop ook andere vergelijkbare stoornissen zoals middelafhankelijkheid of pathologisch gokken (stoornis in de impulsbeheersing) vallen. Overige stoornissen die, wat gameverslaving betreft, de aandacht verdienen op As I, zijn autisme (De Best & Goutier, 2010; Kisjes & Mijland, 2011) en ADHD (Rehbein et al., 2010). Onder As II vallen de verschillende persoonlijkheidsstoornissen, waarbij opgemerkt dient te worden dat het niet gebruikelijk is om deze bij jongeren onder de 18 jaar vast te stellen. Voor gameverslaving is As III waarschijnlijk niet relevant, aangezien het daarbij om somatische ziekten gaat die oorzaak kunnen zijn van de stoornis, zoals een wisselende schildklierwerking kan leiden tot depressie. Bij As IV gaat het om factoren uit de omgeving die het verslavingsgedrag uitlokken. Deze zijn wellicht anders voor gameverslaving dan voor andere verslavingen. Het globaal niveau van functioneren (GAF-score; As V) ligt bij mensen met een verslaving lager dan bij mensen zonder een verslaving. Hieruit blijkt in hoeverre het gamen daadwerkelijk negatieve consequenties heeft op het dagelijks functioneren. In eerste instantie richten wij ons op As I, specifiek op het vinden van vragen die een beeld geven over de aanwezigheid of afwezigheid van gameverslaving. Maar voordat we dit kunnen, doen we eerst één stap terug: wat is nu precies gedragsverslaving?

### Componenten van gedragsverslaving

Gedragsverslavingen worden in de literatuur vaak gespiegeld aan symptomen die pathologisch gokken kenmerken. Daarnaast is het ook nuttig om te kijken welke criteria er voor middelgebonden stoornissen gehanteerd worden. Zeker omdat uit de discussie over de aankomende editie van de DSM, de DSM-5, duidelijk wordt dat we naar een universeel verslavingsbegrip toe gaan. Pathologisch gokken (*gambling disorder*) zal namelijk ondergebracht worden in de nieuwe categorie ‘*Substance use and addictive disorders*’. Tabel 1 bevat een overzicht van de voorge-

Tabel 1. Vergelijking aankomende DSM-5, gedragsverslaving en twee schalen voor gameverslaving.<sup>A</sup>

Middelgebonden stoornissen (DSM-5)	Gokstoornis (DSM-5) <sup>B</sup>	Griffiths componentenmodel	Game Addiction Scale (GAS)	Video game Addiction Test (VAT)	Samenvatting
Tolerantie	Tolerantie	Tolerantie	Tolerantie		Tolerantie
Lichamelijke staat van onthouding	Rusteloosheid en irritatie als men probeert te minderen	Onthoudings-verschijnselen	Onthoudings-verschijnselen	Onthoudings-verschijnselen	Onthoudings-verschijnselen
Escalerend gebruik	Hogere bedragen	Terugval	Controleverlies	Controleverlies	Controleverlies: escalatie en terugval
Wens om te stoppen of herhaaldelijke onsuccesvolle stoppogingen	Onsuccesvolle pogingen om te stoppen				
Veel tijd aan gebruik besteden	Preoccupatie	Overmatige aandacht ( <i>salience</i> )	Preoccupatie en overmatige aandacht ( <i>salience</i> )	Preoccupatie en overmatige aandacht ( <i>salience</i> )	Preoccupatie en overmatige aandacht ( <i>craving</i> )
Sterk verlangen ( <i>craving</i> )	Vluchten/stemmings-beïnvloeding	Stemmingsbeïnvloeding	Coping (gebruiken als manier om problemen te verwerken)	Coping (gebruiken als manier om problemen te verwerken)	Stemmingsbeïnvloeding/ <i>coping</i>
Interferentie met functioneren: werk, sociaal, of vrije tijd					Interferentie met functioneren/ problemen
Niet meer functioneren op werk, school, of thuis	Problemen met relaties, werk en educatie		Problemen		– Interferentie met functioneren: werk en privé – Problemen met functioneren
Sociale of interpersoonlijke problemen		Conflicten	Conflicten	Conflicten	– (Sociaal) conflict
Lichamelijke of psychologische problemen	Liegen over gebruik				– Psychologische/fichamelijke problemen Overige zaken – Liegen over gebruik – Onveilige situaties
Onveilig gebruik (o.a. dronken rijden)	Achtereenvolgens van verliezen Op anderen leunen om het gedrag te financieren				– Achtereenvolgens van verliezen – Op anderen leunen voor financiering

A. Deze tabel bevat een samenvatting van de verschillende componenten uit de DSM-5 waarmee details verloren gaan. De tabel dient als ondersteuning voor de samenvatting van componenten en kan niet geïnterpreteerd worden als een beknopte versie van de DSM-5-criteria voor gebruik in de praktijk.

B. De DSM-IV-criteria voor gokken zijn identiek aan deze criteria, met het enige verschil dat het overtreeden van de wet (illegaliteit) om het gokken te financieren is weggehaald als criterium.

stelde (DSM-5-)criteria voor middelgebonden stoornissen, pathologisch gokken en een overzicht van de componenten van gedragsverslaving volgens het model van Griffiths (Griffiths, 2005).

Het onderscheid tussen misbruik (*abuse*) en afhankelijkheid (*dependency*) valt weg in DSM-5 (Science, 2010) waarmee wij het ook buiten beschouwing laten. Ook bevat de tabel de componenten uit twee Nederlandstalige vragenlijsten: de *Video game Addiction Test* (VAT) (Van Rooij, 2011; Van Rooij, Schoenmakers, Van den Eijnden, Vermulst, & Van de Mheen, 2012) en de *Game Addiction Scale* (GAS) (Lemmens et al., 2009). De laatste kolom van de tabel bevat een samenvatting van de componenten, als startpunt voor de expertmeeting met behandelaars die zich richten op gameverslaving. Dat betekent dat we als startpunt voor de expertmeeting de aanname doen dat gameverslaving gezien kan worden als variant van andere verslavingsproblemen. We benaderen gameverslaving via een combinatie van criteria vanuit pathologisch gokken, middelenmisbruik en theoretische modellen voor gedragsverslaving zoals die van Griffiths (Griffiths, 2005).

