Anabole androgene steroïden in de forensische ggz: ervaringen van behandelaars

J.C. Hutten, M.A.A. Binnewijzend

Achtergrond Anabole androgene steroïden (AAS) worden bij niet-medisch gebruik in verband gebracht met agressie, prikkelbaarheid en andere psychische veranderingen, maar over de rol van AAS-gebruik binnen de forensische ggz is weinig bekend.

Doel Het in kaart brengen van de ervaringen van behandelaars in de ambulante forensische ggz met cliënten die AAS gebruiken, inclusief geobserveerde gedragsveranderingen, signalering van AAS-gebruik en behoeften betreffende deskundigheidsbevordering.

Methode Met een onlinevragenlijst werden gegevens verzameld onder 164 behandelaars werkzaam bij forensische polikliniek de Waag.

Resultaten Meer dan de helft (53,7%) gaf aan ooit een cliënt met (vermoed) AAS-gebruik te hebben behandeld. Tegelijkertijd rapporteerde slechts 13,5% AAS-gebruik altijd of meestal actief uit te vragen. Veel respondenten voelden zich onvoldoende bekwaam in het herkennen en signaleren van AAS-gebruik; 40,3% beoordeelde zichzelf op dit punt als helemaal niet bekwaam. De meest geobserveerde veranderingen bij cliënten waren agressie en prikkelbaarheid. Daarnaast rapporteerde bijna de helft van de respondenten dat AAS-gebruik invloed had op het behandelverloop of de behandelresultaten.

Conclusie De resultaten suggereren dat behandelaars in de ambulante forensische ggz regelmatig in aanraking komen met AAS-gebruik, maar dat dit mogelijk vaak onopgemerkt blijft. Deskundigheidsbevordering, structurele signalering en aandacht voor passende verwijzing naar gespecialiseerde zorg zijn daarom aangewezen.

Anabole androgene steroïden (AAS) zijn synthetische varianten van testosteron. AAS hebben zowel effect op spieropwekking (anabool) als effect op de ontwikkeling van mannelijke geslachtkenmerken (androgeen).[1] Oorspronkelijk zijn AAS ontwikkeld voor medische doeleinden, zoals de behandeling van bepaalde hormonale aandoeningen, hypogonadisme, en spierverlies bij chronische ziekten. Ze worden echter ook veelvuldig gebruikt buiten de medische context om spiermassa te verhogen en kracht en fysiek uiterlijk te verbeteren. Die niet-medische toepassing gaat vaak gepaard met doseringen die vele malen hoger zijn dan gebruikelijk in de medische context.

In dit artikel richten we ons op deze niet-medische toepassing van AAS, ter verhoging van spiermassa. Uit een meta-analyse uit 2014 naar de wereldwijde prevalentie blijkt dat naar schatting 6,4% van de mannen en 1,6% van de vrouwen ooit in hun leven gebruikmaakt van AAS voor niet-medische doeleinden.[2] Nederlandse prevalentiecijfers zijn schaars; officiële registratie ontbreekt omdat AAS doorgaans illegaal worden verkregen. Uit recent Nederlands onderzoek blijkt dat de geschatte prevalentie van AAS-gebruik onder regelmatige krachtsporters (n = 1713) 21,7% bedraagt, en onder vechtsporters (n = 496) zelfs 38,0%.[1] Omgerekend naar de totale groep kracht- en vechtsporters in Nederland, betekent dit dat naar schatting meer dan 400.000 krachtsporters en 80.000 vechtsporters anabolen gebruiken. Exacte prevalentiecijfers zijn niet beschikbaar, maar wijzen op een stijgende trend in AAS-gebruik.[2,3]

Prevalentiecijfers in forensische settings zijn eveneens schaars. In een Zweedse studie waarbij 12.141 urinemonsters werden onderzocht, werd AAS-gebruik gedetecteerd in 33,5% van de politiecasussen en 11,5% van de gedetineerden.[4] Dit wijst op een hoge prevalentie van AAS in forensische settings. De typische gebruiker van AAS is een man tussen 20 en 40 jaar die aan gewichtheffen, bodybuilding, strongman-wedstrijden of vechtsporten doet.[5]