## Expertmeeting: toetsing componenten van gameverslaving

### Methodes

Elk van de componenten (samenvatting, tabel 1) is besproken in de expertmeeting. Bij deze bijeenkomst waren vier ervaren behandelaars van cliënten met een gameverslaving aanwezig, afkomstig uit drie verschillende Nederlandse instellingen voor verslavingszorg en één instelling voor het verlenen van zorg aan mensen met een verstandelijke beperking.<sup>3</sup> Deze laatste instelling werd meegenomen omdat men binnen deze instelling vond dat gamen een belangrijk thema is binnen hun doelgroep. Daarnaast waren er vier behandelaars van verschillende instellingen die op afstand meedachten en ook feedback

op het materiaal gaven.<sup>4</sup> In de expertmeeting stond de identificatie van gameverslaving via de verschillende componenten centraal. Ten tweede werd besproken hoe je de relevante componenten het beste zou kunnen uitvragen – welke vragen zouden nodig zijn om een gameverslaving vast te stellen? Als input voor het vaststellen van concrete vragen per component werden vragen uit de twee bestaande Nederlandstalige instrumenten als startpunt genomen (de VAT en de GAS). Deze vragen worden wel vormgegeven vanuit het perspectief van de DSM-5, als ja/nee-vragen, zodat iemand wel of niet voldoet aan de criteria van een bepaald component. Hieronder bespreken we de uitkomsten van de bijeenkomst.

## Resultaten

### Onthoudingsverschijnselen

De behandelaars zien onthouding/ontweningsverschijnselen als een relevante component. Het gaat hier om gevoelens van frustratie, boosheid en stress als men niet kan gamen en dat wel wil. *Ontweningsverschijnselen* (Griffiths, 2005; Lemmens et al., 2009; Van Rooij, Schoenmakers, et al., 2012) worden in beide Nederlandse lijsten en het model van Griffiths meegenomen. De huidige vraag in de VAT is geformuleerd als ‘voel je je rot wanneer je niet kunt gamen?’, maar volgens de behandelaars is het woord ‘rot’ een te moeilijk woord. Hiermee gaat de voorkeur uit naar gestrest of boos als het gaat om de negatieve emoties die de cliënten voelen als ze niet kunnen gamen. De volgende vraag wordt voorgesteld (Lemmens et al., 2009): ‘Voel je je gestrest of boos als je niet kunt of mag gamen?’

### Controleverlies (a): niet kunnen stoppen

Controleverlies (Van Rooij, Schoenmakers, et al., 2012) en terugval (Griffiths, 2005; Lemmens et al., 2009) zijn centrale elementen binnen elke vorm van verslaving. Verslaving kan breed worden gedefinieerd als een verlies van controle over gedrag met negatieve gevolgen (West & Hardly, 2006). Ook bij het gamen speelt het (subjectieve) verlies van

controle over het gedrag een belangrijke rol. De behandelaars stelden de volgende vraag voor om dit aspect uit te vragen: ‘Lukt het je niet om minder te gaan gamen, terwijl je dat wel wilt?’

### *Controleverlies (b): toegenomen tijdsbesteding*

Tolerantie wordt door zowel Griffiths (Griffiths, 2005) als Lemmens et al. (2009) genoemd (zie tabel 1) als component als het gaat om het identificeren van een gedragsverslaving. Het gaat hierbij om het steeds meer nodig hebben van een middel, in dit geval gamen, om hetzelfde effect te bereiken. Van oudsher is deze component afkomstig uit de analogie met middelenverslaving, waar tolerantie veel meer een directe rol speelt, vanwege het opbouwen van lichamelijke tolerantie voor een middel. Lemmens heeft dit criterium iets verbasterd naar het simpelweg meer zijn gaan gamen de laatste tijd (Hellman, Schoenmakers, Nordstrom, & Van Holst, 2012). Onderzoek vanuit het IVO naar internet- en gameverslaving in brede zin laat deze component van oudsher buiten beschouwing, aangezien er geen evidentie voor tolerantie werd gevonden in kwalitatieve interviews en omdat er, wat games en internet betreft, geen sprake is van dosering, maar meer van excessieve tijdsbesteding (Meerkerk, 2007; Meerkerk, Van den Eijnden, Vermulst, & Garretsen, 2009; Van Rooij, Schoenmakers, et al., 2012). Om tolerantie definitief uit te sluiten of toch te erkennen als relevante component is verder onderzoek onder gameverslaafden nodig.

Door de meeste behandelaars wordt tolerantie niet direct als een relevante component gezien. Het aspect van lichamelijke tolerantie of het zoeken van steeds sterkere prikkels om hetzelfde effect te bereiken is niet relevant volgens twee behandelaars, maar oplopende tijdsbesteding aan het gamen wordt wel gezien. Naarmate je een hogere sociale positie bekleedt in de gamewereld (bijvoorbeeld: groepsleider), zal het spel meer eisen aan je tijdsbesteding gaan stellen. Daarom brengen de behandelaars tijdens de therapie de tijdsbesteding goed in kaart en maken ze gebruik van een weekplanning voor de cliënten (De-

Fuentes-Merillas, et al., 2009). Omdat escalerende tijdsbesteding aan games als relevant wordt gezien, maar eerder een extra indicatie van controleverlies is dan van tolerantie, voegen we een tweede vraag toe gericht op controleverlies: ‘Ben je in het laatste jaar steeds meer tijd gaan besteden aan het spelen van games?’

Gezien de soms excessieve tijdsbesteding aan het gamen en het soms gebrekkige inzicht van de cliënten hierover, stellen de behandelaars voor om in ieder geval ook de tijdsbesteding aan het gamen in kaart te brengen. Het gebrek aan inzicht in de tijdsbesteding kennen we overigens ook vanuit het behandelen van volwassenen met internetverslavingsproblematiek (Van Rooij, Zinn, Schoenmakers, & Van de Mheen, 2012) en ook met jongeren (Van Mil, Van Erp, Van Dijkstra, & DeFuentes-Merillas, 2012). Alle behandelaars in de expertmeeting herkennen het beeld van jongeren die meer dan 40 uur per week gamen. Tijdsbesteding ligt rond 7 tot 12 uur per dag, maar in het weekend kan dat zo'n 16 uur per dag worden – waarmee de ‘gameverslaafden’ makkelijk zo'n 50 tot 60 uur per week halen. De volgende vragen worden voorgesteld: ‘Welke spellen speel je vooral?’, ‘Hoeveel uur duurt een gamesessie bij jou gemiddeld?’ en ‘Hoeveel tijd per week besteed jij gemiddeld aan het gamen?’

### *Preoccupatie*

Preoccupatie (Griffiths, 2005; Lemmens et al., 2009; Van Rooij, Schoenmakers, et al., 2012) wordt door de behandelaars als relevante component gezien. Preoccupatie betekent het veelvuldig in gedachten met het gamen bezig zijn, er veel over praten, ook als je niet echt aan het gamen bent. In tegenstelling tot de eerder genoemde componenten is preoccupatie niet per definitie problematisch; ook een heftige hobby kan (tijdelijk) leiden tot preoccupatie (Hellman et al., 2012; Wood, 2008). Toch geven de behandelaars aan dat het een belangrijk aspect is om mee te nemen, mede omdat ook bij gokproblematiek preoccupatie sterk gerelateerd is aan probleemgedrag. De voorgestelde vraag om preoccupatie uit te vragen is de volgende: ‘Kun

je nauwelijks aan iets anders denken dan aan gamen als je niet aan het gamen bent?’

### *Craving*

Nauw verbonden aan preoccupatie is het concept van zucht, trek of *craving* – een sterke drang om te gaan gamen. Er komt vanaf de DSM-5 formele aandacht voor dit aspect van verslaving binnen de diagnoses die zich richten op het misbruik van middelen (*substance use disorder*). Daarom is in de expertmeeting besloten ook een vraag naar trek mee te nemen. Deze vraag wordt voorgesteld: ‘Ervaar je vaak een sterke drang (behoefte) om te gaan gamen?’

### *Interferentie met het functioneren (conflicten en problemen)*

Interferentie met het functioneren van de persoon is een ander belangrijk kenmerk van gameverslaving volgens de behandelaars. Er wordt binnen de bestaande modellen en lijsten bij de gevolgen van het gamegedrag gesproken over (sociale) conflicten (Griffiths, 2005; Lemmens et al., 2009; Van Rooij, Schoenmakers, et al., 2012) en over het hebben van problemen (Lemmens et al., 2009). Uiteraard moet het gedrag wel tot problemen leiden voordat we kunnen spreken van een verslaving. Binnen de DSM-IV-TR wordt onderscheid gemaakt tussen de invloed van het gedrag op het dagelijks functioneren op school/werk, het psychologisch functioneren en het ontstaan van conflicten met de omgeving als gevolg van het gedrag. De volgende voorbeelden worden genoemd door de behandelaars: problemen met werk, school (spijbelen/huiswerk), gezin en sociale contacten, terugtrekken, verlies van interesses, moeheid/concentratieproblemen en lichamelijke verwaarlozing. Omdat het sociale conflict met de omgeving sterk afhankelijk is van de persoon en de cultuur, kiezen we in eerste instantie voor een vraag die kijkt naar algemene interferentie. Door de behandelaars worden hier concentratieproblemen, slaapttekort, gebrek aan zelfverzorging en conflicten op het werk en op school genoemd. De behandelaars geven aan dat de volgende vraag toepasselijk is: ‘Verwaarloos je regelmatig

belangrijke zaken of personen (voorbeelden: sociale contacten in het echte leven, (huis)werk, andere hobby’s, school, werk) om te kunnen gamen?’ Omdat interferentie met het functioneren een centrale component van gameverslaving is, vinden de behandelaars dat er nog een tweede vraag moet worden meegevoerd: ‘Verwaarloos je je eigen gezondheid door het gamen?’ (voorbeelden: slaapttekort, minder douchen of tanden poetsen, slechter eten, niet voldoende drinken).’ Hiermee krijgt interferentie, net als controleverlies, een iets zwaardere lading binnen de somscore dan de overige componenten. Omdat gebrekkig functioneren een directe weergave van problemen is, maar ook omdat binnen stoornissen in het middelenmisbruik in de DSM-5 meerdere criteria voor gebrekkig functioneren worden opgenomen, achten we dit gerechtvaardigd.

### *Stemmingsbeïnvloeding*

Ook stemmingsbeïnvloeding, het gebruiken van het gamen om de eigen gemoedstoestand te veranderen, wordt als relevant gezien door de behandelaars. In bestaande lijsten wordt hieraan gerefereerd als *mood modification* (Griffiths, 2005; Lemmens et al., 2009) of *coping* (Van Rooij, Schoenmakers, et al., 2012). Men gaat bijvoorbeeld gamen om rustig te worden of om niet aan problemen te hoeven denken. Bij deze component speelt ook vluchtgedrag een rol volgens de behandelaars. Hierbij komen jongeren in het negatieve geval op school tot niets meer en vinden hun status en betekenis dan via het gamen. Het gamen om de eigen stemming te beïnvloeden wordt door de behandelaars als het belangrijkste gezien. Daarom wordt de volgende vraag voorgesteld: ‘Ga je regelmatig gamen om niet aan problemen te hoeven denken?’