Werkingsmechanisme

AAS werken doordat ze het natuurlijke hormoon testosteron nabootsen. Ze binden zich aan androgeenreceptoren, die onder andere voorkomen in de spieren en in de hersenen. Wanneer AAS zich aan deze receptoren binden, worden processen geactiveerd die de aanmaak van eiwitten die betrokken zijn bij spiergroei en herstel na inspanning versnellen. Daartegenover verstoren AAS ook de endogene hormoonproductie, met als gevolg dat de testosteronproductie van het lichaam zelf afneemt. Ook beïnvloeden AAS de werking van androgeenreceptoren in specifieke hersengebieden die betrokken zijn bij emotieverwerking en gedragsregulatie.[6,7]
Verder kunnen bijwerkingen optreden zoals acne, hypertensie, levertoxiciteit, abnormale bloedlipidewaarden, lage testosteronniveaus, erectiestoornissen, gynaecomastie en hartspierziekte.[8] AAS worden doorgaans gebruikt in cycli van 6-18 weken, gevolgd door een periode van rust. Bijwerkingen die kunnen voorkomen bij het onderbreken van of stoppen met AAS zijn hoofdpijn, spierpijn, slapeloosheid, vermoeidheid, rusteloosheid, een sombere stemming, een verminderd libido, eetlustverlies, suïcidale gedachten, ontevredenheid over het lichaamsbeeld en verlangen naar AAS.[9]

AAS en agressief gedrag

Gebruikers van AAS rapporteren niet alleen lichamelijke veranderingen. Ook gedragsmatige en psychische effecten worden beschreven, waarvan agressie consistent naar voren komt in de literatuur. Recente studies op basis van zelfrapportage tonen aan dat bodybuilders die AAS gebruiken of gebruikten hoger scoorden op agressie en daarnaast een verhoogde kans hadden op psychopathische kenmerken zoals antisociaal gedrag en impulsiviteit, en op risicovol gedrag en woede-uitbarstingen, vergeleken met bodybuilders zonder AAS-gebruik.[10-12]
Uit een meta-analyse van 14 studies kwam een klein, maar significant verband tussen AAS-gebruik en interpersoonlijk geweld naar voren.[13]
Onderzoek wijst erop dat gebruik van AAS samenhangt met verstoring in bepaalde hersennetwerken. Met name veranderingen in de amygdala en hersengebieden die normaal zorgen voor cognitieve controle kunnen ertoe leiden dat agressieve impulsen minder goed worden geremd.[6,14]
Uit experimentele studies blijkt dat AAS-toediening kan leiden tot een kleine toename in zelfgerapporteerde agressie. In een meta-analyse van 12 gerandomiseerde placebogecontroleerde studies bij gezonde mannen werd een klein effect gevonden (Hedges' g = 0,17).[15] Dit effect werd echter niet teruggevonden bij langdurige toediening en ook niet bij geobserveerde agressie.
AAS en agressie zijn dus geassocieerd, maar de vraag blijft of dit verband causaal is. Het zou ook kunnen dat mensen met een normoverschrijdend-gedragsstoornis, een antisociale-persoonlijkheidsstoornis, of andere psychische stoornissen eerder geneigd zijn om AAS te gaan gebruiken.[14] Daarnaast zou de toename in agressie ook verklaard kunnen worden door bijvoorbeeld omgang met delinquente *peers* in het AAS-gebruikerscircuit. Tot slot is bekend dat AAS-gebruikers ook vaker andere soorten drugs gebruiken en dat dit zou kunnen bijdragen aan een toename van agressief gedrag.[2,14]

Doel van het onderzoek

Hoewel AAS-gebruik samen lijkt te hangen met agressie en gewelddadig gedrag, is er weinig bekend over in hoeverre dit thema aandacht krijgt in de forensische ggz. Het beeld bestaat dat AAS-gebruik niet systematisch wordt uitgevraagd en dat behandelaars zich onvoldoende toegerust voelen om dit onderwerp bespreekbaar te maken. Empirische gegevens hierover ontbreken echter. Met dit onderzoek wilden wij deze lacune adresseren door bij behandelaars van de Waag, een centrum voor ambulante forensische behandeling, in kaart te brengen in welke mate zij AAS-gebruik tegenkomen in hun praktijk, welke veranderingen zij observeren, hoe zij signalering vormgeven en waar hun behoefte aan ondersteuning ligt.

Onderzoeksvragen

- In welke mate rapporteren behandelaars in de ambulante forensische ggz ervaring te hebben met cliënten die (vermoedelijk) AAS gebruiken?
- Welke psychische en gedragsveranderingen observeren behandelaars bij cliënten met (vermoed) AAS-gebruik?
- In hoeverre en op welke momenten vragen behandelaars naar AAS-gebruik bij hun cliënten?
- In hoeverre ervaren behandelaars dat AAS-gebruik van invloed is op het verloop en de uitkomst van de behandeling, en op welke aspecten uit deze invloed zich?
- In hoeverre voelen behandelaars zich bekwaam om AAS-gebruik te signaleren en bespreekbaar te maken, en aan welke vormen van deskundigheidsbevordering bestaat de meeste behoefte?

METHODE

Setting

Het onderzoek werd uitgevoerd bij de Waag, een centrum voor ambulante forensische behandeling. De Waag heeft 12 vestigingen, en in 2025 waren er 315 behandelaars in dienst (https://dewaagnederland.nl/jaarcijfers/). Cliënten komen in zorg als ze grensoverschrijdend en/of strafbaar gedrag vertonen; daarnaast hebben ze vaak (ernstige) psychische problemen. Behandeling vindt plaats op vrijwillige basis of in een gedwongen kader.