### *Overige symptomen*

Sommige symptomen die veel voorkomen bij pathologisch gokken of middelenafhankelijkheid, lijken minder relevant voor het gamen. We bespraken al dat lichamelijke tolerantie geen rol lijkt te spelen. Daarnaast gaat het binnen de overige symptomen in tabel 1 om onveilige situaties ten gevolge van het ge-

bruik (vanuit alcohol en drugs), het achtervolgen van verliezen (gokken) en het leunen op anderen voor financiering (gokken). De financiële gevolgen van gamen en het komen in onveilige situaties worden door de behandelaars niet direct gezien als toepasbaar op de gameproblematiek.<sup>5</sup> In een enkel geval speelt er ook agressie, maar dan gaat het vooral om een boze reactie als men niet mag spelen of als dat plotseling niet meer mag en dus niet als een direct gevolg van het gamen. Niet alle kenmerken van gokverslaving en middelenverslaving lijken dus toepasbaar op het gamen. Hiermee dient zich ook de vraag aan of het gamen misschien specifieke eigenschappen heeft die mogelijk meegenomen moeten worden, maar die niet relevant zijn voor middelen- en gokverslaving. Denk bijvoorbeeld aan aspecten die wel eens genoemd worden als potentieel verslavend, zoals binding met het virtuele alter ego (*avatars*), oftewel *character attachment* (Lewis, Weber, & Bowman, 2008), of inbedding in een sociale hiërarchie in een online game als leider of op een andere wijze. Om hier rekening mee te houden vroegen we aan cliënten die in behandeling zijn voor een gameverslaving of zij nog belangrijke zaken misten in het instrument. Dat gebeurde tijdens individuele interviews met de desbetreffende behandelaar of met een onderzoeker. Deze interviews volgden in het onderzoeksproces na de expertmeeting en worden in de volgende sectie besproken.

## Pilottests van de assessmentlijst voor gameverslaving

### Methode

In mei 2012 werd de nieuwe vragenlijst over gameverslaving die op basis van de beschreven expertmeeting opgesteld was, getest in een pilot. Het doel was te onderzoeken of de nieuwe vragenlijst aansloot bij de belewingswereld van de cliënten, of er nog zaken ontbraken en wat er verbeterd kon worden. Er hebben in totaal 15 cliënten van 14 tot 45 jaar (gemiddeld: 21 jaar) deelgenomen aan

deze pilot door middel van gestructureerde *face-to-face* interviews. Deze interviews werden gevoerd door een onderzoeker vanuit het IVO ( $n = 4$ ) of een behandelaar binnen de eigen instelling ( $n = 11$ ). Alle cliënten waren op het moment van deelname in behandeling voor gameverslaving bij een van de instellingen die aan de assessmentontwikkeling deelnamen. De deelnemers ontvingen een informatiebrief over het onderzoek en tekenden een toestemmingsformulier waarmee ze aangaven dat hun gegevens anoniem en vertrouwelijk voor dit onderzoek gebruikt mochten worden. In de informatiebrief werd benadrukt dat deelname losstaat van de behandeling bij de (verslavings)zorginstelling. Als beloning voor de deelname ontvingen deelnemende cliënten een waardebon van 10 euro.

Het interview was opgedeeld in drie deelelementen. Ten eerste werd de *Video game Addiction Test (VAT)* afgenomen, ter ondersteuning van toekomstige validering van afkappunten (Van Rooij, Schoenmakers, et al., 2012). Vervolgens werd de voorgestelde nieuwe assessmentvragenlijst voor gameverslaving mondeling afgenomen. Dat gebeurde twee keer: eerst vanuit het perspectief van het verleden ('Hoe was dit voordat je aan de behandeling begon?') en ook vanuit het perspectief van het heden ('hoe is dit nu?'). De lijst bestond uit 11 vragen, die een voor een uitvoerig met de cliënt besproken werden. Bij het evalueren ging het vooral om duidelijkheid, goede formulering, begrijpelijkheid en relevantie. Ook werd de cliënt gevraagd of er nog zaken ontbraken. Ten slotte werd er meer algemeen gesproken over mogelijke verbeteringen van en aanvullingen op de lijst. De interviews duurden op deze wijze ongeveer 20 minuten per cliënt.

### De cliënten met gameverslavingsproblematiek: een beschrijving

"Ik heb eerder een sociale verslaving, het gaat mij meer om de contacten in de spellen dan dat ik nu aan het spel verslaafd bent." – Cliënt in behandeling voor gameverslaving



Alle geïnterviewde cliënten waren mannelijk en hadden een Nederlandse nationaliteit. Drie cliënten (van de veertien die deze vraag beantwoordden) gaven in reactie op vragen hierover aan dat ze behandeld worden voor gedragsproblemen, zeven (op de veertien) dat ze behandeld worden voor psychische problemen en twee (op de dertien) dat ze behandeld worden voor middelengebruik. Wat dagbesteding betreft, geven acht cliënten aan dat ze op school zitten en zes cliënten dat ze werken. Wat schooldiploma's betreft, is het beeld verdeeld: 1 basisonderwijs, 3 vmbo (1 niet afgemaakt), 2 mbo, 2 havo, 1 hbo en 1 vwo. De cliënten werd gevraagd om terug te denken aan het begin van hun behandeling en de vragen vanuit dat perspectief te beantwoorden en vervolgens om de vragen, inclusief de VAT, vanuit hun huidige situatie te beantwoorden. Gemiddeld gameden de cliënten bij de start van de behandeling zo'n 46 uur per week (SD = 22), met een gemiddelde duur van een gamesessie van 6 uur (SD = 4). Tijdens de behandeling is dat gemiddeld genomen aanzienlijk verlaagd: gemiddeld gamen ze nu 23 uur per week (SD = 17) met een sessieduur van 2 uur (SD = 1).

Ze speelden voorafgaand aan de behandeling uiteenlopende spellen, maar de meerderheid speelde een sociale online game (*Massively Multiplayer Online game* of MMO's). Online rollenspellen (MMORPG's), zoals *World of Warcraft*, *Diablo 3*, *Guildwars 2* en *Silk Road of World of Tanks* werden genoemd, maar ook eerstepersoonsschietspellen (*First Person Shooters*) zoals *Battlefield 3*, *Team Fortress 2*, *Call of Duty* en *Quake*. Naast deze twee bekende types spellen werden ook *Minecraft* (een virtuele bouwomgeving) en het sterk competitiegerichte DOTA-gametype (*League of the Legends*, *DOTA II*) genoemd (DOTA-games zijn te beschouwen als een korte *role playing game*, waar je karakter slechts één wedstrijd meegaat). Een enkeling noemde voetbal en race games.

Aan het begin van de behandeling scoren cliënten gemiddeld positief op 5 (SD = 2) van de voorgestelde componenten van gameverslaving (vraag 1 – 8, zie tabel 2)<sup>6</sup> uit de assessmentlijst. Slechts twee cliënten scoren lager dan 4. Nu ze in behandeling zijn, scoren ze gemiddeld positief op 2 (SD = 2), waarbij slechts één cliënt hoger dan 4 scoort.

## Aanpassingen van de lijst voor gameverslaving op basis van de pilot

Hieronder worden de resultaten van de pilot besproken. Voor zover de lijst (zie tabel 2) is aangepast op basis van de informatie die de cliënten gaven over de begrijpelijkheid, formulering en relevantie van de vragen, wordt dit hier besproken. De vraag 'Welke spellen speel je vooral?' wordt door bijna alle cliënten als een duidelijke vraag gezien. Er werd wel door de meesten aangegeven dat het beter zou zijn om te vragen naar het type game dat gespeeld wordt. Dat is belangrijker dan welke games iemand speelt, omdat sommige gametypes meer tijdrovend en intensief zijn dan andere types. Iemand die *Massively Multiplayer Online Role Playing Games* (MMORPG's) speelt, is gericht op het ontwikkelen van een karakter en het spelen in een hiërarchische structuur. Dat kost veel meer tijd dan sommige andere types games, zoals een voetbalgame, zo melden de cliënten. Deze bevinding wordt ook in de literatuur gedaan (Council on Science and Public Health, 2007; Rehbein et al., 2010). De vraag is daarom aangepast naar (a): 'Wat voor soort spellen speel je vooral? (voorbeelden: strategie, schietspellen, rollenspellen, sport; online met vrienden of alleen)'. Een aantal cliënten gaf aan dat de vraag hoe lang een gemiddelde gamesessie duurt, lastig te beantwoorden was. Deze onduidelijkheid ontstond met name door het woord 'gamesessie'. Om die reden is deze vraag (b) aangepast: 'Hoeveel uur achter elkaar game jij gemiddeld?' Over de vraag 'Hoeveel tijd per week besteed jij gemiddeld aan het gamen?' geven de meeste cliënten aan dat dit een duidelijke vraag is, maar dat het goed zou zijn om onderscheid te maken tussen doordeweekse en weekenddagen. Men heeft vaak in het weekend minder verplichtingen zoals werk of school, waardoor meer tijd beschikbaar is om te gamen. Ook deze vraag (c) is aangepast, met een onderscheid naar weekend- en doordeweekse dagen.

Wat de overige vragen betreft, zijn er slechts enkele kleine wijzigingen in de formulering doorgevoerd. Vraag (2) wordt aangevuld met irritatie als extra voorbeeld, omdat boos een erg sterke term is volgens meerdere cliënten.

**Tabel 2.** C-VAT. Clinical Video game Addiction Test<sup>®</sup> (IVO, 2012).

Geboortejaar: <input type="text"/>	Geslacht: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	Ingevuld door: <input type="text"/>	Op datum: <input type="text"/>
a. Wat voor soort spellen speel je vooral? (voorbeelden: strategie, schietspellen, rollenspellen, sport; online met vrienden of alleen)	<input type="text"/>		
b. Hoeveel uur achter elkaar game jij gemiddeld?	<input type="text"/>		
c. Hoeveel tijd besteed jij gemiddeld aan het gamen? (maak onderscheid tussen weekend en weekdays)	<input type="text"/> uur per weekday <input type="text"/> uur per weekenddag		
1. Ben je in het laatste jaar steeds meer tijd gaan besteden aan het spelen van games?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
2. Voel je je gestrest, geïrriteerd of boos als je niet kunt of mag gamen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
3. Lukt het je niet om minder te gaan gamen, terwijl je dat wel wilt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
4. Kun je nauwelijks aan iets anders denken dan aan gamen als je niet aan het gamen bent?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
5. Ervaar je vaak een sterke drang ( <i>behoefte</i> ) om te gaan gamen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
6. Ga je regelmatig gamen om niet aan problemen ( <i>moelijkheden</i> ) te hoeven denken?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
7. Verwaarloos je regelmatig belangrijke zaken of personen om te kunnen gamen? (voorbeelden: sociale contacten in reallife ( <i>offline</i> ), ( <i>huis</i> )werk, andere hobby's, school, werk)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
8. Verwaarloos je je eigen gezondheid door het gamen? (voorbeelden: slaaptkort, minder douchen of tanden poetsen, slechter eten, niet voldoende drinken)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
9. Lieg je wel eens tegen anderen over hoe lang je aan het gamen bent geweest?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
TOTAALSCORE (vermoeden van problematiek bij score 4 of hoger)			
	Vermoeden?	Mogelijk instrumentarium	
<b>As 1 – Overige problematiek</b>			
Stemmingsstoornis (angst/depressie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	– Zelfinvul Depressieve Symptomen, BDI, MATE	
Autismespectrum (ASD)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	– Psychiater en ontwikkelingsanamnese, PDD-SQ jongeren, SEV ouders, AQ	
ADHD	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	– Screeningsinstrument ADHD, Protocol Sandra Kooij	
Cafeïne: energy drinks, cola, koffie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	– Uitvragen in anamnese, tijdens intake	
Cannabis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	– FP-40, Map b/d + intakegesprek, MATE	
Andere verslavingen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	– MATE, MAP-d/B	
Optioneel/overige	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	– Symptoomproblemen uitvragen 18-: ASEBA, 18+: MINI – Ouder-kindrelatieprobleem: Gezinsvragenlijst, Familie Relatie Test (meestal alleen in uitgebreider onderzoek), open interview – Pathologisch gokken: uitgevraagd tijdens intake, MATE – Lichte verstandelijke beperking: bij vermoedens wordt een IQ-test afgenomen/intelligentieonderzoek wordt gedaan bij aanmelding zorginstelling, dus deze gegevens zijn al bekend. – Intelligentietest: WISC, WAIS, GIT, Raven, SON, WPPSI – UCL voor copingstrategieën	
<b>As 2 – Persoonlijkheid</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	– MATE, VKP, SCID, Structuur diagnostiek: o.a.: MMPI-2 of A, NVM, NPV (j)	
<b>As 3 – Somatische zaken</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	– MATE, somatische screening, indien geïndiceerd consult arts	
<b>As 4 – Psychosociale/uitlokkende factoren</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	– Uitvragen tijdens intake (anamneses), open interview	
<b>As 5 – Niveau van functioneren</b>		– GAF; X HoNOS; HoNOS-Ca	

a Dit werk is gelicenseerd onder een Creative Commons IVO- NietCommercieel 3.0 Nederland licentie (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/nl/>)