Procedure

In de periode maart tot april 2026 nodigden we alle behandelaars van de Waag via de mail uit om een onlinevragenlijst in te vullen. Het invullen duurde 5-10 minuten. We stuurden in totaal vier herinneringsmails. Deelname was anoniem en vrijwillig.

Instrumenten

Om meer zicht te krijgen op de ervaringen met AAS-gebruik onder behandelaars, stelden we een vragenlijst samen bestaande uit 23 open en gesloten vragen. In de **onlinebijlage** is de gehele vragenlijst weergegeven. Op sommige vragen konden deelnemers meerdere antwoorden geven, waardoor de percentages optellen tot meer dan 100. Om respondenten niet onnodig te belasten werden sommige vragen automatisch overgeslagen wanneer deze niet van toepassing waren. Zo hoefden respondenten die aangaven nog nooit een cliënt in behandeling gehad te hebben die AAS gebruikte geen vragen te beantwoorden over waargenomen effecten. Wanneer we percentages noemen, gaat dit om het percentage van de respondenten die de desbetreffende vraag had ingevuld.

Statistische analyses

R studio werd gebruikt voor de beschrijvende statistieken en het maken van figuren.

Ethische aspecten

Dit onderzoek viel buiten de reikwijdte van de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO), omdat deelname volledig vrijwillig was, er geen gedragsregels werden opgelegd en er geen patiëntengegevens werden verzameld.

RESULTATEN

Kenmerken van de steekproef

We verzamelden gegevens in maart tot april 2026 bij 12 verschillende poliklinieken van de Waag. In totaal begonnen 180 respondenten aan de vragenlijst. 16 respondenten haakten af tijdens het demografische gedeelte en hun gegevens laten we in dit artikel buiten beschouwing. De uiteindelijke onderzoeksgroep bestond uit 164 respondenten die ten minste de inhoudelijk relevante vragen over AAS-gebruik hadden beantwoord (zie **tabel 1**). Van hen rondden 154 de vragenlijst volledig af.

Tabel 1. Kenmerken van de steekproef (n = 164)

	N	%
Gender		
Man	39	23,8
Vrouw	124	75,6
Zeg ik liever niet	1	0,6
Leeftijd		
< 30	23	14,0
30-39	62	37,8
40-49	52	31,7
≥ 50	25	15,2
Zeg ik liever niet	1	0,6
Functie		
Basispsycholoog	44	26,8
GZ-psycholoog	58	35,4
Klinisch psycholoog of psychotherapeut	17	10,4
Orthopedagoog	8	4,9
Psychiater	13	7,9
Systeemtherapeut	16	9,8
Anders	8	4,9
Zorglijn		
Agressie & Vermogen	68	41,5
Huiselijk Geweld	60	36,6
Seksueel Grensoverschrijdend Gedrag	46	28
Jeugd & Jongvolwassenen	54	32,9
	M	**SD**
Jaren ervaring in forensische ggz	10,41	7,3
Jaren werkzaam bij de Waag	7,79	6,76

Ervaring met cliënten die AAS gebruiken

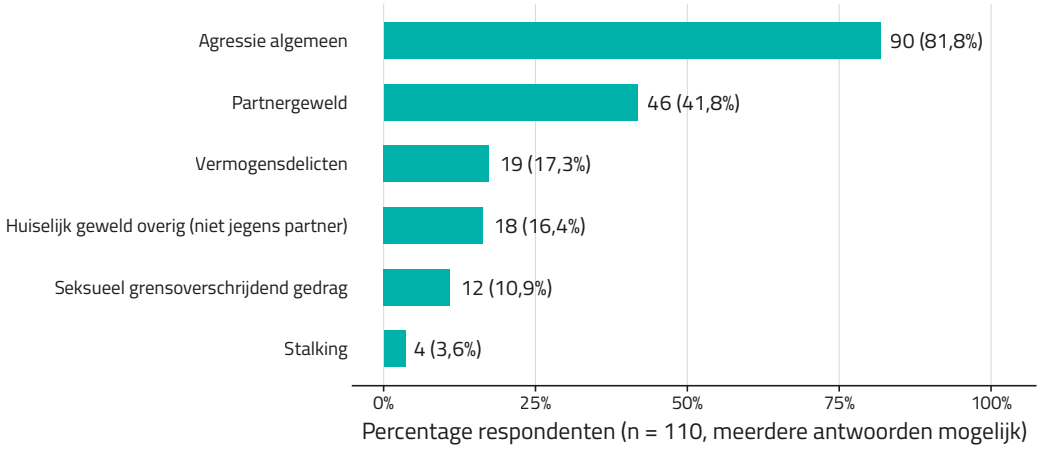
Van de 164 respondenten gaf iets meer dan de helft (n = 88; 53,7%) aan ooit een cliënt in behandeling te hebben gehad die (vermoedelijk) AAS gebruikte. Ongeveer een derde (n = 54; 32,9%) had dit nooit meegemaakt, en bij 22 respondenten (13,4%) bestond twijfel. De respondenten die 'ja' of 'twijfel' antwoordden, hadden in hun carrière gemiddeld 1,56 (SD: 1,57; uitersten: 0-10) cliënten in behandeling gehad bij wie zeker sprake was van AAS-gebruik, en 2,4 (SD: 2,79; uitersten: 0-20) cliënten die vermoedelijk AAS gebruikten.