De formulering wordt als volgt: ‘Voel je je gestrest, geïrriteerd of boos als je niet kunt of mag gamen?’ Vooral het gamen om problemen te vermijden (6) en de verwaarlozing van andere zaken (7) vindt een aantal cliënten erg relevant. Het is ook relevant of de cliënt voldoende alternatieven voor vrijetijdsbesteding heeft, zoals andere hobby’s en sociale activiteiten. Het ontbreken hiervan kan een reden zijn voor het overmatige gamen.

Aan de cliënten is na afname en bespreking van de vragen gevraagd welke vragen er volgens hen ontbraken in de lijst. Twaalf cliënten hebben hier een suggestie voor gedaan, waarbij er drie aangaven dat de vraag ‘Vind je zelf dat je gameverslaafd bent?’ gesteld moet worden. De reden hiervoor was dat zelfinzicht, en daarmee toegeven dat je een probleem hebt, een belangrijk onderdeel van de behandeling is. Omdat niet alle cliënten met problemen zullen erkennen dat zij een verslaving hebben, wordt deze vraag, hoewel interessant, toch niet meegenomen in de lijst. Ook een vraag naar de motivatie om (overmatig) te gamen ontbreekt volgens cliënten. Hier wordt niet direct een vraag van gemaakt omdat dit punt meer beschouwend/therapeutisch van aard is. Dat wordt bevestigd door de behandelaars, die aangeven dat het maken van een functieanalyse nuttig is, maar niet per se in de diagnostiek. Zowel problemen, stress als het ontbreken van sociale contacten in reallife werden als oorzaken van het overmatige gamen door de cliënten zelf genoemd. En wanneer er meer duidelijkheid over de oorzaak is, kan hier bij behandeling aandacht aan worden besteed. Gamens beïnvloedt in dit geval de stemming en wordt mogelijk als copingstrategie benut. Vraag 6 ‘Ga je regelmatig gamen om niet aan problemen te hoeven denken?’ is hiervoor al opgesteld en daarom is ter verduidelijking besloten om ‘moeilijkheden’ als synoniem van problemen aan de vraag toe te voegen. Eén cliënt gaf de suggestie om als vraag toe te voegen: ‘Geeft het je een goed gevoel als mensen in het spel naar je opkijken?’ Hiermee wordt aandacht besteed aan de ervaren positieve gevolgen en het belang van gamen voor de cliënt. Maar omdat de vraag niet per se diagnostische waarde heeft, wordt hij niet opgenomen in

de assessment. Ten slotte kwam uit de interviews naar voren dat liegen over het gebruik en het feit dat zowel ouders als therapeuten soms niet doorhebben hoe extreem de tijdsbesteding en invloed van het gamen zijn, relevant kunnen zijn. Dat liegen over het gamen (bekend vanuit gokken, zie tabel 1) wordt ook herkend door de behandelaars en er wordt dan ook besloten om een vraag toe te voegen gericht op het liegen: ‘Lieg je wel eens tegen anderen over hoe lang je aan het gamen bent geweest?’

### Scoring en voorlopig afkappunt op de nieuwe assessmentlijst voor gameverslaving

Aansluitend bij de DSM wordt gekozen hoeveel vragen iemand minimaal positief moet antwoorden om in aanmerking te komen voor een ‘diagnose’ (in dit geval een positieve indicatie voor gameverslaving). Zonder klinisch vervolgonderzoek is het nog niet mogelijk een afkappunt (of een aantal afkapwaarden) voor de nieuwe lijst te bepalen. Toch is het wel mogelijk een indicatie te geven. In de DSM-IV-TR geldt voor pathologisch gokken dat men aan vijf van de tien criteria moet voldoen om in aanmerking voor een diagnose te komen. In de DSM-5 wordt dat vier van de negen (‘illegale activiteiten om te kunnen gokken’ wordt geschrapt), waarmee men positief scoort voor ‘Mild Gambling Disorder’ met vier (of vijf) van de negen criteria (American Psychiatric Association, 2012). Wij sluiten daarom aan bij de DSM als startpunt voor verder onderzoek: een vermoeden van problematiek bestaat als men aan vier van de negen genoemde aspecten voldoet.

### Overige problematiek op As 1 en de Assen 2 tot en met 5

De behandelaars zijn ook ondervraagd over mogelijke problemen op de overige DSM-assen die relevant zijn voor gameverslaving en de instrumenten die hier mogelijk bij passen. Het tweede deel van tabel 2 bevat een voorstel voor dit instrumentarium. Wat as 1 be-

treft, wordt een overzicht van veelgenoemde comorbide problematiek gegeven, inclusief suggesties voor instrumenten, terwijl er voor de assen 2 tot en met 5 direct suggesties worden gedaan voor instrumenten.

## Conclusie

Het doel van dit project was het samenstellen van een diagnostisch instrument voor het identificeren en diagnosticeren van gameverslaving. Op basis van bestaand theoretisch werk, een expertmeeting met behandelaars van gameverslaving en interviews met vijftien cliënten in behandeling voor gameverslavingsproblematiek is deze nieuwe lijst, de *Clinical Video game Addiction Test (C-VAT)*, samengesteld en getest. Hiermee is de C-VAT de eerste en enige Nederlandstalige vragenlijst gericht op diagnostiek van gameverslaving in de klinische praktijk. De meerwaarde van de lijst is drievoudig. Ten eerste is hij gebaseerd op bestaande theoretische inzichten. Ten tweede is hij goed gearmd in het perspectief van de behandelaars en cliënten. Ten slotte is hij specifiek op de klinische situatie toegesneden. Dit in tegenstelling tot veel bestaande lijsten die zich meer op populatieonderzoek richten. Bovendien geeft een lijst enkele praktische handvatten voor behandelaars wat veelvoorkomende comorbide problemen betreft op de overige DSM-IV-TR-assen. De lijst vormt een goed beginpunt voor onderzoek in de klinische situatie, maar er is nader klinisch onderzoek nodig om te bepalen in welke mate de lijst betrouwbaar en valide is in grotere groepen.

### [ D A N K W O O R D ]

Allereerst bedanken we de anonieme cliënten die hun medewerking aan het huidige onderzoek verleend hebben. Ten tweede danken we de volgende behandelaars voor hun medewerking: Annette Dunkerbeck-van Kampen (Iriszorg), Christel van der Scheur (Parnassia-Brijder), Herm Kisjes (zelfstandig), Joke Bollebakker (Jellinek), Krijn Roeleveld (Centrum Maliebaan), Marieke van der Erp (Novadic-Kentron) en Tatiana Brandsma (Youz/Bouman GGZ).

### [ N O T E N ]

1. **Dr. Tony van Rooij** is onderzoeker bij onderzoeksbureau IVO ([www.ivo.nl](http://www.ivo.nl)). Sinds 2005 is hij betrokken bij het landelijke Monitor Onderzoek Internet en Jongeren, en heeft daarnaast andere projecten op het gebied van de zogenaamde nieuwe 'gedragsverslavingen' uitgevoerd. Tussen 2008 en 2011 werkte hij aan een promotieonderzoek naar het fenomeen van online videogame-verslaving, waarop hij in 2011 promoveerde. Ondertussen heeft zijn werk – binnen de vakgroep Internet & Games op het IVO – geresulteerd in zo'n 35 publicaties, waaronder 12 artikelen in internationale tijdschriften. Contactgegevens: Dr. Antonius J. van Rooij (Tony), IVO-onderzoeker, [rooij@ivo.nl](mailto:rooij@ivo.nl), twitter [@vanrooij](https://twitter.com/vanrooij).  
**Tim Schoenmakers**, PhD, werkt als onderzoekscoördinator bij het IVO, instituut voor onderzoek naar verslaving en leefwijzen. Hij is onder meer projectleider van de onderzoeksprojecten naar alcoholmisbruik en internetgerelateerde verslavingen. Contactadres: Heemraadssingel 194, DM 3021, NL-Rotterdam, tel. +31 104 25 33 66, [schoenmakers@ivo.nl](mailto:schoenmakers@ivo.nl), [www.ivo.nl](http://www.ivo.nl).  
**Dr. Laura DeFuentes-Merillas** is cognitief gedragstherapeut en senior wetenschappelijk medewerker bij Novadic-Kentron, Afdeling Research & Development. Als scientist-practitioner heeft ze onder meer gepubliceerd over alcohol, roken, heroïne, cocaïne, gamen en gokken. Naast haar wetenschappelijke activiteiten is ze gastdocent bij GZ en KP postdoctorale opleidingen en behandelt zij cliënten bij Psychologen Praktijk Vught als psychotherapeut i.o. Contactadres: Hogedwarsstraat 3, NL-5261 LX Vught, tel. +31 073 684 95 00, [laura.de.fuentes@novadic-kentron.nl](mailto:laura.de.fuentes@novadic-kentron.nl), [www.novadic-kentron.nl](http://www.novadic-kentron.nl).  
**Noud Frielink** MSc is promovendus bij het departement Tranzo, Tilburg University, waar hij onderzoek doet naar het gebruik en de effectiviteit van motiverende gespreksvoering met mensen met een lichte verstandelijke beperking met gedragsproblemen en/of psychopathologie. Daarnaast is hij als trainer game- en internetverslaving verbonden aan Dichterbij Kennis@. Contactadres: Tilburg University, departement Tranzo, Warandelaan 2, NL-5037 AB Tilburg, [N.Frielink@tilburguniversity.edu](mailto:N.Frielink@tilburguniversity.edu).

- Laura van Duin** is socioloog en werkt als junior onderzoeker bij het IVO, wetenschappelijk bureau voor onderzoek, expertise en advies op het gebied van leefwijzen, verslaving en daaraan gerelateerde maatschappelijke ontwikkelingen. Ze werkt voor verschillende onderzoeksprojecten, waaronder twee onderzoeken naar overmatig internetgebruik onder jongeren. Contactadres: IVO, Heemraadssingel 194, NL-3021 DM Rotterdam, tel. +31 010 425 33 66, vanduin@ivo.nl, www.ivo.nl.
2. Met afkappunt wordt hier de score op een vragenlijst bedoeld waarboven men als problematisch gezien wordt.
  3. Parnassia-Brijder, Jellinek-Mentrum, Novadic-Kentron en Dichterbij.
  4. Youz/Bouman GGZ, IrisZorg, Centrum Maliebaan, Beter Gamem/Herm Kisjes.
  5. Voorlopig in ieder geval, steeds meer games bevatten een financiële component zoals virtueel bezit en microaankopen binnen het spel, dus dat zou in de nabije toekomst wel eens kunnen veranderen.
  6. Liegen over het gamen (vraag 9) is pas later toegevoegd en wordt in deze vergelijking niet meegenomen.