Respondenten werd ook gevraagd voor welk delicttype de cliënten die AAS gebruikten in behandeling waren (zie **figuur 1**). Deze cliënten waren het vaakst in behandeling voor algemene agressie (n = 90; 81,8%), gevolgd door partnergeweld (n = 46; 41,8%). Hierbij moeten we opmerken dat algemene agressie en huiselijk geweld in de onderzoekspopulatie in het algemeen vaker voorkomen, waardoor het niet onverwacht is dat ook AAS-gebruikers relatief vaak onder cliënten met deze delicttypen werden aangetroffen.

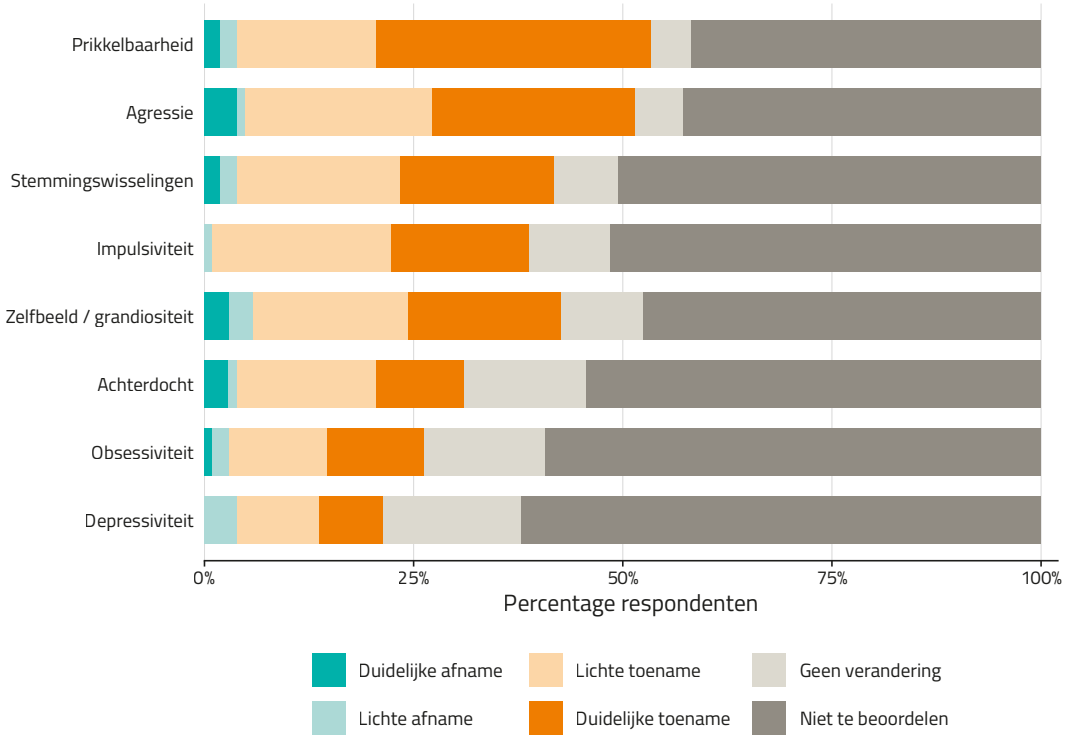
Waargenomen effecten

Vervolgens werd respondenten gevraagd in welke mate zij gedragsmatige en psychische veranderingen hadden geobserveerd bij cliënten met (vermoed) AAS-gebruik. Daarbij golden zowel eigen observaties als wat de cliënt zelf had benoemd. Bij deze vraag werd expliciet aangegeven dat een causaal verband tussen AAS-gebruik en de waargenomen veranderingen vaak moeilijk vast te stellen is, en dat respondenten alle waargenomen

Figuur 1. Delicttypen bij cliënten met (vermoed) anabolengebruik



Figuur 2. Door behandelaars geobserveerde veranderingen bij cliënten met (vermoed) AAS-gebruik



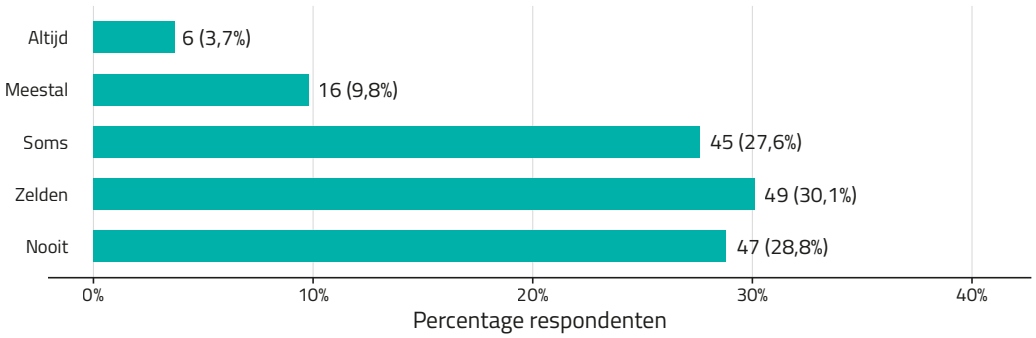
veranderingen dienden te rapporteren, ongeacht de mate van zekerheid over de oorzaak.

Uit de resultaten (zie **figuur 2**) bleek allereerst dat gemiddeld een derde van de respondenten 'niet te beoordelen' als antwoordoptie koos. Dit gaf aan dat het voor respondenten lastig te observeren was of bepaalde veranderingen toegeschreven konden worden aan AAS-gebruik. Daarnaast viel op dat er duidelijk meer toename in symptomen dan afname werd geobserveerd. De symptomen die het duidelijkst samenhingen met AAS-gebruik waren prikkelbaarheid en agressie (31,1% en 29,2% lichte/duidelijke toename, respectievelijk), en obsessiviteit en depressiviteit werden het minst vaak opgemerkt (14,6% en 11,0% lichte/duidelijke toename, respectievelijk).

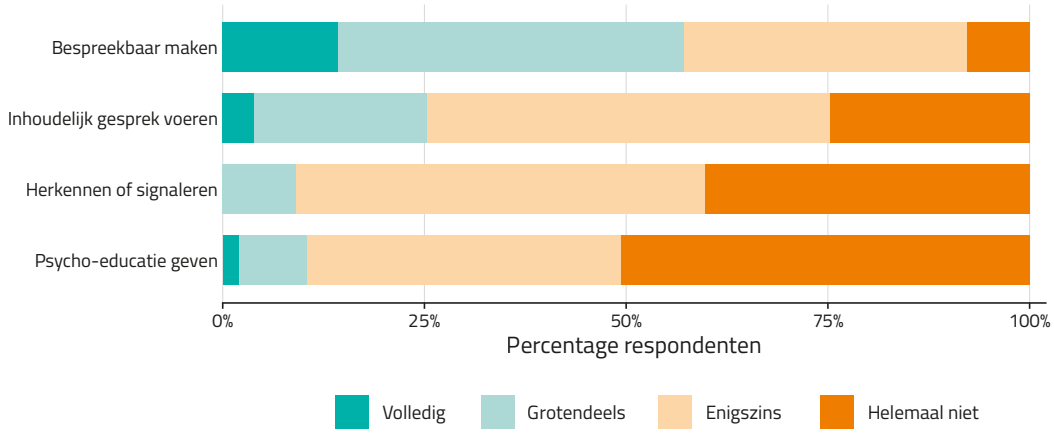
Signalering

Zoals in **figuur 3** te zien is, gaf minder dan één op de zeven (n = 22; 13,5%) aan AAS-gebruik altijd of meestal actief uit te vragen bij cliënten. De grootste groepen antwoordden dit zelden (n = 49; 29,9%), nooit (n = 47; 28,7%) of soms (n = 45; 27,4%) te doen. Onder de respondenten die aangaven het onderwerp soms of vaker te bespreken, gebeurde dit het vaakst reactief – dat wil zeggen alleen wanneer er signalen waren (n = 65; 56,0%). Momenten zoals de intake (n = 52; 44,8%) en de behandelfase (n = 53; 45,7%) werden vergelijkbaar vaak genoemd, terwijl bespreking tijdens de diagnostiekfase aanzienlijk minder vaak plaatsvond (n = 21; 18,1%).

Figuur 3. Uitvragen van anabolengebruik bij cliënten



Figuur 4. Zelf-beoordeelde bekwaamheid op AAS-gerelateerde competenties



Invloed op behandeling

Van de respondenten die eerder hadden aangegeven ooit een cliënt met (vermoed) anabolengebruik in behandeling te hebben gehad, rapporteerde 26,5% (n = 27) geen invloed van dat gebruik op de behandeling. De overige 75 (45,6%) respondenten ervoeren wel enige mate van invloed: 13,4% (n = 22) beschreef deze als licht, 15,2% (n = 25) als matig, 15,2% (n = 25) als sterk en 1,8% (n = 3) als zeer sterk. Onder de respondenten die invloed rapporteerden, werd dit het vaakst zichtbaar in de behandelresultaten (n = 47; 62,7% van de respondenten die ooit een cliënt met (vermoed) AAS-gebruik hadden behandeld), gevolgd door de samenwerking en werkrelatie (n = 28; 37,3%) en de behandelmotivatie (n = 21; 28,0%). Invloed op de risicotaxatie werd door 19 respondenten (25,3%) gerapporteerd, invloed op de therapietrouw door 11 (14,7 %). Bij deze vraag waren meerdere antwoorden per respondent mogelijk, waardoor de percentages niet optellen tot 100%.