#### [ L I T E R A T U U R ]

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV TR)* (4th ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2012). Substance use and addictive disorders. *DSM-V Development*. Retrieved July 9, 2012, from <http://www.dsm5.org/proposedrevision/pages/substanceuseandaddictivedisorders.aspx>.
- Block, J. J. (2008). Issues for DSM-V: Internet addiction. *American Journal of Psychiatry*, 165(3), 306-307.
- Broekman, T., Rutten, R., & Kersten, T. (2002). *Op weg naar meetinstrumentarium voor de verslavingszorg*. Eindnotitie OSVI project Ontwikkeling Sociale Verslavingszorg Instrument.
- Council on Science and Public Health. (2007). *Emotional and behavioral effects, including addictive potential, of video games*. Chicago: American Medical Association.
- De Best, D., & Goutier, L. (2010, June). *Internetverslaving bij jongeren met een autisme spectrum stoornis [Internet addiction in adolescents with autism spectrum disorder] [Master thesis]*. Utrecht University, Utrecht.
- DeFuentes-Merillas, L., Van Mil, N., & Reddeman, M. (2009). Behandelprotocol voor Problematisch Internetgebruik en/of Gameverslaving. *Negentiende Forum Alcohol en Drugs Onderzoek [Precirculatie paper]*.
- Griffiths, M. D. (2005). A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, 10(4), 191-197. doi:10.1080/14659890500114359.
- Hellman, M., Schoenmakers, T. M., Nordstrom, B. R., & Van Holst, R. J. (2012). Is there such a thing as online video game addiction? A cross-disciplinary review. *Addiction Research & Theory*, 1-11. doi:10.3109/16066359.2012.693222.
- Hussain, Z., & Griffiths, M. D. (2009). The attitudes, feelings, and experiences of online gamers: A qualitative analysis. *CyberPsychology & Behavior*, 12(6), 747-757. doi:10.1089/cpb.2009.0059.
- Kisjes, H., & Mijland, E. (2011). *Gamen en autisme. Met toolkit gezond gamen* (p. 159). Middelbeers: Beter Gamem, Innodoks.
- Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2011). Internet gaming addiction: A systematic review of empirical research. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-19-19. doi:10.1007/s11469-011-9318-5.
- Lemmens, J. S., Valkenburg, P. M., & Peter, J. (2009). Development and validation of a game addiction scale for adolescents. *Media Psychology*, 12(1), 77-95. doi:10.1080/15213260802669458.
- Lewis, M. L., Weber, R., & Bowman, N. D. (2008). "They may be pixels, but they're MY pixels": Developing a metric of character attachment in role-playing video games. *CyberPsychology & Behavior*, 11(4), 515-518. doi:10.1089/cpb.2007.0137.
- Meerkerk, G.-J. (2007). *Owned by the internet. Explorative research into the causes and consequences of compulsive internet use [PhD thesis]*. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.
- Meerkerk, G.-J., Van Rooij, A. J., Amadmoestar, S. S., & Schoenmakers, T. M. (2009). *Nieuwe verslavingen in zicht. Een inventariserend onderzoek naar aard en omvang van 'nieuwe verslavingen' in Nederland [New addictions in sight! A survey into the nature and prevalence of 'new addictions' in the Netherlands]*. Rotterdam: IVO Reeks 63.

- Meerkerk, G.-J., Van den Eijnden, R. J. J. M., Vermulst, A. A., & Garretsen, H. F. L. (2009). The compulsive internet use scale (CIUS): Some psychometric properties. *CyberPsychology & Behavior*, *12*(1), 1-6. doi:10.1089/cpb.2008.0181.
- Ouwehand, A. W., Wisselink, D. J., Kuijpers, W. G. T., Van Delden, E. B., & Mol, A. (2011). *Kerncijfers verslavingszorg 2010 [Core statistics addiction care for the Netherlands in 2010]*. Houten: Stichting Informatie Voorziening Zorg.
- Rehbein, F., Psych, G., Kleimann, M., Mediasci, G., & Mößle, T. (2010). Prevalence and risk factors of video game dependency in adolescence: Results of a German nationwide survey. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, *13*(3), 269-277. doi:10.1089/cyber.2009.0227.
- Science. (2010). Psychiatry. DSM-V at a glance. *Science*, *327*(5967), 770-771. doi:10.1126/science.327.5967.770-b.
- Van Mil, N., Van Erp, M., Van Dijkstra, B., & DeFuentes-Merillas, L. (2012). *Behandeling voor gameverslaving en problematisch internetgebruik: handleiding en werkboek*. Vught: Novadic-Kentron.
- Van Rooij, A. J. (2011). *Online video game addiction. Exploring a new phenomenon [PhD Thesis]*. Rotterdam, The Netherlands: Erasmus University Rotterdam.
- Van Rooij, A. J., Schoenmakers, T. M., Van den Eijnden, R. J. J. M., & Van de Mheen, D. (2010). Compulsive internet use: The role of online gaming and other internet applications. *The Journal of Adolescent Health*, *47*(1), 51-57. doi:10.1016/j.jadohealth.2009.12.021.
- Van Rooij, A. J., Schoenmakers, T. M., Van den Eijnden, R. J. J. M., Vermulst, A., & Van de Mheen, D. (2012). Video Game Addiction Test: Validity and psychometric characteristics. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*. doi:10.1089/cyber.2012.0007.
- Van Rooij, A. J., Schoenmakers, T. M., Vermulst, A. A., Van den Eijnden, R. J. J. M., & Van de Mheen, D. (2011). Online video game addiction: Identification of addicted adolescent gamers. *Addiction*, *106*(1), 205-212. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03104.x.
- Van Rooij, A. J., Zinn, M. F., Schoenmakers, T. M., & Van de Mheen, D. (2012). Treating internet addiction with cognitive-behavioral therapy: A thematic analysis of the experiences of therapists. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *10*(1), 69-82. doi:10.1007/s11469-010-9295-0.
- West, R., & Hardly, A. (2006). *Theory of addiction* (First ed., p. 225). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Wisselink, D. J., Kuijpers, W. G. T., & Mol, A. (2012). *Kerncijfers Verslavingszorg 2011* (p. 94). Houten: Stichting Informatie Voorziening Zorg (IVZ).
- Wood, R. T. A. (2008). Problems with the concept of video game 'addiction': Some case study examples. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *6*(2), 169-178. doi:10.1007/s11469-007-9118-0.