Competentiegevoel en scholingsbehoeften

Vervolgens vroegen we in hoeverre respondenten zich bekwaam voelden op vier aan AAS-gebruik gerelateerde competenties, zie **figuur 4**.
Respondenten voelden zich het minst bekwaam wat betreft het herkennen of signaleren van AAS-gebruik: niemand beoordeelde zichzelf als volledig bekwaam, slechts 9,1% als grotendeels, en maar liefst 40,3% vond zichzelf helemaal niet bekwaam op dit gebied. Bijna alle (92,3%) respondenten beoordeelden zichzelf als op zijn minst enigszins bekwaam om AAS-gebruik bespreekbaar te maken. Driekwart (75,3%) voelde zich bekwaam om er een inhoudelijk gesprek over te voeren.
Voor beschrijvende doeleinden codeerden we de antwoordcategorieën van 1 (‘helemaal niet bekwaam’) tot 4 (‘volledig bekwaam’). Op basis hiervan werd per beroepsgroep een gemiddelde bekwaamheidsscore berekend over de vier items. Psychiaters rapporteerden de hoogste mate van bekwaamheid op alle vier de items (overall M = 2,65), gevolgd door klinisch psychologen/psychotherapeuten (M = 2,17) en GZ-psychologen (M = 2,03). Basispsychologen en orthopedagogen-generalisten scoorden het laagst (respectievelijk M = 1,82 en 1,72).
Wat betreft scholingsbehoeften konden respondenten drie antwoorden selecteren waar zij het meeste behoefte aan hadden, om zo te prioriteren waar de behoeften lagen. De meerderheid van de respondenten gaf aan behoefte te hebben aan een overzicht van signalen die kunnen wijzen op AAS-gebruik (n = 122; 79,7%). Scholing over werking, bijwerkingen en risico’s van AAS werd door 100 respondenten (65,4%) geselecteerd, gevolgd door materiaal voor psycho-educatie aan cliënten (n = 91; 59,5%) en behandelrichtlijnen voor het omgaan met AAS-gebruik in de behandeling (n

= 70; 45,8%). Een screeningsinstrument was volgens aanzienlijk minder respondenten gewenst (n = 21; 13,7%); hetzelfde gold voor meer aandacht voor het onderwerp in organisatiebeleid (n = 7; 4,6 %) en overige scholingsvormen (n = 9; 5,9%).

DISCUSSIE

Uit dit vragenlijstonderzoek onder behandelaars in de ambulante forensische ggz blijkt dat meer dan de helft (53,7%) ooit een cliënt heeft behandeld waarbij sprake was van (vermoed) AAS-gebruik. Daar staat tegenover dat slechts 13,5% AAS-gebruik altijd of meestal actief uitvraagt en dat 40,3% zichzelf beoordeelt als helemaal niet bekwaam om dit te herkennen of te signaleren. Bovendien is bekend dat mensen vaak niet eerlijk zijn over hun AAS-gebruik tegen zorgmedewerkers.[16] AAS-gebruik komt dus waarschijnlijk vaker voor in de ambulante forensische ggz dan de gerapporteerde cijfers doen vermoeden.

Al met al laten de resultaten zien dat een groot deel van de behandelaars wel eens te maken heeft gehad met AAS-gebruik in de behandeling en regelmatig invloed van AAS-gebruik op de behandeling rapporteert. Hoewel de meeste respondenten zich ten minste enigszins bekwaam voelen om AAS-gebruik bespreekbaar te maken, voelt een kwart zich niet bekwaam om hierover een inhoudelijk gesprek te voeren en voelen nog minder respondenten zich bekwaam om AAS-gebruik te herkennen en psycho-educatie te geven.

De meest geobserveerde veranderingen bij cliënten die AAS gebruiken, waren agressie en prikkelbaarheid. Dit is klinisch relevant, omdat juist deze problematiek voor veel cliënten binnen de Waag de aanleiding voor behandeling vormt. Wanneer AAS-gebruik onopgemerkt blijft, bestaat het risico dat behandelinspanningen worden ondermijnd door een mogelijke bijdragende factor die buiten het zicht van de behandelaar blijft.

Bij de interpretatie van de waargenomen gedragsveranderingen past terughoudendheid. De vragenlijst vroeg behandelaars om veranderingen te rapporteren ongeacht de mate van zekerheid over de causale relatie, waardoor de gerapporteerde effecten niet zonder meer aan AAS-gebruik toegeschreven kunnen worden. Bovendien wijst de literatuur erop dat het verband tussen AAS en agressie mogelijk niet causaal is.[2,14] De bevindingen uit dit onderzoek laten dan ook niet toe te concluderen dat AAS-gebruik de oorzaak is van de geobserveerde gedragsveranderingen.

Beperkingen en suggesties voor vervolgonderzoek

Dit onderzoek heeft een aantal beperkingen. De data zijn afkomstig van één organisatie, waardoor generaliseerbaarheid naar de bredere forensische ggz niet mogelijk is. Omdat respondenten werd gevraagd vragen te beantwoorden over cliënten uit mogelijk een ver verleden, dient rekening gehouden te worden met herinneringsbias. Daarnaast berust het onderzoek op zelfrapportage door behandelaars, zonder validatie via dossiergegevens. Daardoor kan het in theorie ook het geval zijn dat verschillende behandelaars over dezelfde cliënt rapporteren. Omdat AAS-gebruik niet standaard geregistreerd wordt in het elektronisch patiëntendossier (EPD) kon het aantal cliënten waarvan bekend is dat ze AAS gebruiken niet worden vastgesteld. Om beter zicht te krijgen op de prevalentie is het van belang dat AAS worden opgenomen in het EPD, bijvoorbeeld in het intakeformulier.

In de vragenlijst maakten we geen onderscheid tussen effecten van AAS tijdens actief gebruik en effect na staking of onderbreking van het gebruik. Dit onderscheid kan klinisch relevant zijn, aangezien bijvoorbeeld agressieve symptomen vaker tijdens gebruik lijken voor te komen, terwijl depressieve klachten en vermoeidheid juist vaker na staken worden gerapporteerd.[17] In toekomstig onderzoek zou men deze fasen afzonderlijk kunnen uitvragen om beter inzicht te krijgen in de relatie tussen AAS-gebruik en psychische veranderingen. Ook is in dit onderzoek niet specifiek uitgevraagd in hoeverre behandelaars ervaren dat cliënten terughoudend zijn in het delen van informatie over AAS-gebruik, en welke invloed dit heeft op signalering en diagnostische interpretatie van klachten. Meer inzicht hierin zou behandelaars mogelijk handvatten kunnen bieden voor het herkennen en bespreekbaar maken van AAS-gebruik.

Daarnaast kan selectiebias niet worden uitgesloten: het is mogelijk dat behandelaars die ooit een cliënt met AAS-gebruik hebben behandeld meer geneigd waren de vragenlijst in te vullen dan behandelaars zonder deze ervaring. Om dit te beperken werd in de uitnodiging expliciet benadrukt dat alle behandelaars welkom waren deel te nemen, ook wanneer zij nog nooit een cliënt met AAS-gebruik in behandeling hadden gehad.

In toekomstig onderzoek zou men zich ook moeten richten op de ervaringen van cliënten zelf. Waar wij in ons onderzoek de perspectieven van behandelaars in kaart brachten, is weinig bekend over hoe cliënten AAS-gebruik beleven in de verschillende fasen – tijdens actief gebruik, bij onderbreking en na staken – en in hoeverre zij bereid zijn hierover open te zijn. Daarnaast kan structurele screening op AAS-gebruik binnen deze populatie bijdragen aan het verkrijgen van meer inzicht in de ervaringen van cliënten en het vergroten van de kennis en bekwaamheid bij behandelaars. Of een dergelijke screeningsaanpak daadwerkelijk leidt tot betere herkenning en behandeluitkomsten is een relevante vraag voor toekomstig onderzoek.

Implicaties

Dit onderzoek maakt duidelijk dat deskundigheidsbevordering op het gebied van AAS nodig is bij behandelaars in de forensische ggz. Uit de resultaten komen concrete scholingsbehoeften naar voren. Behandelaars geven aan

behoefte te hebben aan een overzicht van signalen die kunnen wijzen op AAS-gebruik, aan inhoudelijke scholing over dit thema, en aan psycho-educatiemateriaal voor cliënten. Het verdient aanbeveling om deze thema's op te nemen in bestaande opleidingen en nascholingsprogramma's voor behandelaars in de forensische ggz. Daarnaast willen we aanbevelen om AAS-gebruik standaard uit te vragen in intakeformulieren of in formulieren waarmee middelengebruik in kaart wordt gebracht, zodat vanaf het vroegste stadium van de behandeling zicht komt op mogelijk gebruik. Voor behandelaars die terughoudendheid ervaren bij het aansnijden van het onderwerp zijn in de literatuur concrete, niet-oordelende gespreksopeners beschikbaar die als handvat kunnen dienen.[18]

Door AAS-gebruik vroeg te signaleren en cliënten hierover psycho-educatie te geven, kunnen behandelaars voorkomen dat een mogelijke bijdragende factor aan agressie en prikkelbaarheid onopgemerkt blijft, en daarmee de kans vergroten dat behandelinspanningen ook daadwerkelijk beklijven. Tijdige herkenning kan bovendien bijdragen aan passende verwijzing naar gespecialiseerde zorg, zoals een anabolenpoli of verslavingszorg.

CONCLUSIE

De resultaten suggereren dat behandelaars in de ambulante forensische ggz regelmatig in aanraking komen met AAS-gebruik, maar dat dit mogelijk vaak onopgemerkt blijft. Een groot deel van de behandelaars voelt zich onvoldoende bekwaam om AAS-gebruik te herkennen, bespreekbaar te maken en er psycho-educatie over te geven. Deskundigheidsbevordering, structurele signalering en aandacht voor passende verwijzing naar gespecialiseerde zorg zijn daarom aangewezen.

LITERATUUR

1 Balk L, Melman M. Dopinggebruik in de kracht- en vechtsport. Utrecht: Mulier Instituut; 2023.
2 Kanayama G, Pope HG. History and epidemiology of anabolic androgens in athletes and non-athletes. Mol Cell Endocrinol 2018; 464: 4-13.
3 Gielis VBF, Wouters S. Diagnostische uitdagingen bij het gebruik van anabole androgene stoffen. Tijdschr Psychiatr 2026; 68: 199-203.
4 Lood Y, Eklund A, Garle M, e.a. Anabolic androgenic steroids in police cases in Sweden 1999-2009. Forensic Sci Int 2012; 219: 199-204.
5 De Ronde W, Smit DL. Anabolic androgenic steroid abuse in young males. Endocr Connect 2020; 9: R102-11.
6 Kaufman MJ, Janes AC, Hudson JI, e.a. Brain and cognition abnormalities in long-term anabolic-androgenic steroid users. Drug Alcohol Depend 2015; 152: 47-56.
7 Westlye LT, Kaufmann T, Alnæs D, e.a. Brain connectivity aberrations in anabolic-androgenic steroid users. Neuroimage Clin 2017; 13: 62-9.
8 Bond P, Smit DL, De Ronde W. Anabolic-androgenic steroids: how do they work and what are the risks? Front Endocrinol 2022; 13: 1059473.
9 Sharma A, Grant B, Islam H, e.a. Common symptoms associated with usage and cessation of anabolic androgenic steroids in men. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab 2022; 36: 101691.
10 Hauger LE, Havnes IA, Jørstad ML, e.a. Anabolic androgenic steroids, antisocial personality traits, aggression and violence. Drug Alcohol Depend 2021; 221: 108604.
11 Ceto E, Yigitoglu PH, Yavuz HU. Relationship between anabolic-androgenic steroid use, aggression, and narcissism in male bodybuilders. Medicina 2025; 61: 241.
12 Nelson BS, Hildebrandt T, Wallisch P. Anabolic-androgenic steroid use is associated with psychopathy, risk-taking, anger, and physical problems. Sci Rep 2022; 12: 9133.
13 Van De Ven K, Malouff J, McVeigh J. The association between the nonmedical use of anabolic-androgenic steroids and interpersonal violence: a meta-analysis. Trauma Violence Abuse 2024; 25: 1484-95.
14 Pope HG, Kanayama G, Hudson JI, e.a. Review article: anabolic-androgenic steroids, violence, and crime: two cases and literature review. Am J Addict 2021; 30: 423-32.
15 Chegeni R, Pallesen S, McVeigh J, e.a. Anabolic-androgenic steroid administration increases self-reported aggression in healthy males: a systematic review and meta-analysis of experimental studies. Psychopharmacology 2021; 238: 1911-22.
16 Bonnecaze AK, O'Connor T, Aloi JA. Characteristics and attitudes of men using anabolic androgenic steroids (AAS): a survey of 2385 men. Am J Mens Health 2020; 14: 1557988320966536.
17 Kanayama G, Hudson JI, Pope HG. Long-term psychiatric and medical consequences of anabolic-androgenic steroid abuse: a looming public health concern? Drug Alcohol Depend 2008; 98: 1-12.
18 Smit DL, Verdegaal T, Bond P, e.a. Approach to the young male patient who abuses androgens: harm reduction as a clinical strategy. J Clin Endocrinol Metab 2026; 111: e292-7.

AUTEURS

Juliette Hutten, psycholoog, onderzoeker, de Waag.
Maja Binnewijzend, ten tijde van het onderzoek: psychiater, de Waag.

Correspondentie
Juliette Hutten (jhutten@dewaagnederland.nl).

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 19-8-2026.

Citeren
Tijdschr Psychiatr. 2026;68(09):498-504